

La dépendance tabagique

Résumé

Cet article présente deux parties. La première est une présentation des principales conclusions de la conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac, à Paris les 8 et 9 Octobre 1998. Cette conférence marque un tournant dans la politique française de prise en charge et de prévention du tabagisme. Elle recommande d'évaluer et de renforcer la motivation personnelle du sujet dépendant grâce à une aide s'appuyant sur une approche comportementale et cognitive, beaucoup plus développée actuellement à l'étranger qu'en France. Elle préconise aussi le renforcement des traitements de substitution nicotinique (gommes, timbres) en l'adaptant aux besoins du fumeur. La seconde partie de l'article est un compte-rendu de la deuxième journée de tabacologie clinique qui s'est tenue à Metz le 4 Juin 1999. Un dossier bibliographique Toxibase présente les principaux sites Internet sur le tabac et une bibliographie de base.

La dépendance tabagique après la Conférence de Consensus

G. LAGRUE^(*), S. CORMIER^(*)

A Paris les 8 et 9 octobre 1998, s'est tenue une Conférence de Consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac. Cet événement va marquer un tournant dans la politique française de lutte contre le tabagisme en France. Nous avons en effet un retard important en ce domaine. Jusqu'alors la politique contre le tabagisme a reposé essentiellement sur des actions générales législatives et réglementaires (Loi Veil en 1975, Loi Evin en 1991) et des campagnes d'information et d'éducation sanitaire. Le tabagisme a certes régressé mais très lentement et actuellement même, il augmente de nouveau dans certains groupes de population (adolescents, femmes jeunes...). Pour avoir leur pleine efficacité il est indispensable que ces mesures générales soient maintenant complétées par des actions individuelles auprès des fumeurs, ce qui n'a pratiquement pas été fait jusqu'alors. Une aide à l'arrêt du tabac pour les fumeurs les plus dépendants est indispensable, le tabagisme étant véritablement "contagieux". L'intérêt est double :

- * par leur présence, les fumeurs entretiennent l'épidémie tabagique, entraînant d'autres sujets à devenir ou à rester fumeurs ;

- * ces fumeurs à forte consommation sont à haut risque de maladie : ce sont les futures victimes de la cigarette. Notre devoir de médecin est de les aider à se libérer de leur intoxication. ***Il est possible et urgent d'agir.***

Actuellement, l'importance de l'arrêt du tabac comme thérapeutique pour des affections très graves est maintenant bien établie. Le tabagisme est responsable de près de 90 % des cas de broncho-pneumopathies chroniques obstructives, ce qui représente plus de 10.000 décès par an. Le rôle du tabac est également majeur dans l'artériopathie des membres inférieurs, avec un nombre comparable de victimes. Dans ces deux affections le premier objectif est l'arrêt du tabac sans lequel les traitements médicamenteux ou chirurgicaux perdent toute leur efficacité (1,2)

Pour les affections coronariennes, le tabagisme joue un rôle très nocif en association avec les deux autres facteurs de risque vasculaire que sont l'hypertension artérielle et les troubles du métabolisme des lipides. Lorsque plusieurs facteurs de risque sont présents, ils multiplient leurs effets nocifs. Le risque d'une atteinte coronarienne est triplée pour un tabagisme avec 20 cigarettes/jour et plus, avec principalement risques d'infarctus du myocarde et de mort subite. Après un accident coronarien, la mortalité à 3 ans est multipliée par 2 si le tabagisme est poursuivi ou repris. L'intérêt de l'arrêt du tabac a été démontré tant en prévention primaire qu'en prévention secondaire (3-5).

Toutes ces données sont maintenant bien connues de tous les médecins qui conseillent donc l'arrêt du tabac. Mais l'expérience montre que le seul conseil reste souvent insuffisant. Les chiffres sont concordants dans toutes les études : si la plupart des sujets arrêtent lors d'un accident aigu ou d'une intervention chirurgicale, plus de la moitié d'entre eux rechutent dans

^(*) Centre de Tabacologie, Hôpital Albert Chenevier, Créteil (94)

- 2 les semaines ou mois qui suivent (5). Dans l'étude Euro-Aspire, 42 % des sujets hospitalisés pour un événement coronarien étaient fumeurs ; six mois plus tard près de 60 % d'entre eux avaient continué ou repris leur tabagisme (6). L'attitude de ces malades apparaît incompréhensible et heurte le bon sens. La raison de cette situation paradoxale est maintenant connue : *la nicotine est pour certains fumeurs une véritable drogue.*

Trop de médecins considèrent que « le tabagisme est un problème personnel, car la responsabilité revient bien sûr au patient » (7). Il y a encore une méconnaissance des données capitales récentes en matière de dépendance tabagique malgré les efforts de certains (8,9). Certes il y a un progrès majeur ces dernières années car le rôle nocif du tabac est reconnu et il est maintenant toujours écrit "***l'arrêt du tabac est impératif***" (10). Les malades sont avertis des dangers du tabac. Mais là se borne l'information.

Pendant longtemps, le tabagisme était considéré comme une simple habitude, un comportement social : l'appel à la volonté devait alors suffire pour obtenir l'arrêt du tabac.

En fait, le tabagisme est un comportement renforcé par une dépendance dont la nicotine est responsable. Mais cette notion a été établie dans le volume du "Surgeon General" de 1988 intitulé *Nicotine addiction* (11) :

* La cigarette et les autres formes de consommation de tabac induisent une dépendance.

* La nicotine est la principale substance responsable de cette dépendance.

* Les processus pharmacologiques et comportementaux responsables de cette dépendance sont les mêmes que ceux qui déterminent la dépendance aux drogues telles l'héroïne et la cocaïne.

"Jamais la connaissance d'un risque n'a suffi à elle seule à modifier un comportement".

La cigarette industrielle est devenue en moins d'un siècle le mode quasi exclusif de la consommation de tabac (12) : avec les techniques actuelles de fabrication, la fumée de tabac a perdu son caractère irritant et elle est alors inhalée lors de la respiration. L'absorption rapide de la nicotine est responsable de toutes les actions psychologiques de la cigarette qui expliquent la dépendance. Mais pour obtenir la nicotine, le fumeur absorbe tous les autres éléments toxiques de la fumée de tabac qui sont la cause des complications du tabagisme.

Les mécanismes de la dépendance tabagique sont donc maintenant en partie connus. La dépendance tabagique est un phénomène complexe, impliquant des processus comportementaux et pharmacologiques intriqués et se renforçant les uns et les autres. L'aide à l'arrêt du tabac peut et doit sortir de l'empirisme. Il n'y a pas de "méthode" pour arrêter de fumer. *C'est ce qu'a bien établi la Conférence de Consensus.* La stratégie de prise en charge est totalement différente d'un fumeur à l'autre suivant la nature et l'intensité des dépendances, les troubles psychopathologiques associées.

Plusieurs actions sont nécessaires : renforcer les motivations, évaluer le tabagisme et mettre en place les stratégies de l'aide à l'arrêt. Tout cela devrait pouvoir être réalisé par les cardiologues et angiologues, même si les approches diffèrent des soins traditionnels

- ***La 1ère étape est d'évaluer et renforcer la motivation personnelle*** sans laquelle rien n'est possible. En ce domaine les simples conseils sont indispensables mais insuffisants ; il sont le plus souvent inefficaces, surtout lorsqu'ils sont assortis de réprobation. Les attitudes agressives et répressives doivent être évitées car elles renforcent plutôt le sujet dans son comportement addictif. Empathie, compréhension des problèmes et soutien psychologique sont nécessaires pour modifier progressivement les pensées du sujet vis-à-vis de son tabagisme. C'est l'objectif des entretiens motivationnels.

- ***Pour quantifier le tabagisme***, tout se borne le plus souvent à différencier fumeurs-non fumeurs. L'importance de la dépendance tabagique n'est pas mesurée, alors qu'elle peut l'être facilement par des auto- questionnaires validés. Pour apprécier le degré réel de l'intoxication, le nombre de cigarettes est un indice peu sensible. L'utilisation de marqueurs est indispensable : le CO dans l'air expiré et la cotinine ou les métabolites de la cotinine urinaire (13). L'utilisation de ces marqueurs doit également permettre de vérifier la réalité de l'arrêt : en effet, les sujets qui n'ont pu arrêter ou qui ont rechuté, souvent culpabilisés par l'attitude médicale, déclarent ne plus fumer ; dans certaines études, près de la moitié des arrêts allégués

- 3 sont infirmés si l'on utilise les marqueurs (2). La conséquence est grave, car cela empêche toute action d'aide. La recherche des autres conduites addictives est indispensable - alcool et actuellement de plus en plus souvent le «cannabis». Il en est de même des comorbidités anxiodépressives étant donné leur fréquence et leur lien avec les dépendances (14).

- *L' aide à l'arrêt* doit reposer sur les seules stratégies ayant fait la preuve scientifique de leur efficacité :

- *Les approches comportementales et cognitives* devraient trouver une place essentielle pour susciter et renforcer la motivation, aider à l'arrêt par l'action sur les stimuli incitateurs et pour prévenir les rechutes ; mais malheureusement elles ne sont encore que très rarement utilisées en France, faute de connaissances et de moyens
- *Les traitements de substitution nicotinique* sous forme de gomme ou de timbre ne sont pas contre-indiqués en cas de maladie vasculaire et si le tabagisme persiste ; toutefois, il est indispensable de mesurer les métabolites de la nicotine afin que les doses soient adaptées aux besoins du fumeur tout en restant inférieures à celles apportées par les cigarettes. Le bénéfice est alors évident, car il n'y a plus ni CO responsable de l'hypoxie, ni goudrons cancérigènes (15). La durée du traitement doit être adaptée à l'évolution de la dépendance. Mais le traitement nicotinique ne suffit pas à lui seul. Un suivi et un accompagnement prolongés sont indispensables pour prévenir les rechutes dont les causes et les circonstances sont diverses (16).
- *Les psychotropes* et singulièrement les nouveaux antidépresseurs sont indispensables en association avec la substitution nicotinique, chaque fois qu'un état anxiodépressif est présent (14).

Ainsi les cardiologues et les spécialistes des maladies vasculaires doivent apprendre à évaluer et à prendre en charge le tabagisme comme ils l'ont fait pour les autres facteurs de risque vasculaire, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète... Pour ces patients, il ne suffit plus de leur dire : "arrêter de fumer, c'est dangereux !" ; il est nécessaire d'analyser les caractéristiques de leur tabagisme, d'en rechercher les causes, de mettre en place les stratégies de première ligne d'aide à l'arrêt. En cas de difficultés, le recours à ces nouveaux spécialistes que sont les tabacologues est alors indispensable, comme cela est fait pour les autres facteurs de risque. Actuellement, le tabagisme n'est que trop rarement pris en charge, et en ce domaine le retard est énorme.

Un groupe d'experts américains a écrit récemment dans la revue "Tobacco Control" :

Le tabagisme est si répandu, ses complications sont si nombreuses et si dramatiques, que la dépendance nicotinique est considérée actuellement aux Etats Unis, comme le problème médical le plus important(17).

Puisse-t-il en être bientôt de même dans notre pays. En effet, grâce aux progrès scientifiques de ces dix dernières années, l'aide à l'arrêt du tabac est sortie de l'empirisme, et des stratégies rationnelles et efficaces sont possible ; mais ces notions sont récentes et leurs applications restent très limitées faute d'implication des médecins et surtout du manque de crédits officiels. Les responsables politiques doivent d'urgence prendre les décisions indispensables en accord avec les recommandations de la Conférence de Consensus. Les subventions nécessaires sont minimales et l'arrêt du tabac est l'action qui a le rapport "coût-efficacité" de très loin le plus intéressant.

4 Références bibliographiques

- (1) Prise en charge des broncho-pneumopathies chroniques obstructives. La Presse médicale – 1997 ; 26 : 225-232
- (2) Powell J, Greenhalgh R. Smoking and factors influencing the outcome of arterial reconstruction Ann. Chir. Gynaecol, 1992 ; 81 : 236-241.
- (3) Grand A., Fichter P., Adeleine P., Huret J. F., Pernot F., Shilbi H. Influence de la consommation de tabac sur la fréquence des récurrences d'infarctus myocardique. Ann. Cardiol. Angéiol. 1992 ; 41 : 55-61.
- (4) Meyers D. G. Relative survival benefits of risk factor modifications. Am. J. Cardiol. 1996 ; 77 : 298-299.
- (5) Voors A. A., Van Brussel B. S. Smoking and cardiac events after venous coronary by pass surgery. A 15 years follow-up study. Circulation. 1996 ; 93 : 42-47.
- (6) Euraspire Study Group. A European Society of Cardiology. Survey of secondary prevention of coronary heart disease : principal results. Eur. Heart J. 1997 ; 18 : 1569-1582.
- (7) Le Roux A. Prise en charge du coronarien. Des améliorations et rappel de recommandations négligées. La Presse Médicale. 1998 ; 27 : 1024-1026.
- (8) Lagrue G. Le traitement pharmacologique de la dépendance tabagique par la nicotine. Sem. Hop. Paris. 1994 ; 70 : 387-390.
- (9) Molimard R. Analyse critique des messages de soutien au candidat à l'arrêt du tabac. Sem. Hôp. Paris, 1991, 67 : 1326-1335.
- (10) Passa Ph. Pour une prise en charge des diabétiques atteints d'un infarctus du myocarde. La Presse Médicale. 1998 ; 27 : 1016-1017.
- (11) U.S. Department of Health. "Nicotine Addiction" A report of the Surgeon General 1998. Office on smoking and Health Atlanta Georgia (DHHS - Publication n° 88-8406).
- (12) Lagrue G., Lebargy F. Le tabagisme, cent ans après. Press. Méd. 1993 ; 22 : 1595-1598.
- (13) Lagrue G., Philippon C., Cormier S., Lebargy F. Le dosage de cotinine urinaire : un guide pour l'adaptation du traitement de la dépendance tabagique par la nicotine. Sem. Hôp. Paris 1994 ; 70 : 387-390
- (14) Lagrue G., Cormier S., Porta A., Vin Datiche I. : Dépistage et traitement des états dépressifs et anxieux en tabacologie. Act. Méd. Int. Psychiatrie 1997 ; 14 : suppl. 18-20.
- (15) Lagrue G. Peut-on conseiller les timbres à la nicotine chez les fumeurs insuffisants coronaires ? Le Concours Médical. 1997 ; 119 : 1075-1076.
- (16) Lagrue G. Arrêter de fumer – 1 vol. Edit Odile Jacob – 1998
- (17) Slade J. Report of Tobacco Policy Research Study Group on adjunctive medications for managing nicotine dependence. Tobacco Control 1992 ; 1 : suppl. S10-S13.

A propos du « délistage » des substituts nicotiques

G. LAGRUE

Le traitement de substitution nicotinique est un élément important de l'aide à l'arrêt du tabac, permettant de multiplier par deux les succès obtenus à court terme ; mais il ne saurait suffire à lui seul. Sa mise en vente en pharmacie sans ordonnance vient d'être décidée par les autorités politiques, décision hâtive, apparemment séduisante, mais qui ne tient pas compte des caractéristiques générales de la dépendance tabagique. La délivrance des substituts nicotiques sans examen médical préalable aura en effet plus d'inconvénients que d'avantages.

La population des fumeurs est très hétérogène et comporte plusieurs types selon le stade évolutif où se trouve le fumeur dans l'histoire de son tabagisme et selon la nature et le degré de ses dépendances, avec toutes les combinaisons possibles entre ces deux facteurs.

Un certain nombre d'arrêts seront certes obtenus à la suite de cette utilisation libre du timbre, mais il n'est pas sûr qu'il y ait un bénéfice réel en matière de Santé Publique. En effet l'aide à l'arrêt du tabac doit être adaptée aux caractéristiques de chaque fumeur ; pour que le traitement nicotinique soit sans danger et efficace, il est indispensable de fixer la dose de nicotine en fonction du degré de dépendance pour éviter plusieurs écueils :

- Le plus souvent elle sera insuffisante avec persistance du besoin de fumer et association de quelques cigarettes, ce qui est loin d'être sans danger. Les échecs seront inévitablement nombreux avec une double conséquence : perte de la motivation des fumeurs et discrédits jetés sur une thérapeutique efficace.
- Inversement, des fumeurs même à 20 cigarettes par jour, s'ils inhalent peu, peuvent avoir une dépendance faible ; la dose usuelle sera alors trop élevée, avec des signes d'intolérance et possibilité d'accidents vasculaires au-delà d'un certain âge.
- En l'absence d'un suivi d'au moins trois à six mois, les rechutes sont très fréquentes, avec les mêmes résultats délétères sur la motivation.
- Enfin, les médecins généralistes ne prendront pas l'habitude de s'investir dans l'aide à l'arrêt du tabac et d'en apprendre ainsi la pratique quotidienne.

En réalité, on peut même ajouter que seuls bénéficieront de cette mesure les fumeurs les moins dépendants, pour lesquels la gomme nicotine 2 mg peut être efficace.

Il y a dans l'arrêt du tabac trois étapes successives :

- Les fumeurs les moins dépendants vont réussir à arrêter seuls, avec les messages de Santé Publique, les conseils de leur entourage et ceux des personnels de santé et l'aide éventuelle des spécialités nicotiques faiblement dosées.
- Les fumeurs motivés et n'ayant pas réussi après leur tentative doivent pouvoir trouver les conseils appropriés auprès de leur médecin généraliste.
- Enfin, en cas d'échec ou de rechute, pour les fumeurs les plus dépendants, le recours aux centres spécialisés est indispensable. Il en est de même pour les victimes du tabac atteintes de cancers, B.P.C.O., affections cardiovasculaires et également pour les femmes enceintes qui ont continué à fumer pendant leur grossesse, malgré les conseils et la prise en charge psychologique.

Les urgences actuelles en matière d'aide à l'arrêt du tabac sont les suivantes :

- Une information très large du public sur les possibilités d'une aide efficace et d'un sevrage confortable doit être diffusée ; l'expérience montre que cette notion est un facteur important de motivation ; l'attention doit aussi être attirée sur les dangers de toutes les « méthodes miracles » et autres arnaques qui se multiplient en ce domaine.
- La formation à la fois théorique et pratique des Médecins généralistes doit être assurée par des sessions de trois à quatre heures, complétées chaque fois que cela est possible par des

- 6 stages : c'est ce que la Ligue Nationale contre le Cancer et la Direction Générale de la Santé viennent de mettre en place.
- Des spécialistes, les tabacologues, seront formés par les Diplômes Inter Universitaires.
 - L'ensemble des personnels de santé, pharmaciens, sages-femmes, infirmières doit également recevoir les notions indispensables sur ce thème.
 - L'augmentation rapide des budgets pour les centres de tabacologie, dont les dotations sont encore quasi nulles, est nécessaire : leur tâche est immense, ils doivent en effet assurer l'enseignement des Médecins généralistes, regroupés si possible en réseaux autour des centres ; ils analysent les nombreux cas difficiles qu'ils prennent en charge en liaison avec le médecin traitant : cet échange constant est un élément essentiel de formation continue.

Les enjeux sont importants. Actuellement, les connaissances théoriques existent, mais ne peuvent être appliquées faute de moyens.

7 **Compte rendu de la deuxième journée de tabacologie clinique**

Le vendredi 4 juin 1999 a eu lieu à Metz la deuxième journée de Tabacologie Clinique, organisée par le Docteur Claudine Gillet du CHU de Nancy (54), le Docteur Gérard Pfeiffer et le Docteur Françoise Toulouse du CHR de Metz (57).

Cette réunion dont le thème était « Tabagisme et comportements à risque associés » a connu un très grand succès rassemblant plus de 200 participants. La tabacologie est aujourd'hui une spécialité reconnue, qui soulève un intérêt croissant.

- Les conséquences dramatiques du tabagisme en Santé Publique sont maintenant une évidence
- Des progrès considérables ont été réalisés depuis dix ans dans nos connaissances théoriques et pratiques sur la dépendance tabagique. Des stratégies efficaces existent pour l'aide à l'arrêt du tabac.
- Le tabagisme est un comportement renforcé par une dépendance dont la nicotine est responsable et il doit être étudié dans l'ensemble des comportements à risque ; ceci permet de mieux en comprendre les mécanismes et d'aboutir à des prises en charge plus efficaces.

F. Paille de Nancy a analysé les aspects neurobiologiques des dépendances, leurs points communs et leurs différences. Toute dépendance ou « addiction » résulte toujours de la rencontre :

- d'un produit psychoactif,
- d'un individu avec sa vulnérabilité personnelle, génétique ou acquise,
- d'un environnement social et culturel.

Il a très bien souligné que la dépendance physique, le syndrome de manque, n'était qu'un élément inconstant dans l'évolution des addictions et le sevrage une courte étape, d'ailleurs le plus souvent facile à maîtriser, si la motivation du sujet est bonne... Le problème essentiel pour toutes les drogues est la prévention des rechutes, dont F. Paille a très bien analysé les mécanismes et les causes.

Dans sa présentation M. Reynaud a précisé la fréquence des polytoxicomanies et confirmé l'intérêt du concept de « pratiques addictives », sujet venant de faire l'objet d'un rapport de la Direction Générale de la Santé (M. Reynaud, J. P. Parquet, G. Lagrue). Il semble indispensable de bien différencier, usage, abus, dépendance... avec des modes évolutifs et des conséquences très différentes d'un produit à l'autre. Des données récentes permettent de préciser les fréquences comparées de l'utilisation des diverses substances et l'importance de la dépendance pour chacune d'entre elles (Woody-Addiction). Il faut donc analyser successivement :

- la nature et l'étendue des dépendances
- les dommages induits, somatiques ou sociaux,
- la place sociale du produit.

L'évolution du tabagisme des adolescents est très préoccupante (J. P. Kahn). Là encore, on retrouve fréquemment associées d'autres conduites à risque, une vulnérabilité psychologique et aussi l'importance de l'environnement et du milieu socioculturel. Les notions sont bien établies mais ne permettent pas encore de proposer une stratégie préventive réellement efficace.

Le D.I.R.E.P.S. de Vandoeuvre-les-Nancy a donné les résultats d'une enquête effectuée auprès de 2000 lorrains sur le tabagisme et les comportements associés (J. F. Collin) ; il a annoncé la mise en place d'une intervention d'Education à la Santé en comparant sur plusieurs années l'évolution du tabagisme dans les cantons témoins : ce type d'étude est essentiel pour connaître l'efficacité réelle des campagnes et pour fixer ultérieurement les choix politiques.

- 8 Après avoir rappelé les liens épidémiologiques existant entre dépendance tabagique et états anxiodépressifs, H. J. Aubin a présenté les résultats d'une étude sur le sevrage tabagique des anciens alcooliques avec traitement par fluvoxamine. Celle-ci est efficace dans la prévention des symptômes dépressifs post-sevrage tabagique chez les alcooliques abstinents mais semble sans effet sur le taux d'abstinence tabagique.

Dépendance alcoolique et dépendance tabagique sont souvent associés (C. Gillet). Peut-on envisager un sevrage alcoolotabagique simultané ? S'il paraît bien admis que les alcoolodépendants doivent pouvoir bénéficier d'une aide à l'arrêt du tabac, la chronologie des sevrages et les modalités du traitement sont encore l'objet de discussions. Très peu d'études font état d'un sevrage simultané, ce qui semble cependant possible ; il paraît souhaitable d'adapter l'attitude thérapeutique au stade de motivation des patients.

Le problème des liens particuliers entre le tabagisme et les troubles du comportement alimentaire a été abordé par C. Schmitt, permettant de confronter une approche globale des troubles addictifs. En fait les liens de causalité sont difficiles à élucider. Des éléments psychopathologiques, mais aussi neurobiologiques rapprocheraient les différentes addictions, tabac, alcool, toxicomanie. En englobant dans les addictions les troubles du comportement alimentaire, la fréquence de l'association tabagisme-boulimie apparaît logique. D'autre part, le tabagisme mais aussi l'usage d'alcool ou d'autres substances psychoactives peuvent être envisagés comme une réponse à l'existence de troubles du comportement alimentaire, ce que l'on constate d'ailleurs pour d'autres troubles mentaux.

La consommation de cannabis, le plus souvent sous forme de haschich (H) est de plus en plus fréquente (G. Lagrue). Le H, résine provenant du cannabis contient un psychotrope puissant, le Tétrahydrocannabinol (THC) aux propriétés euphorisantes et anxiolytiques. C'est en France une drogue illicite, mais son usage tend à se banaliser. Sa consommation pose un problème aux fumeurs désirant entreprendre un sevrage tabagique, car pour pouvoir être fumée la résine de cannabis est toujours mélangée à du tabac : il est donc difficile de renoncer à l'un sans devoir se priver de l'autre. Si à court terme les risques de fumer du H apparaissent minimes, par contre en raison de la liposolubilité du THC et de sa très lente élimination, des manifestations neuro-psychiques sont à craindre en cas de consommation chronique, même minime et épisodique. Le dosage des cannabinoïdes urinaires dans une consultation de tabacologie a confirmé la fréquence de la consommation de H, atteignant près de 20% chez les adultes de moins de 25-35 ans.

Au nom du Comité d'Education pour la Santé, Madame Barthélémy a décrit les campagnes nationales en éducation pour la santé : l'historique des messages et l'évolution des attitudes et des comportements. Si les campagnes se sont souvent adressées aux jeunes depuis une vingtaine d'années, elles ne les ont pas toujours choisis comme cible prioritaire. Les experts sont d'accord sur la nécessité d'adopter une stratégie globale « multifocale », c'est à dire avec des cibles et des messages diversifiés s'adressant aux principaux groupes à risque. La recherche de « relais » tels les médecins, les éducateurs de santé, les pharmaciens, les journalistes, les unions de consommateurs, est nécessaire pour démultiplier l'action. Elle a rappelé le programme mis en place par la DGS ayant pour objectif de réaliser dans chaque département un réseau de médecins généralistes ayant appris les gestes élémentaires de première ligne en tabacologie.

Comment identifier précocement les conduites addictives en médecine générale (G. Alin) ? Existe-t-il un repérage possible des sujets à risques de dépendances face aux drogues licites ou illicites, alcool, tabac, médicaments ? A partir de quels critères anamnestiques, cliniques, et comportementaux peut-on se référer pour identifier des facteurs prédictifs de futures conduites addictives ? Le problème est majeur, mais difficile à résoudre, surtout dans les conditions actuelles de fonctionnement de la médecine générale.

G. Lagrue a clos cette deuxième journée de Tabacologie Clinique, qui par son succès marque un tournant dans l'évolution de cette nouvelle discipline. Il a rappelé brièvement l'évolution de la tabacologie française durant ces vingt dernières années, depuis la création de la Société de tabacologie, du D.I.U., du Groupe d'Etudes sur le Sevrage Tabagique (G.E.S.T.)... Les

- 9 difficultés actuelles sont très grandes, les stratégies efficaces existent, mais malheureusement les moyens manquent cruellement pour les appliquer. Les perspectives d'avenir sont immenses, reposant sur les avances rapides de nos connaissances en neurobiologie : comme toujours en médecine, les progrès thérapeutiques essentiels résulteront d'une meilleure connaissance des processus physiopathologiques. Le concept de « conduites addictives » s'avère ainsi très prometteur : il est évident que tous ces comportements à risque ont beaucoup de points communs ; il faut donc trouver une nouvelle approche qui permettra de mieux soulager la souffrance de ces sujets « victimes de leur dépendance et non pas coupables du manque de volonté ».

Se documenter sur le tabagisme

Elisabeth FELLINGER^(*)

1. Sites Internet

Tabac-net

<http://www.tabac-net.ap-hop-paris.fr>

Site très intéressant et très convivial ; s'adresse à tous les publics, du collégien au professionnel.

Orientation très facile à partir de la page d'accueil.

Grand Public :

Annuaire des organisations françaises et francophones de lutte contre le tabac : fiche de présentation détaillée, adresses, E-Mail, objectifs, souvent liens avec leur site propre quand il existe.

Adresses sites Internet mondiaux (OMS...)

Liste de matériel pédagogique : 7 cassettes vidéos, 1 CD-ROM, brochures et 10 livres

Documents pour les jeunes : exposés pour lycéens et collégiens (très bien faits) (histoire, économie, dépendance, effet de la fumée, sevrage....)

Campagnes nationales de prévention

Professionnels :

Banque d'images pour organiser des formations (diapositives téléchargeables)

Textes et articles récents sur le tabac + sélection mensuelle

Adresses et programmes des DIU de tabacologie

Rubrique "soigner": centres de consultation antitabac, tests, directives de la conférence de consensus (accès au texte de la conférence par liens avec le serveur de l'agence d'accréditation en santé)

Forum de discussion avec d'autres professionnels

News

Revue en texte intégral : "Tabac et liberté", lettre trimestrielle de 14 pages

Site du CDIT (Centre de Documentation et d'Information sur le Tabac)

<http://www.cdit.fr>

Site produit par les professions du tabac; données sur la production, la consommation, les prix....

Revue "Tabac News", texte intégral, contient des articles tels que "les jeunes français et la pratique du tabac" ou des données statistiques sur la production française. (Aucun objectif de prévention, évidemment!)* ** *

Fiches du CDIT : utiles pour répondre à des questions ponctuelles du genre : chiffres de la consommation de cigarettes sur les 2 dernières années... ou variations de la fiscalité.

Communiqués de presse.

Site de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

<http://www.anaes.fr>

Dossier "tabagisme" destiné aux professionnels :

Bibliographie sélective : 10 ouvrages, 10 articles

Accès au texte de la Conférence de consensus 1998

Liens avec d'autres sites internet français et étrangers:

- tabac-net : voir plus haut
- www.ligue-cancer.asso.fr (Ligue contre le cancer)
- www.b3e.jussieu.fr:80/rnsp/beh/index.html (BEH)

^(*) Documentaliste Toxibase au Centre d'Accueil et de Soins de Strasbourg

12 **Centre National de documentation sur le tabac et la santé**
<http://www.cctc.ca>

Ce Centre canadien dépend du gouvernement et est financé par plusieurs organismes de santé. Il propose un site attractif bilingue français-anglais. Des bases de données donnent accès à des textes de référence. Le contenu du site propose les publications de recherche et de prévention du Centre, les données statistiques sur la consommation et la morbidité.

Site de l'OMS
<http://www.who.ch>

Accès aux publications de l'OMS sur le tabac (rapports techniques, manuels...)

Site Stop-tabac de l'Université de Genève
<http://www.stop-tabac.ch>

Programme suisse de prévention du tabagisme et d'aide à l'arrêt
Possibilité de commander leur *matériel pédagogique* (liste brochures et tracts)

2. Organismes signalés sur tabac-net ayant des sites Internet (ou ayant prévu leur réalisation)

En France

CNMRT : Comité National contre les Maladies Respiratoires : 66 Bd St Michel, 75006 Paris
Président : F. Bonnaud
Actions de prévention scolaires, mise à disposition de matériel pédagogique, formations, aide à la recherche. Il existe des comités départementaux

CNCT : Comité National Contre le Tabagisme : 31, ave du Général Bizot, 75012 Paris
Président : Pr. G. Dubois, CHU Amiens
Défense des non fumeurs,
Lettre d'information mensuelle "Tabac et santé"
Vidéothèque européenne spots publicitaires antitabac
Service d'information en ligne

FFC : Fédération Française de Cardiologie, 50 rue du Rocher, 75008 Paris,
Tél. : 01 44 90 83 83
Président J. Delaye
Prévention tabagique
Revue : Cœur et santé
Outils de prévention : gratuits et payants (cf. liste)***

CFES : 36-15 Tabacinfo site minitel du CFES
Adresses des consultations antitabac/département

Envoi du guide "Arrêt du tabac"
Info questions-réponses / tabac, effets, sevrage, loi

LCC : Ligue nationale Contre le Cancer, 1 av. S. Pichon, 75013 Paris
Prévention tabagique, clubs pataclope,

OFT : Office Français du Tabagisme: serv. de santé publique, CH Salpêtrière, 75651 Paris Cedex 12
Président : G. Brucker
Prévention et aide au sevrage

Réseau hôpital sans tabac : 247, rue de Bercy, 75580 Paris cedex 12
Président : G. Brucker (Mutuelle nationale des hospitaliers)
Prévention tabagique
Publication "Guide Hôpital sans tabac" en cours de réédition

Tabac et liberté : 36 rue d'Alsace Lorraine. 31000 Toulouse
Président : E. André
Association de 2000 médecins en réseau
Formations des médecins, prévention, information du public, sevrage des fumeurs
Matériel pédagogique disponible (cf. signalement sur le site tabac-net)
Revue : "tabac et liberté"
Cd-Rom C-ditabac
Liste des formations sur le Web

- 13 **Alliance pour la santé-coalition contre le tabac** : Fac de Méd. rue des St Pères, 75006 Paris
Président: M. Tubiana
Prévention du tabagisme
- Société Française de cardiologie** : 15, rue de Cels, 75014 Paris
Recherche médicale très pointue
Revue : Archives des Maladies Cœur Vaisseaux
- Société de tabacologie** : Hôp. P. Guéraud, Bd de la République, 94806 Villejuif
Président: R. Molimard
Promotion de la recherche : réunions scientifiques, bourses de recherches, enseignement, études
- Société française de pneumologie** : 66, bd St Michel, 75006 Paris
- A l'Etranger*
- CIPRET** : Carrefour prévention, rue H. Christiné 5, Case postale 567, CH-1211 Genève 4
Prévention tabagique : www.prevention.ch

3. Bibliographie de base

Ouvrages grand public

- Sanders P.
Le tabagisme
Gamma, 1997
- Lagrue G.
Arrêter de fumer
Paris, O. Jacob, 1998
- Lemaire J. F.
Le tabagisme
Que Sais-je n° 1859
Paris, PUF, 1997
- Nicaud L.
En finir avec le tabac
Chronique sociale, 1997
- Uchida H.
Le tabac en Alsace
Strasbourg, PUS, 1997
- Dautzenberg B.
Le tabagisme
Paris, Privat, 1996
- Jacquin P.
L'herbe des dieux : le tabac dans les sociétés indiennes d'Amérique du Nord
Paris, SEITA, 1997

Brochures

- La vie sans tabac, vous commencez quand ?
CFES, 1998
- Tabac : ouvrons le dialogue, CFES, 1998

Ouvrages pour professionnels : acteurs de prévention, médecins, chercheurs

- Cognec-Soubigou
Le tabagisme et ses paradoxes : une approche psychosomatique
Paris, L'Harmattan, 1998
- Lee P.N.
Tabagisme passif et mortalité
Paris, Masson, 1994
- Martinet Y.
Le tabagisme, de la prévention au sevrage
Paris, Masson, 1997
- OMS
La lutte contre l'épidémie de tabagisme
Série de rapports techniques, 636, 1979

- 14 - Aubin H. J.
Nicotine et troubles psychiatriques
Paris, Masson, 1997
- Conférence de Consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac en France 1998
Paris, ANAES, AP-Hôp Paris, EDK, 1998, 413 p.
- Bouyer S., Gaffet A., Denis C.
Anthropologie du tabac
Paris, L'harmattan, 1997, 253 p.
- ISPA
Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse
ISPA, 1997
- Cabinet A. Bensoussan
Le tabac dans l'entreprise et les lieux publics
Coll. Guide juridiques
Hermès Ed., 1993
- Stahl J. H.
La loi antitabac
Daloz, 1993
- Eysenck H. J.
Tabac, personnalité et stress: les facteurs psychosociaux dans la prévention du cancer et des maladies cardio-vasculaires
Springer, 1993
- Molimard R.
Le traitement de la dépendance tabagique: l'arrêt du tabac en 1989. Revue et évaluation des méthodes
INSERM, Doc. Franç., 1989
- Fréour P.
Le médecin, le fumeur et le tabac
Paris, Maloine, 1987
- Gaudefroy N.
Vaincre le tabac. Guide du sevrage tabagique
Paris, Frison-Roche, 1998, 187 p.
- Nourrisson D.
Le tabac en son temps : de la réduction à la répulsion
Rennes, ENSP, 1999, 96 p.
- Conseil International de la Langue Française
Vocabulaire technique du tabac
CILF, 1982
- Izard C.
Neuropsychologie et tabac
Paris, Masson, 1976
- Perriot J.
Tabacologie
Paris, Masson, 1995
- Tabac : guide d'action jeunes
Paris, CFES, 1996
- Médecine et psychothérapie
Paris, Masson, 1995
- Benhaïem J. M.
L'hypnose qui soigne...
Ed. Josette Lyon, 1997
- Fiore M.C., Bailey W.C., Cohen S.J.
Smoking cessation.
Clinical practice guideline n° 18, AHCPR
Public. N°96-06690 April 1996

Cette bibliographie non exhaustive peut être complétée par des recherches dans les centres de documentation TOXIBASE