

COLLOQUE

Journée mondiale sans tabac

En présence de MONSIEUR XAVIER BERTRAND  
MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ  
(sous réserve)

PROGRAMME

“

TABAGISME :

du contrôle

à la prise

en charge”

→ → 31 MAI 2011

AUDITORIUM  
du MINISTÈRE DE LA SANTÉ

BAVENUE DE SÉCUR - 75007 PARIS

Conférence organisée par le Réseau des établissements de santé  
pour la prévention des addictions RESPADD, en collaboration  
avec la Direction générale de la santé



## Sommaire

<b>OUVERTURE</b> .....	<b>3</b>
• Philippe de Bruyn, Direction générale de la santé .....	3
• Dr Anne Borgne, présidente du Respadd.....	3
<b>CCLAT : État de son application en France et perspectives</b> .....	<b>3</b>
• Présentation de la convention-cadre de l’OMS de lutte anti-tabac (CCLAT).....	3
• Pr Yves Martinet .....	3
• <b>Application de l’article 8 : Protection contre l’exposition à la fumée de tabac</b> ...	<b>4</b>
• Gérard Audureau .....	4
• <b>Application de l’article 11 : Avertissements sanitaires et paquets standards</b> .....	<b>6</b>
• Karine Gallopel-Morvan .....	6
• <b>Application de l’article 13 : Publicité dans les débits</b> .....	<b>7</b>
• Emmanuelle Béguinot.....	7
• <b>Application de l’article 14 : Sevrage tabagique</b> .....	<b>9</b>
• Pr Bertrand Dautzenberg .....	9
• <b>Application de l’article 20 : Recherche et formation sur le tabagisme</b> .....	<b>10</b>
• Dr Ivan Berlin .....	10
<b>Allocution de Mme Nora Berra</b> .....	<b>13</b>
<b>1re TABLE RONDE : INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES EN TABACOLOGIE À L’HÔPITAL</b> .....	<b>15</b>
• <b>Indications et organisation d’une hospitalisation pour sevrage tabagique</b> .....	<b>15</b>
• Dr François Lefebvre .....	15
• <b>Protocole de traitement des fumeurs aux urgences cérébro-vasculaires de la Pitié-Salpêtrière</b> .....	<b>15</b>
• Dr Anne Léger .....	15
• <b>Prévention et prise en charge du tabagisme en milieu psychiatrique : entre accompagnement et sevrage contraint</b> .....	<b>16</b>
• Dr Yann Le Strat .....	16
<b>2e TABLE RONDE : LE TABAC AU CŒUR DES ADDICTIONS</b> .....	<b>18</b>
• <b>Sevrage tabagique des patients traités par substituts opiacés</b> .....	<b>18</b>
• Dr Xavier Guillery.....	18
• <b>Les consultations jeunes consommateurs et la question du tabac</b> .....	<b>19</b>
• Véronique Garguil.....	19
• <b>Mésusage d’alcool et consommation de tabac : pour une prise en charge simultanée</b> .....	<b>20</b>
• Dr Claudine Gillet.....	20
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>21</b>
Philippe de Bruyn .....	Erreur ! Signet non défini.

## OUVERTURE

- Philippe de Bruyn, Direction générale de la santé
- Dr Anne Borgne, présidente du Respadd

Philippe de Bruyn ouvre ce colloque sur le thème « Tabagisme : du contrôle à la prise en charge ». Cette réunion lui tient particulièrement à cœur puisqu'il y sera question d'une part d'un traité fondamental – la convention-cadre pour la Lutte Antitabac (CCLAT) – mais également de la prise en charge, thématique « cœur de métier » pour la Direction générale de la santé (DGS) et le ministère de la Santé dans son ensemble. Les questions qui se posent aujourd'hui à la société civile et aux pouvoirs publics sont de la première importance et elles le sont d'autant plus que l'on assiste à une remontée du tabagisme chez certaines populations. Les éléments qui seront présentés ce matin, notamment autour de la CCLAT, peuvent constituer une feuille de route pour les mesures qui peuvent être envisagées en France. Ainsi, cette journée constitue pour la DGS le point de départ d'une nouvelle étape.

Le Dr Anne Borgne remercie la DGS d'avoir permis – à nouveau – l'organisation de ce colloque en cette journée du 31 mai 2011. Le programme de cette journée a été élaboré avec la DGS, l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) et la Fédération Addiction.

## CCLAT : État de son application en France et perspectives

Modératrice : Dr Anne-Borgne  
Présidente du Respadd

- Présentation de la convention-cadre de l'OMS de lutte anti-tabac (CCLAT)  
● Pr Yves Martinet  
Alliance contre le tabac

La convention-cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) est le fruit des négociations menées par le Dr Gro Harlem Gruntland, ancienne directrice de l'OMS. La CCLAT constitue aujourd'hui le premier traité mondial de santé publique. Entrée en vigueur le 7 février 2005, la Convention a été signée par 172 pays.

La CCLAT offre une nouvelle définition de la lutte anti-tabac :

*« On entend par lutte antitabac toute une série de stratégies de réduction de l'offre, de la demande et des effets nocifs visant à améliorer la santé d'une population en éliminant ou en réduisant sa consommation de produits du tabac et l'exposition à la fumée de tabac ».*

Divisée en onze parties, la convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac élabore ses recommandations à travers 38 articles répondant à différentes thématiques. Cette matinée sera consacrée à l'étude des recommandations du traité en matière de contrôle du tabac à travers une sélection de 5 articles :

- **Article 8 : Protection contre l'exposition à la fumée de tabac.** Gérard Audureau reviendra plus en détail sur cet article dont l'objectif est de protéger le public des méfaits liés au tabagisme passif. Actuellement, aucune mesure de contrôle n'est réalisée en France concernant la mise en œuvre du décret Bertrand.
- **Article 11 : Avertissements sanitaires et paquets standards.** Cet article vise à renforcer l'information et les messages de prévention sur l'étiquetage des produits du

tabac. *Karine Gallopel-Morvan* abordera, entre autres sujets, dans sa présentation les propositions des experts de la lutte contre le tabagisme en vue de promouvoir un paquet standardisé ou neutre. Une proposition à laquelle s'opposent vigoureusement les cartels du tabac dont les stratégies marketing ont pour objectif de créer des paquets « séducteurs ».

- **Article 13 : Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage.** Faut-il rappeler que la publicité en faveur du tabac dans les lieux de vente est interdite ? *Emmanuelle Béguinot* démontrera dans son exposé que non seulement aucun véritable contrôle n'est réalisé en France, mais également que plus de 80 % des établissements qui vendent du tabac ne respectent pas la législation en vigueur.
- **Article 14 : Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique.** Cet article, présenté par le Pr Bertrand Dautzenberg, vise à mettre à la disposition du public un certain nombre d'outils destinés à faciliter un traitement de la dépendance et aider à un meilleur sevrage tabagique. Force est de constater que si les avocats du contrôle du tabac s'évertuent, aujourd'hui, de promouvoir la nicotine « propre », les industriels du tabac continuent à soutenir la nicotine « sale ».
- **Article 20 : Recherche, surveillance et échange d'informations.** Le Dr Yvan Berlin abordera la question du financement de la recherche ; financement que l'on peut qualifier d'anecdotique.

Avant de céder la parole aux différents intervenants de la matinée, le Pr Yves Martinet souhaite revenir plus un détail sur l'article 5.3 de la CCLAT, article qui lui semble fondamental : « *En définissant et en appliquant leurs politiques de santé publique en matière de lutte anti-tabac, les Parties veillent à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, conformément à la législation nationale* ».

Bien qu'engagés dans la lutte anti-tabac, les politiques en France sont encore aujourd'hui trop proches de l'industrie du tabac. L'heure est venue de « renverser la vapeur » et de faire en sorte que les politiques se rapprochent des avocats du contrôle du tabac. Deux exemples permettent de démontrer que les politiques sont encore aujourd'hui trop sensibles aux revendications de l'industrie du tabac. D'un point de vue fiscal, les cartels du tabac ont su, au final, bénéficier des arbitrages entre le ministère de la Santé, qui militait pour une augmentation forte du prix du paquet de cigarettes, et le Ministère de l'Économie, plus favorable à une augmentation modeste. Les augmentations de prix décidées n'ont eu aucune incidence sur la consommation de produits du tabac. Autre exemple : les industriels ont réussi à duper les politiques en les convainquant que la contrebande était l'un des problèmes majeurs de la société française. Bien évidemment, si la question de la contrebande doit effectivement être adressée, il ne s'agit en aucun cas d'un « problème majeur ».

En guise de conclusion, le Pr Yves Martinet rappelle que le contrôle du tabac est une question de société et que les profits du cartel du tabac (qui s'élèvent à 150 milliards de dollars en 2010) se font aux dépens de la santé des Français. De surcroît, l'absence de contrôle tue l'efficacité des différentes mesures prises en matière de lutte anti-tabac. Dans ce contexte, la volonté et le courage politique sont indispensables, ne serait-ce que pour veiller à la stricte application de la CCLAT.

© **Application de l'article 8 : Protection contre l'exposition à la fumée de tabac**  
● **Gérard Audureau**  
Droit des Non-Fumeurs

**« Le tabac est le plus grand fléau évitable de santé publique jamais imposé au monde ! »** Un être humain meurt prématurément à cause du tabac toutes les 6 secondes, un Européen toutes les 20 secondes et un Français toutes les 8 minutes. Un fumeur régulier sur deux meurt prématurément de son tabagisme. Le nombre de pathologies liées ou amplifiées par la consommation de tabac est incommensurable. Il est le facteur principal de risque de maladies non transmissibles (cancer, diabète, maladies respiratoires ou cardiovasculaires) qui représentent aujourd'hui 60 % de la mortalité mondiale.

Pourquoi faut-il légiférer ? Les fabricants ont réussi à imposer la « diabolique autorité du « tabac-roi » pendant plus de 120 ans. La stagnation à haut niveau de la prévalence tabagique est directement liée au maintien illégal des conditions d'attractivité du produit. De surcroît, les interdictions de fumer, de faire de la publicité ou encore de vente aux mineurs sont quotidiennement contournées. Pourtant contenue dans la loi, la protection des non-fumeurs (qui représentent 80 % de la population) est quotidiennement bafouée. L'échec d'un demi-siècle d'approche purement préventive impose plus que jamais un rappel à la loi pour réguler la consommation de tabac. Cela d'autant plus que seule une infime partie des 13,5 millions de fumeurs français s'oppose à la législation de la protection contre le tabac. Quoi qu'il en soit, **« seule une volonté politique sans faille peut remédier à cet état de fait »**.

La CCLAT, dans son article 8, propose un certain nombre de recommandations en matière de protection contre l'exposition à la fumée de tabac. Les parties signataires de la convention reconnaissent *« qu'il est clairement établi, sur des bases scientifiques que l'exposition à la fumée de tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort »*. À ce titre, l'article 8 précise que *« chaque partie adopte et applique dans le domaine relevant de la compétence de l'État, en vertu de la législation nationale, et encourage activement, dans les domaines où une autre compétence s'exerce, l'adoption et l'application des mesures législatives, exécutive, administratives ou d'autres mesures efficaces prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, dans d'autres lieux publics.*

La protection contre la fumée de tabac repose sur un certain nombre de principes fondamentaux :

- **L'obligation de créer des espaces 100 % sans tabac.** À noter que la loi ne définit pas de seuil au-dessous duquel l'exposition à la fumée du tabac serait sans danger. Ainsi, fort du principe qu'aucune solution technique ne protège contre l'exposition à la fumée de tabac, la ventilation, la filtration ou la création de zones fumeurs sont proscrites.
- **La protection pour tous dans les lieux de travail et les lieux publics intérieurs.**
- **La société civile a un rôle central dans le processus d'élaboration et de mise en application du dispositif de protection contre la fumée.** Malheureusement, les attaques se multiplient pour décourager les associations. Ainsi, depuis l'adoption du décret Bertrand, 7 propositions de loi ont été déposées pour essayer de dénaturer la loi en vigueur. Force est de constater que les pouvoirs publics n'hésitent pas à adopter une attitude pour le moins ambiguë face aux différentes campagnes organisées. Ainsi, un nouveau projet de loi (proposé donc par le gouvernement) devrait réduire considérablement les conditions dans lesquelles il sera dorénavant possible de contrôler et sanctionner les infractions.
- **L'obligation de légiférer.** La législation dans ce domaine est d'autant plus fondamentale que l'autodiscipline est inefficace. Encore faut-il, toutefois, proposer une législation simple, transparente et facilement applicable...
- **La surveillance des activités de l'industrie du tabac et de ses « bras armés » lorsque leur action vise à entraver la mise en œuvre de la CLATT.** Ainsi, les industriels n'ont pas hésité à faire pression ou à manipuler les syndicats de l'hôtellerie ou de la restauration, leur faisant croire que l'interdiction de fumer dans les

établissements ne pouvait qu'entraîner une chute de leurs chiffres d'affaires. Il a été démontré, depuis que c'était parfaitement faux.

Une loi efficace se doit de viser les véritables responsables. Ainsi, elle se doit d'engager une responsabilité juridique des fumeurs et des établissements concernés. Elle doit prévoir, en cas d'infraction, des peines applicables aux deux. À ce titre, elle rend le gestionnaire des lieux responsable au premier chef, du respect de la loi. La loi doit également préciser qui est chargé de son respect et de la poursuite des intervenants. Sur ce point, le décret Bertrand précisait que les agents de police, les inspecteurs du travail et les médecins inspecteurs de santé publique portaient cette responsabilité. L'expérience montre que ces derniers se refusent le plus souvent à imposer les amendes forfaitaires prévues. L'on assiste aujourd'hui à un retour forcené à la judiciarisation des affaires, au risque d'embouteiller les tribunaux. Par ailleurs, la loi doit prévoir des procédures d'inspection ainsi que les modalités de formation des agents de contrôle responsables. Sur ce dernier point, Gérard Audureau fait observer que peu d'agents sont assermentés et que les formations suivies en 2006 n'ont pas été renouvelées.

En guise de conclusion, Gérard Audureau rappelle que tout individu a le droit de respirer un air pur, dépourvu de pollution tabagique. Aucune tolérance ne doit, à ce titre, être accordée aux contournements de l'interdiction de fumer. **Ainsi, chaque mesure de tolérance à l'égard de l'interdiction de fumer constitue une brèche fortement symbolique dans la protection anti-tabac.** Cela étant dit, un minimum de contrôle et de sanctions est nécessaire afin d'éviter que les dispositions mises en œuvre ne deviennent lettre morte. Est-il normal de laisser s'installer des terrasses couvertes destinées à la consommation de tabac ? Est-il normal que les agents de contrôle refusent de faire appliquer la loi ? Enfin, est-il normal que plus de 20 % des salariés en France continuent d'être exposés à la fumée de tabac ? Gérard Audureau est convaincu que le recours à la limitation du nombre de lieux dans lequel on peut fumer est un moyen de prévention efficace, si ce n'est parce que son effet est indirect. Ainsi, plus d'un fumeur sur deux se dit satisfait des mesures d'interdiction (au motif qu'elles l'aideraient à réduire sa consommation). Bien évidemment, toutes les aides qui peuvent être apportées pour arrêter de fumer sont salutaires et efficaces lorsqu'elles sont considérées comme une partie de la solution et non pas comme le but unique.

## 📍 Application de l'article 11 : Avertissements sanitaires et paquets standards

👤 Karine Gallopel-Morvan

Université de Rennes 1 – Institut de Gestion de Rennes

L'article 11 de la CCLAT préconise la mise en place d'avertissements sanitaires qui doivent couvrir 50 % ou plus de la face principale du paquet de cigarettes et en aucun cas moins de 30 %. Ce même article recommande fortement que les parties adoptent des avertissements visuels plutôt que textuels (à hauteur de 50 % du paquet) et propose l'adoption d'un paquet standardisé ou générique duquel seraient retirés tous signes distinctifs de la marque de tabac.

Le marketing alloue à l'emballage deux fonctions : une fonction utilitaire et technique de protection du produit et une fonction de communication. L'emballage joue à ce titre un rôle d'alerte visuelle sur le point de vente pour attirer l'œil du consommateur. Il constitue également une expression de la marque (et de l'image de marque), offre des informations aux consommateurs et suscite l'impulsion d'achat. On dit du « packaging » qu'il est un « vendeur muet ».

L'industrie du tabac, bien évidemment, n'est pas en reste et cela d'autant plus que le paquet de cigarettes est devenu dans un grand nombre de pays – dont la France – le seul moyen dont disposent les fabricants pour communiquer, faire de la publicité et conserver l'imagerie de la marque dans l'esprit des consommateurs. D'ailleurs, les innovations sur l'emballage

des paquets permettent encore aujourd'hui aux compagnies de tabac d'accroître leurs parts de marché. Le paquet continu de jouer un rôle particulièrement important sur certaines cibles, notamment les jeunes ou les femmes, plus sensibles au design ou à l'image.

Le paquet permet également aux fabricants de donner des informations sur le produit. Bien qu'il n'existe aucune différence en termes de dangerosité, les consommateurs ont l'impression que les cigarettes légères sont moins nocives. Il en est de même en ce qui concerne les cigarettes menthol, développées dans les années 70 pour rassurer les fumeurs et attirer le public féminin. On assiste par ailleurs à l'émergence des cigarettes « Bio » ou sans additifs et au développement du tabac à rouler. Toutes ces innovations sont bien évidemment nées de recherches sur les consommateurs avec lesquels l'industrie continue de nouer des liens forts pour comprendre leurs attentes ou leurs motivations.

S'agissant des avertissements sanitaires, 39 pays (dont 11 en Europe) ont adopté les avertissements visuels. Dave Hammond, chercheur à l'université de Waterloo, a recensé l'ensemble des articles scientifiques (95 au total) qui ont été publiés sur cette question. Cet « état des lieux » démontre que les avertissements visuels sont plus intéressants et plus efficaces que les avertissements textuels et cela pour plusieurs raisons. Les avertissements visuels informent mieux les consommateurs et attirent plus fortement leur attention sur le message qui est délivré. Ils constituent, à ce titre, une meilleure source d'informations et améliorent la compréhension et la mémorisation des méfaits du tabac. Ces images touchent (bien plus fortement que les mots) les émotions et dégradent l'image de la tabagie, contrecarrant ainsi le travail de séduction orchestré par les compagnies de tabac. Ainsi, les avertissements visuels anéantissent la fonction de communication du packaging et peuvent susciter des réactions de peur ou de dégoût. Il a été montré, par ailleurs, que l'imposition de ces avertissements visuels a entraîné, en France, une augmentation des appels vers la ligne Tabac Info Service.

S'agissant du paquet neutre, aucun pays ne l'a adopté pour l'instant. Il devrait voir le jour en 2012 en Australie. Une trentaine de recherches ont été réalisées sur la question et démontrent les enjeux et avantages de ce nouvel emballage :

- Le paquet neutre permet d'amplifier l'efficacité des avertissements sanitaires et améliore leur mémorisation.
- Il réduit l'attractivité du paquet de cigarettes ainsi que l'image du fumeur et casse l'image de la marque.
- L'emballage générique possède une force de dissuasion et devrait permettre de limiter les achats des jeunes.
- Les cigarettes d'un paquet neutre sont perçues comme étant plus nocives.

Pour conclure, Karine Gallopel-Morvan tient à rappeler que les différents dispositifs présentés aujourd'hui sont gratuits pour le contribuable ou le gouvernement. En effet, les coûts sont entièrement assumés par l'industrie du tabac.

### © Application de l'article 13 : Publicité dans les débits

● Emmanuelle Béguinot

Comité national contre le tabagisme

---

En France, la loi Evin de 1991 pose l'interdiction de toute publicité pour le tabac. « *La propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac, des produits du tabac ou des Ingrédients est interdite (...)* ». La loi pose toutefois une exception. En effet, « *cette disposition ne s'applique pas aux enseignes des débits de tabac, ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur, à condition que ces enseignes ou ces affichettes soient conformes à des caractéristiques définies par arrêté interministériel.* » Cette exception était justifiée par la nécessité d'informer les

consommateurs avant leur achat. Cela étant dit, la publicité était autorisée par PLV dans certaines conditions. Les affichettes (dont le format ne doit pas dépasser 60 \* 80 cm) sont strictement informatives et ne doivent pas être visibles à l'extérieur du débit. Les affichettes doivent, par ailleurs, inclure un message sanitaire dans un bandeau égal à 25 % de la surface publicitaire.

Le ministère de la Santé et des Sports a confié au Comité national contre le tabagisme (CNCT) de réaliser un état des lieux en vue d'évaluer le respect de la réglementation sur les lieux de ventes de tabacs. Ce projet avait pour objectifs principaux :

- Étudier le corpus de PLV et, plus généralement, leur impact en termes de consommation de tabac.
- Étudier les PLV dans le cadre de la stratégie globale de marketing à la fois des débiteurs et des fabricants.
- Étudier la position et la perception des acteurs (buralistes et fabricants).
- Faire un état des lieux de la situation internationale. .

L'étude menée a été fondée sur des « visites mystères » menées, entre le 11 et le 24 février 2010, dans 400 lieux de vente par l'institut de sondages LH2.

Les résultats sont sans appel. L'enquête souligne une présence généralisée (9 débits sur 10) et massive de publicités (plus de 6 en moyenne par débit) en faveur de la consommation du tabac à l'intérieur des débits. De surcroît, ces publicités sont positionnées à des emplacements stratégiques. Sur les 2 300 publicités répertoriées dans le cadre de cette étude, plus de 9 sur 10 sont illicites et ne respectent pas la réglementation. Ainsi, en résumé, **près de 80 % des débits de tabac ne respectent pas la réglementation en vigueur et 88 % présentent des publicités illicites.**

L'enquête tend à prouver que la PLV constitue une forme de publicité et qu'elle a, de ce fait, une incidence sur la consommation, notamment des jeunes fumeurs. La littérature sur le sujet enseigne que les PLV ne sont pas implantées de manière aléatoire par les fabricants, mais que les débits de tabac sont ciblés géographiquement. Les publicités sont choisies en fonction de la fréquentation des lieux de vente. De surcroît, les PLV renvoient toujours à des comportements impulsifs et constituent un obstacle à l'arrêt (pour les fumeurs) ou une incitation à la rechute. D'une manière générale, cette publicité constitue un obstacle au changement d'image même que l'on souhaite apporter au tabac et contribue à la banalisation de la consommation de tabac, associant à cette consommation des images positives.

Ainsi, il apparaît non seulement que la réglementation n'est pas respectée, mais également que l'exception prévue par la Loi Evin a été détournée de son intention. La PLV constituant une incitation non négligeable à la consommation de tabac, les recommandations qui ont été faites dans le cadre de l'enquête menée par le CNCT visent, d'une part, à supprimer cette exception et, d'autre part, d'instaurer un nouveau dispositif d'information en direction des consommateurs.

#### ● Questions de la salle

En réponse à une question posée par Véronique Garguil, le Pr Yves Martinet précise que la CCLAT ne traite pas de la question de la réduction des risques. Bien évidemment, il n'est pas interdit de travailler sur ce thème, mais il convient de faire preuve de la plus grande prudence. En effet, l'industrie du tabac a aussi son agenda par rapport à la réduction de risques. Cela étant dit, le Pr Yves Martinet fait remarquer que les tabacologues sont moins dogmatiques sur la question. En effet, plusieurs études ont montré que l'arrêt du tabac, qu'il soit progressif ou immédiat, produit des résultats globalement identiques. Si elle peut avoir un effet sur la survenue des cancers du poumon, une réduction de plus de 50 % de la

consommation n'a que très peu d'effets sur les maladies cardio-vasculaires. Ainsi, la réduction des risques constitue au mieux une étape intermédiaire, pas une finalité.

Le Pr Bertrand Dautzenberg indique que British American Tobacco a quatre projets pour l'année en cours, le quatrième étant de continuer d'influencer la Commission et les politiques et cela malgré l'article 5.3 qui leur interdit de le faire. Qu'en est-il en France ? Par ailleurs, les 7 projets de loi déposés récemment par les députés français ont-ils été dictés par l'industrie du tabac ? Le Pr Yves Martinet admet que certains députés s'affichent régulièrement avec des représentants des industries du tabac. Plus grave encore, le dernier projet de loi a été élaboré par le ministère de la Justice et a, de ce fait, été déposé directement par le gouvernement. Ce projet de loi a pour objectif – objectif louable en soi - de simplifier les démarches administratives et juridiques dans le traitement de certaines infractions. Mme Maria Cardenas, directrice de l'association Droit des non-fumeurs, rappelle que ce sont les décisions en justice qui ont été obtenues suite à des actions menées par des associations qui ont permis de faire évoluer la législation et l'opinion publique sur l'opportunité d'interdire de fumer. Il est pour le moins significatif que l'on s'attaque aujourd'hui à l'action des associations dans la lutte contre le tabagisme. Cette proposition de loi privera les associations de la capacité de se rendre devant les tribunaux pour faire sanctionner des infractions à la loi. Ce projet est d'autant plus symbolique qu'il n'existe pas aujourd'hui de bases de données recensant le nombre de sanctions ou d'amendes qui sont délivrées par an. Les seules entités qui se préoccupent aujourd'hui de faire appliquer la législation en France sont les associations !

Le Dr Anne Borgne s'interroge sur l'existence d'études spécifiques sur la nocivité des cigarettes légères. Karine Gallopel-Morvan indique qu'une étude, réalisée en novembre 2008 auprès d'un échantillon représentatif de la population adulte, a montré que les consommateurs méconnaissaient les risques liés aux cigarettes légères. Ce résultat démontre la pertinence d'instaurer une information qualitative sur les paquets et non pas seulement quantitative (teneur en nicotine ou en goudron).

 **Application de l'article 14 : Sevrage tabagique**  
 **Pr Bertrand Dautzenberg**  
Office français de prévention du tabagisme

---

L'article 14 de la CCLAT porte sur le sevrage tabagique. Il prévoit que  
« *Chaque Partie élabore et diffuse des directives appropriées, globales et intégrées fondées sur des données scientifiques et sur les meilleures pratiques, en tenant compte du contexte et des priorités nationales et prend des mesures efficaces pour promouvoir le sevrage tabagique et le traitement adéquat de la dépendance à l'égard du tabac.* »

À ce jour, la France ne répond pas à cette première partie de l'article 14 de la CCLAT, mais il convient de noter que l'élaboration de nouvelles recommandations professionnelles de pratique clinique de l'aide à l'arrêt du tabac est prévue par la HAS avec la Société française de tabacologie. Cela étant dit, le bilan du second plan cancer montre que, fin 2009, l'Inpes aurait dû dépenser 3,18 millions d'euros de plus pour les mesures tabac du plan cancer. De même, toujours fin 2009, le PLFSS aurait dû dépenser 4,55 millions d'euros de plus dans le même cadre. Par ailleurs, il convient de noter que les ventes de produits d'arrêts du tabac stagnent depuis plusieurs années. Parallèlement, les ventes de cigarettes demeurent stables malgré l'interdiction de fumer dans les lieux clos.

S'agissant plus particulièrement des « mesures efficaces pour promouvoir le sevrage tabagique et le traitement adéquat de la dépendance à l'égard du tabac », le Pr Bertrand Dautzenberg insiste sur le fait – un fait corroboré par le rapport EQUIPP – que la

formation des professionnels de santé au sevrage tabagique demeure insuffisante. Il convient toutefois de noter que la ligne Tabac Info Service fonctionne bien.

L'article 14 incite, par ailleurs, les Parties à « *concevoir et mettre en œuvre des programmes efficaces visant à promouvoir le sevrage tabagique, dans des lieux comme les établissements d'enseignement, les établissements de santé, les lieux de travail et de pratique des sports* ». Sur ce point, le Pr Bertrand Dautzenberg tient à rappeler que l'aide pour le contrôle du tabac dans les collèges et les lycées a été supprimée. L'aide pour la prévention en université a également disparu. Les hôpitaux, avec l'aide du réseau Respaad, aident leur personnel à arrêter de fumer, mais la gratuité des médicaments d'arrêt et des consultations n'est pas la règle. Enfin, peu de choses sont faites dans les lieux de pratique des sports.

L'article 14 invite ensuite les Parties à *inclure le diagnostic et le traitement de la dépendance à l'égard du tabac et les services de conseil sur le sevrage tabagique dans les programmes, plans et stratégies nationaux de santé et d'éducation, avec la participation des agents de santé, des agents communautaires et des travailleurs sociaux*. Si la HAS place l'arrêt du tabac comme traitement de référence dans de nombreuses ALD, elle ne considère pas la dépendance tabagique, au même titre que le diabète, comme une maladie. La dépendance tabagique fait encore aujourd'hui l'objet d'une forme de ségrégation et il n'existe aucune raison pour laquelle les médicaments d'arrêt du tabac ne soient pas remboursés au même titre que les traitements généraux. Le tabac est cité dans un certain nombre de plans, mais est encore trop souvent incorrectement abordé dans ceux-ci. Enfin, la grossesse sans tabac n'est pas encore une norme pour tous les acteurs de la grossesse et les travailleurs sociaux ne sont pas formés à la prise en charge des fumeurs.

L'article 14 préconise ensuite de « *mettre sur pied, dans les établissements de santé et les centres de réadaptation, des programmes de diagnostic, de conseil, de prévention et de traitement de la dépendance à l'égard du tabac* ». Le Respaad a le plus grand nombre d'adhérents de tous les autres réseaux européens ; ce qui est, bien évidemment, un point positif. Cependant, l'on peut regretter que la prise en charge des opérés ne soit pas systématique alors que chacun sait que l'arrêt préopératoire diminue par 3 le risque de complications. De surcroît, le Pr Bertrand Dautzenberg regrette que moins de la moitié des centres de réhabilitation respiratoire aient une prise en charge organisée de l'arrêt du tabac.

Enfin, l'article 14 de la CCLAT invite les Parties à « *collaborer avec les autres Parties afin de faciliter l'accès à un traitement de la dépendance à l'égard du tabac à un coût abordable, y compris aux produits pharmaceutiques, conformément à l'article 22. Ces produits et leurs composants peuvent comprendre des médicaments ou des produits utilisés pour administrer des médicaments et des diagnostics, le cas échéant.* » L'Afssaps occupe une position en pointe en Europe pour l'accès aux substituts chez les cardiaques ou chez les femmes enceintes. Toutefois, la France n'est pas efficace sur la lutte contre les « arnaques et produits non évalués », et la non prise en charge des produits d'arrêt du tabac par l'assurance maladie est un frein à l'initiation des traitements et accroît les inégalités sociales.

En guise de conclusion, le Pr Bertrand Dautzenberg souligne que la France applique de façon très inconstante l'article 14. Une politique de santé ayant une vision à 5-10 ans doit être lancée sans délai pour appliquer l'ensemble des articles de la CCLAT.

## **Application de l'article 20 : Recherche et formation sur le tabagisme**

 **Dr Ivan Berlin**

Société française de tabacologie

---

L'article 20 de la CCLAT porte sur la recherche et la formation.

*Les Parties s'engagent à développer et à promouvoir la recherche nationale et à coordonner des programmes de recherche aux niveaux régional et international dans le domaine de lutte antitabac. À cette fin, chaque Partie s'efforce :*

- a) d'entreprendre, directement ou par l'intermédiaire des organisations intergouvernementales internationales et régionales et autres organismes compétents, des activités de **recherche** et **d'évaluation scientifiques**, et d'y coopérer, en encourageant la recherche sur les **déterminants** et les **conséquences** de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac, ainsi que la recherche de **cultures de substitution** ; et*
- b) de promouvoir et de renforcer avec l'appui des organisations intergouvernementales internationales et régionales autres organismes compétents, la **formation** et le soutien de tous ceux qui participent à des **activités de lutte antitabac**, y compris la recherche, la mise en œuvre et l'évaluation.*

Le Dr Ivan Berlin propose de revenir plus en détail sur les principes soutenus par l'article 20.

#### La recherche

L'on entend par recherche sur les **déterminants**, la recherche addictologique sur le tabac chez l'homme. Les **conséquences** sont les troubles de santé liés au tabac. Le Dr Ivan Berlin s'est employé à sélectionner sur PubMed les articles rédigés en France, entre 2009 et 2010, sur les déterminants/recherches spécifiques sur le tabagisme. Sa recherche a abouti à une quinzaine d'articles. **Le constat est simple : la recherche sur le tabagisme est insuffisante en France et cela malgré son impact sur la santé.** Le Dr Ivan Berlin estime que la raison se trouve dans le fait que cette activité de recherche spécifique n'est pas reconnue par les autres disciplines. La recherche sur le tabagisme fait partie (au même titre que l'obésité) de la médecine préventive et ne bénéficie que de très peu de soutien au niveau de l'enseignement et le pouvoir de promotion des acteurs est faible. La formation spécifique pour la recherche sur le tabagisme, de surcroît, est négligeable (il n'existe pas de masters dans ce domaine) et les débouchés universitaires sont inexistantes. Pourtant, les financements existent et sont accessibles. La Grande-Bretagne – citée comme un exemple par le Dr Ivan Berlin – a su mettre en place un réseau de 9 universités au sein de l'« UK Centre for Tobacco Control Studies », véritable centre d'excellence sur le tabagisme. Ce réseau a publié 69 papiers internationaux en 2009 ! Seule la reconnaissance morale, matérielle et politique par le milieu des professionnels de la santé en France permettra d'offrir des débouchés aux chercheurs en tabacologie et ainsi, d'accroître la formation dédiée exclusivement à la recherche dans ce domaine, permettant ainsi de renforcer les équipes et de renforcer la reconnaissance susmentionnée.

#### La formation

La formation est axée autour de deux volets : la formation à la recherche et la formation à l'activité anti-tabac. S'agissant de ce second volet, force est de constater que la France, avec ces 5 DIUs, est particulièrement bien placée au niveau international. Si le Dr Ivan Berlin regrette que les internes en médecine ne portent que très peu d'intérêt à cette formation, il souligne le fait que plus de 1798 tabacologues ont été formés en France entre 2000 et 2007. La tabacologie constitue, de ce fait, une spécificité française.

En guise de conclusion, le Dr Ivan Berlin souligne le manque de reconnaissance dont souffre l'activité de recherche sur le tabagisme. Les acteurs de ce type de recherche doivent être impliqués dans la formation universitaire et postuniversitaire. La solution passerait probablement par la mise en place – à l'image des résultats obtenus en Grande-Bretagne – d'un réseau de recherche et de formation en tabagisme, mise en place qui ne pourra se faire, quoi qu'il en soit, sans une véritable volonté politique et morale.

En réponse à une question spécifique sur le système anglais, le Dr Ivan Berlin est confiant qu'un réseau de ce type peut être mis en place en France. Il rappelle que ce réseau anglais est entièrement financé par l'État. Sur ce sujet, Patrick Sansoy informe l'assemblée que la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) a constitué et soutient financièrement un réseau universitaire en addictologie. Ce réseau a pour objectif de répondre aux préoccupations énoncées dans le précédent exposé, tant sur le plan de la recherche que sur celui de la formation. Karine Gallopel-Menard insiste, pour sa part, sur les opportunités de collaboration entre les universitaires et les acteurs sur le terrain. Si ces derniers ne disposent pas toujours, compte tenu de leur activité, du temps souhaité pour rédiger une publication, les universitaires, en revanche, n'ont pas toujours accès aux données nécessaires pour asseoir leurs publications. Elle évoque, à ce sujet, sa récente collaboration avec le CNCT sur les données récupérées dans le cadre de leur enquête. Les appels d'offres européens demandent aux chercheurs de travailler plus étroitement avec les acteurs sur le terrain. Il n'est plus envisageable, à ce titre, de monter des équipes constituées uniquement de chercheurs, si ce n'est parce que l'Union européenne souhaite que les recherches soient systématiquement diffusées auprès du grand public.

Le Dr Olivia Hicks Garcia, médecin du travail et addictologue, évoque la possibilité pour les acteurs de la fonction publique hospitalière d'avoir accès gratuitement aux soins et aux médicaments, et notamment aux substituts nicotiques. Cette possibilité est-elle remise en cause par la loi HSPT ? Le Dr Anne Borgne rappelle que la recommandation de fournir gratuitement les substituts aux personnels hospitaliers était inscrite dans la circulaire Kouchner de 2000. Il ne s'agissait, pour autant, que d'une recommandation. De ce fait, la décision finale appartient au directeur de l'établissement et au chef de service de la pharmacie. Compte tenu du flou réglementaire en vigueur, cette question n'a jamais été résolue.

Un intervenant regrette que les freins à l'arrêt de la consommation de tabac – et notamment la crainte de la prise de poids – n'ont été que très peu abordés au cours des exposés. Le Dr Ivan Berlin précise que la peur de grossir – totalement justifiée par les faits – est effectivement un frein à l'arrêt du tabac, et notamment chez les femmes. Il suffit, pour s'en assurer, de consulter les journaux féminins. Par ailleurs, une étude sur le sujet a démontré que les femmes françaises avaient plus peur de prendre du poids que les femmes anglaises ou américaines et cela malgré le fait que leur indice de masse corporelle est le plus bas. Toujours sur cette question, le Pr Bertrand Dautzenberg tient à signaler que les personnes maigres ont souvent plus peur de prendre du poids que les sujets en surpoids. Cela étant dit, il profite de l'occasion pour rappeler que la crainte des médicaments et des substituts nicotiques constitue également un frein à l'arrêt de consommation du tabac.

En réponse à une question posée par un intervenant sur le SNUS, le Pr Bertrand Dautzenberg fait remarquer que la réponse individuelle à ce débat diffère largement de la réponse collective. Par ailleurs, à partir du moment où le SNUS est mis sur le marché, il risque de devenir un produit d'initiation au tabagisme. Il tient à rappeler que le pays qui en fait le plus la promotion – à savoir, la Suède - est le pays d'Europe qui affiche le pourcentage le plus élevé de jeunes dépendants à la nicotine. Le Dr Ivan Berlin ajoute que l'on dispose de très peu d'études sur le SNUS. Les fabricants de tabac américains, par ailleurs, ont racheté et font la promotion aux États-Unis de ce produit. Le Dr Marion Adler évoque alors le cas d'un médecin suédois qui aide ses patients – atteints de cancer – à arrêter de fumer avec le SNUS et qui obtient de très bons résultats.

## Allocution de Mme Nora Berra

Secrétaire d'État chargée de la Santé

La journée mondiale sans tabac constitue une véritable opportunité de sensibiliser les Français sur les dangers liés au tabagisme. En France, en effet, le tabac demeure la première cause de mortalité évitable : 60 000 décès par an dont 5 000 liés au tabagisme passif. Ces chiffres sont, à ce titre, particulièrement éloquentes. Comment pouvoir accepter cette réalité, à savoir qu'un fumeur sur deux décèdera d'une pathologie liée à son tabagisme ? Et comment ne pas réagir en constatant, comme les chiffres du Baromètre Santé 2010 l'attestent, que la consommation de tabac connaît actuellement une hausse significative ?

C'est dans ce contexte pour le moins préoccupant que Mme Nora Berra réaffirme la détermination du gouvernement à lutter contre le tabac. Elle est, à ce titre, plus déterminée que jamais à poursuivre les actions de prévention, de contrôle et de soutien dans ce domaine.

Ainsi, à partir d'aujourd'hui, une campagne de prévention comprenant notamment un *spot télévisé* va démarrer, pour encourager et accompagner les fumeurs qui souhaitent s'arrêter. Cette nouvelle campagne de communication entend dédramatiser l'arrêt du tabac – peur de grossir, de devoir renoncer aux sorties entre amis – et rappeler au fumeur qu'il n'est jamais seul, et qu'en plus de l'aide apportée par le professionnel de santé, il peut trouver des informations et des conseils fiables grâce au dispositif Tabac Info Service, qu'ils s'agissent de la ligne téléphonique 39 89 ou du site internet.

Dès le mois de septembre, un forfait annuel de 150 euros pour la prise en charge des traitements d'aide à l'arrêt du tabac sera mis en place, et destiné aux femmes enceintes. Il convient de souligner que ce nouveau dispositif n'annule pas celui qui est en vigueur. L'arrêt du tabac chez les femmes enceintes reste largement insuffisant, puisque l'objectif visé est une abstinence tabagique totale. Il n'est plus concevable aujourd'hui que la prévalence du tabagisme soit l'une des plus élevées en Europe. En effet, selon une étude de l'Association Droits des Non-fumeurs, un quart des femmes enceintes fument, et plus de la moitié (précisément 56 %) de celles qui avaient arrêté recommençaient de fumer après leur grossesse. Par ailleurs, 22 % des femmes continuent de fumer au cours du dernier trimestre de leur grossesse. Si une très grande majorité a tenté d'arrêter, 73 % l'ont d'ailleurs tenté seules, sans aucun accompagnement, ce qui explique le taux d'échec important. Mme Nora Berra profite de l'occasion qui lui est donnée aujourd'hui pour dire à tous et à toutes qu'il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac. Quel que soit l'âge, ce gain s'avère d'autant plus important que le sevrage tabagique est précoce. Il est d'autant plus important qu'il intervient dans le cadre d'une grossesse.

Pour accompagner les professionnels de santé dans l'aide de plus en plus engagée qu'ils apportent aux fumeurs, l'INPES met à leur disposition un guide pratique « J'arrête de fumer ». Par ailleurs, s'ils souhaitent compléter leur intervention, lesdits professionnels peuvent remettre à leurs patients le dépliant « Tabac Info Service, » qui présente les services offerts par la ligne 39 89 et le site [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr). Au-delà des conseils de premier recours offerts par ces services - des conseils diététiques, par exemple - il est à noter que de véritables consultations peuvent être proposées à ceux qui le demandent, avec un suivi individuel s'inscrivant dans la durée. L'affichette « Mille façons d'arrêter, un seul numéro : 39 89 », et un catalogue de promotion des lignes d'écoute et d'accueil téléphonique soutenues par l'INPES sont également à leur disposition. Le tabac est le premier facteur de risque incontestable de cancers. Ne pas commencer à fumer ou arrêter de fumer, c'est se donner les meilleures chances de ne pas développer un jour un cancer.

Les professionnels de la santé ont exprimé à maintes reprises leur inquiétude concernant le retrait du Champix du forfait à 50 euros. Le gouvernement fera tout pour que cette décision n'affecte pas l'image de l'ensemble des produits de sevrage tabagique. Pour autant, chacun sait que l'AFSSAPS a considéré que l'efficacité du produit en terme de taux d'abstinence tabagique n'était pas supérieure à celle d'un substitut nicotinique mais au contraire faisait courir plus de risque au patient, en particulier sur le plan psychiatrique.

Par ailleurs, les cigarettes électroniques s'avérant contraires à une action médicale d'aide à l'arrêt du tabac, le gouvernement a, par conséquent, décidé d'en interdire la commercialisation en officine.

Le gouvernement est également décidé à veiller à un bon respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, de l'interdiction de vente de cigarettes aux mineurs, et de l'interdiction de vente de cigarettes aromatisées. Une circulaire conjointe avec le Ministère de l'Intérieur, pour organiser la mise en oeuvre de ces dispositions, sera prochainement diffusée dans ce but.

La mesure 10.5 du plan cancer doit également aboutir à l'interdiction de la vente des produits du tabac par internet. En France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, la vente de cigarettes via internet est prohibée. Mais, cette mesure peut être contournée par des sites situés à l'étranger. C'est pourquoi Mme Nora Berra entend poser le problème d'interdiction de vente des cigarettes par internet au niveau européen, et non pas seulement au niveau national.

Enfin, il conviendra de poursuivre l'effort de réduction de l'attractivité des produits du tabac, notamment auprès des jeunes. Après la mise en oeuvre des avertissements graphiques sur les paquets de cigarettes en avril dernier, le temps est venu d'étudier la possibilité de mettre en place des paquets neutres de tabac, c'est-à-dire dépourvus de graphismes. Ces graphismes qui sont souvent liés au renvoi d'images esthétiques ou sociales séduisantes.

Enfin, le gouvernement a décidé d'installer un groupe d'experts d'ici à la mi-juillet, lequel sera chargé d'étudier les différentes possibilités de renforcement de la lutte contre le tabac. En attendant, Mme Nora Berra salue le travail réalisé par le RESPADD, qui s'inscrit pleinement dans cette dynamique. Il est tout à fait pertinent de mettre en route ce groupe de travail pour recueillir et évaluer toutes les dispositions mises en oeuvre à l'extérieur de la France.

# 1<sup>re</sup> TABLE RONDE : INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES EN TABACOLOGIE À L'HÔPITAL

Modératrice : Sylvie de Kermadec  
Bureau des pratiques addictives, DGS

## Ⓢ Indications et organisation d'une hospitalisation pour sevrage tabagique

● Dr François Lefebvre  
CH Boulogne-sur-Mer

Les réflexions présentées aujourd'hui sur l'organisation d'une hospitalisation pour sevrage tabagique sont le fruit des réflexions menées par le Groupe de travail addictologie et tabacologie de l'ÉCLAT GRAA, association fédérant les structures et leurs acteurs travaillant dans le cadre des conduites addictives en région Nord-Pas-de-Calais.

Force est de constater – et les réflexions susmentionnées le confirment – que l'hospitalisation en tabacologie est aujourd'hui négligée. Certains évoquent, à raison d'ailleurs, des raisons administratives. D'autres évoquent le manque de motivation des soignants eux-mêmes. Ainsi, les établissements hospitaliers qui disposent (un minimum) de tous les moyens d'action jugés indispensables au sevrage des addictions à l'alcool ou aux drogues restent encore réticents à hospitaliser des patients pour sevrage tabagique. Le moment est probablement venu pour les soignants de s'interroger sur leurs « croyances », sur les nombreuses « idées reçues » qui ont cours sur l'addiction au tabac.

Première idée reçue : « Le tabac, il n'est pas si difficile que ça de s'en passer ! » Pourtant, de nombreuses études démontrent que le tabac engendre une réelle dépendance, caractéristique qu'il partage avec d'autres produits addictifs. Ainsi, Woody (1993) a montré dans son étude que le risque de devenir dépendant au tabac est identique à celui évalué pour l'héroïne. Seconde idée reçue : « *le tabac, ça n'est pas si grave* ». Pourtant, le tabac est responsable de 60 000 décès par an en France ! Enfin, troisième idée reçue : « *le sevrage du tabac n'est jamais urgent* ». Mais alors, quid des situations préopératoires ? Quid des femmes enceintes ? Quid des décompensations respiratoires ou des ischémies aiguës ?

Enfin, certains soignants questionnent l'utilité du « sevrage tabac » en hospitalisation, craignant par là même que les patients reprennent leur consommation de tabac après leur hospitalisation. Sur ce point, le Dr François Lefebvre fait remarquer que ce risque existe également pour les autres comportements addictifs. Il conviendrait, pour s'en assurer, de lancer des études indépendantes sur la question. Quoi qu'il en soit, la rechute peut faire partie du parcours vers l'abstinence.

## Ⓢ Protocole de traitement des fumeurs aux urgences cérébro-vasculaires de la Pitié-Salpêtrière

● Dr Anne Léger  
Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Il est estimé qu'environ 130 000 Français sont victimes, chaque année, d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Si l'âge moyen des patients est élevé, il n'en demeure pas moins que 25 % des AVC peuvent survenir avant 65 ans, voir même (mais très rarement) chez l'enfant. On distingue deux types d'AVC : l'infarctus cérébral qui représente environ

85 % des cas et l'hémorragie cérébrale (15 % des cas). Il s'agit d'une pathologie grave, mortelle. L'AVC est la troisième cause de mortalité en France et 20 % des malades décèdent dans le mois qui suit et 60 % dans les trois ans ! Parmi les survivants, 70 % gardent des séquelles handicapantes. 20 % d'entre eux développent une démence vasculaire et 30 % ont une récurrence dans les 5 ans. L'hypertension artérielle est le principal facteur de risque et est présente dans 60 % des cas. Cela étant dit, le tabac constitue le principal risque dit « modifiable ».

Aux urgences cérébro-vasculaires à la Pitié-Salpêtrière, la majorité des patients victimes d'un AVC sont obligatoirement astreints à un repos strict au lit pendant 24-48 heures, provoquant ainsi un « sevrage forcé ». Le « sevrage définitif » est recommandé, mais pas systématiquement. Un groupe d'infirmières, ayant entamé une démarche pour arrêter de fumer, a monté, en collaboration avec le service de tabacologie, un protocole de sevrage dont l'objectif principal était de s'assurer que le sevrage forcé des patients ne soit pas trop « douloureux » et qu'il constitue le début d'un sevrage plus définitif. Pour cela, il a été décidé de détecter systématiquement, dès leur entrée dans le service, les patients fumeurs et de leur proposer une aide à base de substituts nicotiques, voire, si besoin, une prise en charge plus spécifique en tabacologie. Cette procédure a été standardisée. Elle se veut systématique et donne lieu à la rédaction par l'infirmière d'un dossier spécifique pour le patient. En accord avec la pharmacie, une dotation spécifique en substituts nicotiques a été attribuée au service.

103 patients ont pu bénéficier du protocole entre mars 2010 et mars 2011, ce qui représente environ 8,7 % des patients hospitalisés aux urgences cérébro-vasculaires. Ce chiffre est assez faible ce qui démontre que la majorité des fumeurs n'ont pas été identifiés, et cela, malgré le caractère systématique de la procédure mise en place. Sur les 63 patients revus en consultation trois mois après leur hospitalisation, environ 50,8 % avaient poursuivi leur sevrage. Il est à noter, toutefois, que le sevrage tabagique n'est toujours pas inscrit au titre des préoccupations du neurologue référent et que la question n'est abordée en consultation dans seulement 36,5 % des cas.

Fort de ces résultats, le Dr Anne Léger a retenu plusieurs pistes d'amélioration :

- Améliorer l'exhaustivité du dépistage des patients fumeurs. Certains patients sont aphasiques et ne sont pas en mesure de répondre aux questions des infirmières, lesquelles oublient souvent de poser la question à l'entourage.
- Former les infirmières pour « mieux vendre » les traitements substitutifs.
- Améliorer la sensibilité des neurologues du service.
- Améliorer le suivi des patients, en particulier en consultation.
- Améliorer la communication avec les médecins traitants pour qu'ils se fassent le relais de la procédure de sevrage débutée pendant l'hospitalisation.

📍 **Prévention et prise en charge du tabagisme en milieu psychiatrique :  
entre accompagnement et sevrage contraint**

👤 **Dr Yann Le Strat**  
Hôpital Louis-Mourier – Colombes

Le Dr Yann Le Strat se propose d'aborder la question des spécificités (voire de l'absence de spécificités) du tabagisme en milieu psychiatrique. Il est convenu que 46 % des cigarettes le sont par quelqu'un souffrant de trouble mental. De surcroît, de 50 à 80 % des patients schizophrènes sont dépendants du tabac. La prévalence de cette dépendance au tabac dans la population des personnes souffrant de troubles mentaux génère un ensemble d'idées reçues, la première étant qu'il est impossible de faire arrêter de fumer un patient schizophrène. Certains vont jusqu'à imaginer – autre idée reçue - que le tabac pouvait être utile dans la relation entre patient et soignant !

Cette hypothèse d'un lien thérapeutique du tabagisme était faite non seulement à partir des entretiens avec les équipes soignantes, mais également à partir d'études qui tendaient à suggérer que la consommation de tabac pouvait diminuer certains symptômes cognitifs de la schizophrénie. Au-delà, plusieurs travaux réalisés dans les années 70 et 80 ont suggéré que les schizophrènes jouissaient d'une protection naturelle vis-à-vis du cancer, la consommation de tabac chez ces patients n'était pas associée à une surmortalité due à cette maladie. Or, il est important de noter que ces travaux ont été sponsorisés par l'industrie du tabac... Il a été prouvé depuis **que les maladies liées au tabac sont les principales causes de décès chez les adultes souffrant d'une affection psychiatrique.**

L'OFT a organisé en 2008 une réunion d'experts autour du thème de « l'arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques ». Cette réunion a permis d'aboutir à un consensus autour de quelques principes fondamentaux. Ainsi, il a été démontré et admis que l'hospitalisation pour des troubles anxieux n'était pas un obstacle à l'arrêt du tabac. Il est donc tout à fait envisageable de proposer, en parallèle, un sevrage aux patients hospitalisés pour une crise d'angoisse aiguë. Toute fenêtre d'opportunité émotionnelle doit être exploitée. Les sujets victimes de dépression sont de gros consommateurs de tabac. La réunion de consensus a admis que l'arrêt du tabac doit être, de préférence, envisagé à distance des épisodes aigus, mais qu'une fois encore, toute fenêtre motivationnelle devrait être exploitée. Enfin, s'agissant des sujets schizophrènes, s'il est convenu que l'arrêt du tabac est facilité à distance d'un épisode aigu, il n'en demeure pas moins que l'hospitalisation – du fait de l'interdiction de fumer dans les locaux – constitue l'occasion d'un arrêt total ou d'une réduction importante du tabagisme. En d'autres termes, les troubles psychiatriques ne sont pas une contre-indication au sevrage tabagique.

Fort de ce consensus, il est aujourd'hui plus que jamais nécessaire d'allouer des moyens supplémentaires aux services hospitaliers. Les sujets qui souffrent de troubles mentaux présentent trois fois plus d'affections liées à leur consommation de tabac que la population générale. Pour autant, les moyens prévus pour organiser un sevrage tabagique sont extrêmement réduits, voire inexistants. Force est de constater, par ailleurs, que la formation en addictologie des jeunes psychiatres est totalement inadaptée, alors même qu'ils seront confrontés à une population de patients fortement dépendants au tabac et qui risquent de mourir de complications liées à leur consommation.

---

 Questions de la salle

Un intervenant, représentant de l'industrie pharmaceutique, salue l'initiative mise en place au sein du service d'urgence cérébro-vasculaire de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Il est convaincu que ce type de procédure doit être mis en place, de façon systématique, dans la majorité des services des hôpitaux. Il souhaite, à ce titre, savoir s'il est prévu de généraliser le protocole présenté par le Dr Anne léger à d'autres services. Le **Dr Anne Léger** précise que ce protocole a été développé en collaboration étroite avec le service de tabacologie de l'établissement, lequel service est chargé dorénavant de diffuser cette procédure.

En réponse à une question posée depuis la salle, le **Dr Yann Le Strat** précise qu'en matière de sevrage tabagique, les patients souffrant d'affections psychiatriques ne sont pas isolés des autres patients souffrant d'une addiction.

Un intervenant profite de l'occasion qui lui est offerte pour inviter les médecins à insister auprès de leurs patients sur le besoin d'arrêter de fumer. Cela étant dit, concernant l'hospitalisation, il fait remarquer qu'un grand nombre de fumeurs ne se considèrent pas comme des malades. Le terme « malade » ne satisfait qu'à moitié le Dr François Lefebvre.

Le terme « dépendant » le satisfait beaucoup plus. Or, l'hospitalisation constitue un moment privilégié pour mesurer la dépendance des fumeurs.

Le Dr Ivan Berlin s'étonne qu'un grand nombre de psychiatres continuent de négliger la dépendance tabagique. Le Dr Yann le Strat a eu les mêmes attitudes que ces collègues. Lorsqu'il a commencé la psychiatrie, ce n'était pas pour s'intéresser au tabac. Les psychiatres privilégient le soin des maladies mentales ; des maladies qui ont un impact tellement grave sur la vie quotidienne que les autres affectations sont considérées comme secondaires. Au même titre que le tabac, les psychiatres s'intéressent peu au diabète ou à l'hypertension. La formation initiale des jeunes psychiatres doit être repensée.

## 2<sup>e</sup> TABLE RONDE : LE TABAC AU CŒUR DES ADDICTIONS

Modérateur : Dr Albert Herszkowicz,  
Bureau des pratiques addictives, DGS

### 📍 Sevrage tabagique des patients traités par substituts opiacés

👤 Dr Xavier Guillery

CSAPA, CH Guillaume-Régnier, Rennes

Les CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) sont nés du regroupement du CCAA (Centre de cure ambulatoire en alcoologie) et le CSST (Centre de soins spécialisés en toxicomanie) et constitue, de ce fait, la rencontre de deux cultures différentes et d'approches variables concernant la prise en charge du tabagisme. En réalité, l'expérience récente prouve que, sur le terrain, ce regroupement est essentiellement administratif. Sur le plan structurel, les deux structures qui composent les CSAPA sont encore distinctes.

D'un point de vue épidémiologique, 80 % des patients accueillis au sein de l'ancien CCAA étaient fumeurs et plus de 90 % des patients du CSST sont dépendants au tabac. Ainsi, 87 % des patients accueillis au sein du CSAPA de Saint-Brieuc sont déclarés fumeurs. La problématique, en matière de tabac, est donc particulièrement sévère. Il est à noter, par ailleurs, que 75 % des patients vus en 2010 sont des hommes et que la population reçue est jeune, plus de 40 % des patients étant âgés de moins de 50 ans. S'agissant du niveau de vie, la population accueillie est plutôt précaire, 22,3 % de celle-ci étant sans revenus. Seulement 47 % des patients suivis par le CSAPA de Saint-Brieuc bénéficient d'un revenu salarié.

Le fonctionnement du CSAPA en matière de tabac soulève un certain nombre de paradoxes. Ainsi, malgré le pourcentage important de personnes dépendantes, le tabac occupe une place négligeable par rapport aux autres pathologies. Ainsi, 42,5 % des personnes qui fréquentent la structure le font pour des problématiques liées à l'alcool. Le tabac occupe la 4<sup>e</sup> position après les opiacés (28 %) et le cannabis (11,8 %). La question du tabac, au moment de l'accueil, est certes renseignée, mais le conseil minimal s'arrête à la première question : « Fumez-vous ? ». Rarement, les équipes du CSAPA interrogent les patients sur leur éventuel souhait de diminuer, voire d'arrêter, leur consommation de tabac. De même si beaucoup d'énergie est consacrée à la substitution pendant la grossesse chez les patientes toxicomanes, la question du tabac n'est encore que trop rarement abordée ! Plus généralement, malgré une culture axée sur l'arrêt du tabac, de nombreux soignants continuent d'exprimer des résistances sur le double sevrage, notamment alcool et tabac. Dernier paradoxe, le CSAPA accueille de nombreux patients souffrant des comorbidités psychiatriques (troubles anxieux ou troubles de l'humeur). Or, il a été prouvé que la

dépression et le tabac sont liés et, de surcroît, que les patients de ce type sont plus nombreux à fumer que la population générale. Pour autant, leur problématique-tabac n'est pas correctement prise en charge.

Ainsi, en guise de conclusion, le Dr Xavier Guillery faisant le constat des pratiques en CSAPA, souligne les lacunes de la prise en charge des problématiques tabagiques au sein de ses structures qui accueillent pourtant un public fragile pour lequel la question du tabac est omniprésente. Force est de constater que le conseil minimal est encore peu systématisé, notamment auprès des publics toxicomanes. Le mariage de raison des CCAA et des CSST n'a pas permis, pour l'instant, de développer une véritable culture commune. Enfin, il ne faut pas oublier que les CSAPA accueillent un public précaire ce qui pose la question de la mise en œuvre de financements spécifiques pour l'achat de substituts nicotiques.

### 🕒 **Les consultations jeunes consommateurs et la question du tabac**

👤 **Véronique Garguil**

Cannabus, CH Charles-Perrens, Bordeaux

---

Créé en 2004, le dispositif « Consultations jeunes consommateur » (CJC) propose un programme d'accompagnement aux jeunes usagers de cannabis et autres substances psychoactives, ainsi qu'à leur entourage (famille ou éducateurs). Financé par l'assurance maladie, le dispositif s'adresse aux jeunes qui ressentent des difficultés en lien avec leur consommation - y compris le tabac – ou qui souhaitent l'arrêter. L'intervention se veut précoce et l'objectif est d'agir dès les premiers stades de la consommation. Les CJC concernent l'ensemble du champ de l'addictologie.

Cette seconde table ronde place le tabac au cœur des addictions. Véronique Garguil estime que ce qui est au cœur de l'addiction c'est essentiellement la perte de contrôle. Avant tout, la perte du contrôle de l'usage d'un objet de satisfactions et elles sont nombreuses dans le tabac : l'apparition et la disparition rapide des effets psycho-actifs ; maîtrise des émotions ; augmentation de la sensorialité. Ainsi, la dépendance qui va s'installer relève autant de facteurs bio pharmacologiques, que psycho comportementale ou psycho sociale.

Le tabac doit être mis au cœur des consultations des jeunes consommateurs, au même titre que le cannabis, l'alcool, les médicaments ou le jeu. Le tabac constitue – Véronique Garguil en est convaincue – une entrée intéressante. Malheureusement, rares sont les professionnels qui adressent des jeunes au CJC pour des sevrages tabagiques. Bien évidemment, le tabac ne revêt pas – que ce soit pour les familles, les institutions ou les jeunes – la notion d'urgence et de dangerosité à court terme qui accompagne la consommation des autres produits. Au contraire, les jeunes estiment que le tabac est un moyen de bousculer les schémas parentaux et certains vont jusqu'à penser que le tabac leur permet d'ouvrir un avenir ; LEUR avenir. Quoiqu'il en soit, les adolescents ne s'intéressent généralement qu'à leur avenir proche. La vision subjective du risque est différente pour chaque produit ou comportement pour des raisons inhérentes aux effets des substances ou comportements, à leur gestion sociétale et aussi aux représentations que l'on s'en fait.

La question de l'accueil des jeunes est centrale. Compte tenu des corrélations entre les addictions et les vulnérabilités multiples (adolescence, santé mentale, précarité, conflit familial, échec scolaire, ruptures diverses, manque d'estime de soi...), il est plus que jamais nécessaire d'aider les professionnels à aiguïser un peu leur regard sur ces questions de perte de contrôle, de prises de risques, de gestion des émotions, de maîtrise de soi, et cela, afin d'aiguïler au mieux – et au bon moment – ces jeunes. Les pratiques doivent évoluer, si ce n'est en intégrant toutes les approches disponibles (sur les comportements, sur les déterminants psychologiques ou sur les influences du marketing) et ainsi parvenir à clarifier les messages et s'adapter à la réalité des publics, notamment des jeunes.

Cela étant s'il est primordial de déterminer les moyens à mettre en oeuvre collectivement pour prévenir et repérer les situations les plus problématiques et pour aider les jeunes à gérer leurs expériences de vie, encore faut-il un lieu d'écoute neutre, en dehors du cercle familial ou institutionnel. Cela étant si les lieux qui s'adressent aux jeunes doivent leur offrir des espaces d'accueil individuel, il ne faut pas oublier d'intégrer aux différentes démarches poursuivies les adultes qui sont en relation avec ces jeunes, que ce soit au sein de l'éducation nationale ou du cercle familial. La transdisciplinarité de ces lieux est une nécessité imposée par les progrès dans la connaissance de la complexité des phénomènes humains. Ils apportent une approche qui prend en compte tous les facteurs pouvant accentuer les consommations.

Pour conclure, Véronique Garguil estime que pour pouvoir accueillir les jeunes il faut, en premier lieu, pouvoir repérer l'ensemble des appuis possibles. Au final, tout ceci est une question de limites. Mais, celles de qui ? De la société ? De la santé ? Du corps ? Du soignant ? Des représentants de l'État ? Quoi qu'il en soit, « la limite pour les jeunes est souvent imposée par l'autre ».

**© Mésusage d'alcool et consommation de tabac : pour une prise en charge simultanée**  
**● Dr Claudine Gillet**  
CHU Nancy

---

La surmortalité liée aux effets de l'alcool et du tabac est une réalité. Les complications dues au tabac sont la première cause de mortalité chez les patients qui s'engagent initialement dans une démarche par rapport à l'alcool. Il a été noté que les patients reçus en CSAPA pour des problématiques liées à l'alcool ne réduisent que très rarement leur consommation de tabac, voire, pour certains, reprennent leur consommation de tabac au contact des autres patients ou l'initie au sein de la structure.

Les patients alcoolodépendants manifestent souvent leur intérêt pour un sevrage tabagique. Cela étant dit, si 87 % de ces patients craignent qu'un sevrage tabagique les rende plus irritables ou anxieux, il convient de noter que 41 % expriment leurs inquiétudes quant à leur possibilité de rester sobres sans tabac.

Une enquête a été réalisée en 1999 auprès de 96 patients. Si un quart d'entre eux sont favorables à un sevrage simultané, la moitié privilégie l'alcool et optent plus facilement pour un sevrage séquentiel. L'étude montre que les patients favorables à un sevrage simultané sont plus confiants dans leur capacité de réussir, fument moins, mais surtout, pensent qu'arrêter de fumer les aidera à arrêter l'alcool.

Il existe peu d'études comparant les avantages respectifs des sevrages simultanés et séquentiels. L'étude réalisée par Kalman en 2001 sur un échantillon de 36 hommes montre une plus forte implication des patients par rapport au tabac lorsque le sevrage est simultané. De surcroît, l'étude montre concernant l'alcool et que contrairement à ce que les soignants sont incités à croire, les rechutes sont plus fréquentes lorsque le sevrage est différé.

Il n'est pas possible à l'heure actuelle de se positionner en faveur de l'une ou l'autre modalité de sevrage. Il est fondamental de se montrer à l'écoute du patient. Le sevrage simultané pourra être proposé, par exemple, lorsque le patient évoque un lien bidimensionnel entre les deux produits. En revanche, le sevrage séquentiel sera privilégié pour les patients souffrant de dépression, sachant qu'il est habituel de préférer initier le sevrage alcoolique en premier.

## **CONCLUSION**

**Philippe de Bruyn**

Chef du bureau des pratiques addictives  
Direction générale de la Santé

M. Philippe de Bruyn remercie l'ensemble des intervenants et participants. Après avoir annoncé l'organisation, le 16 juin prochain, de la journée du Respadd, il informe que les actes de ce colloque seront prochainement publiés.

M. Philippe de Bruyn revient sur plusieurs points abordés au cours de la journée. Le sujet de la CCLAT était difficile à traiter, la convention étant peu connue du grand public, voire même des professionnels. Il remercie, à ce titre, les personnes qui ont participé à l'élaboration du programme de ce colloque qui offre dès aujourd'hui quelques éléments pour les politiques publiques dont il conviendrait de suggérer la mise en œuvre. L'évolution des pratiques en termes de prise en charge a été étudiée plus en détail cet après-midi. Le débat ne pouvait que passionner la DGS, le bureau des pratiques addictives (à l'initiative de la réforme CSAPA) doit appréhender l'évolution vers la prise en charge de l'addictologie avec et sans substance.

En guise de conclusion, M. Philippe de Bruyn annonce le lancement d'un nouvel appel à projet sur le thème « grossesse et addiction ». Le cahier des charges sera disponible sur le site du Ministère. Il invite les participants à ce colloque à étudier cet appel à projet.