

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

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

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

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

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

MÉTHODE

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

MATÉRIEL

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

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

RÉSULTATS

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

Tableau 1

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

Nombre et organisation des consultations de tabacologie non hospitalières

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

Qualité des consultations

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

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

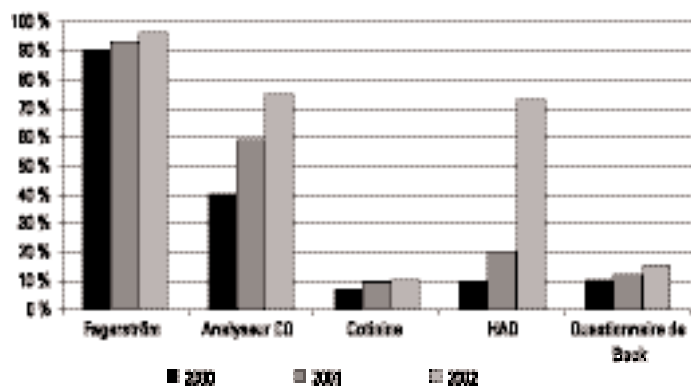
Le nombre de centres de consultations utilisant « toujours » ou « très souvent » le test de dépendance à la nicotine de Fagerström est passé de 90 à 93 % (Figure 1).

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

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

Figure 1

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



Les fumeurs traités

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

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

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

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

DISCUSSION

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

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

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

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

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

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

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

INTRODUCTION

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

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

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

MÉTHODES

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

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

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

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

RÉSULTATS

Population

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

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

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

RÉFÉRENCE

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

CO expiré

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

Figure 1

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

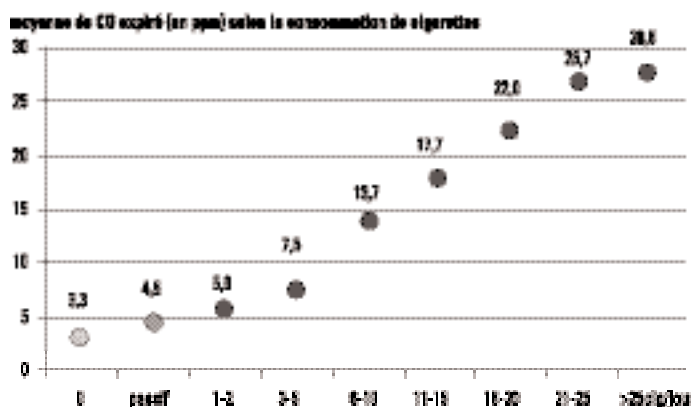
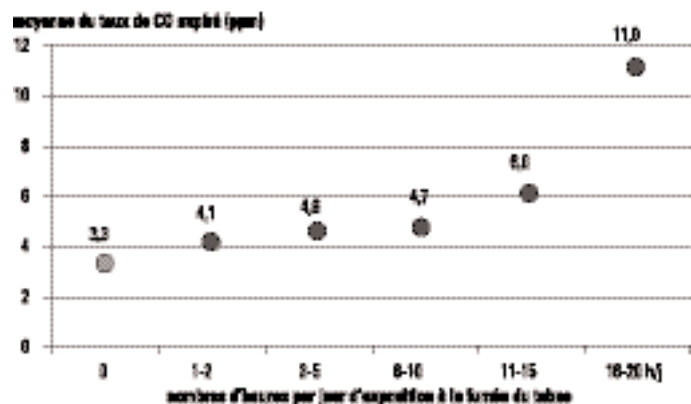


Figure 2

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



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

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