

Évolution du dispositif de prise en charge du tabagisme dans les hôpitaux

à travers le plan triennal de lutte contre les drogues et les dépendances 1999-2001

D^r Loïc Josseran*

LA LOI ÉVIN a été votée en 1991. Il s'agit d'une loi importante qui a permis de bâtir le cadre politique de la lutte contre le tabagisme en France, en s'appuyant sur les bases de la loi Veil de 1976. Malgré ses qualités, cette loi n'a pas pris en compte le contexte spécifique du monde de la santé et encore moins de la place des professionnels de santé, comme elle l'a fait par contre avec la mission de formation de l'éducation nationale.

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001, a rétabli cet oubli. Ce texte présente les évolutions du système à travers la publication de différents textes réglementaires.

La première étape du plan triennal a été la mise en place de la circulaire du 8 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé¹. Ce texte décrit simplement la nécessité pour les hôpitaux et leurs personnels de s'engager dans la prévention et la prise en charge du tabagisme, mais il leur demande aussi de s'investir dans l'application et le respect de la loi Évin dans les établissements. Ce texte n'a eut que peu d'effet, mais il a constitué la pierre angulaire du système à venir.

La deuxième étape du plan a consisté au délistage de la délivrance des substituts nicotiques en officine par l'arrêté du 30 novembre 1999². Pour mémoire la loi Évin les mentionnait comme médicaments. Cette simple mesure a permis une augmentation importante de la vente de substituts nicotiques en France. En l'espace d'un mois les chiffres de vente ont plus que doublé. Même si cette euphorie de sevrage fut de durée brève (3 mois), les chiffres de vente se sont stabilisés pour l'année 2000 sur des

volumes quasiment doubles de ceux de l'année précédente (augmentation de 94%). D'après une analyse publiée dans le BEH ce délistage aura permis le sevrage de 160 000 fumeurs supplémentaires. Le danger de cette mesure et de son succès est le risque de démobilité des médecins dans la prise en charge des patients tabagiques.³

La circulaire du 3 avril 2000 est certainement le texte le plus important de ce plan. Il est relatif à la lutte contre le

tabagisme dans les établissements de santé et propose la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie. Il s'agissait

ainsi de promouvoir au sein des hôpitaux une compétence dans la prise en charge du tabagisme⁴.

Le rôle essentiel des consultations hospitalières

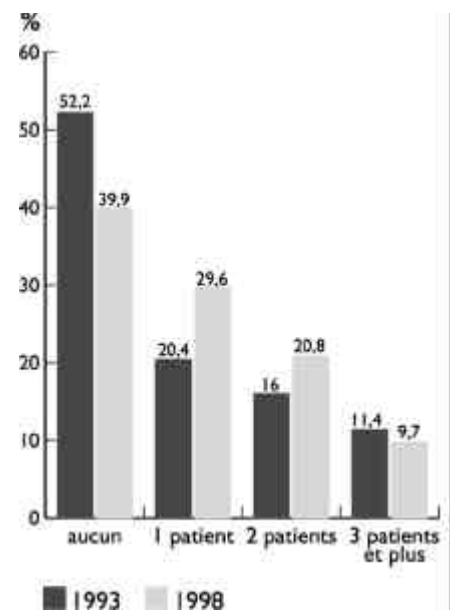
Une évaluation du nombre des consultations de sevrage tabac hospitalières menée en 2001 (enquête une semaine donnée) et comparée au même travail réalisé en 2000 a montré une augmentation de 22% du nombre de consultations hospitalières qui sont passées de 214 à 261.⁵ Cette croissance a permis la prise en charge de 26% de patients supplémentaires. Ces chiffres montrent que la demande suit l'offre, ce qui met en évidence la nécessité forte d'une réponse médicale aux problèmes de sevrage pour le fumeur. Ce texte a donc répondu à un besoin réel de la population.

Ce travail d'évaluation a également mis en évidence une évolution du regard du soignant sur le tabagisme. Entre 2000 et 2001, le nombre de patients hospitalisés, pour un autre motif que le tabac et adressés aux consultations de tabacologie à cru de 75%. Ainsi le tabac est

reconnu plus fréquemment comme une cause de morbidité ou de co-morbidité qu'il faut prendre en charge. Cette augmentation spectaculaire de 75% ne doit pas laisser penser que le tabagisme est désormais systématiquement pris en compte car en valeur absolue les chiffres sont passés de 231 fumeurs vus dans la semaine à 404. Pourtant plusieurs millions de patients sont hospitalisés chaque semaine en France ce qui laisse imaginer que bien plus de 400 fumeurs l'ont été.

Cette circulaire du 3 avril 2000 a également prévu la constitution d'Unités de Coordination de Tabacologie (UCT) qui doivent organiser des séances de formation du personnel sur le tabac. À terme, l'objectif de la circulaire était de rendre capables d'intervenir à minima l'ensemble des professionnels de santé de l'hôpital auprès des fumeurs (conseil minimum). Enfin ces UCT sont chargées de développer la prise en charge du patient

Médecins généralistes selon le nombre de patients reçus au cours des sept derniers jours dans le cadre d'un sevrage tabagique, en 1993 et 1998



Source : Baromètre Santé médecins généralistes 98/99, CFES
Extrait du rapport Indicateurs et Tendances, OFDT, 2002

fumeur hospitalisé en relation avec les autres équipes addictions au sein des hôpitaux.

Cette prise en charge a été rendue possible car depuis la conférence de consensus en 1998 sur le sevrage tabagique, la démarche thérapeutique est convenablement codifiée et seules les méthodes validées scientifiquement sont reconnues comme efficaces et préconisées. Grâce à cette conférence, le sevrage tabagique est sorti de l'approximatif.

À côté de cette dimension soins et formation, la circulaire veut mettre en place un système de recueil de données annuel sur la prévalence du tabagisme du personnel hospitalier. Cette volonté est en train de voir le jour, la première version de ce baromètre soignant sera disponible dans le courant de l'année 2002.

Afin de rendre ces objectifs réalistes, un financement national a été prévu dans le même temps pour être redistribué par les Agences Régionales d'Hospitalisation au prorata de l'activité PMSI des établissements. L'activité de prise en charge des tumeurs de l'appareil respiratoire a servi d'indicateur pour cette répartition financière. Le montant total alloué était de 50 millions de francs.

Ce texte a débordé du simple cadre hospitalier, car une de ses conséquences indirectes a été le développement des *Diplômes universitaires (DU) de tabacologie* dans les facultés de médecine qui a conduit à une inflation des inscriptions auprès de chacun d'eux. Ces inscriptions n'étant pas du seul fait de médecins hospitaliers, il faut noter un intérêt évident pour le sevrage du tabac d'un certain nombre de médecins libéraux mais également de la part de personnels paramédicaux qui sont de plus en plus présents sur le terrain de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Évolution en 2000

Suite à la circulaire du 3 avril 2000, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins publiait en novembre 2000 un texte sur l'informatisation des consultations de tabacologie⁶.

Ce texte est la traduction concrète de la volonté d'évaluation de la circulaire du 3 avril de l'activité des UCT. En effet une version simplifiée du dossier de tabacologie déjà existant a été développée. Cette version allégée permet à tout tabacologue (hospitalier ou non) de rentrer ces données sur informatique puis

Les programmes internationaux : vers un renforcement de la lutte contre le tabagisme

Le pari de la CCLAT : convention-cadre pour la lutte anti-tabac de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) *

Depuis 1999, quatre sessions de négociation de la CCLAT ont déjà eu lieu et une autre est prévue en Octobre 2002, 191 États sont actuellement impliqués. L'adoption de la convention doit intervenir au printemps 2003.

La convention, dont le principe est d'être au service de la santé publique, pourrait comprendre à la fois des mesures nationales et des mesures transnationales pour faire apparaître clairement que le tabac contribue de manière importante à créer des iniquités sur le plan de la santé dans toutes les sociétés; que, par suite de l'accoutumance qu'il crée et des dommages que sa consommation entraîne pour la santé, le tabac doit être considéré comme une substance nocive ; que le public a le droit d'être pleinement informé des conséquences de l'usage des produits du tabac sur la santé; et que le secteur de la santé a une responsabilité majeure dans la lutte contre cette épidémie, mais que le succès de cette entreprise ne pourra être assuré qu'avec la pleine participation de tous les secteurs de la société.

La CCLAT pourrait comprendre les objectifs généraux suivants : protéger les enfants et adolescents contre l'exposition aux produits du tabac et leur usage et contre leur promotion ; prévenir et traiter la dépendance à l'égard du tabac ; promouvoir des environnements sans tabac et le développement d'économies saines et sans tabac, en mettant fin notamment à la contrebande ; renforcer le rôle prépondérant des femmes dans la lutte anti-tabac ; affermir la capacité de lutte anti-tabac de tous les États Membres et améliorer les connaissances et l'échange d'informations aux niveaux national et international ; et protéger les communautés vulnérables, y compris les populations indigènes. Enfin la diversification agricole pour les pays qui dépendent fortement des exportations de tabac sera envisagée comme un processus à long terme par la création d'un fonds d'aide multilatéral.

La position de l'Union Européenne : vers une directive commune

Parallèlement à la CCLAT, la Commission Européenne précise ses intentions en la matière. Dans un discours à la Conférence ministérielle de l'OMS à Varsovie le 19 Février 2002, David Byrne, Commissaire européen pour la Santé et la protection des consommateurs a détaillé ces orientations.

La Commission présentera des propositions au prochain round de négociations sur la convention pour l'arrêt total de la publicité en faveur du tabac ainsi qu'une série de mesures sur le tabagisme passif. L'industrie du tabac devra fournir les données toxicologiques et des informations précises sur les ingrédients du tabac et la composition des cigarettes, en particulier pour les additifs.

Avant 2005, la Commission proposera une nouvelle directive avec une liste des ingrédients autorisés ce qui rendra possible une évaluation scientifique sur la composition des cigarettes, malgré les attaques répétées de plusieurs firmes cigarettières.

D. Byrne juge également contestable la position de certains États membres de l'UE qui continuent à bloquer les propositions sur la publicité en prétendant que ces mesures relèvent avant tout du niveau national.

Une recommandation sera faite en 2002 au Conseil de l'UE afin de réduire le tabagisme, notamment auprès des jeunes et une campagne de communication sera lancée pour cette population.

* synthèse rédigée à partir du document de présentation de la CCLAT, disponible sur le site Internet de l'OMS

de les centraliser avec celles d'autres centres de tabacologie. Cette action permettra à terme une évaluation par centre mais également générale.

Les bases d'une prise en charge convenable du tabagisme sont effectives dans le cadre hospitalier. Malheureusement, cette volonté politique n'est pas toujours relayée au niveau local, par manque de motivation et peut être plus gravement, par manque d'information sur le sujet. De fait, le milieu de la santé reste difficile à toucher même si la norme sociale par rapport au tabac est en train d'évoluer. Parvenir à des hôpitaux réellement sans tabac dans les années à venir reste un défi à relever mais dorénavant le cadre existe pour atteindre un tel objectif.

(1) Circulaire du 8 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé. Non parue au J. O.

(2) Arrêté du 30 novembre 1999 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine. J. O. de la République Française du 5 décembre 1999.

(3) Dragos S, Dautzenberg B. Estimation du nombre de fumeur traités avant et après délistage des substituts nicotiques. BEH 22-23/2001.

(4) Circulaire du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie. DH/EO2/DGS/2000/182. Non parue au J. O.

(5) Jeanfrancois M, Fernandes E, Dautzenberg B. Evolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001. BEH. 22-23/2001

(6) Note de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du 8 novembre 2000 relative à l'informatisation de la version 2 du dossier de tabacologie.