

# sevrage tabagique

# N°9

## Pratique

Mai 2005

### ÉDITORIAL

## Journée Mondiale sans tabac

Le 31 mai, au surlendemain du référendum sur l'Europe, la France célèbre la Journée Mondiale sans tabac.

Cette année le thème en est « Contrôle du tabac et professionnels de santé ». Il concerne donc tout particulièrement les lecteurs de STP.

Au travers de notre exercice quotidien, chacun peut mesurer la force du lien tissé entre la santé publique et l'activité praticienne, sous l'influence des grandes campagnes, des décisions politiques et du changement d'image sociale du tabac. Le travail individuel de chacun d'entre nous contribue à modifier l'image du tabac dans la société, tandis que parallèlement, les attitudes et demandes de nos patients évoluent sous l'effet des actions conduites à l'échelon national.

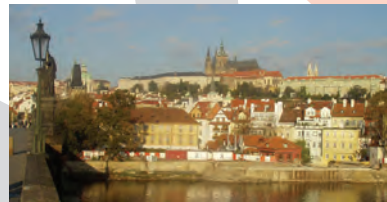
Santé publique et santé individuelle ne sont pas en opposition mais se complètent. C'est pourquoi, fidèle à sa ligne éditoriale, STP aborde dans ce nouveau numéro le problème du tabagisme non seulement dans ses aspects pratiques des modalités du sevrage, mais aussi, sous un angle sociétal, celui de la santé publique.

**B. DAUTZENBERG,**  
Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

### DOSSIER

## Spécial Congrès de Prague

### Arrêt du tabac chez les adolescents : toujours pas de méthode validée



Une des sessions du congrès de Prague était consacrée à l'arrêt du tabagisme chez les adolescents. On y espérait des résultats, n'ont été présentés que des protocoles ! Il faudra donc encore faire preuve de patience...

Cette absence de données explique le flou existant au niveau des AMM des substituts nicotiniques. En France, l'AMM des substituts nicotiniques autorise une prescription dès l'âge de 15 ans, tandis qu'au plan européen, l'âge requis est de 18 ans, pourtant, aucune donnée scientifique ne valide ces choix différents.

Lire page 3

### RECOMMANDATIONS

## Stratégie de réduction du tabagisme : première étape vers l'arrêt complet

L'arrêt immédiat et complet de toute consommation de tabac est toujours préférable... mais 74 % des fumeurs n'envisagent pas d'arrêter de fumer dans les six prochains mois. Quelle solution leur proposer ?

Lire page 4

### FORMATION

## Prise en charge du tabagisme : quelle formation pour les sages-femmes ?

*C. GOMEZ, Sage-femme clinicienne et tabacologue, Centre Hospitalier d'Arras, Maternité Georges Permin*

De plus en plus de femmes prennent conscience des dangers de fumer, particulièrement quand elles sont enceintes. Aujourd'hui 29 % des femmes fument <sup>(1)</sup> et 20 à 30 % des femmes enceintes continuent pendant leur grossesse. Devant des chiffres en constante progression depuis les années 80, quel rôle peuvent jouer les sages-femmes ?

<sup>(1)</sup> Association Nationale des Sages-Femmes Tabacologues Françaises.

Lire page 6

Ce numéro de Sevrage Tabagique Pratique coïncide avec la journée mondiale sans tabac du 31 mai. Il est extrêmement riche dans sa diversité avec un supplément pour les pharmaciens et également pour les médecins du travail.

Il porte témoignage ainsi de la solidarité des professions de santé dans leur lutte contre ce fléau que constitue le tabagisme.

Le Congrès de Prague a montré que dans tous les pays, l'action des professionnels concernés par la santé passe par une formation pour leur permettre d'être les plus efficaces possible.

Karl Fagerström l'a brillamment mis en évidence dans sa confé-

rence. Il a également valorisé l'abord par réduction progressive, première étape vers l'arrêt total.

Une rubrique régulière permettant à plusieurs spécialistes de faire valoir leur méthode sera présente dans notre journal.

Enfin, comme vous le verrez, nous avons largement ouvert aux professions de santé la ligne éditoriale de ce numéro.

Merci de l'intérêt que tous, vous portez à Sevrage Tabagique Pratique et que vous manifestez à travers vos lettres, vos emails, vos demandes d'exemplaires pour un grand nombre de réunions auxquelles vous participez.

Plus que jamais, vos suggestions et commentaires sont un enrichissement pour la revue.

**Y. NADJARI, Paris**  
Directeur de la publication

Je vous rappelle pour toute correspondance  
notre e-mail : stp@mediquid.fr

### Sommaire

**ÉDITORIAL** ..... 1  
B. DAUTZENBERG, Y. NADJARI

### DOSSIER SPÉCIAL CONGRÈS

**Arrêt du tabac chez les adolescents : toujours pas de méthode validée** ..... 1

**Cohorte Attempt : le poids des kilos** ..... 3

**Hôpital psychiatrique sans tabac :** ..... 3

**Réduction de la consommation** ..... 3  
B. LE MAITRE

**L'important c'est d'y croire ..** 3  
B. LE MAITRE

### ACTUALITES

**Exemple d'une enquête pédagogique chez les étudiants des professions de santé** ..... 2  
M. DELCROIX

**Tabagisme : après la baisse spectaculaire de 2003, attention à la reprise !** .... 2  
B. DAUTZENBERG

**Les pneumologues en progrès** ..... 2  
B. DAUTZENBERG

**RECOMMANDATIONS**  
**Stratégie de réduction du tabagisme : première étape vers l'arrêt complet** ..... 4

**FORMATION**  
**Prise en charge du tabagisme : quelle formation pour les sages-femmes ?** ..... 6  
C. GOMEZ

**L'infirmière scolaire au centre du dispositif contre le tabagisme des jeunes** ..... 6  
M. NOËL

**CAS CLINIQUES**  
**Réduction progressive jusqu'à l'arrêt total** ..... 7  
M. DELCROIX, B. LE MAITRE

**LIVRES** ..... 7

**BRÈVES**  
**Le traité international anti-tabac de l'OMS est entré en vigueur** ..... 8  
A. M. SCHOELCHER

**Cigarettes : la baisse des ventes est-elle liée au trafic de contrebande ?** . 8  
M. DAUTZENBERG

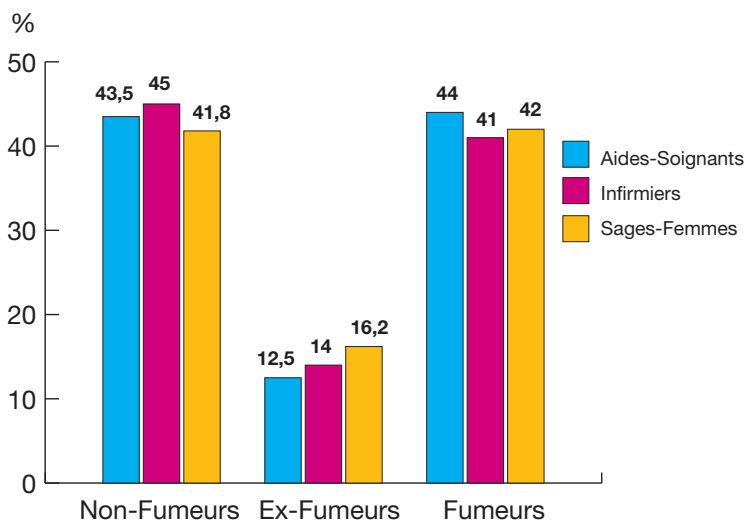


# Exemple d'une enquête pédagogique chez les étudiants des professions de santé

Pr M. DELCROIX, Maternité sans Tabac APPRI

Conçue à partir d'un projet du Réseau Hôpital Sans Tabac (par le Pr M. Delcroix et le Pr F. Ruff) en partenariat avec le Ministère de la Santé (DGS bureau des pratiques addictives), cette expérience pédagogique engagée grandeur nature il y a deux ans souligne l'implication des étudiants des professions de santé en matière de tabagisme.

## Une enquête très féminine



Répartition par type d'études du statut tabagique des étudiants des professions de santé en 2004

Selon les indicateurs démographiques d'activités des professions de santé au 1er janvier 2002, on constate que la grande majorité des professionnels de santé sont des femmes. Cette répartition se retrouve bien évidemment dans notre enquête auprès des étudiants se destinant à la profession de sage-femme, d'aide-soignant(e) et d'infirmier(e). L'enquête effectuée en 2004 montre une proportion de femmes de 92,67 %

## Les points forts de cette enquête

L'analyse des résultats portant sur le statut tabagique des étudiants interrogés a mis en évidence les points suivants :

- le pourcentage de non-fumeurs déclarés chez les élèves aides-soignants et étudiants des IFSI a légèrement augmenté par rapport à l'an passé, tandis qu'il a diminué chez les étudiantes sages-femmes.

- Le pourcentage d'élèves qui se déclarent fumeurs en première année est inférieur à celui des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année.

- Il existe une différence notable entre les déclarations des étudiants d'Ile de France et ceux de province. La proportion de fumeurs est moins importante dans la capitale et sa région que dans le reste du pays.

- Le pourcentage de fumeurs est supérieur à celui de la population générale du même âge (18-25 ans) : 41 % en IFSI contre 38,9 % dans l'ensemble de la population<sup>1</sup>.

- Concernant l'opinion des étudiants par rapport à l'application de la Loi Evin, l'exemplarité des

## Le tabagisme féminin en dehors de la grossesse est un problème de santé.

	Tout à fait d'accord	Pas d'accord du tout
Aides-soignants/RHST	55 %	34 %
Aides-soignants	35 %	28 %
IFSI/RHST	65 %	18 %
IFSI	37 %	23 %
ESF/RHST	77 %	18 %
ESF**	47 %	29 %

## L'infirmière a un rôle privilégié dans la prise en charge du tabagisme chez les patients.

	Tout à fait d'accord	Pas d'accord du tout
Aides-soignants/RHST	62 %	18 %
Aides-soignants	61 %	29 %
IFSI/RHST	63,9 %	25,5 %
IFSI	60,2 %	28 %
ESF/RHST	63 %	9 %
ESF**	61 %	13 %

Source : Pr Michel Delcroix APPRI (Association Périnatalité Prévention Recherche Information) Mars 2005

professionnels, le tabagisme pendant la grossesse, elle apparaît relativement unanime comme le montrent les données ci-dessous.

Il est intéressant de souligner que les étudiants des IFSI<sup>1</sup> faisant partie d'un hôpital du RHST sont moins nombreux à fumer à la fin du cursus des études. Il semble donc s'opérer auprès des étudiants un effet « exemplarité » des professionnels de santé.

S'inscrivant dans une démarche

pédagogique, cette enquête permet de promouvoir une dynamique positive en terme de santé auprès des lieux de formation mais également auprès des futurs professionnels de santé.

<sup>1</sup> Source : OFDT, enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes, EROPP 2002. in Femmes et Hommes. Regard sur la parité ; éd<sup>o</sup> « Références » ; INSEE ; 2004.

\* École de sages-femmes.

\*\* Institut de formation en soins infirmiers.

# Tabagisme : après la baisse spectaculaire de 2003, attention à la reprise !

B. DAUTZENBERG, Hôpital Pitié-Salpêtrière

L'année 2003 fut marquée en France par le fantastique succès de la lutte contre le tabac, qui nous a valu l'admiration de nombreux pays étrangers !

Alors qu'une augmentation des prix de 40 % en 2003-2004 laissait espérer une baisse de la consommation de 12 à 16 % (en utilisant les chiffres habituels d'élasticité des prix de 0,3 ou 0,4 ; donnés par Catherine Hill) c'est une baisse de 36 % des ventes de cigarettes et de 32 % de l'ensemble des produits du tabac qui a été observée. Celle-ci est certes le fruit de la politique d'augmentation des prix, mais elle est aussi liée à un profond changement des mentalités. En effet, pour beaucoup de français, le tabac est devenu aujourd'hui un produit « dénormalisé », ne s'inscrivant plus dans la norme sociale dominante car polluant, malsain... bref, à éviter !

Cependant, cette baisse de consommation du tabac très marquée en 2003 et durant le 1<sup>er</sup> semestre 2004 tend à s'inverser et, depuis l'été 2004, tous les indicateurs revirent au rouge.

Il devient donc très important de relancer cette baisse. Pour ce

faire, trois mesures sont envisageables :

- **Nouvelles augmentations de taxes** en particulier sur les tabacs à rouler et cigarillos (mais le gouvernement a fait une promesse de blocage pour encore 18 mois).

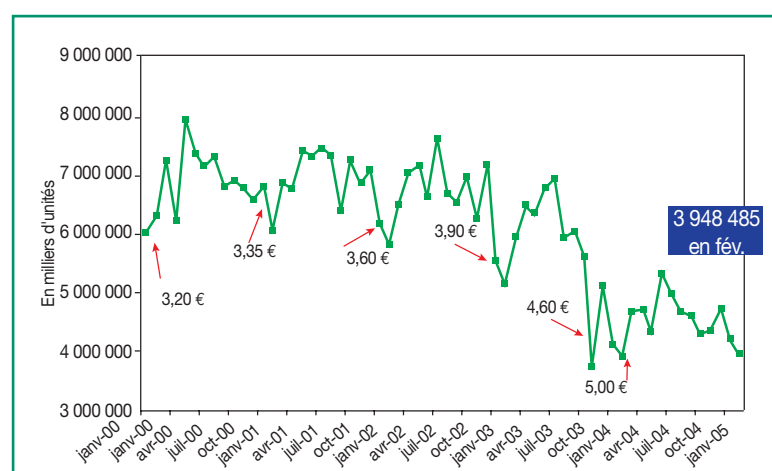
- **Remboursement des substituts nicotiques.**

- **Adoption en France d'une loi** voisine de la loi irlandaise ou italienne permettant d'imposer tous les lieux de travail et publics « non-fumeurs ». C'est la voie retenue actuellement en priorité par les associations en France.

Les ventes de cigarettes remontent en 2004 après le creux du début d'année 2004. On a vendu 1,1 % plus de cigarettes en janvier-février 2005 qu'en janvier-février 2004.

Les ventes des substituts nicotiques restent en plateau depuis l'été 2004, alors que tous les ans on observait une forte poussée à la rentrée de septembre et en janvier (traitement des données OFT).

Le tabagisme des jeunes parisiens qui s'était effondré (baisse historique de - 55 %), repart à la hausse en début 2005 (source PST).



NB : tous les mois vous pouvez consulter ce tableau mis à jour sur le site de l'OFDT <http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt050323.pdf>

# Les pneumologues en progrès !

Bertrand DAUTZENBERG, Hôpital Salpêtrière

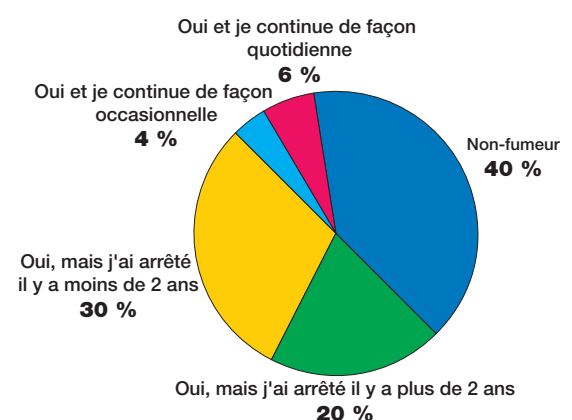
Lors des deux derniers congrès de pneumologie (CPLF), une enquête a été conduite sur le tabagisme des participants, en particulier des pneumologues français présents.

En 2004, ils étaient 10 % des pneumologues à fumer quotidiennement sur une enquête « obligatoire » lors du retrait de la sacoche du congrès.

En 2005, l'analyse faite sur échantillon fait apparaître un tabagisme quotidien encore plus faible : 6 %, associé à un taux de tabagisme non quotidien de 4 % soit 10 % de fumeurs au total, un

taux remarquablement bas, mais probablement assez proche de la réalité, même si ceux qui viennent au congrès (2/3 environ des pneumologues) sont les plus dynamiques (donc peut-être un peu moins fumeurs) ! Il est remarquable de noter que 60 % des pneumologues ont été fumeurs au cours de leur vie et que 30 % déclarent avoir arrêté ces deux dernières années. On peut donc raisonnablement espérer que l'an prochain le taux de pneumologues fumeurs s'abaissera à 3 %, chiffre observé dans les pays les plus avancés en matière de lutte anti-tabac.

## Statut tabagique de 355 médecins



## DOSSIER

## Arrêt du tabac chez les adolescents : toujours pas de méthode validée

Suite de la page 1

CL Backinger rappelle que moins de 100 études ont été conduites sur l'arrêt du tabac chez les adolescents, ce qui explique que les connaissances sur les stratégies efficaces à cet âge restent très limitées. Elle a conduit une nouvelle méta-analyse de 48 études publiées et exploitables consacrées aux messages destinés aux jeunes fumeurs afin de les aider à arrêter (une première méta-analyse avait déjà été publiée, Backinger CL, Fagan P, Matthews E, Grana R. Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tob Control*. 2003 12 Suppl 4:IV46-53). Les données rapportées ne

sont pas suffisantes pour préciser, à côté des thérapies psycho-comportementales, la place spécifique des substituts nicotiniques chez ces très jeunes consommateurs. L'auteur analyse particulièrement l'efficacité des programmes en fonction du recrutement des jeunes dans 62 études d'arrêt du tabac.

S'intéresser aux fumeurs de plus de 5 cigarettes semble plus efficace que d'essayer de recruter de plus faibles consommateurs. L'âge des adolescents n'a en revanche pas d'influence sur l'arrêt.

Si le recrutement par internet apparaît le plus efficace pour intégrer un grand nombre de

jeunes dans les programmes d'arrêt, il ne favorise pas l'adhésion à long terme. Aucun résultat concernant l'arrêt n'est rapporté.

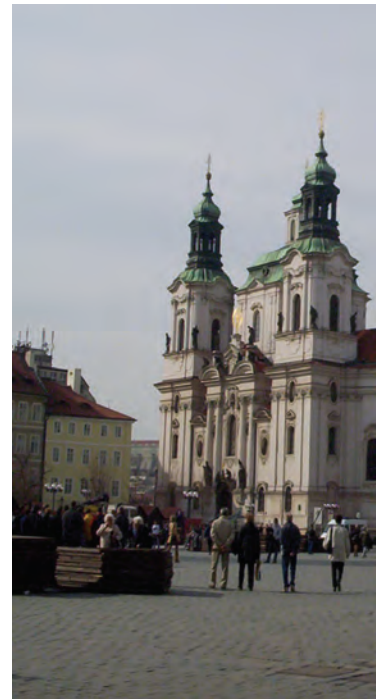
Scott McIntosh a étudié deux cohortes de teenagers du NCI, l'une composée de 211 jeunes, l'autre de 8 385 jeunes. Le recrutement s'est effectué dans des centres ou de façon proactive par courrier et articles.

Après 1 an, des données ont pu être recueillies auprès de 99 % d'entre eux. Il faut préciser que les jeunes gens étaient rémunérés pour rentrer dans le programme, on comprend donc leur motivation !

Eric T Moolchan souligne les



problèmes rencontrés lors du recrutement d'un essai randomisé d'arrêt du tabac chez les adolescents. Sur 1 347 adolescents « screenés », seuls 24,4 % étaient éligibles et 48 % d'entre eux inclus dans le protocole. Ces derniers étaient un peu plus jeunes que les « screenés ». Mais là encore, aucun résultat sur le sevrage n'est présenté.



## Hôpital psychiatrique sans tabac

**A** l'occasion d'un symposium consacré à l'hôpital sans tabac ont été présentés le réseau Européen des hôpitaux sans tabac ainsi que les outils d'auto-audit disponibles pour les hôpitaux européens sur le site <http://hopitalsanstabac.org>.

Deux communications se sont avérées particulièrement intéressantes, l'une sur les maternités et leur place dans la lutte contre le tabac à l'hôpital et dans la cité, l'autre sur le contrôle du tabagisme dans les hôpitaux psychiatriques.

Si le tabagisme est souvent retrouvé chez les malades psychiatriques, on rencontre également un tabagisme important parmi le personnel des hôpitaux psychiatriques. L'opinion de celui-ci sur le statut potentielle-

ment non-fumeur des hôpitaux psychiatriques dépend beaucoup de son statut tabagique ! Ainsi, dans une étude réalisée au sein d'un service de psychiatrie devenu non-fumeur, le pourcentage d'approbation de cette mesure s'élève à 75 % parmi le personnel non-fumeur alors qu'il n'est que de 44 % chez les fumeurs.

Le taux d'approbation le plus élevé était recueilli chez les ex-fumeurs (82 %). Les effets sur l'environnement et la sécurité sont ressentis par une grande majorité. Malheureusement, la mise en place de services de psychiatrie sans tabac n'a, si elle est isolée, que peu d'effets sur la consommation de tabac des patients pour lesquels des mesures d'accompagnement à l'arrêt sont nécessaires.

B.D.

## Cohorte Attempt : le poids des kilos !

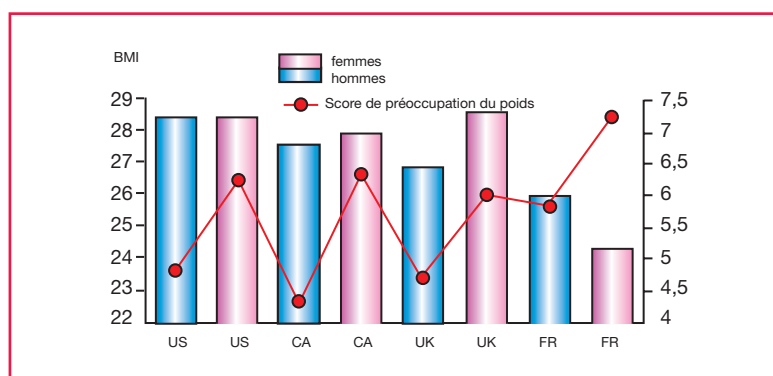
**L**a cohorte Attempt rassemble des fumeurs ayant l'intention de s'arrêter, interrogés par internet. Parmi les 2 009 répondants inclus, 1 303 ont rempli le questionnaire sur 6 mois. Les données émergentes concernant la motivation à l'arrêt et l'arrêt semblent

très intéressantes. L'analyse réalisée rapporte en particulier une relation statistique entre l'existence d'une tentative récente d'arrêt du tabac et le BMI (OR 1,25, IC 95 %, 1,02-1,53) ainsi qu'avec un score élevé au questionnaire de préoccupation de son poids (« weight concern »)

(OR = 1,27, IC 95 % 1,22-1,33). À noter que le fumeur américain a un risque 5 fois supérieur au français d'avoir un BMI > 27.

Le « weight concern », c'est-à-dire la préoccupation du poids apparaît être un élément important dans l'arrêt du tabac. Chez les sujets en surcharge pondérale, les tentatives d'arrêt du tabac sont plus fréquentes et plus souvent couronnées de succès, à l'inverse des sujets normopondéraux, qui passent moins facilement à l'acte et ont moins de chances de réussir leur sevrage. La crainte de grossir est beaucoup plus forte pour les françaises que pour les françaises et beaucoup plus forte en France, qu'en Grande-Bretagne et qu'aux USA.

B.D.

Réduction de la consommation, 1<sup>ère</sup> étape vers l'arrêt total : une stratégie à développer

B. LE MAITRE, CHU Caen

**L**ors d'une session, Karl Fagerström a passé en revue les différentes études consacrées à la réduction progressive.

Cette approche nouvelle constitue une stratégie thérapeutique bien acceptée et fréquemment utilisée aussi bien chez les « simples » consommateurs de tabac qu'auprès de sujets ayant des comportements à risque, en particulier les usagers de drogues.

Concernant son développement, plusieurs questions se posent :

A - La stratégie de réduction du tabagisme conduit-elle réellement à une diminution du risque et existe-t-il des moyens de la mesurer ?

B - Une stratégie de réduction du

tabagisme incluant un traitement pharmacologique et une stratégie simplement comportementale, peuvent-elles être pareillement efficaces ?

C - La réduction de la consommation de tabac a-t-elle une influence positive sur la motivation à l'arrêt du tabac, ou est-elle capable d'influer négativement sur cette motivation ?

D - La réduction de la consommation de tabac peut-elle être un facteur déclenchant l'arrêt du tabac chez des fumeurs qui, sans cette approche, n'auraient pas été capables d'arrêter ?

Selon les commentaires de Karl Fagerström sur les principales études, en particulier la synthèse réalisée par John R. Hughes, il

apparaît que la stratégie de réduction de consommation de tabac, avec utilisation de substituts nicotiniques mérite de toute évidence d'être développée. Elle est en effet capable de conduire plus rapidement les fumeurs les plus craintifs ou récalcitrants au sevrage brutal à l'arrêt définitif. Par ailleurs pour ces mêmes fumeurs qui souffrent de pathologies aggravées par leur tabagisme, la diminution de consommation permet la réduction des risques voire même l'amélioration de certains paramètres biologiques.

D'après l'intervention de Karl Fagerström, Ph. D., Smoker's information Centre Helsingborg, Suède, John R. Hughes, M.D., University of Vermont.

## L'important c'est d'y croire

B. LE MAITRE, CHU Caen

**L**e tabagisme favorise les problèmes dentaires et diminue l'efficacité des traitements de parodontie. L'efficacité du conseil donné par le chirurgien-dentiste est fonction du temps passé à cette action. Cette étude a montré la relation qui existait entre le comportement du dentiste face au patient fumeur avec le temps passé à donner des conseils, le niveau de ses connaissances, ses attitudes et de ses croyances dans ses capacités à avoir une action efficace envers ses patients fumeurs.

783 professionnels ont été recrutés au Texas, en 2003. 83 % d'entre eux étaient des dentistes, les autres des orthodontistes et des parodontistes. Cette proportion était maintenue chez les répondants.

Le temps passé à conseiller l'arrêt du tabac était en moyenne de 1,4 (sd = 1.4) minute par visite, variant selon la spécialité (p = .003) et plus long en cas

d'intervention chirurgicale. La première variable, analysée selon une méthode de régression logistique, pour expliquer le temps passé était la croyance en l'efficacité du conseil d'arrêt (13,9 %). Venaient ensuite pour 5,4 % l'expérience du praticien dans l'aide à l'arrêt du patient, et pour 3,1 % son attitude autour du conseil. La connaissance sur les moyens du sevrage et les attentes à l'issue du conseil, participaient respectivement pour 1,6 % et 0,5 %. Le temps passé à donner un conseil est peu adapté. Ce qui fait la différence est la croyance envers l'efficacité du conseil, même court, qui peut être donné et l'attitude positive du praticien. Les parodontistes apparaissent à ce jour comme étant les plus actifs dans le conseil.

D'après l'intervention de Gene C. Stevenson, D.D.S., M.S., Unto E. Pallonen, Ph.D., Thomas A. Servos, D.D.S., and Robert A. Kaminski, D.D.S., Ed. D., University of Texas Health Science center at Houston. (Gene C. Stevenson @uth.tmc.edu).

## RECOMMANDATIONS

# Stratégie de réduction du tabagisme : première étape vers l'arrêt complet

Suite de la page 1

## Réponses d'experts

### Quelle stratégie chez le fumeur dépendant à la nicotine<sup>\*(1)</sup> ?

**1 En priorité**  
L'arrêt complet et immédiat du tabac.

**2 En cas d'échec ou de refus total de sevrage, proposer une stratégie de réduction du tabagisme comme 1<sup>ère</sup> étape vers l'arrêt complet.**

■ Diminution du nombre de cigarettes quotidiennes avec utilisation de substituts nicotiques

Recommander au patient de prendre conseil auprès d'un professionnel de santé si la réduction de la consommation de cigarettes n'a pas été obtenue après 6 semaines de traitement (AMM).

■ Tentative d'arrêt total dans les 6 mois

Si au-delà de 9 mois après le début du traitement, la tentative d'arrêt complet du tabac a échoué, recommander au patient de prendre à nouveau conseil auprès d'un professionnel de santé (AMM).

### Pour quels fumeurs ?

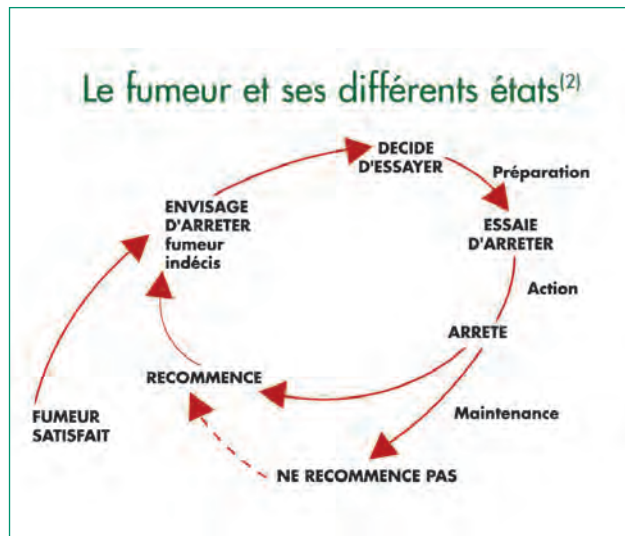
### À qui proposer la réduction de consommation du tabac avec substitution nicotinique ?

L'arrêt du tabac n'est pas un processus dichotomique, mais plutôt un continuum qui implique différents stades de préparation.

L'arrêt immédiat et complet du tabac doit toujours être proposé en premier lieu. Une stratégie de réduction de la consommation du tabac avec substitution nicotinique est une alternative qui doit être envisagée comme première étape vers l'arrêt complet pour certains fumeurs récalcitrants et dépendants ou insuffisamment préparés<sup>(3,4,5)</sup> :

- qui aimeraient bien arrêter, mais se sentent incapables d'y arriver dans l'immédiat ;
- qui ont déjà échoué dans leurs tentatives d'arrêt et ont, de ce fait, perdu confiance dans leur capacité à arrêter de fumer ;
- qui ne veulent pas entendre parler d'arrêt total immédiat, mais dont le niveau de tabagisme n'est pas sans conséquence sur l'état de santé- BPCO, pathologies cardiovasculaires, femmes enceintes - même si l'arrêt du tabac doit toujours rester le but à atteindre.

\* Score au test de Fagerström de 3 à 10

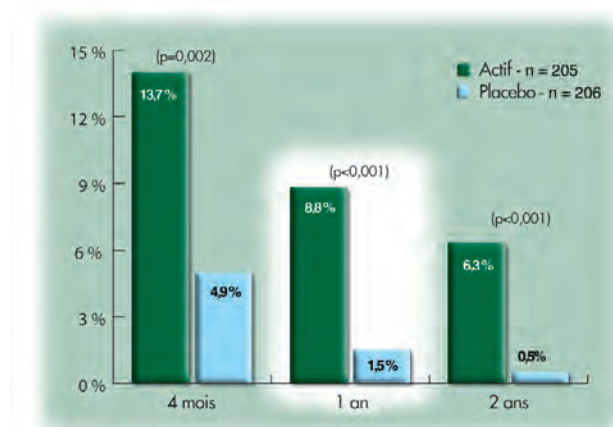


## Ce qu'il faut savoir

### La réduction du tabagisme sans substitution nicotinique...

...est une « fausse » solution, car :

- le fumeur risque de souffrir de symptômes de manque,
- la réduction du nombre de cigarettes fumées sans apport conjoint de nicotine par des substituts nicotiques, entraîne des phénomènes de compensation, chaque cigarette étant fumée plus intensément pour maintenir le niveau de nicotémie : moins de cigarettes fumées, mais autant, voire davantage, de fumée inhalée.
- sans substitution nicotinique (groupe placebo), les fumeurs réussissent moins à obtenir et à maintenir une réduction de leur consommation à plus de 50 %<sup>(5)</sup>.



Réduction maintenue de la consommation de tabac depuis la semaine 6

Fumeurs de plus de 15 cigarettes par jour

Étude de Wennike<sup>(5)</sup>

À 1 an, 8,8 % des patients inclus ont maintenu une réduction de plus de 50 % (50 % à 100 %) du nombre de cigarettes fumées par jour avec gomme contre 1,5 % avec placebo.

\*\*Score au test de Fagerström de 3 à 10

## Efficacité

### 1 Une stratégie de réduction de la consommation de tabac avec utilisation conjointe de substituts nicotiques peut-elle contribuer à augmenter la motivation pour un arrêt complet ?

- Oui<sup>(2,3,4,5)</sup>, chez des sujets sans intention initiale d'arrêter et pratiquant la réduction de la consommation du tabagisme avec substituts nicotiques.

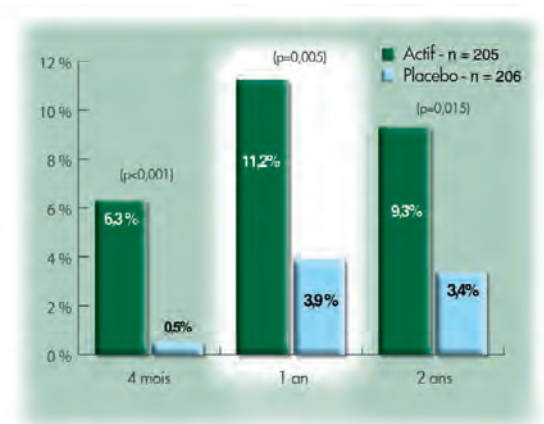
- À 2 ans, 67 % des patients ayant entrepris une stratégie de réduction déclarent avoir plus envie d'arrêter de fumer<sup>(5)</sup>.

- Le pourcentage de tentatives d'arrêt augmente avec le niveau de réduction atteint<sup>(3)</sup>.

Réduction de la consommation tabagique (%) à 1 an (n = 1722)	Tentatives d'arrêt la deuxième année
Pas de réduction (n = 469)	41 %
Réduction de 1-24 % (n = 268)	50 %
Réduction de 25-49 % (n = 463)	49 %
Réduction de 50-74 % (n = 334)	65 %
Réduction de 75-99 % (n = 188)	83 %

### 2 L'utilisation de substituts nicotiques dans une stratégie de réduction de la consommation de tabac, menée en première intention chez des fumeurs non motivés à l'arrêt dans l'immédiat, influence-t-elle le taux effectif d'arrêt complet ?

- Oui, et cette influence est positive. La stratégie de réduction de la consommation de tabac avec substitution nicotinique se traduit par des arrêts plus nombreux chez les fumeurs utilisant des gommes 2 ou 4 mg, par rapport aux fumeurs utilisant un placebo<sup>(5)</sup>. Ce sont des fumeurs qui ne voulaient pas ou ne pouvaient pas arrêter de fumer, au début de l'étude mais qui étaient intéressés par une stratégie de réduction.



Arrêt complet de la consommation de tabac : point de prévalence

Fumeurs de plus de 15 cigarettes par jour

À 1 an, 11,2% des patients ont arrêté complètement de fumer avec Nicorette<sup>®</sup> gomme versus 3,9% avec le placebo.

### 3 La réduction de la consommation de tabac avec substitution nicotinique est-elle « confortable » pour le patient ?

- Oui, la réduction de la consommation de tabac avec substitution nicotinique :

4 mois : 13,7% (gommes actives) et 4,9% (gommes placebo, (p=0.002)  
12 mois : 8,8% (gommes actives) et 1,5% (gommes placebo, (p<0.001)  
24 mois : 6,3% (gommes actives) et 0,5% (gommes placebo, (p<0.001)

Arrêt complet du tabac (point de prévalence) :

4 mois : 6,3% (gommes actives) et 0,5% (gommes placebo, (p<0.001)  
12 mois : 11,2% (gommes actives) et 3,9% (gommes placebo, (p=0.005)  
24 mois : 9,3% (gommes actives) et 3,4% (gommes placebo, (p=0.015)

Réduction de plus de 50% (point de prévalence) :

4 mois : 24,4% (gommes actives) et 10,2% (gommes placebo, (p<0.001)  
12 mois : 21,0% (gommes actives) et 13,1% (gommes placebo, (p=0.036)  
24 mois : 14,6% (gommes actives) et 9,7% (gommes placebo, (p=0.13>NS)

(6) Pisinger A., Vestbo J., Borch-Johnsen K. et al. Smoking reduction in a large population-based study. The Inter99study. *Preventive Medicine* 40 (2005): 112-18.

(7) Bolliger C.T., Zellweger J.P., Danielsson T., van Biljon X., Robidou A., Westin A. et al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* Vol. 321, 5 August 2000: 329-33.

## Références

(1) Etter JF et al. Distributions of smokers by stage: international comparison and association with smoking prevalence. *Preventive Medicine* 1997; 26:580-85.

(2) DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK et al. The process of smoking cessation : an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59:295-304.

(3) Hughes J., Lindgren P, Connet J, Nides M. Lung Health Study. Smoking reduction in the Lung Health Study. *Nicotine & Tobacco Research* 2004; 6:275-280.

• Cette étude a analysé les données de la Lung Health Study\* (n=5887 sujets répartis en un groupe intervention [n=3923] et un groupe contrôle [n=1964]), dans une sous population n'ayant pas arrêté de fumer (le but initial de l'étude était l'arrêt complet) au bout d'une année (n=1722, 44% du groupe intervention). Après une première période de 6 mois, les sujets pouvaient continuer à utiliser des gommes à 2 mg avec l'accord du médecin. Cette étude met en évidence la plus grande probabilité de tentatives d'arrêt dans la seconde année, chez les patients qui avaient le plus réduit leur consommation de cigarettes en utilisant des gommes à 2 mg de nicotine.

\* Critères d'inclusion : fumeur (35-60 ans) atteint d'une BPCO modérée (à l'exclusion de toute autre pathologie pulmonaire) souhaitant participer à un programme d'arrêt du tabac, ayant fumé au moins 10 cpj, au moins 1 jour au cours des 30 derniers jours.

(4) Jiménez-Ruiz C, Kunze M, Fagerström KO. Nicotine replacement : a new approach to reduction tobacco-related harm. *Eur Respir J*, 1998; 11:473-479.

(5) Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A., Tonnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up. *Addiction* 2003; 98(10):1395-1402.

• Étude randomisée en double aveugle, versus placebo, avec un traitement sur 1 an et un suivi sur 2 ans. 411 fumeurs motivés pour réduire leur consommation de cigarettes. 133 fumeurs (FTND ≤5) : n= 65 (gommes 2mg) et n= 68 (gommes placebo). 278 fumeurs (FTND > 6) : n= 140 (gommes 4mg) et n=138 (gommes placebo). Au total, n=205 (gommes actives) et n = 206 (gommes placebo)

Réduction soutenue de plus de 50% de la consommation depuis la semaine 6 :

- Aide le fumeur à ne pas fumer aux moments choisis en réduisant les symptômes de manque.
- Réduit le phénomène de compensation<sup>(3)</sup> (Cf : partie « Ce qu'il faut savoir »).

## Mieux comprendre

### 4 La réduction de la consommation de tabac avec substitution nicotinique réduit-elle la quantité de produits toxiques inhalés avec la fumée ?

• Oui, une réduction de la consommation de tabac, avec utilisation conjointe de substituts nicotiniques, s'accompagne d'une moindre quantité de fumée inhalée. Une baisse significative du taux de CO dans l'air expiré, marqueur du tabagisme, est observée. La baisse du CO sera d'autant plus marquée que la réduction du nombre de cigarettes fumées, avec utilisation de substituts nicotiniques, aura été importante<sup>(3,9,10)</sup>.

Réduction de la consommation tabagique (%) à 1 an (n = 2 520)	Diminution du CO expiré (%)
1 % - 24 % (n = 268)	-21%
25 % - 49 % (n = 463)	-21%
50-74 % (n = 334)	-32%
75 % - 99 % (n = 188)	-50%
Arrêt du tabac (n = 1267)	-84%

### 5 La réduction de la consommation de tabac, avec substitution nicotinique, réduit-elle le risque lié au tabagisme ?

• **Effet favorable à 8 semaines sur différents éléments impliqués dans le risque cardiovasculaire : taux de fibrinogène, d'hémoglobine, d'hématocrite, de globules rouges et blancs, de cholestérol HDL (rapport HDL/LDL)<sup>(11)</sup>.**

Cette étude, en ouvert, a été réalisée sur 58 fumeurs sains fumant 15 cigarettes par jour ou plus au cours des 3 dernières années, afin d'examiner les effets de la réduction et de l'arrêt de consommation de tabac sur les facteurs de risque cardiovasculaire.

Aucune étude n'a pu être menée sur une durée suffisante pour évaluer la réduction du risque à long terme. Des études seraient nécessaires, mais elles sont difficilement réalisables. Rappelons qu'une tentative d'arrêt total du tabagisme est recommandée dans les 6 mois suivant le début de la substitution nicotinique.

#### • Femme enceinte

Parmi les marqueurs du tabagisme chez la femme enceinte, le monoxyde de carbone semble pertinent. Une étude a montré la corrélation significative entre la quantité de CO dans l'air expiré et le taux sérique de carboxy-hémoglobine (HbCO) chez la mère. Une autre étude a montré une augmentation dose dépendante de l'HbCO fœtal dans le sang du cordon corrélée à l'augmentation du CO expiré par la mère. Il existe une relation dose - effet entre tabagisme et hématome rétro-placentaire, tabagisme et retard de croissance intra-utérin, tabagisme et développement cérébral, tabagisme et grossesse extra-utérine<sup>(12)</sup>.

#### • Risque cardiovasculaire

Lors d'une étude ayant pour objectif l'arrêt complet du tabac chez des patients présentant une maladie coronaire

	Etat initial (n = 36)	Substituts nicotiniques 14 mg (n = 36)	Substituts nicotiniques 21 mg (n = 34)	P
Taille du défaut de perfusion (% VG)	17,5 + 10,6	12,6 + 10,1	11,8 + 9,9	< 0,001
Total ischémie	10,1 + 8,5	7,2 + 6,7	6,7 + 6,3	0,036
CO (ppm)	23,3 + 10,5	13,8 + 9,6	12,4 + 8,8	< 0,001
Nicotine (ng/ml)	15,8 ± 8,3	24,2 + 12	30,4 + 10,8	< 0,001
Cotinine (ng/ml)	290 + 137	338 + 186	422 + 224	< 0,002
Cigarettes/jour	31 + 11	11 + 10	8 + 7	< 0,001

#### Schéma 1

à l'angiographie, avec défaut de perfusion induit par l'effort d'au moins 5 %, une réduction de l'ischémie myocardique à l'effort a été observée chez les patients sous patch nicotinique\* alors qu'ils fumaient encore et ceci indépendamment du taux de nicotine (cf. En pratique n°3). La réduction de l'ischémie myocardique était corrélée de façon significative avec la diminution du taux de CO dans l'air expiré<sup>(10)</sup> car les fumeurs avaient réduit leur consommation de cigarettes d'environ 74 % (p < 0,001) Cf. Schéma 1.

#### • Risque respiratoire

Une amélioration des signes d'inflammation du tractus respiratoire a été mis en évidence par fibroscopie bronchique et lavage bronchoalvéolaire<sup>(8)</sup>. Cependant l'arrêt total permet de réduire sensiblement le risque de cancer bronchique<sup>(14)</sup>.

## En pratique

### 1 Comment conseiller efficacement des substituts nicotiniques dans une stratégie de réduction de la consommation de tabac ?

• La réduction de consommation du tabac, avec utilisation conjointe de substituts nicotiniques, peut être une première étape vers l'arrêt complet. L'objectif à court terme pour le fumeur, est de réussir à réduire « le plus possible » sa consommation de cigarettes.

**50 % au moins, est le critère de réduction du nombre de cigarettes fumées retenu dans la méthodologie des études relatives à la stratégie de réduction de consommation du tabac<sup>(3, 5, 7, 9)</sup>**

La substitution nicotinique est fonction du niveau de dépendance du patient. Elle peut être conseillée :

- **en alternance avec les cigarettes**, le fumeur étant invité à choisir les moments de la journée où il ne fumera pas et utilisera alors des substituts nicotiniques.
- **à doses adaptées et en quantité suffisante dans la journée**, dès que l'envie de fumer apparaît dans les moments choisis pour ne pas fumer.

Les fumeurs ont souvent tendance à restreindre volontairement le nombre de gommes ou de cartouches d'inhalateur utilisées, ce qui limite alors l'efficacité de la substitution et génère des phénomènes de compensation. Ils doivent être encouragés à ne pas hésiter à y avoir

\*À aujourd'hui, les patches nicotiniques n'ont pas l'indication pour la Réduction.

recours quand une simple stratégie comportementale ne suffit pas.

Si toutefois une réduction réelle de la consommation de cigarettes n'a pas été obtenue après 6 semaines de traitement, il est recommandé de prendre à nouveau conseil auprès d'un professionnel de santé.

### 2 À quel moment le patient qui a obtenu une réduction de sa consommation avec substitution nicotinique, doit-il être encouragé à tenter un arrêt complet du tabac ?

Le plus tôt possible après le début de la réduction du tabagisme avec substituts nicotiniques et dans les 6 mois suivant le début du traitement (AMM).

Si au delà de 9 mois après le début du traitement, la tentative d'arrêt complet du tabac a échoué, il est recommandé de prendre conseil auprès d'un professionnel de santé (AMM).

### 3 L'association substituts nicotiniques + tabac, est-elle dangereuse ?

Non. Les gommes utilisées dans l'étude Lung health study (avec ou sans utilisation conjointe de cigarette) ne sont reliées à aucune maladie cardiovasculaire ou tout autre effet secondaire sérieux.<sup>(13)</sup>



#### Groupe d'experts

Kamel Abdennbi, cardiologue –  
Marion Adler, tabacologue –  
Bertrand Dautzenberg, pneumologue –  
Michel Delcroix, gynécologue –  
Lucette Ducret, gynécologue –  
Jérôme Gariépy, généraliste – Annick Lanteaume, tabacologue – Jean-Marc Leder, pharmacien –  
Jacques Le Houezec, conseiller en santé publique –  
Béatrice Le Maître, tabacologue – Gérard Mathern, pneumologue – Emile Phan Chan The, médecin du travail – Jean Perriot, pneumologue –  
Daniel Thomas, cardiologue –  
Jean-Pierre Zellweger, pneumologue.

\*\* Score de Fagerström de 3 à 10. Score de 3 à 6.

(8) Rennard S.I., Daughton D, Fujita J et al. Short-term smoking reduction is associated with reduction in measures of lower respiratory tract inflammation in heavy smokers. *Eur Respir J* 1990; 3:752-59. 15 fumeurs fortement dépendants et en bonne santé ont été recrutés. Ils subissaient tous, au départ, une fibroscopie bronchique par fibre optique et un lavage broncho alvéolaire, examens qui étaient répétés au bout de deux mois alors qu'ils avaient réduit leur consommation de cigarettes grâce à la prise régulière de gommes nicotiniques (au moins 10 gommes 2 mg par jour).

(9) Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T. and al. Influence of long-term smoking reduction on health risk markers and quality of life. *Nicotine & Tobacco Research* 2002; 4:433-39.

(10) Mahmarian J.J. et al. Nicotine patch therapy in smoking cessation reduces the extent of exercise-induced myocardial ischemia. *J Am Coll Cardiol*, 1997; 30:125-30.

• Étude longitudinale, en ouvert, a été réalisée sur 40 fumeurs d'un paquet de cigarettes par jour ou plus ayant un fort désir d'arrêt du tabac, et présentant une maladie coronaire à l'angiographie avec défaut de perfusion induit par l'effort d'au moins 5 %. Le but de l'étude était d'évaluer les effets de la substitution nicotinique au cours d'une tentative

d'arrêt du tabac (patch à 14 mg, puis à 21 mg) sur l'ischémie myocardique induite par l'effort. Trente six des sujets inclus ont complété l'étude et ont subi 3 scintigraphies au Thallium (une sous cigarette, puis deux sous patch). Bien que tous les sujets fumaient encore en utilisant le patch, une réduction (p < 0.001) du défaut de perfusion (réduction de l'ischémie myocardique à l'effort) a été observée malgré une augmentation de la durée de l'exercice (p < 0.05) et une nicotineémie supérieure (p < 0.001) sous patch. Cette réduction était significativement corrélée (p < 0.001) à la baisse du taux de CO dans l'air expiré, car les fumeurs avaient réduit leur consommation de cigarettes d'environ 74 %.

(11) Eliasson B., Hjalmarsen A., Kruse E. et al. Effect of smoking reduction and cessation on cardiovascular risk factors. *Nicotine Tobacco Research* 2001; 3:249-57.

• Étude, en ouvert, réalisée sur 58 fumeurs sains fumant 15 cigarettes par jour ou plus au cours des 3 dernières années, afin d'examiner les effets de la réduction et de l'arrêt de consommation de tabac sur les facteurs de risque cardiovasculaire. Les sujets devaient utiliser un spray nasal de nicotine (utilisation ad libitum) pour, dans un premier temps, réduire leur consommation de tabac d'au moins 50 % pendant les 8 premières semaines, puis dans un second temps faire une tentative d'arrêt. Après 16 semaines d'utilisation du spray nasal de nicotine, 33 sujets avaient arrêté de fumer.

Après 8 semaines de réduction de consommation, une amélioration significative a été observée sur le fibrinogène, l'hémoglobine, l'hématocrite, les globules rouges et blancs, et le rapport HDL/LDL. Par la suite, après 8 semaines d'abstinence, ces facteurs étaient encore améliorés, et une amélioration significative était observée sur le HDL (augmenté) et le LDL (diminué).

(12) Conférence de Consensus Grossesse et Tabac. Lille 7-8 octobre 2004.

(13) Murray RP, Bailey WC, Daniels K, Blomson WM, Kurnow K, Connett JE, Nides MA, Kiley JP. Safety of nicotine polacrilex gum used by 3,094 participants in the Lung Health Study. *Chest*, 1996; 109:438-445.

• Étude multicentrique randomisée dont l'objectif principal était de déterminer si une intervention intensive d'arrêt du tabac et l'utilisation d'un broncho-dilatateur, sur une période de 5 ans, pouvait réduire le déclin de la fonction respiratoire ainsi que la morbidité respiratoire chez des fumeurs d'âge moyen atteints d'une BPCO modérée. Fumeur (35-60 ans) atteint d'une BPCO modérée (à l'exclusion de toute autre pathologie pulmonaire) souhaitant participer à un programme d'arrêt du tabac, ayant fumé au moins 10 cigarettes par jour, au moins 1 jour au cours des 30 derniers jours.

(14) Conférence de consensus 1998, texte court.

## Prise en charge du tabagisme : quelle formation pour les sages-femmes ?

Suite de la page 1

**T**out d'abord, il s'agit de savoir comment mettre en place un système d'identification des femmes fumeuses afin de leur proposer une aide au sevrage et comment organiser une prise en charge adaptée ainsi qu'un suivi efficace dans la surveillance prénatale : comment intégrer, dans l'entretien du 4<sup>e</sup> mois de grossesse ainsi que dans les séances de préparation à la naissance, la prise en charge de la dépendance au tabac pendant la grossesse ?

Autant de questions auxquelles les sages-femmes cherchent à répondre en s'engageant chaque jour davantage sur la voie de la prévention santé. Cependant, malgré la multiplicité des actions conduites par un grand nombre d'entre elles, volontaires et motivées, les formations de prise en charge du sevrage tabagique, incluant la mesure du monoxyde de carbone, sont peu nom-

breuses et pas toujours spécifiques.

■ La formation des sages-femmes passe d'abord par l'adhésion du chef de service à la démarche « vers une maternité sans tabac » (signature de la Charte Maternité Sans Tabac en l'intégrant dans le projet de soins du service de maternité). L'objectif est de créer un environnement favorable à l'arrêt du tabac.

■ L'intégration de la mesure du CO expiré à la surveillance prénatale nécessite une implication et une pédagogie spécifiques de la part des professionnels de la périnatalité. Il peut y avoir alors transfert de compétence du soignant (gynécologue-obstétricien, sage-femme, infirmière...) vers les femmes enceintes et/ou les pères qui fument afin que ceux-ci deviennent des acteurs de leur santé et de celle de leur enfant à naître.

■ L'adhésion de l'équipe toute entière et des sages-femmes à la Charte Maternité Sans Tabac est d'autant plus pertinente et renforcée que l'accès à la formation à la prise en charge du tabagisme pergravidique est facilité. C'est pourquoi un programme de formation des sages-femmes, axé sur le tabagisme mais aussi sur d'autres conduites addictives (alcool, drogues) pendant la grossesse, doit être inclus dans le cadre du plan formation de l'hôpital, avec les soutiens du directeur du centre hospitalier et du responsable de la Direction des Ressources Humaines.

• Sur un plan stratégique, la prévention et la prise en charge des conduites addictives pendant la grossesse devraient idéalement être développées dans chaque secteur (consultations prénatales, échographies, séances de préparations à la naissance, hospitalisation de jour, grossesse à haut risque, consultation préanesthésie,

admission d'urgence, salles d'accouchement, suites de couches).

■ Le soutien des responsables à tout niveau permet la valorisation de « l'exemplarité » de tous les personnels de la périnatalité, sages-femmes, étudiants des professions de santé qui s'inscrivent dans cette démarche et favorise l'application de l'interdit de fumer dans la maternité. La mise à disposition, grâce au soutien notamment du médecin du travail, des moyens d'aide au sevrage (traitement nicotinique substitutif et consultation) pour les femmes enceintes fumeuses et les pères fumeurs, ainsi que pour les personnels de santé, est indispensable.

■ En règle générale, l'organisation de réunions de formation pendant le temps de travail favorise l'adhésion du personnel à l'application et au suivi de la politique de santé en maternité. Ces séances de formation peuvent s'articuler autour de situations réelles (indicateurs périnataux, statut tabagique, mesure du CO expiré, prescriptions des traitements nicotiniques substitutifs) et prévoir des dispositifs d'implication et d'orientation des sages-femmes. Les formations

proposées et la mise en œuvre des actions de terrain doivent idéalement être suivies d'une évaluation.

Il est également souhaitable de favoriser l'enseignement des sages-femmes par les sages-femmes pour adapter l'apprentissage aux pratiques professionnelles. Par ailleurs, la formation initiale des futures sages-femmes dans le domaine de la prévention du tabagisme doit comporter un nombre d'heures d'enseignement significatif, ceci pour faire émerger les motivations personnelles et tendre vers une professionnalisation pédagogique et préventive de la prise en charge des addictions pendant la grossesse. Enfin, les recommandations de la première Conférence de consensus « Grossesse et Tabac » en France et sur le plan international devraient constituer un fil conducteur et la base indispensable à la formation des sages-femmes. ■

### Référence

Conférence de consensus Grossesse et tabac (Lille, 7 et 8 octobre 2004), J Gynecol Obstet Biol Reprod/Volume 34, Hors série n°1, 2005.

## L'infirmière scolaire au centre du dispositif de lutte contre le tabagisme des jeunes dans les établissements publics locaux d'enseignement

M. NOËL, infirmière, Académie de Paris

**Une enquête récente (IPSOS février 2004) montre que le nombre de fumeurs diminue en France :- 1,8 million entre 1999 et 2004 ; soit une baisse de 12 % des consommateurs réguliers.**

**Cette réduction est encore plus forte chez les 15-25 ans, soit une baisse de 18,3 %. Mais malgré cet infléchissement, la consommation régulière de tabac chez les jeunes reste toujours un problème de santé publique : près d'un jeune de 18 ans sur deux reste un consommateur régulier de tabac.**

**Selon le Baromètre Santé 2000, un important désir d'arrêt du tabagisme est cité par les jeunes. Ainsi, 57 % des fumeurs quotidiens âgés de 15 à 24 ans ont déjà tenté de s'arrêter. Le désir d'arrêter de fumer semble donc intervenir très tôt après le début du tabagisme. Cependant ces tentatives sont peu couronnées de succès puisque seulement 5 % des 17-19 ans se déclarent d'anciens fumeurs.**

**L**a loi Evin a permis une cohérence de l'ensemble des actions de prévention et d'éducation à la santé auprès des élèves dans les établissements.

### Une loi parfois difficile à faire appliquer

Si dans les collèges les dispositions de la loi sont plus simples à mettre en œuvre, cela est beaucoup plus complexe dans les lycées, lycées techniques et professionnels et les cités scolaires.

Le règlement intérieur de chaque établissement précise l'interdiction de fumer dans les lieux clos, mais il existe souvent une tolérance dans les cours où les élèves, les étudiants et les adultes peuvent fumer.

Il s'agit d'amener les adolescents fumeurs à réfléchir à la notion de santé et à leur consommation de tabac. La motivation à l'arrêt dépend d'un ensemble de facteurs tenant à l'environnement, l'information et la disponibilité des dispositifs d'aide à l'arrêt.

L'infirmière scolaire, conseillère de santé du chef d'établissement, constitue du fait de ses compétences un acteur incontournable dans cette lutte. Son rôle consiste à mettre en œuvre toutes actions aboutissant au respect de la loi et à la réduction de la consommation de tabac chez les jeunes. Le projet d'établissement avec son comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté donne un cadre et permet une approche globale du problème de la consommation de tabac des jeunes scolarisés.

### Un dispositif de lutte aux actions très variées

La mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé, d'écoute, d'entretien, de suivi, peut se décliner de diverses façons : semaine info-tabac, débat en heure de vie de classe, théâtre-forum, rencontres éducatives, campagne d'affichage, programme de prévention en partenariat avec des associations, comités régionaux ou départementaux d'Ile de France (INPES, CRESIF, EMIPS, Paris sans Tabac...), stand d'animation avec CO-testeur, permanence pour l'aide à l'arrêt du tabac...

Un stage de formation a donné la possibilité aux infirmières de l'Éducation nationale parisiennes

de réaliser un entretien individuel. Celui-ci permet de nouer une relation privilégiée avec les adolescents afin d'adapter les conseils de santé au plus près de leurs demandes et de leur histoire avec le tabac. Il donne également l'occasion de faire un point sur les autres types de consommation, sources de problème pour le jeune, en particulier le cannabis et l'alcool.

L'infirmière dispose d'outils d'évaluation (test de dépendance, appareil de mesure de l'intoxication au monoxyde de carbone), de documentation, d'un guide d'entretien et d'un livret de suivi. Elle peut aussi orienter l'élève vers le médecin scolaire ou une structure du

réseau de soin local la plus adaptée (consultation d'aide au sevrage tabagique...). Les adultes de l'établissement peuvent aussi profiter de ce dispositif de façon adaptée. Un recensement des actions et une enquête qualitative complètent le dispositif afin d'évaluer l'impact des actions et de déterminer de nouveaux objectifs. ■

\*\*CESC : le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté est un dispositif spécifique du second degré réunissant l'ensemble des adultes intervenant dans l'éducation à la santé des élèves tels que les membres de la communauté éducative, l'infirmière, les parents, les associations de proximité et des élèves.



Édité par MEDIQUID

104-106, rue d'Aguesseau - 92641 Boulogne cedex

Téléphone : 01 55 38 91 80 - Télécopie : 01 55 38 91 81 - E-mail : info@mediquid.fr

Rédacteur en chef : Bertrand Dautzenberg

Comité de rédaction : Kamel Abdennbi (Saint-Denis), Béatrice Le Maître (Caen), Michel Delcroix (Bailleul).

Directeur médical : Pascale Lefèvre, Secrétaire de rédaction : Danielle Roque  
Directeur de la publication : Yves Nadjari



BULLETIN D'ABONNEMENT

Abonnement 1 an, 4 numéros : 18 € (supplément étranger: 8 €)

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays ..... E-mail .....

Date et signature .....

Joindre un chèque à l'ordre de MEDIQUID, 104-106, rue d'Aguesseau - 92641 Boulogne cedex

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à Mediquid.

## CAS CLINIQUES

# Réduction progressive jusqu'à l'arrêt total : histoires vécues

## Cas clinique n° 1

M. DELCROIX, APPRI-EPSM des Flandres, Bailleul

**Fabienne, 44 ans, se présente à la consultation de tabacologie. Elle est secrétaire médicale dans un service de gynécologie. Elle est mariée, sans enfant, et son conjoint fume aussi. Sa consommation journalière est de 35 cigarettes par jour. Elle est suivie régulièrement sur le plan gynécologique. Elle doit subir dans 6 semaines une hystérectomie totale nécessitant une anesthésie générale. Sur les conseils de l'anesthésiste elle consulte pour un arrêt temporaire de son tabagisme en vue de l'intervention programmée.**

### À la consultation d'aide à l'arrêt du tabac

Son Indice de Masse Corporelle n'indique pas de surcharge pondérale.

La tension artérielle est de 130/70.

La mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré est à 41 ppm.

L'entretien montre une forte dépendance physique à la nicotine avec un test de Fagerström à 8/10.

Elle ne présente pas de signes d'anxiété ni de dépression.

Son degré de motivation pour arrêter de fumer est coté à 5/10. L'entretien met également en évidence un tabagisme très important le soir devant la télévision en compagnie de son conjoint.

Elle n'utilise aucun moyen de contraception.

Elle pratique de manière ponctuelle la marche et la natation. Elle ne souhaite pas arrêter totalement la cigarette mais seulement préparer son sevrage en vue de l'intervention qu'elle doit subir prochainement. Elle évoque également sa peur d'être en manque pendant l'hospitalisation.

### Comment proposer une réduction de consommation à cette patiente ?

Il lui est proposé une réduction de consommation de tabac avec prise de pastilles en remplacement de quelques cigarettes. Lors de la première consultation,

### Réduction progressive de consommation de cigarettes de la patiente et du taux de CO expiré parallèlement à la prise de substituts nicotiques jusqu'à l'arrêt complet

Une consultation par semaine	Taux de CO dans l'air expiré en ppm*	Nombre de cig/j	Nombre de pastilles/jour
1 <sup>ère</sup> consultation	41 ppm	35	0
2 <sup>e</sup> consultation	41 ppm	20	10
3 <sup>e</sup> consultation	20 ppm	15	15
4 <sup>e</sup> consultation	15 ppm	12	Timbre 15 mg/16 h + pastille à la demande
5 <sup>e</sup> consultation	12 ppm	9	Timbre 15 mg/16 h + pastille à la demande
6 <sup>e</sup> consultation	2 ppm	0	Timbre 15 mg/16 h + pastille à la demande

### Progression du sevrage tabagique complet de la patiente après son intervention chirurgicale

Hospitalisation	Taux de CO dans l'air expiré en ppm	Nbre de cig/j	Nombre de pastilles/jour
J1	1 ppm	0	Timbre 15 mg/16 h + pastille à la demande
J2	2 ppm	0	Timbre 15 mg/16 h + pastille à la demande
J3	1 ppm	0	Timbre 15 mg/16 h + pastille à la demande

des pastilles à la nicotine lui sont prescrites, au moins 10 par jour, et il lui est conseillé de supprimer les 15 cigarettes dont elle peut se passer le plus facilement.

### Discussion

Le choix d'une stratégie de réduction progressive chez cette fumeuse très dépendante lui a permis d'être en sevrage complet pour le jour de l'intervention et finalement de poursuivre ce sevrage. Elle n'a pas présenté de

syndrome de manque pendant la durée de l'hospitalisation. La mesure du monoxyde de carbone sert à renforcer la motivation du maintien de l'arrêt.

### Conclusion

La stratégie de réduction de la consommation de cigarettes permet un sevrage en douceur, temporaire, une diminution du risque lié au monoxyde de carbone et surtout l'absence de syndrome de manque. Elle peut être

couplée à d'autres techniques comme par exemple la relaxation, les thérapies comportementales, etc. Elle permet enfin d'augmenter le capital confiance et donc d'amorcer ou d'entretenir la motivation. Cette observation démontre également l'efficacité d'une prise en charge globale des patients au sevrage et l'importance du suivi.

*Bibliographie*  
1-DAUTZENBERG B. Réduction du tabagisme ; Sevrage tabagique pratique n° 6 ; octobre 2004

## Cas clinique n° 2

B. LE MAÎTRE, CHU côte de Nacre, Caen

**Vincent O., 31 ans, est suivi depuis l'âge de 15 ans pour psychose. Hospitalisé à plusieurs reprises, il a un traitement antipsychotique assez lourd. Il habite seul, dans un studio proche de chez ses parents. Il fume au minimum 30 cigarettes par jour (cigarettes blondes), et vit mal cette consommation excessive.**

### À la 1<sup>ère</sup> consultation

Le test de Fagerström est à 10, et le CO dans l'air expiré est à 49, ppm, 60 minutes après avoir fumé une cigarette. Parallèlement, et malgré ses traitements, le score HAD est élevé, en particulier le score anxiété à 19. La consommation de café est de plus d'un litre par jour, et on remarque une onychophagie importante. Il aimerait bien essayer d'arrêter de fumer, mais cela lui semble impossible.

### Quelle stratégie proposer à ce patient ?

Le sevrage brutal n'est pas souhaitable, d'emblée, chez ce patient psychotique. Une réduction de la consommation est mise en place dans un premier temps, avec des gommes 4 mg. Une grille de suivi lui est remise, afin d'y reporter, chaque jour, le

nombre de tasses de café bues, le nombre de cigarettes fumées et le nombre de gommes utilisées.

Vincent O. est revu **15 jours après**. Il fume de 10 à 12 cigarettes par jour, utilise quotidiennement 10 gommes 4 mg /j et ne consomme plus que 1 à 2 cafés par jour. Le taux de CO est à 23 ppm, 1 h 30 après avoir fumé une cigarette.

Une **troisième consultation**, 3 semaines plus tard, confirme la baisse de consommation avec 5 cigarettes fumées par jour et 10 à 12 gommes 4 mg utilisées quotidiennement. Le taux de CO dans l'air expiré est à 9 ppm, 2 h après avoir fumé une cigarette, tandis que le test HAD montre une nette amélioration (score anxiété = 9 et score dépression = 2).

Vincent O. se sent beaucoup mieux, il a davantage envie d'être actif et ne fume plus du tout à l'intérieur de son studio.

Il arrête de fumer complètement le 1<sup>er</sup> novembre, soit moins de 2 mois après la première consultation. Aux gommes 4 mg est alors associé un patch 30 cm<sup>2</sup>. Trois jours après cette date, il est revu en consultation : le taux de CO est à 2 ppm et le score HAD confirmé à la baisse. Il déclare ressentir de nouvelles sensations, dort beaucoup mieux, est plus détendu et aussi beaucoup plus actif.

En décembre, il consulte son psychiatre qui diminue de moitié la dose initiale de Tercian. Le patient est revu régulièrement. Actuellement, cela fait 4 mois qu'il ne fume plus du tout et son psychiatre, très étonné de l'amélioration régulière de son état alors qu'il pensait que l'arrêt du tabac n'était pas envisageable chez ce patient, a encore allégé son traitement (1/2 Tercian 100 mg le soir, au lieu de 100 mg 3 fois/jour).

## LIVRES

Les informations circulant sur le tabagisme et son arrêt sont aussi nombreuses que contradictoires, or pour réussir à arrêter de fumer il est nécessaire de connaître la vérité sur la dépendance au tabac, les moyens permettant d'éviter le syndrome de manque, les modalités d'utilisation de ces moyens, les conséquences de l'arrêt du tabac... Il devenait donc indispensable de démêler le vrai du faux. C'est tout le propos de l'ouvrage « Arrêt du tabac », préfacé par le Pr G. Lagrue, qui offre des explications fondamentales et des conseils pratiques utiles pour arrêter de fumer.



K. Abdennbi, N. Lablou  
Collection : Rumeurs et Réalités  
Éditions Medi-text

La position du praticien est privilégiée pour conseiller le fumeur de façon individualisée, mais la tâche est rude car nombreux sont encore les fumeurs peu informés sur les possibilités de traitement, qui pensent que l'arrêt du tabac est affaire de volonté. Dans cet ouvrage pratique, intitulé « Sevrage tabagique : des clés indispensables pour les praticiens », les lecteurs pourront trouver entre autres des réponses précises à des questions pratiques concernant le tabac et les aides médicamenteuses au sevrage, des clés pour décrypter une actualité toujours foisonnante. Des références sont également proposées à ceux qui souhaitent s'informer et se former à l'aide au sevrage tabagique.



B. Le Maître, S. Ratte,  
A. Stoebner-Delbarre  
Collection : Conduites  
Éditions : Douin

**BRÈVES**

# Le traité international anti-tabac de l'OMS est entré en vigueur

A. M. SCHOELCHER, réseau Hôpital Sans Tabac

**Le premier traité international destiné à réduire la consommation de tabac est entré en vigueur en février 2005 sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'OMS espère lutter ainsi contre un fléau qui tue chaque année près de cinq millions de personnes.**

« C'est un moment historique pour la santé publique, car la convention-cadre pour la lutte antitabac donne aux pays de nouveaux outils pour lutter contre le tabagisme et sauver des vies », s'est félicité l'OMS dans un communiqué. Le Pérou est devenu en décembre dernier le 40<sup>e</sup> pays à ratifier le texte, ouvrant la voie à l'application de ce traité adopté en mai 2003 par les 192 pays membres de l'OMS. Au 5 mai, le texte a été ratifié par

67 pays. Il doit entrer en vigueur 90 jours après sa ratification pour un total de 40 états membres. « L'entrée en vigueur de la Convention montre que les gouvernements sont déterminés à réduire la mortalité et la morbidité imputables au tabagisme », a estimé le Dr Lee Jong-Wook, direction générale de l'OMS. « J'encourage tous les États à devenir parties à la Convention et à appliquer l'éventail des mesures qui rendront le taba-

gisme de moins en moins attrayant. On pourra ainsi sauver des millions de vies, résultat qui sera le vrai succès de la Convention », a ajouté le Dr Lee, cité dans le communiqué. Ce texte est le premier traité international en matière de santé publique élaboré sous les auspices de l'organisation basée à Genève. « La consommation de tabac mettra prématurément fin à la vie de 10 millions de gens d'ici 2020 si la tendance actuelle

n'est pas corrigée », affirme l'institution. « C'est le seul produit légal qui provoque la mort de la moitié de ses utilisateurs réguliers. Cela signifie que sur 1,3 milliard de fumeurs actuellement dans le monde, 650 millions vont mourir prématurément à cause du tabac », ajoute-t-elle. La convention prévoit notamment des interdictions complètes sur la publicité en faveur du tabac, des augmentations des prix et des taxes, des mises en garde devant figurer sur les produits du tabac et des mesures de protection contre le tabagisme passif. Le traité demande ainsi la mise en œuvre de mesures législatives pour interdire de fumer dans les lieux publics et de travail. Il définit des règles de conditionnement et d'étiquetage pour les paquets de cigarettes, dont des avertissements aux uti-

lisateurs sur les dangers du tabagisme. Il instaure en règle générale une interdiction globale de toute publicité en faveur du tabac, ainsi que de toute promotion et de tout parrainage. Si le rythme actuel du tabagisme se maintient, le nombre de fumeurs dans le monde devrait passer de 1,3 milliard à 1,7 milliard en 2025, et le tabagisme affecte de plus en plus les pays en développement et les populations pauvres. Le tabac fait perdre plus de 200 milliards de dollars chaque année aux pays riches comme aux pays pauvres. En Égypte, le coût annuel du traitement des maladies liées au tabagisme est estimé à 545 millions de dollars, et en Chine à 6,5 mds USD par an. ■

Source : AFP  
http://www.fctc.org

## Sevrage tabagique : Arrêter brutalement ne convient pas à tous les fumeurs



**Nouvelle indication pour Nicorette gomme : La réduction de la consommation comme 1<sup>ère</sup> étape vers l'arrêt complet.**

● La réduction de la consommation avec Nicorette<sup>®</sup> gomme double les chances d'arrêt complet<sup>1</sup>



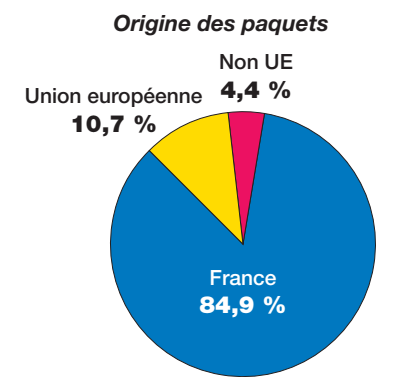
**nicorette<sup>®</sup>**  
nicotine  
Réduire pour Arrêter

**NICORETTE 2 mg SANS SUCRE, NICORETTE MENTHE FRAÎCHE 2 mg SANS SUCRE, NICORETTE MENTHE 2 mg SANS SUCRE, NICORETTE ORANGE 2 mg SANS SUCRE, NICORETTE 4 mg SANS SUCRE, NICORETTE MENTHE FRAÎCHE 4 mg SANS SUCRE, NICORETTE MENTHE 4 mg SANS SUCRE. COMPOSITION\*** : pour une gomme (Nicorette 2 mg sans sucre, Nicorette Menthe Fraîche 2 mg sans sucre, Nicorette Menthe 2 mg sans sucre, Nicorette Orange 2 mg sans sucre) : 2 mg de nicotine - pour une gomme (Nicorette 4 mg sans sucre, Nicorette Menthe Fraîche 4 mg sans sucre, Nicorette Menthe 4 mg sans sucre) : 4 mg de nicotine. **FORME PHARMACEUTIQUE** : Nicorette 2 mg sans sucre, Nicorette 4 mg sans sucre : Gomme à mâcher médicamenteuse édulcorée au sorbitol. - Nicorette Menthe Fraîche 2 mg sans sucre, Nicorette, Menthe Fraîche 4 mg sans sucre : Gomme à mâcher médicamenteuse édulcorée au xylitol et à l'acésulfame potassique. - Nicorette Menthe 2 mg sans sucre, Nicorette Orange 2 mg sans sucre, Nicorette Menthe 4 mg sans sucre : Gomme à mâcher médicamenteuse édulcorée au xylitol. **DONNÉES CLINIQUES** : Indications thérapeutiques : - Ce médicament est indiqué dans le traitement de la dépendance tabagique afin de soulager les symptômes du sevrage nicotinique chez les sujets désireux d'arrêter leur consommation de tabac. - Bien que l'arrêt définitif de la consommation de tabac soit préférable, ce médicament peut être utilisé dans : - les cas où un fumeur s'abstient temporairement de fumer, - une stratégie de réduction du tabagisme comme une étape vers l'arrêt définitif. **Posologie et mode d'administration** : Réservé à l'adulte (à partir de 15 ans). Adapter la posologie à la dépendance à la nicotine (test de Fagerström). Gomme 2 mg en monothérapie non adaptée aux fumeurs fortement ou très fortement dépendants (test de Fagerström de 7 à 10). Gomme 4 mg plus particulièrement adaptées aux fumeurs fortement ou très fortement dépendants (test de Fagerström de 7 à 10). **Posologie** : Arrêt complet du tabac (Nicorette gomme à mâcher 2 mg) : Ce médicament peut être utilisé en monothérapie ou en association avec les dispositifs transdermiques Nicorette. En cas d'association, il est conseillé aux patients de prendre un avis médical. **Monothérapie** : traitement habituellement en 2 phases. **1<sup>re</sup> phase** (environ 3 mois mais peut varier en fonction de la réponse individuelle) : Mâcher une gomme chaque fois que l'envie de fumer apparaît (généralement de 8 à 12 gommes/jour sans dépasser 30/jour). **2<sup>e</sup> phase** : Quand l'envie de fumer est complètement surmontée, réduire progressivement le nombre de gommes mâchées par jour. Arrêter le traitement quand la consommation est réduite à 1 à 2 gommes/jour. Ne pas utiliser les gommes au-delà de 12 mois. **En association avec les dispositifs transdermiques Nicorette** : Possibilité chez les personnes qui, malgré une monothérapie bien conduite, continuent de ressentir des envies irrésistibles de fumer ou les personnes qui ont échoué en monothérapie. Résultats supérieurs à ceux obtenus pour chacun des traitements pris séparément. **Traitement initial** : débiter par un dispositif transdermique 15 mg/16h associé à Nicorette gomme 2 mg. Mâcher une gomme chaque fois que l'envie de fumer apparaît. Minimum de 4 gommes à 2 mg/jour, généralement 5 à 6 gommes/j. Ne pas dépasser 24 gommes/jour. Cette dose complète sera utilisée pendant 6 à 12 semaines, suivies d'un sevrage progressif des produits de substitution. **Sevrage progressif des produits de substitution** : utiliser des dispositifs transdermiques 10 mg/16h pendant 3 à 6 semaines puis 5 mg/16h pendant 3 à 6 semaines tout en continuant à utiliser le même nombre de gommes à 2 mg qu'en début de traitement, puis réduire le nombre de gommes à 2 mg utilisées/jour, jusqu'à un maximum de 12 mois de traitement total. **Arrêt complet du tabac (Nicorette gomme à mâcher 4 mg)** : Traitement habituellement en 2 phases. **1<sup>re</sup> phase** (environ 3 mois mais peut varier en fonction de la réponse individuelle) : Mâcher une gomme chaque fois que l'envie de fumer apparaît (généralement de 8 à 12 gommes/jour sans dépasser 15/jour). **2<sup>e</sup> phase** : Quand l'envie de fumer est complètement surmontée, réduire progressivement le nombre de gommes mâchées par jour. Arrêter le traitement quand la consommation est réduite à 1 à 2 gommes/jour. Ne pas utiliser les gommes au-delà de 12 mois. **Abstinence temporaire du tabac** : Mâcher une gomme chaque fois que l'envie de fumer apparaît, généralement 8 à 12 gommes/jour sans dépasser 30/jour (2 mg) ou 15/jour (4 mg). **Réduction de la consommation de tabac** : Dans la mesure du possible, alterner les gommes à la nicotine et les cigarettes. Mâcher une gomme dès que l'envie de fumer apparaît afin de réduire ou maximum la consommation de cigarettes et rester aussi longtemps que possible sans fumer. Le nombre de gommes à mâcher par jour est variable et dépend des besoins du patient. Néanmoins, il ne doit pas dépasser 30 gommes par jour (2 mg) ou 15 gommes par jour (4 mg). Si une réduction de la consommation de cigarettes n'a pas été obtenue après 6 semaines de traitement, il est recommandé de prendre conseil auprès d'un professionnel de santé. La réduction de la consommation du tabac doit conduire progressivement le patient à un arrêt complet du tabac. Cet arrêt doit être tenté le plus tôt possible dans les 6 mois suivant le début du traitement. Si au-delà de 9 mois après le début du traitement, la tentative d'arrêt complet du tabac a échoué, il est recommandé de prendre conseil auprès d'un professionnel de santé. Il est recommandé de ne pas utiliser les gommes au-delà de 12 mois. **Mode d'administration** : La nicotine libérée par mastication doit être absorbée par la muqueuse buccale. **Contre-indications** : Non fumeur ou fumeur occasionnel, hypersensibilité à l'un des constituants. **Mises en garde et précautions particulières d'emploi** : **Mises en garde** : ● Pour de meilleures chances de succès, arrêter totalement de fumer. ● Avis médical et surveillance médicale en cas de : insuffisance hépatique et/ou rénale sévère, ulcère gastrique ou duodénal en évolution. ● Ne pas laisser à la portée des enfants. ● Nicorette 2 mg sans sucre, Nicorette 4 mg sans sucre : contre-indiqué si intolérance au fructose (présence de sorbitol). **Précautions particulières d'emploi** : Les porteurs de prothèses dentaires peuvent éprouver des difficultés à mâcher les gommes. **Nicorette menthe fraîche 2 mg et 4 mg sans sucre** : Ce médicament contient 11,4 mg de sodium (gomme 2 mg) ou 13 mg de sodium (gomme 4 mg). En tenir compte chez les patients contrôlant leur apport alimentaire en sodium. **Nicorette gomme à mâcher 2 mg** : Les mises en garde et précautions particulières d'emploi de l'association du dispositif transdermique Nicorette avec la gomme 2 mg sont celles de chaque traitement utilisé seul. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions** : L'arrêt du tabac et l'apport de nicotine peuvent modifier les concentrations sanguines de certains médicaments : ajustement posologique et surveillance étroite nécessaires. **Grossesse et allaitement** : **Grossesse** : Arrêt du tabac, avec ou sans traitement de substitution, inscrit dans le cadre d'une prise en charge médicale globale. Tenir compte des effets de la nicotine sur le fœtus. **Allaitement** : En cas d'utilisation de ce médicament (dépendance tabagique sévère), prendre la ou les gommes juste après la tétée et ne pas en prendre pendant les deux heures qui précèdent la tétée suivante. **Effets indésirables** : Fréquents : étourdissement, céphalées, nausées, vomissements, inconfort digestif, hoquet, maux de gorge et irritation de la bouche, douleur des mâchoires, risque d'altération d'appareil dentaire. **Moins fréquents** : palpitations, érythème, urticaire. **Rares** : fibrillation auriculaire réversible, réactions allergiques telles qu'angio-œdème. Etourdissement, céphalées et insomnie peuvent être liés au sevrage tabagique. Apathes buccaux possibles après l'arrêt du tabac. Possibilité de troubles digestifs et diarrhées (présence de sorbitol ou xylitol). **Nicorette gomme à mâcher 2 mg** : Pour l'association (dispositif transdermique et gomme), les effets indésirables ne diffèrent de ceux de chaque traitement seul qu'en terme d'effets indésirables locaux. **Surdosage** : - **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES** : **Propriétés pharmacodynamiques** : **MÉDICAMENTS UTILISÉS DANS LA DÉPENDANCE À LA NICOTINE. Propriétés pharmacocinétiques** : - **DONNÉES PHARMACEUTIQUES** - **PRÉSENTATIONS ET NUMÉROS D'IDENTIFICATION ADMINISTRATIVE** : **NICORETTE 2 mg sans sucre** : 352 736.3 : 36 gommes, 352 735.7 : 96 gommes - **NICORETTE Menthe Fraîche 2 mg sans sucre** : 365 497.2 : 36 gommes, 365 502.6 : 96 gommes. **NICORETTE MENTHE 2 mg sans sucre** : 352 738.6 : 36 gommes, 352 739.2 : 96 gommes - **NICORETTE ORANGE 2 mg sans sucre** : 342 422.6 : 36 gommes, 342 423.2 : 96 gommes. **NICORETTE 4 mg sans sucre** : 335 705.6 : 36 gommes, 348 053.2 : 96 gommes - **NICORETTE Menthe Fraîche 4 mg sans sucre** : 365 505.5 : 36 gommes, 365 509.0 : 96 gommes. **NICORETTE MENTHE 4 mg sans sucre** : 346 380.6 : 36 gommes. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE** : Médicaments non soumis à prescription - Non remb. Séc. Soc. - Agréés Collect. (excepté **NICORETTE Menthe Fraîche 2 mg et 4 mg sans sucre**). **EXPLOITANT** : Pfizer Santé Grand Public 23/25 Avenue du Docteur Lannelongue 75668 Paris Cedex 14. Tel Information médicale : 01 58 07 34 40. Information révisée en Novembre 2004. \*Pour une information complète, consulter le dictionnaire VIDAL. **RÉFÉRENCE** : (1) Wannike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes cessation : results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-years follow up. Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs. 2003. **Addiction**, 98, 1395-1402. Etude randomisée, en double aveugle, versus placebo, avec un traitement sur 1 an et un suivi sur 2 ans. 411 fumeurs motivés pour réduire leur consommation de cigarettes. 133 fumeurs (FIND ≤ 5) : n = 65 (gommes 2 mg) et n = 68 (gommes placebo). 278 fumeurs (FIND > 6) : n = 140 (gommes 4 mg) et n = 138 (gommes placebo). Au total, n = 205 (gommes actives) et n = 206 (gommes placebo). Arrêt complet du tabac (point prevalence) : 4 mois : 6.3 % (gommes actives) et 0.5 % (gommes placebo), p < 0.001 ; 12 mois : 11.2 % (gommes actives) et 3.9 % (gommes placebo), p = 0.005 ; 24 mois : 9.3 % (gommes actives) et 3.4 % (gommes placebo), p = 0.015

## Cigarettes : la baisse des ventes est-elle liée au trafic de contrebande ?

D. DAUTZENBERG, Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris

Les services de communication de l'industrie du tabac essayent de nous faire croire qu'une part importante de la baisse des ventes de tabac en France n'est pas liée à une réduction de la consommation mais plutôt à des achats transfrontaliers et à la contrebande. Pour en savoir plus, l'OFT et DNF ont demandé à 10 personnes de ramasser dans 10 villes ou quartiers 100 paquets de cigarettes laissés au sol afin de déterminer le pourcentage de ceux portant des avertissements français, de ceux avec avertissements d'autres pays européens ou sans avertissements européens.



Les résultats sont clairs : si les achats hors du territoire français sont très importants dans les villes frontalières, ils diminuent considérablement dès que l'on s'éloigne d'une quinzaine de kilomètres de la frontière. Dans les villes testées, seule Saint Etienne semble être le siège d'un petit trafic organisé expliquant le pourcentage de 14 % de consommation de paquets « étrangers ».

Si vous voulez savoir ce qu'il en est dans votre ville, faites l'expérience en ramassant 100 paquets et envoyez-nous vos données (tabac.spe@psl.aphp.fr)