

Synthèse

Reconnu comme la première cause de mortalité pouvant être prévenue, le tabagisme tue néanmoins 60 000 personnes chaque année. Le tabagisme est responsable d'un décès par cancer sur trois et de près de 90 % des cas de broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Il joue également un rôle dans l'artériopathie des membres inférieurs, les affections coronariennes en association avec les deux autres facteurs de risque vasculaire que sont l'hypertension artérielle et les troubles du métabolisme des lipides. Le risque d'une atteinte coronarienne est triplé pour un tabagisme de vingt cigarettes par jour, avec principalement des risques d'infarctus du myocarde et de mort subite.

La population est largement informée des risques pour la santé encourus en poursuivant le tabagisme, et 63 % des fumeurs réguliers ont déjà fait au moins une tentative d'arrêt selon la dernière enquête de l'Insee sur les comportements des français vis à vis de la santé. Parmi les fumeurs qui ont essayé d'arrêter au cours des trois dernières années, environ sept sur dix ont repris une consommation quotidienne. Parmi les 3 personnes qui n'ont pas repris leur consommation au moment de l'enquête, une est abstinente depuis une année. Le taux d'échec reste donc important.

Parce que le tabagisme est un comportement renforcé par une dépendance physiologique et psychologique, il est indispensable d'aider les fumeurs à arrêter de fumer. Aucune modification de cette conduite addictive n'est possible sans la motivation et la décision personnelle du fumeur. Comme pour les autres addictions (alcool, drogues, médicaments...), le traitement est composé d'éléments psychologiques, pharmacologiques et sociaux. Il vise essentiellement à renforcer la motivation au changement, à susciter la décision d'arrêt, à aider le sevrage et à prévenir la rechute, et, si rechute, à aider le patient à reprendre sa démarche d'arrêt. Le tabagisme engendre rapidement une dépendance, une attention particulière doit donc être portée sur les populations jeunes.

Dans la classe d'âge des 18-25 ans, une personne sur deux déclare fumer ne serait-ce que de temps en temps

En France, les données concernant la consommation de tabac en population générale sont issues de trois types d'enquêtes : les enquêtes du Baromètre santé⁶ du Comité français d'éducation pour la santé (CFES, devenu l'Inpes) en population adulte ou jeune depuis 1992 ; les enquêtes en milieu scolaire réalisées par l'Inserm depuis les années 1970, celle de 1999 ayant été intégrée à l'enquête Espad⁷ (*European school survey project on alcohol and other drugs*); les enquêtes menées lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad)⁸, auprès des jeunes français de 17 à 19 ans, la première ayant été réalisée en 2000. Les données du Baromètre santé 2000⁹ montrent que dans la population de 12 à 75 ans une personne sur trois déclare fumer, ne serait-ce que de temps en temps. Cette prévalence tabagique augmente et passe à un sur deux lorsqu'on étudie la classe des 18-25 ans.

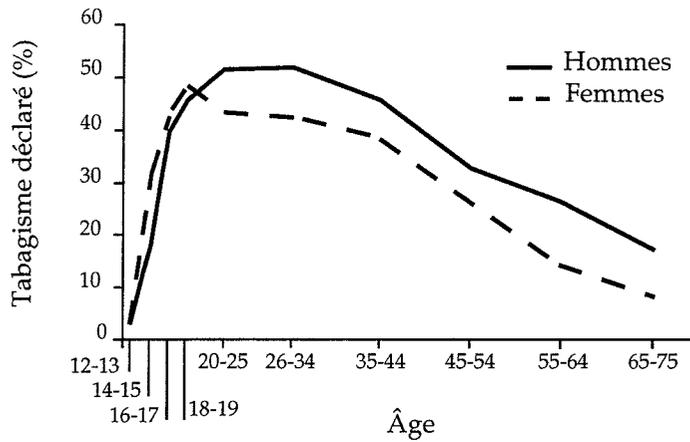
D'après les données de l'enquête Espad en milieu scolaire, 72 % des jeunes de 16 ans ont fumé du tabac au moins une fois au cours de leur vie et 6 % sont des fumeurs actuels d'au moins 11 cigarettes par jour.

⁶ entretien téléphonique après tirage au sort sur liste des abonnés

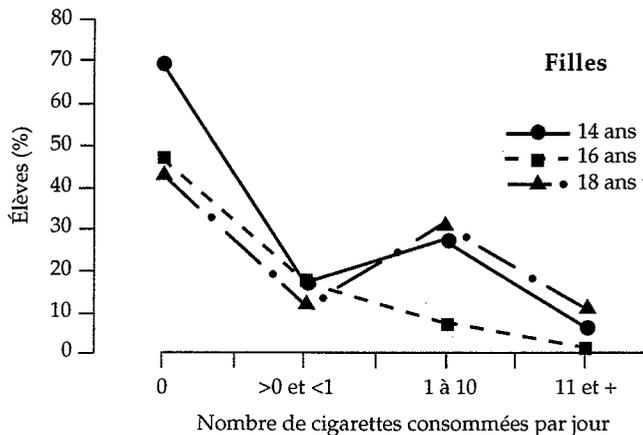
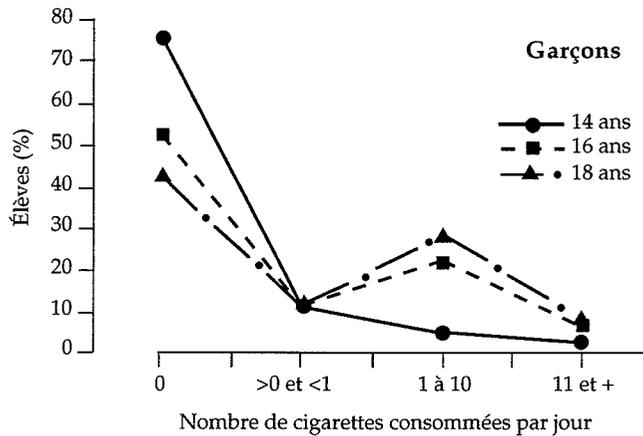
⁷ enquête par autoquestionnaire anonyme sur un échantillon national en milieu scolaire

⁸ enquête "santé et consommation" par autoquestionnaire anonyme au cours de la journée d'appel de préparation à la défense

⁹ enquête réalisée à la fin de l'année 1999



Prévalence du tabagisme déclaré de la consommation de tabac en population générale selon l'âge et le sexe (données du Baromètre santé 2000)



Répartition (%) des élèves selon le nombre de cigarettes au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (données de l'enquête Espad, d'après Choquet et coll., 2000)

L'enquête Escapad indique qu'à 17 ans, sans distinction de sexe, quatre jeunes sur dix ont fumé quotidiennement au cours du dernier mois, et qu'à 19 ans, la moitié des garçons déclare fumer quotidiennement.

Répartition (%) des fumeurs quotidiens de 17 à 19 ans selon l'intensité de leur consommation de tabac (d'après Escapad 2000)

	Nombre de cigarettes par jour			
	1 à 5	6 à 10	11 à 20	Plus de 20
Filles, 17 ans	35,3	37,4	20,9	6,4
Garçons, 17 ans***	31,8	38,0	23,4	6,8
Garçons, 18 ans	25,5	37,0	28,0	9,5
Garçons, 19 ans	23,2	35,8	32,1	8,9

*** : différence significative ($p < 0,001$) entre les garçons et les filles de 17 ans

Aux États-Unis, la *National comorbidity survey* a estimé la prévalence de la dépendance au tabac répondant aux critères du *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) (troubles liés à la nicotine) : un fumeur sur cinq est dépendant parmi les jeunes de 15 à 24 ans et environ un sur trois (35 %) parmi les 25-34 ans. Comme attendu, les jeunes qui fument régulièrement ont un risque accru de dépendance. Il n'y aurait pas de différence entre garçons et filles dans la dépendance tabagique. En France, la dépendance au tabac chez les jeunes a été mesurée dans le Baromètre santé avec le test de Fagerström simplifié (mini-test)¹⁰. Parmi les fumeurs réguliers, 22 % présentent des signes de dépendance moyenne (estimée d'après le délai entre le réveil et la première cigarette et les quantités fumées) et 5 % de dépendance forte. Les garçons sont plus nombreux à présenter des signes de dépendances moyennes (26 %) que les filles (17 %).

Le pourcentage de fumeurs est significativement moins important chez les étudiants que chez les non étudiants

En France, environ un tiers des 18-25 ans sont étudiants et représentent ainsi une population de plus de 2 millions de personnes qui suivent une formation de bac + 1 à bac + 5 et au-delà.

Une analyse secondaire des données issues du Baromètre santé et d'Escapad permet de présenter des résultats concernant plus spécifiquement les étudiants en France. Cependant, ces résultats doivent être considérés avec précaution puisque les enquêtes n'avaient pas pour objectif de recueillir ce type de données.

D'après les données du Baromètre santé 2000, le pourcentage de fumeurs est significativement moins important chez les étudiants que chez les non étudiants (43 *versus* 49 %). On remarque en outre une sur-représentation des hommes fumeurs chez les non-étudiants alors que cette différence de genre ne se retrouve pas chez les étudiants.

Dans l'enquête Escapad 2001, où sont comparés des jeunes d'un même groupe d'âge en fonction de leur niveau de scolarité (secondaire *versus* supérieur), la prévalence de l'expérimentation au cours de la vie est de 70 % chez les garçons de 19 ans scolarisés dans l'enseignement supérieur, et est significativement moins élevée qu'en secondaire (80 %). Cette plus faible expérimentation est également retrouvée chez les filles. Par ailleurs, un usage quotidien (fumer au moins une cigarette par jour) significativement plus faible chez les garçons de 19 ans dans l'enseignement supérieur est rapporté (30 % *versus* 48,5 % ou 41 % respectivement chez les garçons de 19 ans ou de 18 ans dans l'enseignement secondaire). Les prévalences plus basses observées dans l'enseignement supérieur pourrait être un effet de la sélection des élèves n'ayant pas redoublé. En effet, les prévalences observées chez les élèves de 18 ans en terminale (élèves qui n'ont pas redoublé) sont très proches de celles des étudiants de 19 ans de l'enseignement supérieur.

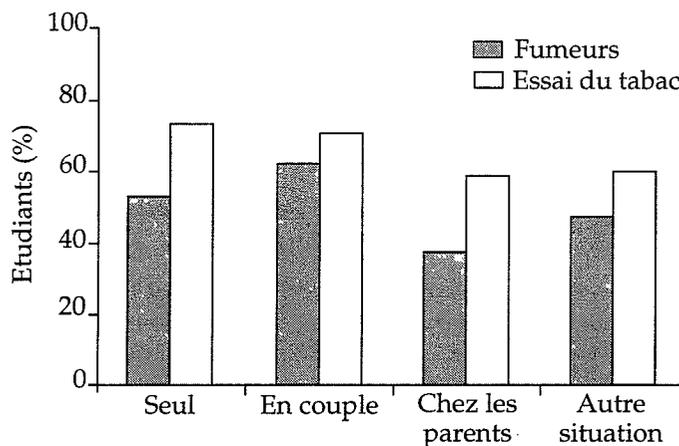
¹⁰ Le test de Fagerström, validé par la communauté internationale comporte six questions. Fagerström a établi un mini-test, conservant les deux questions les plus importantes qui permet d'évaluer le degré de dépendance de l'individu.

Types d'usager de tabac (%) chez les garçons de 19 ans selon le statut scolaire (d'après Escapad 2001)

	Usager de Tabac				
	Jamais	Essai	Ancien fumeur	Occasionnel	Quotidien
Enseignement secondaire (n = 670)	22	16	5	9	48,5
Enseignement supérieur (n = 180)	33,5	23	3	11	30 *

* différence significative ($p < 10^{-3}$) ; Jamais : individu n'ayant jamais fumé ; Essai : individu ayant essayé au moins une fois ; Ancien fumeur : individu ayant fumé puis arrêté ; Occasionnel : individu qui fume moins d'une cigarette par jour ; Quotidien : individu qui fume au moins une cigarette par jour

D'après les données du Baromètre santé, la proportion de fumeurs est plus importante chez les étudiants quand ces derniers vivent en couple tandis que chez les non-étudiants cette proportion est plus élevée s'ils vivent seuls ou connaissent une autre situation de vie. Les étudiants vivant chez leurs parents fument moins que dans toute autre situation. Par exemple, plus de 60 % des étudiants vivant en couple fument contre moins de 40 % de ceux qui vivent chez leurs parents. Cet effet protecteur se retrouve si l'on analyse la répartition des fumeurs réguliers c'est-à-dire déclarant fumer au moins une cigarette par jour (près de 50 % *versus* près de 30 %) et la répartition des étudiants qui déclarent ne pas fumer mais avoir déjà essayé (près de 70 % *versus* près de 60 %).



Prévalence du tabagisme et de l'essai du tabac selon la situation de vie des étudiants (données du Baromètre santé 2000)

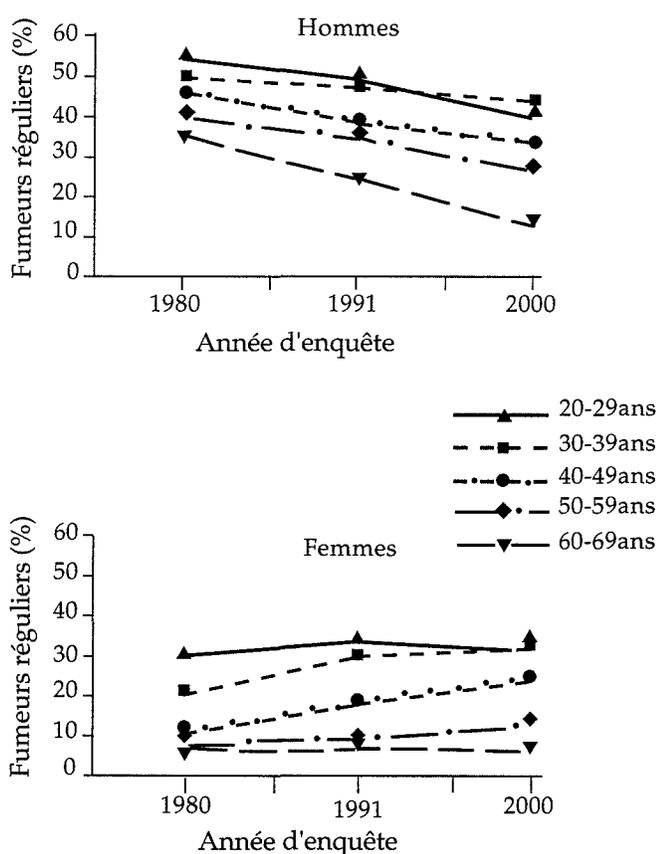
Malgré la préférence des fumeurs pour les cigarettes, un quart d'entre eux déclare toutefois utiliser du tabac à rouler, la consommation étant plus importante dans le Sud-Est de la France quel que soit le sexe, la formation en cours et la situation de vie des étudiants : 34 % des fumeurs habitant cette région mentionnent ce type de consommation contre 11 % en Ile de France et 23 % dans le Nord-Est.

Dans l'enquête du Baromètre santé, un étudiant fumeur sur deux déclare avoir envie d'arrêter de fumer et un sur quatre déclare vouloir mettre en œuvre son projet dans un délai inférieur à un an. Les étudiants fumeurs du Sud-Ouest se distinguent par une plus forte envie d'arrêter que ceux des autres régions. Les femmes semblent plus enclines à déclarer leur projet d'arrêter que les hommes (58 % d'entre elles contre 48 % des hommes). Enfin, lorsqu'on considère le mode de vie des étudiants, 61 % des étudiants fumeurs vivant en couple souhaitent arrêter leur consommation, alors que les étudiants seuls ne sont que 46,5 % et 54 % les étudiants vivant chez leurs parents.

Parmi les étudiants fumeurs, interrogés sur leurs craintes et prises de conscience face aux dangers du tabac, un peu plus de la moitié déclarent craindre « beaucoup » ou « pas mal » les maladies engendrées par le tabac, alors qu'un cinquième d'entre eux ne les craignent pas du tout. Les étudiantes sont plus sensibles à l'aspect dangereux du tabagisme.

Le tabagisme reste très élevé en France par rapport à d'autres pays

Les enquêtes décennales de l'Insee de 1980 et 1991-1992 et l'enquête permanente sur les conditions de vie 2000 permettent de suivre l'évolution des générations sur une période de 20 ans. Par exemple, en 2000, 35 % des femmes de 30-39 ans fument contre 15 % de celles âgées de 50-59 ans ; cette différence est le résultat à la fois d'un effet d'âge et de générations. En 2000, chez les jeunes adultes, l'écart hommes-femmes dans le comportement tabagique diminue du fait de la baisse du tabagisme chez les hommes.

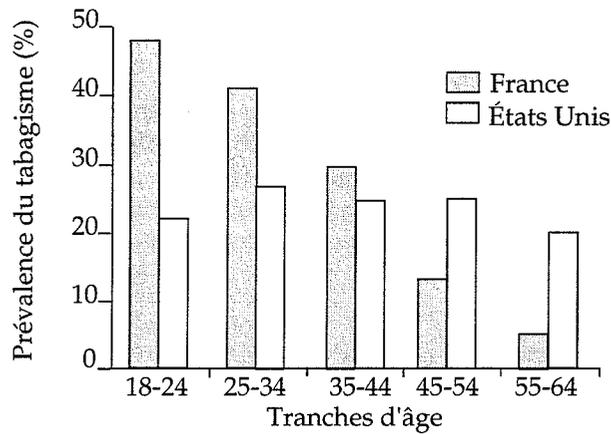


Évolution de l'usage quotidien de tabac en France selon l'âge chez les hommes et les femmes (d'après l'Insee ; Aliaga, 2001)

S'il n'y a pas de données comparables chez les jeunes français sur un intervalle de temps aussi important, on dispose néanmoins de données entre 1993 et 1999 qui indiquent que la prévalence-vie et l'usage répété est en augmentation chez les jeunes. La prévalence d'expérimentation est passée de 57 % en 1993 chez les filles et les garçons de 16 ans à 80 % en 1999. L'usage répété (au moins une cigarette par jour) a évolué de 18 % à 30 % chez les garçons de 16 ans et de 24 % à 32 % chez les filles de 16 ans.

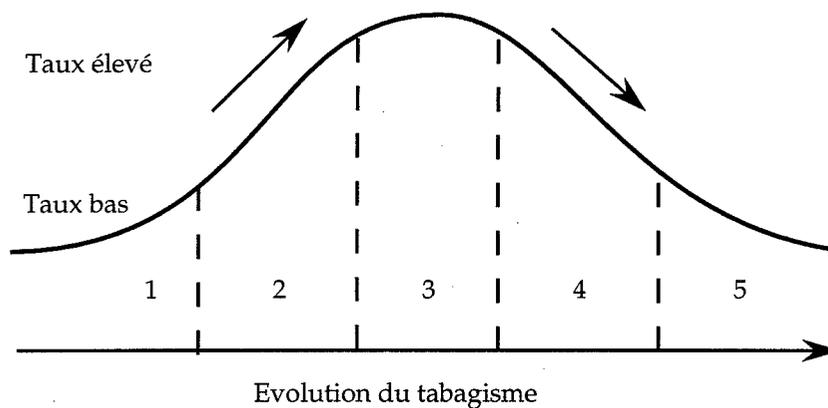
D'après les données de prévalence actuelles, la situation en France est différente de pays comme les États-Unis. Aux États-Unis, les taux de tabagisme sont en diminution aussi bien

chez les hommes que chez les femmes depuis plusieurs années et le tabagisme des jeunes femmes est moins élevé que chez leurs aînées. En France, c'est tout le contraire : le nombre de fumeuses est d'autant plus élevé que la population est jeune.



Tabagisme chez les femmes en France et aux États-Unis en 1998 (d'après King et coll., 1998)

L'évolution des prévalences du tabagisme pour une population donnée sur une grande période peut être assimilée à une courbe d'épidémie qui se décompose en plusieurs stades caractérisés chacun par des proportions différentes de fumeurs, de non-fumeurs et d'ex-fumeurs.



Types de prévalences : modèle de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (d'après Slama, 1998)

1 : peu d'initiation, peu d'arrêt (peu d'anciens fumeurs); 2 : beaucoup d'initiation, peu d'arrêt (peu d'anciens fumeurs); 3 : beaucoup d'initiation, beaucoup d'arrêt (taux grandissant d'anciens fumeurs); 4 : moins d'initiation, beaucoup d'arrêt (beaucoup d'anciens fumeurs); 5 : peu d'initiation, taux élevé d'anciens fumeurs.

Dans un certain nombre de pays (Australie, États-Unis, Canada, Suède, Finlande) il y a peu d'initiation après l'âge de 18 ans, et un taux d'arrêt élevé. Dans ces pays qui se trouvent dans les zones 4 ou 5 de la courbe d'évolution du tabagisme, c'est souvent entre 18 et 24 ans que les fumeurs passent du tabagisme occasionnel au tabagisme régulier avec une consommation de plus en plus élevée. Le tabagisme français se trouverait plutôt dans la zone 3 pour les femmes et dans la zone 4 pour les hommes. Par ailleurs, les jeunes de 18 à 24 ans en France,

s'initient encore au tabagisme. On peut donc considérer qu'en France, le tabagisme est toujours à un stade de valorisation, associé à la jeunesse et à ses valeurs.

En France, la banalisation du fait de fumer et l'absence de soutien social ralentissent l'arrêt du tabagisme

Les facteurs sociaux et démographiques jouent sur l'évolution d'une population et sur la vitesse à laquelle un individu peut passer d'un stade à un autre dans son tabagisme personnel.

Actuellement, en France, pour toutes les générations, la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les hommes. Mais plus les cohortes sont jeunes, plus l'écart se réduit entre les hommes et les femmes. Lorsque dans une population, le nombre de fumeurs diminue, les fumeurs qui restent appartiennent de plus en plus à des classes défavorisées, ce qui, en France, est surtout vrai pour les hommes. De plus, l'association entre tabagisme et autre dépendance (alcoolisme, toxicomanie) et les difficultés psychologiques (anxiété, dépression) devient plus saillante.

L'âge du début du tabagisme joue un rôle important dans l'arrêt : plus on est jeune lorsqu'on commence à fumer, plus l'arrêt semble difficile. L'évolution vers l'arrêt est influencée par la prévalence du tabagisme chez les pairs, dans la famille, dans la société ; par la visibilité du tabagisme et du non tabagisme dans la société ; par l'image du fumeur et de l'acte de fumer et par l'attention/croyance aux risques associés au tabac. En France, l'arrêt se heurte à deux obstacles environnementaux : la banalisation du fait de fumer, et l'absence de soutien social pour l'arrêt.

Les activités de promotion indirecte des marques, la valorisation de l'acte de fumer par certaines vedettes dans les films ainsi que l'usage du tabac en public sont autant de facteurs qui tendent à la normalisation ou la banalisation du tabagisme.

Certains troubles psychopathologiques et traits tempéramentaux sont fortement associés au tabagisme

Le tabagisme joue un rôle sur la régulation des émotions, de l'humeur et sur les fonctions cognitives. Des liens ont été trouvés entre troubles psychopathologiques et tabagisme. Tous les individus ne sont pas égaux devant la dépendance, il est possible que les personnes les plus susceptibles de tirer bénéfice des propriétés « renforçatrices » d'une substance soient aussi celles qui présentent le plus de risques de devenir dépendantes.

De nombreuses études, transversales et longitudinales, montrent l'implication dans les deux sexes, chez les adultes et les adolescents, de l'extraversion et du névrosisme (modèle de personnalité d'Eysenck) ; la recherche de sensations - désignant un « trait caractérisé par le besoin d'expériences et de sensations variées, nouvelles et complexes, et la volonté de s'engager dans des activités physiques et sociales risquées, expériences recherchées pour elles-mêmes » (modèle de Zuckerman), pouvant constituer un facteur de risque à plusieurs addictions ; la recherche de nouveauté (modèle de personnalité de Cloninger) semblant fortement augmenter la probabilité de devenir fumeur, alors que la dimension d'évitement de la souffrance jouerait un rôle plus important une fois la dépendance installée.

Par ailleurs, l'association entre tabagisme et certains troubles psychopathologiques, en particulier la dépression, est montrée dans les études issues de différents pays. Trois hypothèses sont envisagées pour expliquer ces relations :

- les troubles psychopathologiques (ou une vulnérabilité psychologique) mèneraient au tabagisme ;
- le tabagisme favoriserait le développement de troubles psychopathologiques ;
- des facteurs de risque communs et corrélés seraient à l'origine des deux.

Face à la théorie d'automédication de tendances dépressives par le tabagisme (et/ou la nicotine) a récemment émergé l'idée que le tabagisme pourrait contribuer au développement de troubles dépressifs. Actuellement, l'hypothèse la plus probable reste celle de facteurs de risque communs et corrélés qui prédisposeraient à la fois au tabagisme et à la dépression et qui seraient d'ordre génétiques et/ou psychologiques et environnementaux.

Le tabagisme est également élevé dans plusieurs autres affections psychopathologiques (schizophrénie, troubles anxieux, autres dépendances à des substances psychoactives). Bien que récentes, des observations nombreuses montrent aussi son importance dans les troubles hyperactifs avec déficit de l'attention, que l'on explique par les effets postulés bénéfiques de la nicotine sur l'attention et la concentration. Cependant, ces effets restent encore à vérifier. Enfin, un nombre important de travaux montre que la diminution de l'anxiété, l'aide à la gestion de situations conflictuelles et anxiogènes, la détente sont les motivations majeures rapportées par les fumeurs pour expliquer leur tabagisme et leurs difficultés à arrêter. Les nombreuses études qui ont été effectuées pour éclaircir le rôle du tabac sur l'anxiété, mènent à des conclusions divergentes. Un consensus se dégage néanmoins : le fumeur ajuste sa prise de nicotine en fonction de l'effet (sédatif ou stimulant) recherché, et de la tâche à accomplir. Comme pour la dépression, et à l'inverse de l'idée reçue selon laquelle le tabac permet de réguler l'anxiété, quelques travaux récents formulent l'hypothèse que le tabagisme pourrait contribuer au développement de troubles anxieux. Ainsi, la nicotine pourrait avoir d'une part des propriétés non pas anxiolytiques mais anxiogènes et d'autre part induire des difficultés respiratoires favorisant l'émergence d'anxiété. Des études cliniques semblent confirmer cette hypothèse en particulier dans le cas d'attaques de panique.

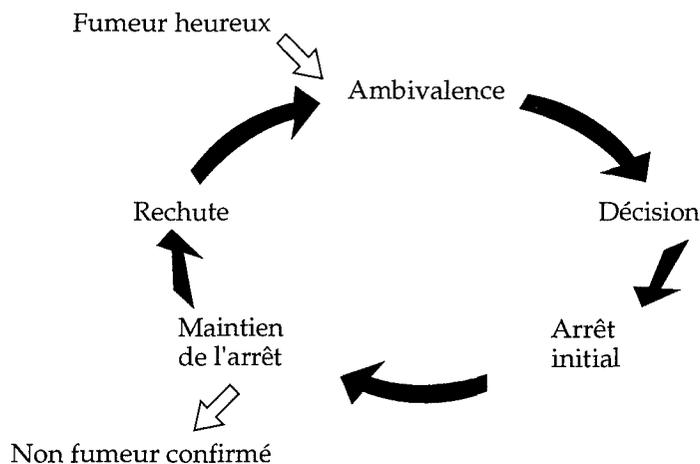
Au regard de ces recherches, il devient ainsi nécessaire de tenir compte de ces facteurs de personnalité et des associations avec des troubles psychopathologiques pour adapter les prises en charge et les messages en fonction des populations. La reconnaissance que certains individus pourraient être plus susceptibles que d'autres de devenir dépendant et d'avoir plus de difficultés à s'arrêter doit faire partie des messages d'information au même titre que des messages plus généraux de prévention et d'information sur les méthodes disponibles d'aide à l'arrêt. Par ailleurs, les mesures de prévention primaire devraient être renforcées non seulement vis-à-vis des jeunes qui ne fument pas, mais aussi chez ceux qui viennent de commencer à fumer, car le passage est très rapide de l'expérimentation occasionnelle à un tabagisme régulier : fumer, ne serait-ce que de temps en temps, augmente le risque de devenir fumeur à l'âge adulte.

L'arrêt du tabagisme s'effectue par une succession d'étapes

De la même manière que le tabagisme de la population évolue selon le modèle épidémique, on peut considérer que le tabagisme de l'individu évolue aussi selon un modèle dont le plus connu est tiré du modèle "transthéorique" des changements de comportement : il décrit l'évolution dans l'état d'esprit d'un fumeur qui mène à des tentatives d'arrêt et à l'éventuel succès.

À défaut de données sur le comportement des jeunes français, on peut utiliser celles concernant les jeunes adultes au Canada (similaires aux données chez les adultes plus âgés de plusieurs pays). Près de la moitié des fumeurs sont heureux de l'être et ne sont pas prêts pour arrêter, environ 30 % sont ambivalents, ils veulent arrêter mais pas tout de suite, et environ 20 % sont prêts à faire une tentative dans le mois.

Ceci est à prendre en compte lorsqu'on tente d'évaluer les besoins d'une population par rapport aux actions et programmes de lutte contre le tabagisme. Dans l'état de Californie, région où les normes antitabac sont parmi les plus fortes au monde, en 1999, le tabagisme de la population n'était plus que de 18 % dont 13 % de fumeurs réguliers, parmi ces fumeurs, un sur dix n'avait aucunement l'intention d'arrêter.



Cycle du tabagisme selon le modèle transthéorique.

Les termes anglais correspondant sont entre parenthèses. Fumeur heureux : fumeur qui n'est pas prêt à faire une tentative d'arrêt (*précontemplation*); ambivalence : fumeur qui est incertain (*contemplation*); décision : fumeur prêt à arrêter (*préparation*) ; arrêt initial (*action*) ; maintien de l'arrêt et non-fumeur confirmé (*maintenance*).

La notion d'une prédisposition génétique à la dépendance est récente, son importance par rapport aux facteurs environnementaux est mal connue

L'action addictive de la nicotine se fait par l'intermédiaire de récepteurs nicotiques distribués sur les voies dopaminergiques des zones cérébrales impliquées dans le comportement d'auto-stimulation et la récompense cérébrale. Tandis qu'une dose unique de nicotine exerce un effet positif sur le système de récompense, l'exposition chronique à la nicotine entraîne une désensibilisation des récepteurs chez les fumeurs réguliers chez lesquels on observe une augmentation compensatoire du nombre des récepteurs nicotiques cérébraux. La vacuité de ces récepteurs sensibles serait à l'origine du syndrome de manque ressenti par le fumeur.

Des données récentes confortent la notion d'une prédisposition génétique de la dépendance aux substances addictives mais son importance par rapport aux facteurs environnementaux est mal connue. Le déterminisme génétique pourrait s'exercer à plusieurs niveaux : la faculté de tolérance à la nicotine pourrait expliquer en partie la prédisposition individuelle au tabagisme (par disparition préférentielle des effets adverses et persistance des effets renforçateurs de la nicotine, expliquant la poursuite du tabagisme). D'autre part, la mono oxygénase à cytochrome P450 de type 2A6 (CYP2A6) qui inactive les propriétés psychoactives de la nicotine en la transformant en cotinine présente un polymorphisme génétique : parmi les sujets dépendants à la nicotine, la présence d'allèle(s) inactif(s) s'accompagne d'une consommation de cigarettes plus faible que chez les sujets porteurs des deux allèles "sauvages". Cette observation pourrait également avoir des conséquences dans l'adaptation posologique du traitement substitutif. Enfin, il existe aussi un polymorphisme génétique des récepteurs nicotiques et dopaminergiques cérébraux qui intervient dans la génétique du système de récompense cérébrale.

Il a été observé que l'adolescence constitue la période la plus à risque pour devenir fumeur. Du point de vue biologique, on ne peut pas exclure que des relations existent entre les facteurs de l'adolescence tels que les hormones et la susceptibilité individuelle à la nicotine, bien que les facteurs génétiques jouent aussi un rôle important dans ce contexte.

Après les substituts nicotiques, la recherche s'oriente vers les molécules psychotropes dans l'aide à l'arrêt du tabac

L'arrêt de la consommation du tabac est un changement de comportement qui peut-être largement aidé par la prise de substituts nicotiques correctement dosés. Les résultats de méta-analyses montrent un taux de succès de 20 à 25 % d'abstinence obtenu à 12 mois. La cause de rechute précoce est souvent un mauvais contrôle du syndrome de manque en rapport avec une adaptation posologique insuffisante. Il apparaît donc essentiel d'utiliser des doses initiales suffisantes, déterminées sur la base des critères cliniques de la dépendance (questionnaire de Fagerström), puis d'adapter la posologie en fonction de l'intensité des symptômes de manque. La prescription de ces substituts doit également tenir compte du délai d'activité des différentes formes galéniques (timbres, gommes, pastilles sublinguales, spray nasal, inhalateur).

Depuis peu, le bupropion, psychotrope inhibiteur de la recapture synaptique de la dopamine et de la noradrénaline, est également utilisé lors du sevrage tabagique. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) reconnaît que le bupropion a une efficacité démontrée identique aux substituts nicotiques. L'Agence attire néanmoins l'attention sur une nécessaire surveillance des effets secondaires éventuels du bupropion.

Les dérivés substitutifs nicotiques ont été les premiers traitements médicamenteux à prouver leur efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac. Actuellement de nouvelles voies de recherche s'orientent vers le développement de molécules psychotropes qui interfèrent avec le système de récompense cérébrale.

Des approches psychothérapeutiques de type comportemental et cognitif ont montré leur efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac

D'introduction récente en France et encore insuffisamment répandues, les techniques de psychothérapie comportementales et cognitives (TCC) sont des techniques efficaces de sevrage tabagique. Ces techniques reposent sur plusieurs caractéristiques : une importance donnée à la dimension éducative et pédagogique, une approche scientifique (vérification et évaluations des pratiques), une approche stratégique qui met en jeu des moyens pour atteindre des buts clairement définis, un style de relation spécifique basé sur la coopération avec le sujet : l'alliance thérapeutique.

Pour les thérapeutes comportementalistes, le tabagisme est un comportement appris qui se maintient par la relance de nombreux stimuli internes ou environnementaux. Le sujet fumeur a souvent une déficience dans ses capacités d'autocontrôle dans sa relation au tabac. Afin de l'aider à comprendre son comportement et à en prendre le contrôle, le thérapeute recherche avec lui des stratégies adaptées à son cas particulier (approche que de nombreux tabacologues utilisent intuitivement). Les résultats de ces psychothérapies ont été systématiquement évalués. Les TCC multiplient en général par deux le taux d'abstinence tabagique six mois après l'arrêt par rapport aux groupes de fumeurs n'ayant pas bénéficié d'intervention spécifique.

Il existe plusieurs types d'approches comportementales du tabagisme, l'une des pratiques peut se décomposer en quatre phases : une phase d'alliance entre le sujet et le thérapeute avec préparation du sujet au sevrage, une phase d'auto-observation qui prépare le sujet à un premier recul vis-à-vis de ses habitudes, une phase de modification comportementale où le sujet développe les stratégies choisies pour combattre sa tabagie. La dernière phase à une grande importance car elle assure le suivi et la prévention des rechutes. En effet, si les résultats à court terme peuvent paraître satisfaisants, les rechutes sont loin d'être rares et font partie du tableau du sevrage tabagique. Les autres types d'interventions comportementales sont la satiété qui repose sur un comportement aversif, le support social qui consiste à impliquer le maximum de personnes de l'entourage dans la tentative de sevrage, les

programmes de renforcement dans lesquels il s'agit soit de récompenser le fumeur dont les examens biologiques attestent qu'il reste abstiné soit, dans le cas contraire, de le priver de ces récompenses.

Un nombre important d'autres pratiques -comme par exemple l'acupuncture et l'homéopathie- occupent le marché du sevrage tabagique mais n'ont pas pu faire preuve de leur efficacité à long terme. Il faut prendre en compte que chaque thérapeutique participe cependant *in fine* d'un traitement global du tabagisme : lorsqu'on dit que 80 % des fumeurs s'arrêtent sans aucune aide c'est omettre de prendre en compte des facteurs comme le changement de conception du tabac dans la société, les aides familiales, professionnelles ou communautaires visant à encourager l'arrêt du tabac, la sensibilisation des sujets par des professionnels de santé, l'expérience acquise par les sujets lors de leurs précédentes tentatives quelles que soient les techniques utilisées.

Le marketing social pourrait utilement compléter les méthodes traditionnelles dans les campagnes de prévention

Souvent utilisé par les grands organismes internationaux afin de lutter plus efficacement contre le sida, le tabac, la malnutrition ou la violence, le marketing social peut présenter en France un complément aux méthodes traditionnellement utilisées. En effet, cette méthodologie insiste sur l'intérêt d'une connaissance précise de la (ou des) cible(s) visée(s) dans une population - déterminée à l'aide d'une étude de marché - en attachant beaucoup d'importance aux croyances, attitudes, valeurs, freins, et comportements de la population visée. Pour pouvoir modifier un comportement, l'hypothèse est qu'il faut retenir l'attention de la cible visée par le truchement d'une émotion forte et utiliser ce moment de trouble pour proposer des solutions à la situation à laquelle on veut remédier. Ainsi dans le cas de la lutte anti-tabac, pour qu'une campagne débouche sur une stratégie d'action positive de la part des fumeurs, on peut envisager, dans un premier temps, de présenter une menace suffisamment sévère et susceptible d'être vécue par le prospect si celui-ci ne modifie pas son comportement nuisible.

Cette peur déclenche une motivation pour se protéger du danger en poussant l'individu vers la recherche de « solutions » pour échapper à la menace ; de surcroît, il faut que les personnes ciblées se sentent capables de les mettre en œuvre dans un contexte tabagique. Mais une campagne de lutte contre le tabac ne peut se fonder seulement sur une communication qui engendre de la peur. En effet, si un tel axe créatif se révèle pertinent pour motiver un fumeur en phase de précontemplation, il doit être accompagné d'un plan de campagne plus complet (comportant des aides pour soutenir les fumeurs au niveau de l'arrêt) pour que le message débouche plus sûrement sur une stratégie d'action.

Une campagne efficace de lutte contre le tabac auprès des jeunes français (par exemple, en vue de réduire de 5 % en trois années le nombre d'étudiants fumeurs âgés de 18-22 ans), doit utiliser un ton de campagne qui rompt avec les plans habituels pour les sensibiliser au problème. En ce sens, l'éveil de la peur peut être pertinent pour motiver les étudiants et leur faire prendre conscience du problème du tabac. Ce type de messages devra être muni d'un plan d'accompagnement pour soutenir les jeunes fumeurs dans leur démarche d'arrêt du tabac et les mener de la phase de précontemplation à la phase de contemplation (à court terme) puis à celle de l'action (à moyen terme : arrêt du tabac). Il faudra aussi augmenter la perception de la capacité de la cible à arrêter sa consommation de tabac et spécifier que les aides à l'arrêt (consultations, timbres...) sont efficaces pour soutenir le fumeur dans sa démarche d'arrêt du tabac.

Les programmes communautaires efficaces associent plusieurs interventions d'aide au sevrage dans un contexte social favorable à l'absence de tabac

Depuis cinquante ans, les programmes d'aide à l'arrêt du tabac se sont diversifiés. S'ils n'étaient au départ ciblés que sur les fumeurs arrêtant seuls, ils sont maintenant complexes et comportent de l'information, de la formation des professionnels de santé, mais aussi des soins et des consultations spécialisées d'aide à l'arrêt soutenues par des prescriptions médicales.

Y a-t-il des programmes efficaces d'aide à l'arrêt du tabagisme chez les jeunes étudiants de 18 à 30 ans ? Les études spécifiques réalisées auprès de ces jeunes adultes sont très peu nombreuses et de qualité méthodologique souvent perfectible. Les principales actions recensées ont été menées auprès des adultes.

Les programmes d'aide à l'arrêt du tabac se composent d'interventions ponctuelles limitées en temps et en lieu, ou d'interventions communautaires restreintes ciblées sur un groupe comme une université ou un lieu de travail mais aussi de programmes communautaires réalisés sur une étendue géographique plus importante. Est considéré « intervention communautaire » tout programme coordonné et étendu à une zone géographique définie ou concernant des groupes de personnes partageant les mêmes besoins et les mêmes intérêts.

Les recherches menées ces trente dernières années montrent que les techniques de prise en charge personnelle (*self help*) sont les méthodes préférées des fumeurs pour s'arrêter. Diverses stratégies d'aide à l'arrêt reposent sur l'utilisation de brochures, de systèmes experts, de conseils téléphoniques, de programmes télévisuels. Chacune de ces approches a ses avantages et ses inconvénients. Le contenu des brochures doit être adapté aux capacités de lecture, à la motivation, à la compréhension et aux caractéristiques de la population ciblée. Il faut donc vérifier que les brochures distribuées sont réellement lues. Les systèmes experts, en fonction des réponses des fumeurs, sélectionnent des conseils personnalisés. Ces systèmes, disponibles 24 heures sur 24 en cas d'accès par Internet, intègrent les connaissances récentes concernant la psychologie du fumeur et les méthodes psychométriques. Ils peuvent potentiellement toucher d'innombrables fumeurs à un coût par personne peu élevé.

Même si ces méthodes d'auto-prise en charge augmentent modérément les chances de réussite de sevrage des fumeurs, cette relative efficacité doit être pondérée par le nombre important de personnes qu'il est possible de joindre en une seule fois grâce à ces techniques. La difficulté actuelle essentielle est d'amener les fumeurs à utiliser ces méthodes. Les facteurs liés au succès des démarches d'auto-prise en charge sont : un soutien par un programme communautaire ; une activité de publicité diffuse ; une population ciblée importante ; des messages et un contenu adaptés aux populations concernées.

L'efficacité de ces stratégies est d'autant plus importante si plusieurs techniques de prise en charge personnelle sont associées (brochure, téléphone...). Ainsi, les taux de sevrage peuvent passer de 15 % avec une seule technique à 23 % avec trois ou quatre et les chances d'arrêter de fumer sont doublées dans ce dernier cas.

Les conseils brefs et les encouragements à l'arrêt énoncés par les professionnels de santé ont été reconnus aussi comme des méthodes particulièrement efficaces pour augmenter le nombre de fumeurs qui arrêtent de fumer. Le « conseil minimal » d'aide à l'arrêt du tabac comporte deux questions (Fumez-vous ? Voulez-vous arrêter ?). Le médecin généraliste occupe une place importante dans cette démarche : il connaît ses patients, leur statut social et économique, leur état psychique, leurs autres dépendances, leurs problèmes familiaux et au cours de la consultation, il a de nombreuses opportunités d'aborder le problème de l'usage du tabac. Dans les entretiens qui suivent le conseil minimal, il peut privilégier les arguments qui sont spécifiques à chaque patient en priorité.

Les pourcentages de sevrage supplémentaires obtenus grâce aux conseils donnés par des professionnels de santé varient selon les sources et l'intensité des conseils entre 2 et 8 %. Cet effet modeste doit cependant être replacé dans un contexte de santé publique car les

professionnels de santé voient en France chaque année des millions de personnes et peuvent ainsi potentiellement motiver à l'arrêt des milliers de fumeurs.

Les programmes communautaires ne peuvent être efficaces que s'ils associent plusieurs interventions d'aide au sevrage dans un contexte social favorable à l'absence de tabac. Les actions dans les universités présentées dans la littérature sont très peu nombreuses. Plusieurs auteurs soulignent la difficulté à assurer un suivi des étudiants dans le cadre du service de santé universitaire. Une enquête de marketing social serait nécessaire avant la mise en place d'un programme d'aide à l'arrêt du tabac dans les universités.

En plus des actions d'aide à l'arrêt, il paraît souhaitable de mettre en place sur ces sites des programmes plus généraux pour réduire l'exposition au tabagisme passif et limiter l'entrée dans le tabagisme d'un certain nombre d'étudiants.

Les stratégies développées en milieu du travail pour établir avec succès un programme de promotion de la santé pourraient être adaptées au milieu universitaire. Elles se structurent autour des points suivants : établir un soutien communautaire, évaluer la culture et les normes du lieu de travail pour identifier les facilitateurs ou les freins possibles au programme, solliciter l'équipe de management et les représentants des personnels, faire participer les employés au déroulement du programme, organiser un soutien social et environnemental dans le temps, réaliser des évaluations périodiques du programme.

Des programmes de recherche devraient être développés pour améliorer la promotion de la santé dans les universités et évaluer l'impact émotionnel comme facteur incitatif à l'arrêt chez les étudiants.

La prise en charge financière influe sur le nombre de fumeurs susceptibles d'arrêter

L'évaluation économique a pris une importance essentielle pour aider à la prise de décision en matière de politique de santé. Ainsi, l'efficacité thérapeutique ne saurait plus constituer aujourd'hui le critère unique d'appréciation, en particulier pour les décisions relatives à la prise en charge des traitements et médicaments.

En se qualifiant et avec le développement des politiques publiques, l'aide à l'arrêt du tabac n'a pas échappé à ce surgissement de l'évaluation économique. Quasiment encore inexistante en France, cette approche appliquée au sevrage tabagique a déjà fait l'objet d'études et de revues internationales, en particulier en comparaison avec le coût des traitements de maladies liées au tabagisme, notamment cardiovasculaires.

Ces travaux montrent que les interventions et/ou programmes d'aide au sevrage tabagique sont relativement peu coûteux, en particulier en termes d'années de vie sauvées, en comparaison avec les traitements des maladies liées au tabac. Ainsi, le rapport de coût a pu être estimé de 1 à près de 1 000 000 entre le conseil minimal et un traitement médicamenteux contre l'hypercholestérolémie.

Posée lors de la conférence de consensus de 1998 sur l'arrêt de la consommation de tabac, la question du remboursement des traitements, et en particulier des médicaments de sevrage, a dans notre pays davantage fait l'objet de déclarations d'intention que de réalisations. Moins nombreuses, les évaluations des incitations financières à l'arrêt du tabac dépendent étroitement des contextes législatif, réglementaire, d'organisation des soins et de stratégie commerciale des firmes pharmaceutiques. Aussi les études publiées renseignent-elles peu sur une politique d'aide aux fumeurs en France. Il semble, toutefois, apparaître que si une prise en charge partielle du coût des traitements et des produits assurerait une efficacité individuelle plus élevée, l'impact en termes de santé publique, à savoir sur le nombre de fumeurs s'arrêtant, serait maximal par un remboursement total. Au niveau individuel, les études ont montré une efficacité plus élevée (33 %) s'il y a une participation de la personne au coût du traitement. Au niveau collectif, une prise en charge financière, tout en induisant un taux d'arrêt moindre (28 %) touche plus d'individus donc au total est plus efficace.

Effets de quatre types de couverture sur le taux d'arrêt du tabac et le coût du programme (d'après Curry et coll., 1998)

Couverture	Fumeurs utilisateurs du programme en deux ans (%)	Utilisateurs qui ont arrêté avec le programme (%)	Fumeurs susceptibles d'arrêter avec le programme (%)	Coût du programme par utilisateur (dollars)	Coût annuel du programme par fumeur (dollars)	Coût annuel du programme par assuré (dollars)
Standard	3,5	38	1,3	302	11	1,59
Réduite	2,4	31	0,7	248	6	0,89
Partielle	5,3	33	1,7	287	15	2,28
Totale	10,0	28	2,8	328	33	4,92

La couverture standard prévoyait le remboursement à 50 % de l'aide comportementale (AC) et le remboursement total des substituts nicotiques (TSN) ; la couverture réduite : 50 % AC et 50 % TSN ; la couverture partielle : 100 % AC et 50 % TSN et la couverture totale : 100 % AC et 100 % TSN

Les quelques expériences conduites dans notre pays, notamment auprès des personnes en situation de précarité et auprès des jeunes actifs, semblent encourageantes et conforter la pertinence d'une démarche d'incitation financière pour l'arrêt du tabac.

Si les traitements de l'aide à l'arrêt du tabac (médicaments et consultations spécialisées) ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie en population générale, le monde mutualiste s'est impliqué dans la couverture de ces frais au moins depuis 1992. Cet engagement reste, toutefois, fort hétérogène et obéit davantage à des choix de chaque structure sans réelle inscription dans un cadre d'ensemble du secteur. La Fédération nationale de la mutualité française (FNPF) a, récemment, proposé une série de conseils à ses adhérents et, à cette occasion, relevé huit expériences en matière d'aide à l'arrêt du tabac¹¹, dont une seule semble s'inscrire dans une stratégie de couverture financière. Sur onze expériences recensées par ailleurs, cinq concernent un public étudiant ou jeune et quatre ont été conduites par des régimes spéciaux de Sécurité sociale. À ce stade, aucune de ces expériences n'a été évaluée.

¹¹ FNMF. Petit guide d'information sur le sevrage tabagique. 2002.