

Hommage à l'œuvre de Gilbert Lagrue

Dans *La Lettre de la SFT* de février dernier, un thème : l'hommage à l'œuvre de **Gilbert Lagrue (1922-2016)** :

“En sachant mener sa vie, sur tous les axes, l'hygiène physique et intellectuelle, la vie de couple et les interactions sociales, Gilbert Lagrue a construit pour lui-même et pour les autres un beau parcours. Comment le même médecin a-t-il pu être successivement un leader dans 2 domaines très différents de la médecine: la néphrologie pendant 40 ans, et l'aide au sevrage tabagique pendant 30 ans ? La durée de vie, chez lui, n'a pas été due qu'à la chance, mais à une construction qu'il a détaillée dans de multiples articles et dans son dernier livre. Ayant eu avec lui le temps, pourquoi a-t-il réussi à inspirer autant de respect et de confiance ? Deux explications sont faciles à trouver: la bienveillance et la curiosité intellectuelle.” C'est par ces mots que le **Pr Joël Ménard**, professeur de santé publique et ancien directeur général de la Santé, présente cet hommage à l'œuvre de Gilbert Lagrue, qui nous a quittés l'an passé. Un “passeur” de savoirs, à l'écoute de ses élèves pour lesquels, jusqu'au bout de sa vie, il a été d'une disponibilité – et d'une bienveillance, effectivement – exemplaire, un modèle pour plusieurs générations de tabacologues...

Le numéro présente une sélection “collector” des articles essentiels de Gilbert Lagrue, parmi lesquels celui qui nous éclaire sur **son parcours professionnel de la néphrologie à la tabacologie** : *“Dans les années 1970-1990, j'étais néphrologue, donc impliqué également dans la prise en charge de l'hypertension artérielle et des facteurs de risque vasculaire, qui venaient d'être individualisés dans la célèbre étude de Framingham. Il fallait donc s'intéresser au tabac. Mais, à cette époque, il n'y avait rien en France, sinon quelques ‘spécialistes’ de l'acupuncture et du ‘fil dans l'oreille’, figés dans leur ‘méthode’, sans aucune évaluation; ‘ça marche’ disaient-ils, et ils étaient contents, poursuivant inlassablement l'utilisation de leurs aiguilles.”* (1). Alors, en 1977, il a ouvert une consultation dite “antitabac” à l'hôpital **Henri-Mondor**, à Créteil. En 1983, **Robert Molimard et lui fondent la Société d'étude de la dépendance tabagique**, connue maintenant sous le nom de Société francophone de tabacologie. Très vite, ils souhaitent développer la discipline et la recherche, et obtiennent une subvention du ministère de la Santé pour proposer des bourses de thèses de sciences. Ils sont aussi les créateurs du **premier diplôme universitaire de tabacologie**, en 1986, à la faculté de médecine des Saints-Pères, à Paris. Quelques années plus tard, dans les années 1990, apparaissaient les premiers substituts nicotiques : les gommes, d'abord, puis les patches. Cependant, Gilbert Lagrue s'aperçoit très vite des limites de cette nouvelle thérapie : *“J'avais*

cru naïvement qu'à partir du moment où un traitement efficace existait, les résultats suivraient facilement, et ce d'autant plus que les conséquences étaient graves. Il n'en fut rien. J'en ai eu un exemple en 1990 en réalisant la première étude contrôlée contre placebo faite en France avec les gommes. Certes, les résultats globaux à 3 mois en fin de traitement étaient positifs et significatifs: 30 % d'arrêt à 3 mois versus 15 % pour le placebo, ce qui était encourageant mais décevant dans l'absolu. Que dirait-on si les résultats des traitements de l'HTA ou de l'hypercholestérolémie étaient aussi faibles ! De plus, les rechutes étaient très fréquentes dans les mois suivant l'arrêt.” Il fallait adapter les prises en charge à des patients très divers, souffrant d'une addiction, maladie chronique évoluant sur des années, émaillées de succès et d'échecs, prendre en compte la comorbidité psychiatrique, la consommation éventuelle d'autres substances, travailler avec et sur les motivations personnelles... Oui, selon lui, la tabacologie était un métier différent de celui qu'il pratiquait auparavant et qu'il a dû apprendre progressivement. Une fois sa retraite hospitalo-universitaire prise, il a pu poursuivre, à titre bénévole, son activité de tabacologue pendant 20 ans à l'hôpital **Albert-Chenevier de Créteil**. Cette pratique lui a appris que dialogue, empathie, compréhension et patience sont indispensables et nécessaires.

Coût du tabagisme

Dans le numéro 77 de janvier 2017, 2 articles ont trait au coût du tabagisme.

➤ Le premier donne un aperçu du “coût des maladies dues au tabagisme dans le monde” en 2012, dans 152 pays représentant 97 % des fumeurs (2). Seuls les cancers et les maladies cardiovasculaires, qui représentent plus de 90 % des maladies attribuables au tabagisme, ont été pris en considération. Résultat : elles ont représenté **5,7 % des coûts de santé**, soit **422 milliards de dollars**, ce qui correspond à **1,8 % du produit intérieur brut mondial**. Les auteurs ont aussi fait le point sur les coûts indirects du tabagisme : les années de travail perdues représentaient 26,8 millions d'années (18,0 millions dues à une mortalité précoce, 8,8 millions à la morbidité). Soit : 357 milliards de dollars pour l'invalidité et 657 milliards pour la mortalité.

¹ Absentéisme : pourcentage de temps de travail perdu pour cause de santé, lors des 7 derniers jours.

² Présentéisme : pourcentage de déficience au travail pour cause de santé, lors des 7 derniers jours.

³ Déficience générale : combinaison de l'absentéisme et du présentéisme.

⁴ Déficience d'activité : pourcentage de déficience dans les activités quotidiennes pour cause de santé, lors des 7 derniers jours.

Erratum. Une erreur s'est glissée dans le numéro 4, volume 18, du *Courrier des addictions* : dans l'article “Fumeurs très dépendants et psychotraumatismes : une étude en médecine générale et en tabacologie libérale”, dans la figure 2, p. 25, il faut lire qu'il y a 81,4 % de résultats situés entre 8 et 10 au test de Fagerström et 18,6 % de résultats ≤ 7/10, et non l'inverse.

➤ Le second s'est intéressé aux “bénéfices de l'arrêt du tabac sur la productivité aux USA, en Europe et en Chine”, à partir des données de 2013 de l'enquête internationale sur la santé et le bien-être (*National Health and Wellness Survey*), et a comparé la situation des États-Unis, celle de 5 pays européens (Royaume-Uni, France, Allemagne, Italie et Espagne) et de la Chine (3). Les résultats montrent que le tabagisme est associé à une perte significative de productivité dans les 3 régions du globe étudiées : les fumeurs actuels, par rapport aux ex-fumeurs et aux non-fumeurs, ont rapporté plus d'“absentéisme” aux États-Unis (+ 28 %) et en Chine (+ 61 %) qu'en Europe (+ 18 %), et plus de “présentéisme” aux États-Unis (+ 28 %), en Chine (+ 16 %) et en Europe (+18 %). Ils ont fait état également de + 24 % de déficience générale au travail³ aux États-Unis, + 17 % en Chine, et + 15 % en Europe, et respectivement + 22, + 13 et + 12 % de déficience d'activité⁴.

Les résultats montrent également que l'arrêt du tabac, même récent (au bout de seulement 0 à 4 ans), augmente la productivité des personnes qui travaillent : ceux qui avaient arrêté de fumer ont rapporté moins d'absentéisme, de présentéisme et de déficience d'activité en Chine, et moins de présentéisme, de déficience générale au travail et de déficience d'activité aux États-Unis et en Europe.

FAR

Sélection effectuée à partir des numéros 77 (janvier) et 78 (février) de *La Lettre de la SFT*.

Rédaction : Jacques Le Houezec. Comité de rédaction : Philippe Arvers, Ivan Berlin, Alice Deschenau, Jean-Dominique Dewitte, Daniel Thomas.

Références bibliographiques

1. Lagrue G. De la néphrologie à la tabacologie. *Nephrol Ther* 2013;9(2):65-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23318114>
2. Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control* 2017; epub ahead of print.
3. Baker CL, Flores NM, Zou KH, Bruno M, Harrison VJ. Benefits of quitting smoking on work productivity and activity impairment in the United States, the European Union and China. *Int J Clin Pract* 2017;71(1).