

DISCUSSION-CONCLUSION

Dans notre échantillon, les appelants de la ligne sont surtout des femmes (2/3 des appelants) et des adultes entre 30 et 40 ans (1/3 des appelants). Outre la possibilité (non établie) qu'il s'agit de cibles plus disposées à répondre à ce type d'enquêtes, deux hypothèses peuvent être faites. La première serait que la promotion actuelle de la ligne TIS est plus ciblée ou plus perçue par les femmes. La seconde serait que l'aide par téléphone intéresse plus les femmes et les adultes entre 30 et 40 ans, pour des raisons psychologiques ou culturelles. La première hypothèse a un soutien objectif, les surinvestissements publicitaires de prévention et donc de promotion de la ligne TIS étant faits vers les femmes.

Le taux d'abstinence déclaré par les appelants de la ligne trois à cinq mois après l'appel est à apprécier en considérant, également, le profil très particulier des appelants de TIS, beaucoup plus dépendants à la nicotine que la population générale des fumeurs (voir plus haut). On retiendra donc que TIS répond à une véritable attente du public et, particulièrement, à celles de fumeurs réellement motivés par l'arrêt.

Le taux de sevrage augmentant avec l'intensité et la fréquence des interactions entre le dispositif d'aide à l'arrêt et le candidat à l'arrêt, on peut enfin imaginer que le pourcentage d'abstinents pourrait augmenter si les tabacologues pouvaient suivre les appelants sur plus d'un ou deux entretiens, comme c'est le cas au Royaume-Uni, en Australie ou dans certains états américains.

Le mode de fonctionnement de TIS est en effet inspiré des recherches menées autour des lignes téléphoniques étrangères, dont l'efficacité a été prouvée. Notamment, l'équipe californienne de Shu Hong Zhu [3] a mesuré des taux d'abstinence à un, trois, six et douze mois respectivement de 23,7 %, 17,9 %, 12,8 % et 9,1 %. Les comparaisons entre les résultats de l'étude californienne et ceux de l'étude française doivent être faites très prudemment, les protocoles étant très différents. Les études évaluatives françaises ultérieures devront rechercher une meilleure comparabilité avec les protocoles des autres études publiées. Le problème demeure que ces dernières sont pour l'instant extrêmement hétérogènes [4] [5].

RÉFÉRENCES

- [1] Pin S, Arwidson P. Effets des campagnes de prévention du tabagisme sur Tabac info service, une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac. BEH n° 22/2002.
- [2] Guilbert P, Baudier F, Gautier A. (sous la dir.) (2001), Baromètre Santé. Résultats (Volume 2), Vanves : CFES, 2002.
- [3] Shu Hong Zhu et coll. Evidence of Real-World Effectiveness of a Telephone Quitline for Smokers. New England Journal of Medicine 2002 ; 347 : 1087-93.
- [4] Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E. Effectiveness of antismoking telephone helpline : follow up survey BMJ 1997 ; 314 : 1371-5.
- [5] Pierce JP, Anderson DM, Romano RM, Meissner H, Odenkirchen JC. (1992), « Promoting smoking cessation in the United States : effect of public service announcements on the Cancer information service telephone line » in Journal of the National Cancer Institute ; 84 : 677-83.

Évolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003

Maguy Jean-François¹, Elisabeth Fernandes¹, Bertrand Dautzenberg², Patrick Dupont² ; Alan Ruelland³

¹Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris

²Office français de prévention du tabagisme, Paris ³Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Pour la quatrième année consécutive une enquête « une semaine donnée » a été conduite selon la même méthodologie (voir BEH 51/1999, 43/2000, 22-23/2001, 22/2002) par questionnaire postal auprès de toutes les consultations hospitalières et non-hospitalières de tabacologie identifiées sur l'annuaire des consultations de tabacologie de l'OFT.

Globalement le nombre de lieux de consultation est resté stable (tableau). Le nombre de sites de consultations hospitalières a légèrement augmenté durant la période, alors que le nombre de consultations non-hospitalières a diminué, du fait en particulier de la disparition des consultations utilisant l'acupuncture ou d'autres méthodes empiriques. Les plages horaires d'accueil ont augmenté dans l'ensemble des lieux de consultation et le nombre de vacations a progressé de 30 % dans les consultations hospitalières, passant de 455 en 2001 à 601 en 2003. La qualité des consultations s'est améliorée comme en témoigne par exemple l'augmentation constante de l'utilisation du test de Fagerström et de l'analyseur de CO pour évaluer le tabagisme. L'informatisation des consultations a presque triplé durant la période.

Le nombre de fumeurs traités a augmenté de plus de 60 % durant les quatre années de surveillance. Le nombre estimé de nouveaux fumeurs pris en charge, en extrapolant l'activité mesurée sur l'année varie de 45 000 à 55 000. On estime par ailleurs que 2 millions de fumeurs font une tentative d'arrêt chaque année. Ainsi, 2 à 3 % des fumeurs qui essaient d'arrêter de fumer seraient pris en charge par les consultations de tabacologie.

Les consultations de tabacologie gardent comme principales missions d'être des lieux d'accueil et de prise en charge des personnes dépendantes du tabac, de développer une politique de prévention

Tableau

Evolution du nombre et de l'activité consultations de tabacologie, 2000- 2003

date	2000	2001	2002	2003
	17 au 22 janvier	15 au 20 janvier	13 au 16 janvier	13 au 18 janvier
Nombre de consultations	404	409	431	400
Nombre de réponses	272	290	296	277
Pourcentage de réponses	67 %	71 %	69 %	69 %
Nombre de patients	2 548	3 352	3 693	4 126
Première consultation (%)	41,0 %	38,5 %	34,3 %	30,9 %
Femmes enceintes (%)	2,3 %	1,9 %	2,8 %	2,1 %
Hospitalisés (%)	9,1 %	12,1 %	13,5 %	9,4 %
Fagerström (% utilisation)	92,9 %	95,6 %	97,0 %	98,3 %
Analyseur CO (% utilisation)	45,8 %	59,6 %	73,0 %	85,3 %
Cotinine (%)	11,1 %	12,2 %	11,5 %	10,3 %
HAD (% utilisation)	40,3 %	57,7 %	80,3 %	85,6 %
Questionnaire de Beck (% util.)	12,3 %	20,3 %	20,9 %	42,8 %
Dossier standard (% utilisation)	17,5 %	52,7 %	66,1 %	62,1 %
Dossier informatisé (% util.)	8,2 %	15,3 %	25,1 %	25,2 %
Volontaire informatique (%)	67,5 %	77,0 %	69,4 %	62,2 %

de tabagisme et de constituer des centres de référence pour l'ensemble des soignants afin que chacun prenne en charge de façon optimale les 14 millions de fumeurs en France. La création et le renforcement de ces consultations restent une priorité majeure de santé publique dans le cadre de la lutte contre le tabagisme et du plan gouvernemental de mobilisation nationale contre le cancer.

Directeur de la publication : Pr Gilles Brückner, directeur général de l'InVS
Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, f.rossollin@invs.sante.fr
Présidente du comité de lecture : Pr Elisabeth Bouvet, Hôpital Bichat, CCLIN Paris-Nord - Comité de rédaction : Dr Thierry Ancelle, InVS ; Dr Rosemary Ancelle-Park, InVS ; Dr Pierre Arwidson, Inpes ; Danièle Fontaine, Fnors ; Eugénia Gomes do Esperito Santo, InVS ; Dr Catherine Ha, InVS ; Dr Magid Herida, InVS ; Dr Loïc Josseran, InVS ; Eric Jouglu, Inserm CépIDc ; Dr Agnès Lepoutre, InVS ; Ghislain Manet, CIRE-Ouest.

N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466
Institut de veille sanitaire - Site internet : www.invs.sante.fr

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH abonnements
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
Tel : 01 41 79 67 00 - Fax : 01 41 79 68 40 - Mail : abobeh@invs.sante.fr
Tarifs 2002 : France 46,50 € TTC - Europe 52,00 € TTC
Dom-Tom et pays RP (pays de la zone francophone de l'Afrique, hors Maghreb, et de l'Océan Indien) : 50,50 € HT
Autres pays : 53,50 € HT (supplément tarif aérien rapide : + 3,90 € HT)