

L'EFFICACITÉ DES CONSULTATIONS DE TABACOLOGIE EN FRANCE ENTRE 2011 ET 2013

// EFFECTIVENESS OF FRENCH SMOKING CESSATION SERVICES IN 2011-2013

Monique Baha¹, Abdel-Ali Boussadi¹, Anne-Laurence Le Faou^{1,2} (anne-laurence.lefaou@aphp.fr)

¹ Équipe CDTnet, Paris, France

² Centre ambulatoire d'addictologie, Hôpital européen Georges Pompidou, AP-HP, Paris, France

Soumis le 19.05.2016 // Date of submission: 05.19.2016

Résumé // Abstract

Objectifs – La France est l'un des quatre pays européens à proposer une offre de prise en charge du sevrage tabagique qui inclut une ligne téléphonique, des traitements de substitution nicotinique (TSN) avec forfait de remboursement et des consultations de tabacologie. Cette étude évalue l'efficacité des consultations du programme CDTnet.

Méthodes – Les données de 23 810 consultants adultes suivis entre 2011 et 2013 ont été saisies dans la base CDTnet. Notre critère de jugement était l'abstinence maintenue un mois, validée par des mesures de CO expiré, parmi les 10 116 consultants qui ont arrêté de fumer durant le suivi. Les facteurs prédictifs de l'abstinence ont été déterminés par un modèle de régression multivariée.

Résultats – Le taux d'abstinence maintenu un mois était de 45,2%. Le taux d'abstinence atteignait 47% avec une prescription de combinaison de TSN et 53% avec une prescription de varénicline. L'effet bénéfique de la prise en charge augmentait significativement avec le nombre de consultations. Les chômeurs avaient autant de chances d'être abstinentes que les actifs (OR=0,88 ; IC95%: [0,75-1,04]). De même, le niveau de dépendance tabagique n'avait aucun impact sur l'abstinence. En revanche, être âgé de 18-24 ans, avoir un antécédent de mésusage d'alcool ou d'une consommation quotidienne de cannabis étaient associés à des taux d'abstinence plus faibles.

Conclusion – Avec une prise en charge adaptée, même les plus dépendants ou certains groupes de personnes en situation de précarité peuvent réussir à maintenir l'abstinence. Cette évaluation ouvre des perspectives très encourageantes pour l'aide individuelle au sevrage tabagique, tout en soulignant les besoins de prise en charge spécifiques pour certaines populations de fumeurs.

Objectives – France is one of the four European countries offering a national quit line along with partially cost-covered nicotine replacement therapy (NRT) and cessation services. This study assesses the effectiveness of French smoking cessation services.

Methods – The French national smoking cessation registry (CDTnet) included 23,810 adult smokers followed-up in cessation services nationwide between 2011 and 2013. We assessed 1-month continued abstinence post-quit date among the 10,116 participants who made a quit attempt during follow-up. Predictors of abstinence were determined using multivariate regression model.

Results – Among quitters, 45.2% achieved CO-validated abstinence. Prescription of pharmacotherapy was associated with abstinence rates as high as 47% for combination NRT and 53% for varenicline. The positive effect of behavioural support associated with the combination NRT versus behavioural support alone increased with attendance. Unemployed participants were as likely to be successful as participants in employment (OR=0.88; CI95%: [0.75-1.04]). High cigarette dependence also did not significantly hinder abstinence. The fact of being aged 18-24, having a history of alcohol abuse as well as daily cannabis use were associated with lower abstinence rates.

Conclusion – With adapted treatment, even more dependent people or less affluent groups can succeed in maintaining abstinence. While treatment should be improved for some groups of smokers, this evaluation presents some very encouraging prospects in the context of global efforts to promote individual tobacco cessation.

Mots-clés : Aide au sevrage tabagique, Consultations de tabacologie, Traitement de substitution nicotinique, Abstinence tabagique, Varénicline

// **Keywords**: Tobacco treatment, Smoking cessation services, Nicotine replacement therapy, Smoking abstinence, Varenicline

Introduction

Les chiffres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) permettent d'estimer la prévalence tabagique

moyenne en Europe à 28%¹, ce qui correspond à la prévalence tabagique actuelle en France. Quelques pays européens ont réussi à descendre sous la barre des 20% de fumeurs comme la Belgique, les Pays-Bas

ou le Royaume-Uni. Toutefois, dans ces pays comme en France, la prévalence reste plus élevée dans certaines populations telles que les jeunes adultes, les personnes les moins éduquées ou les chômeurs²⁻⁶.

Seuls quatre pays de l'Union européenne ont mis en place les trois différentes facettes d'une politique efficace d'aide individuelle à l'arrêt, conformément à l'article 14 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : une offre de prise en charge du sevrage tabagique qui inclut une ligne téléphonique, des traitements de substitution nicotinique (TSN) avec forfait de remboursement et des consultations de tabacologie⁷. La France fait donc partie de ces exceptions grâce à la ligne Tabac Info Service, aux forfaits de remboursement des traitements d'aide au sevrage ainsi qu'aux nombreuses consultations de tabacologie. L'évaluation de l'efficacité des consultations de tabacologie, au travers de l'exploitation des données de la base nationale CDTnet (Consultation de dépendance tabagique), apporte des données pertinentes tant au niveau national qu'euro-péen.

D'après le Baromètre santé 2014, la proportion de fumeurs quotidiens ayant fait une tentative d'arrêt a progressé de 25,2% à 29% entre 2010 et 2014⁸. En outre, un tiers des fumeurs a déclaré avoir réduit sa consommation tabagique. Dans ce contexte d'efforts significatifs pour réduire le tabagisme, nous avons d'abord évalué les taux d'abstinence obtenus par les fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt accompagnée en consultation de tabacologie du programme CDTnet entre 2011 et 2013, puis les facteurs prédictifs de l'abstinence.

Matériel et méthodes

Population d'étude

Entre janvier 2011 et décembre 2012, 163 consultations de tabacologie ont reçu 43 328 nouveaux consultants en première consultation. Les consultations participant à la base de données CDTnet sont majoritairement des services de tabacologie ou d'addictologie hospitaliers. La moitié des nouveaux consultants ne retourne pas en CDT après une première consultation d'information. Toutefois, leurs données sont systématiquement saisies dans la base CDTnet⁹. Notre analyse a été restreinte à l'échantillon des consultants adultes (âge ≥ 18 ans), pour lesquels des données de suivi étaient disponibles, soit 23 810 consultants ayant assisté à au moins deux consultations.

Données

Le dossier CDT permet aux consultants de renseigner des informations sociodémographiques, des données de comportement tabagique, de consommation d'alcool et de cannabis ainsi que d'antécédents anxio-dépressifs. Le détail des variables est disponible sur le site internet de Santé publique France ainsi que sur le site www.cdt.net.fr.

En consultation de tabacologie, l'aide au sevrage associe prise en charge comportementale ou psychosociale et

prescription de traitements pharmacologiques : traitement de substitution nicotinique (TSN ; sous forme orale, patch ou une combinaison des deux) ou varénicline. Le monoxyde de carbone (CO) est mesuré dans l'air expiré au cours des consultations de suivi, ce qui permet de vérifier le statut tabagique rapporté par le consultant. Les données de suivi ont été examinées jusqu'en décembre 2013 afin d'assurer un examen exhaustif des tentatives d'arrêt des consultants. L'intervalle médian entre deux consultations de suivi était de 15,8 jours entre 2011 et 2013.

Notre critère de jugement était l'abstinence maintenue un mois, validée par des mesures de $CO \leq 10$ parties par million (ppm). Nous avons calculé le taux d'abstinence en nous basant sur la population des consultants ayant fait au moins une tentative d'arrêt pendant le suivi. Dans cet échantillon de départ, nous avons aussi inclus les consultants qui étaient en arrêt depuis au moins 48 heures avant leur consultation initiale. Ils représentaient un cinquième de l'échantillon. Pour ce groupe ayant initié une tentative d'arrêt avant le suivi, nous avons utilisé un critère plus strict d'abstinence validée en retenant une mesure de $CO < 5$ ppm. Il s'agissait pour la plupart de personnes sensibilisées à l'arrêt tabagique par les unités de tabacologie hospitalières ou les équipes de liaison et de soins en addictologie au cours d'une hospitalisation pour des maladies cardiovasculaires, respiratoires ou encore lors du suivi d'une grossesse. En conséquence, compte tenu de l'interdiction de fumer en milieu hospitalier, ces fumeurs sevrés n'étaient pas nécessairement motivés à rester abstinentes.

En calculant le taux d'abstinence parmi les consultants en démarche d'arrêt (c'est à dire ceux ayant fait une tentative d'arrêt durant le suivi ou en amont du suivi), nous utilisons une méthode d'évaluation comparable à celle employée au Royaume-Uni. Nous obtenons ainsi des résultats qui peuvent être comparés aux résultats des services d'aide au sevrage anglais, pour lesquels les consultants non retournés en consultation sont systématiquement exclus du calcul du taux d'abstinence.

Analyses

Des analyses descriptives ont été réalisées à l'aide des tests de Chi2 pour les variables catégorielles et des analyses de variance pour les variables continues. Afin de mettre en évidence les facteurs prédictifs de l'abstinence maintenue un mois, un modèle logistique a été ajusté sur les caractéristiques de base des fumeurs et les modalités de prise en charge du sevrage qui étaient significativement associées à l'abstinence en comparaison bivariée. Les variables d'ajustement étaient : âge, niveau d'études, situation professionnelle, nombre de précédentes tentatives d'arrêt, niveau de confiance pour l'arrêt, consommation quotidienne de cannabis, mésusage d'alcool, traitements prescrits et nombre de consultations. Dans un second temps, nous avons testé les interactions suivantes : âge $\times$ consommation quotidienne de cannabis, traitements prescrits $\times$ nombre de consultations.

Les p-values $\leq 0,05$ et les intervalles de confiance à 95% (IC95%) d'odds ratios (OR) non inclusifs de l'unité ont été retenus comme significatifs. Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SAS® version 9.4.

Résultats

Profil des patients suivis en consultation de tabacologie

Parmi les 23 810 consultants suivis, l'âge moyen était de 45,5 ans (écart-type : 12,6). Les femmes représentaient 53,3% des consultants, 60,7% étaient actifs, 31% avaient fait des études supérieures, 31% n'avaient jamais fait de précédentes tentatives d'arrêt ; 49% étaient de gros fumeurs (11 à 20 cigarettes/jour) avant la prise en charge, 43% avaient une forte dépendance tabagique (score de Fagerström ≥ 7) et 23,5%

avaient des antécédents de mésusage d'alcool. Seuls 3,3% ont indiqué une consommation quotidienne de cannabis. La consommation quotidienne de cannabis était plus souvent rapportée par les jeunes adultes : 8,8% pour les 18-24 ans, 5,2% pour les 25-44 ans et 1,4% pour les ≥ 45 ans ($p < 0,0001$).

Parmi les consultants, 73,7% ont reçu une prescription d'au moins une forme de TSN (formes orales ou patch), 46,8% ont eu une prescription d'une combinaison de TSN et 3,7% ont reçu une prescription de varénicline.

Sevrage tabagique en consultation

Une démarche d'arrêt durant ou en amont de leur suivi en CDT a été initiée par 10 161 consultants.

Tableau 1

Taux d'abstinence selon le profil des consultants en démarche d'arrêt dans les consultations de tabacologie CDTnet entre 2011 et 2013, France

	Profil initial n (%)	Taux d'abstinence n (%)
Femmes	5 370 (52,8)	2 435 (45,3)
Hommes	4 791 (47,2)	2 158 (45,0)
<i>p-value</i>	—	0,378
18-24 ans	361 (3,6)	110 (30,5)
25-44 ans	4 291 (42,2)	1 938 (45,2)
45 ans ou plus	5 509 (54,2)	2 545 (46,2)
<i>p-value</i>	—	<0,0001
Sans diplôme	1 861 (18,3)	713 (38,3)
BEP, CAP	2 736 (26,9)	1 224 (44,7)
Niveau lycée ou Baccalauréat	2 071 (20,4)	957 (46,2)
Études supérieures ($\geq$Bac +2)	3 493 (34,4)	1 699 (48,6)
<i>p-value</i>	—	<0,0001
Actifs	6 637 (65,3)	3 048 (45,9)
Retraités	1 374 (13,5)	672 (48,9)
Chômeurs	767 (7,6)	306 (39,9)
Inactifs	584 (5,7)	230 (39,4)
Étudiants ou apprentis	162 (1,6)	52 (32,1)
Adultes handicapés	637 (6,3)	285 (44,7)
<i>p-value</i>	—	<0,0001
Score de HAD * ≥ 11 (anxiété)		
Oui	3 092 (30,4)	1 398 (45,2)
Non	6 789 (66,8)	3 046 (44,9)
<i>p-value</i>	—	0,748
Score de HAD ≥ 8 (dépression)		
Oui	1 636 (16,1)	731 (44,7)
Non	8 245 (81,1)	3 713 (45,0)
<i>p-value</i>	—	0,794
Antécédents de dépression nerveuse		
Oui	2 510 (24,7)	1 149 (45,8)
Non	7 381 (72,6)	3 290 (44,6)
<i>p-value</i>	—	0,295



Tableau 1 (suite)

	Profil initial	Taux d'abstinence
	n (%)	n (%)
Aucune précédente tentative d'arrêt	2 549 (25,1)	1 071 (42,0)
1-2 précédentes tentatives d'arrêt	4 723 (46,5)	2 083 (44,1)
≥3 précédentes tentatives d'arrêt	2 646 (26,0)	1 302 (49,2)
<i>p-value</i>	–	<0,0001
≤10 cigarettes par jour avant le suivi	1 934 (19,0)	852 (44,1)
11-20 cigarettes par jour avant le suivi	5 263 (51,8)	2 392 (45,4)
≥ 21 cigarettes par jour avant le suivi	2 623 (25,8)	1 168 (44,5)
<i>p-value</i>	–	0,511
Score de Fagerström faible 0-4	2 842 (28,0)	1 259 (44,3)
Score de Fagerström moyen 5-6	3 031 (29,8)	1 326 (43,7)
Score de Fagerström élevé 7-10	4 045 (39,8)	1 871 (46,3)
<i>p-value</i>	–	0,081
Confiance en soi pour l'arrêt faible 0-4	1 899 (18,7)	832 (43,8)
Confiance en soi pour l'arrêt moyenne 5-6	3 609 (35,5)	1 547 (42,9)
Confiance en soi pour l'arrêt élevée 7-10	4 382 (43,1)	2 062 (47,1)
<i>p-value</i>	–	0,0005
Consommation quotidienne de cannabis au cours des 30 derniers jours		
Oui	246 (2,4)	83 (33,7)
Non	9 635 (94,8)	4 361 (45,3)
<i>p-value</i>	–	0,0003
Mésusage d'alcool (Score DETA ≥2)		
Oui	2 115 (20,8)	895 (42,3)
Non	7 766 (76,4)	3 549 (45,7)
<i>p-value</i>	–	0,006
Total	10 161 (100,0)	4 593 (45,2)

* HAD : Hospital Anxiety and Depression.

Parmi eux, le taux d'abstinence maintenue un mois était de 45,2% (n=4 593). Le tableau 1 montre que les taux d'abstinence les plus faibles ont été observés parmi les jeunes adultes (30,5%) et parmi les consommateurs quotidiens de cannabis (33,7%). Parmi les consultants ayant reçu une prescription de traitements pharmacologiques, le taux d'abstinence atteignait 47% pour une combinaison de TSN et 53% pour la varénicline (tableau 2).

Facteurs prédictifs de l'abstinence maintenue

Les facteurs qui augmentaient les chances d'abstinence étaient : un niveau d'études supérieures (≥ Bac +2) et une confiance en soi pour l'arrêt élevée (tableau 3). Les facteurs qui réduisaient les chances d'abstinence étaient : être âgé de 18-24 ans et un antécédent de mésusage d'alcool. Une fois ajusté dans le modèle logistique multivarié, la consommation de cannabis n'était pas significativement associée à l'abstinence maintenue (tableau 3). Par ailleurs, l'interaction entre l'âge et la consommation quotidienne de cannabis n'était pas significative non plus (donnée non présentée sur le tableau 3).

En revanche, l'interaction entre les traitements prescrits et le nombre de consultations a mis en évidence une

augmentation de l'effet des combinaisons de TSN avec l'intensité du suivi : OR=1,11 (IC95%: [0,89-1,39]) pour 2-3 consultations, OR=1,43 [1,13-1,80] pour 4-6 consultations, OR=1,60 [1,21-2,12] pour ≥7 consultations. L'augmentation des taux de sevrage était aussi observée avec l'intensité du suivi en cas de prescription de varénicline (p=0,0017). Toutefois, l'impact de cette prescription sur l'abstinence n'était plus significatif parmi les consultants ayant assisté à ≥7 consultations : OR=1,48 [0,89-2,46].

Discussion

Parmi les consultants en démarche d'arrêt dans les centres CDTnet, 45,2% ont réussi à maintenir l'abstinence pendant au moins un mois. Nos résultats sont comparables à ceux obtenus dans les services d'aide à l'arrêt anglais pendant la même période. En effet, en Angleterre, le taux d'abstinence maintenue un mois et validée par mesure du CO était de 35% à l'échelle nationale¹⁰ et de 44% dans neuf centres participants à une étude prospective¹¹.

Dans les CDT, lorsque la prise en charge associait des traitements pharmacologiques à un soutien comportemental, le taux d'abstinence atteignait

Tableau 2

Taux d'abstinence maintenue un mois selon la prise en charge prescrite et le nombre de consultations de tabacologie CDTnet entre 2011 et 2013, France

	Prise en charge	Taux d'abstinence
	n (%)	n (%)
Prise en charge comportementale sans prescription pharmacologique	1 107 (10,9)	463 (41,8)
Prise en charge comportementale avec prescription de formes orales de TSN*	1 162 (11,4)	494 (42,5)
Prise en charge comportementale avec prescription de patch nicotinique	1 896 (18,7)	761 (40,1)
Prise en charge comportementale avec prescription de patch nicotinique et de formes orales de TSN	5 165 (50,8)	2 430 (47,0)
Prise en charge comportementale avec prescription de varénicline	479 (4,7)	254 (53,0)
<i>p-value</i>	–	<0,0001
2-3 consultations	4 521 (44,5)	1 403 (31,0)
4-6 consultations	3 564 (35,1)	1 946 (54,6)
≥7 consultations	2 076 (20,4)	1 244 (59,9)
<i>p-value</i>	–	<0,0001
Total	10 161 (100,0)	4 593 (45,2)

*TSN : traitements de substitution nicotinique.

53%. Ce résultat est extrêmement encourageant car il a été souligné dans la littérature qu'avec une prise en charge optimale, le taux d'abstinence maintenue un mois devrait être d'environ 50%¹².

La moitié des consultants a reçu une prescription de combinaison de TSN. La pratique clinique en CDT est ici en accord avec une récente méta-analyse qui a montré un effet bénéfique accru de la prescription d'une combinaison de TSN sur l'abstinence comparée à la prescription d'une seule forme de TSN¹³. Nos résultats soulignent également l'importance d'une prise en charge intensive, avec des taux d'abstinence qui augmentent avec le nombre de consultations^{14,15}.

Une grande part des consultants (43%) était très dépendante au tabac. De plus, la moitié des consultants étaient de gros fumeurs avant prise en charge *versus* 37,5% en population générale d'après le Baromètre Santé 2014⁴. Il semblerait donc que les consultations de tabacologie reçoivent les fumeurs les plus sévères, tout comme la ligne Tabac Info Service, dont les primo-appelants sont pour moitié (53,5%) des fumeurs dépendants¹⁶. Des données longitudinales américaines ont permis d'identifier que ce sont souvent les fumeurs les plus dépendants qui ont recours à une aide individuelle pour arrêter de fumer¹⁷.

Selon le Baromètre Santé 2014, 48,2% des chômeurs et 36% des personnes aux revenus les plus faibles fument quotidiennement⁸. Nos résultats montrent que, bien qu'ils soient encore peu nombreux à accéder aux consultations de tabacologie, des catégories de fumeurs précaires parviennent à l'abstinence une fois pris en charge. Ainsi, les chômeurs et bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ont obtenu des taux d'abstinence qui n'étaient pas significativement différents de ceux des consultants en activité. Ce résultat apporte donc une perspective positive, sachant que les services d'aide à l'arrêt du

tabac en Europe ont plutôt tendance à contribuer aux inégalités sociales de santé¹⁸.

Nos résultats suggèrent que la présence d'une co-addiction à l'alcool ou au cannabis est un frein au maintien de l'abstinence. Les données de la cohorte Tempo (Trajectoires épidémiologiques en population) ont mis en évidence que la consommation de cannabis réduisait les chances de sevrage chez les jeunes¹⁹. Nos analyses croisées n'ont pas permis de confirmer cette tendance chez les jeunes adultes, malgré la forte proportion de consommateurs de cannabis. Quoi qu'il en soit, le faible taux d'abstinence obtenu par nos jeunes adultes rejoint les résultats britanniques qui indiquaient également que les taux d'abstinence augmentaient avec l'âge¹⁰.

Notre analyse est basée sur des données issues des consultations de tabacologie de l'ensemble des régions françaises et recevant des fumeurs qui, dans la population générale, ont des profils caractérisés par des prévalences élevées ou des difficultés à se sevrer : forte dépendance au tabac, mésusage d'alcool et niveau socioéconomique bas. Bien que les fumeurs pris en charge en consultation de tabacologie ne soient pas représentatifs des fumeurs de la population générale, chez lesquels les niveaux de consommation sont plus faibles, nos résultats apportent des données pertinentes sur l'efficacité de nos efforts nationaux de lutte contre le tabagisme pour certains groupes de fumeurs qui semblent le plus avoir besoin de cette aide spécifique.

Nous avons relevé un certain nombre de limites dans cette étude. Les données qualitatives enregistrées par les équipes de tabacologie auraient pu nous indiquer si les fumeurs avaient vraiment initié une démarche d'arrêt avant leur suivi en tabacologie, si ces données avaient été enregistrées systématiquement. Toutefois, l'enregistrement des commentaires des professionnels

Tableau 3

Odds ratios associés à l'abstinence parmi les consultants en démarche d'arrêt dans les consultations de tabacologie CDTnet entre 2011 et 2013, France

	Abstinence vs. poursuite du tabagisme
	OR [IC95%]
18-24 ans	0,65 [0,50-0,85]
25-44 ans	0,99 [0,90-1,09]
45 ans ou plus	Référence
Sans diplôme	Référence
BEP, CAP	1,21 [1,06-1,38]
Niveau lycée ou Baccalauréat	1,27 [1,10-1,46]
Études supérieures (≥ Bac +2)	1,40 [1,23-1,60]
Actifs	Référence
Retraités	1,17 [1,02-1,34]
Chômeurs	0,88 [0,75-1,04]
Inactifs	0,93 [0,77-1,12]
Étudiants ou apprentis	0,84 [0,57-1,22]
Adultes handicapés	0,99 [0,83-1,19]
Aucune précédente tentative d'arrêt	Référence
1-2 précédentes tentatives d'arrêt	1,03 [0,93-1,14]
≥3 précédentes tentatives d'arrêt	1,12 [1,00-1,27]
Confiance en soi pour l'arrêt faible 0-4	Référence
Confiance en soi pour l'arrêt moyenne 5-6	1,04 [0,92-1,17]
Confiance en soi pour l'arrêt élevée 7-10	1,33 [1,18-1,49]
Consommation quotidienne de cannabis au cours des 30 derniers jours	0,76 [0,57-1,01]
Mésusage d'alcool (DETA ≥2)	0,84 [0,75-0,93]
Prise en charge comportementale sans prescription pharmacologique	Référence
Prise en charge comportementale avec prescription de formes orales de TSN *	1,15 [0,97-1,38]
Prise en charge comportementale avec prescription de patch nicotinique	1,01 [0,86-1,19]
Prise en charge comportementale avec prescription de patch nicotinique et de formes orales de TSN	1,33 [1,15-1,53]
Prise en charge comportementale avec prescription de varénicline	1,55 [1,24-1,95]
2-3 consultations	Référence
4-6 consultations	2,60 [2,36-2,86]
≥7 consultations	3,27 [2,92-3,66]

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

* TSN : traitements de substitution nicotinique.

n'était pas obligatoire pour la saisie des dossiers dans le registre CDTnet. Ceci explique pourquoi nous avons opté pour un seuil de mesure de CO expiré plus faible lors de la première visite afin d'identifier les participants qui avaient effectivement débuté un sevrage avant le suivi, de façon à ne pas surestimer nos taux de sevrage.

La principale limite de l'étude tient aux données de suivi non enregistrées dans le registre CDTnet, compte tenu des effectifs limités en tabacologie (0,12 médecin formé en équivalent temps plein (ETP), 0,33 infirmière en ETP et 0,20 secrétaire médicale en ETP), selon une enquête en ligne menée en 2014 auprès des consultations de tabacologie participant à CDTnet et dont le taux de réponse était de 41%. Nous avons par exemple classé comme non-abstinents 70,7% des participants qui avaient

initié une démarche d'arrêt avant leur première visite en raison de mesures de CO manquantes dans les données de suivi et ce, malgré des abstinences déclarées pour la plupart d'entre eux.

Malgré ces limites, les résultats ne sont probablement pas surestimés, puisqu'ont été considérés comme fumeurs tous les participants avec des données de suivi manquantes en utilisant une validation biochimique stricte pour identifier les abstinents.

Enfin, il apparaît que le recours aux consultations de tabacologie est faible en France, en dépit de la situation épidémiologique⁴. Les résultats de cette étude peuvent contribuer à promouvoir l'utilisation de ces consultations.

Conclusion

L'évaluation de l'efficacité des consultations de tabacologie du programme CDTnet ouvre des perspectives très encourageantes pour l'aide individuelle au sevrage tabagique. En effet, avec une prise en charge intensive adaptée, le taux d'abstinence maintenue dépasse les 50%. En outre, une étude prospective menée dans des services d'aide à l'arrêt britanniques a montré qu'avec 44% de consultants restés abstinents pendant un mois, 8% restent abstinents un an¹¹. La prise en charge en CDT permet donc de conduire davantage de fumeurs à l'abstinence que l'arrêt non accompagné (environ 3% d'abstinence sans aide). ■

Remerciements

Les auteurs remercient les équipes participant au programme CDT. Des fonds de recherche de la fondation Gilbert Lagrue ont été utilisés pour financer le poste de recherche en santé publique de Monique Baha.

Références

- [1] WHO report on the global tobacco epidemic. Appendix X: Comparable prevalence estimates for tobacco smoking 2013. Geneva: World Health Organization; 2015. http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/
- [2] European Commission. Special Eurobarometer 429: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Brussels: EC; 2015. 214 p. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf
- [3] Gisle L, Demarest S. La consommation de tabac. In: Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportements de santé et style de vie. Bruxelles: WIV-ISP; 2014. p. 10-13. https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_LS_FR_2013.pdf
- [4] Guignard R, Beck F, Wilquin JL, Andler R, Nguyen-Thanh V, Richard JB, et al. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(17-18):281-8. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12567
- [5] Health & Social Care Information Centre. Statistics on smoking. England 2014. Leeds: HSCIC; 2014. 74 p. <http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB14988/smok-eng-2014-rep.pdf>
- [6] Verdurmen J, Monshouwer K, Van Laar M. Factsheet Continu Onderzoek Rookgewoonten 2014. Utrecht: Trimbos-instituut; 2015. 6 p. <https://assets.trimbos.nl/docs/21388531-6303-48f7-9a47-51898fb427df.pdf>
- [7] World Health Organization. Regional Office for Europe. European tobacco control. Status report 2014. Copenhagen: WHO-Euro; 2014. 42 p. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/248418/European-Tobacco-Control-Status-Report-2014-Eng.pdf?ua=1
- [8] Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. Evolutions. 2015;(31). 6 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1611>
- [9] Baha M, Le Faou AL. L'arrêt progressif du tabac en consultation de tabacologie en France entre 2007 et 2010, une option efficace pour les gros fumeurs. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(17-18):315-20. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12572
- [10] Health and Social Care Information Centre. Statistics on NHS Stop Smoking Services: England, April 2011 – March 2012. Leeds: HSCIC; 2012. 125 p.
- [11] Dobbie F, Hiscock R, Leonardi-Bee J, Murray S, Shahab L, Aveyard P, et al. Evaluating Long-term Outcomes of NHS Stop Smoking Services (ELONS): a prospective cohort study. Health Technol Assess. 2015;19(95):1-156.
- [12] West R, May S, West M, Croghan E, McEwen A. Performance of English stop smoking services in first 10 years: analysis of service monitoring data. BMJ. 2013;347:f4921. <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f4921.long>
- [13] Patnode CD, Henderson JT, Thompson JH, Senger CA, Fortmann SP, Whitlock EP. Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: A review of reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence synthesis, No. 134. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2015. 209 p. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed-health/PMH0079361/pdf/PubMedHealth_PMH0079361.pdf
- [14] Dorner TE, Tröstel A, Womastek I, Groman E. Predictors of short-term success in smoking cessation in relation to attendance at a smoking cessation program. Nicotine Tob Res. 2011;13(11):1068-75.
- [15] Fiore M, Jaén C, Baker T, Bailey W, Benowitz N, Curry S, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008. 276 p. <http://bphc.hrsa.gov/buckets/treatingtobacco.pdf>
- [16] Smadja O, Nguyen-Thanh V, Chareyre L. Tabac Info Service : données d'activité 2011. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2012. 11 p. http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/telephonie_sante/pdf/bilan-tis-2011.pdf
- [17] Myers MG, Strong DR, Linke SE, Hofstetter CR, Al-Delaimy WK. Predicting use of assistance when quitting: a longitudinal study of the role of quitting beliefs. Drug Alcohol Depend. 2015;149:220-4.
- [18] Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. Eur J Public Health. 2014;24(4):551-6.
- [19] Khati I, Menvielle G, Chollet A, Younès N, Metadieu B, Melchior M. What distinguishes successful from unsuccessful tobacco smoking cessation? Data from a study of young adults (TEMPO). Prev Med Rep. 2015;2:679-85.

Citer cet article

Baha M, Boussadi A, Le Faou AL. L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(30-31):541-7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_8.html