

Taux d'abstinence dans la base CDTnet

Anne-Laurence Le Faou, MD, PhD
Monique Baha, PhD
Abdelali Boussadi, PhD

Hôpital Européen Georges Pompidou (AP-HP)
Paris, France

Financement : Fondation Gilbert Lagrue

Journées Santé Publique France, 8 juin 2016, Paris

Quelques chiffres

- Hausse des tentatives d'arrêt entre 2010 et 2014 :
de 25,2% à 29,0% des 15-75 ans (Baromètre Santé 2014).
- Mais prévalence encore élevée à 28,2% de fumeurs quotidiens
 - chômeurs : 48,2%
 - sans diplôme : 38,2%
 - 20-34 ans : 44%
- Axe 2 du PNRT « aider les fumeurs à arrêter »
 - les CDT continuent de recevoir les fumeurs les plus sévères.

Les données CDTnet en 2011 - 2012

- 163 consultations participantes

Selon une enquête interne réalisée en 2014 (50 centres répondants)

- 3 CDT sur 4 sont des services hospitaliers.
- ratio de 3 IDE tabacologues pour 1 médecin tabacologue
- Prise en charge médicamenteuse :
 - Traitement de substitution nicotinique (TSN)
 - Varenicline
- Prise en charge comportementale :
 - Établir une relation de confiance dans l'écoute sans jugement
 - Conseils et suivi adaptés au profil du consultant
(ex: réduction progressive vs. arrêt sans réduction)

Les données CDTnet en 2011 – 2012

Prise en charge comportementale

Outils les plus fréquents en CDT (selon la taxonomie de Michie et al, 2013):

- Mettre en place une stratégie de sevrage en accord avec le consultant.
- Evaluer les progrès réalisés.
- Féliciter le consultant pour les progrès réalisés.
- Expliquer au consultant l'intérêt et l'utilisation des traitements pharmacologiques.
- Conseiller au consultant comment gérer le stress et l'anxiété.
- Définir les objectifs en accord avec le consultant.
- Vérifier que le consultant a atteint les objectifs définis.
- Mesurer le CO en expliquant sa signification.
- Expliquer le syndrome du manque.
- Discuter des avantages et inconvénients du sevrage.

Objectifs

- Evaluer l'efficacité des consultations de la base CDTnet
 - Critère d'évaluation comparable avec les données de la littérature.
- Déterminer les facteurs influant sur le sevrage
 - Dans le profil des consultants.
 - Dans la prise en charge.

Méthodes

Population

- 43 328 dossiers de nouveaux consultants adultes reçus en 1^{ère} consultation entre Janvier 2011 et Décembre 2012.
- Près de la moitié n'a assisté qu'à un seul rendez-vous (comparable aux données du NHS).
- 23 810 adultes ≥ 18 ans ont été suivis (\geq deux consultations)
 - les données des consultations de suivi ont été examinées au cours de la période de Janvier 2011 à Décembre 2013

Méthodes

Analyse des données de suivi

- Arrêt durant le suivi :
 - 0 cigarette déclaré et validé par une mesure de CO $<$ ou égale à 10 ppm lors de chaque consultation de suivi.
- Critère de jugement :
 - abstinence continue pendant 1 mois après un arrêt durant le suivi.
 - Taux d'abstinence calculé sur le groupe des fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt durant le suivi
(identique au critère de jugement retenu au sein du National Health Service - NHS – Grande-Bretagne)
 - Prise en compte des **consultants arrivés sevrés depuis au moins 48 heures** (suivi post-hospitalisation en cardiologie, pneumologie ou maternité le plus souvent)
- Facteurs prédictifs de l'abstinence : modèle logistique multivarié avec sélection séquentielle des co-variables.

Why use CO-verified 4-week quit rates as the primary measure of stop smoking service success?

© 2014 National Centre for Smoking Cessation and Training (NCSCT)

Author: Lion Shahab

Editor: Andy McEwen

Reviewers: Robert West, Melanie Mclvar, Linda Bauld, Gay Sutherland

- Il y a moins de perdus de vue à 1 mois qu'à 6 ou 12 mois ce qui minimise le risque de sous-estimer l'efficacité de l'aide au sevrage.
- Entreprendre une évaluation à long terme est coûteux financièrement et en personnel.
- L'abstinence continue à 4 semaines a une spécificité de 90% pour détecter les consultants en rechute.

Résultats

Profil des consultants suivis

- socio-démographique
 - 53,3% de femmes
 - âge moyen : 45,5 ans (et 12,6)
 - 60,7% actifs
 - 31,0% avaient fait des études supérieures
- Comportement tabagique
 - 31% n'avaient jamais fait de tentatives d'arrêt
 - 49% étaient de gros fumeurs (11 à 20 cigarettes/jour)
 - 43% avaient une forte dépendance tabagique (score de Fagerström ≥ 7)
- Co-addictions
 - 23,5% avaient des antécédents de mésusage d'alcool
 - 3,3% ont indiqué une consommation quotidienne de cannabis (8,8% chez les 18-24 ans)

Résultats

Sevrage

- 42,7% (n=10 161) des consultants suivis ont fait une tentative d'arrêt durant le suivi.
- Parmi les consultants ayant fait une tentative d'arrêt, le taux d'abstinence maintenue **un mois était de 45,2%** (n=4 593)

Résultats

Profil des consultants et abstinance

	n (%)	Taux d'abstinance (%)
Sans diplôme	1861 (18,3)	713 (38,3)
BEP, CAP	2736 (26,9)	1224 (44,7)
Niveau lycée ou Bac	2071 (20,4)	957 (46,2)
Etudes supérieures	3493 (34,4)	1699 (48,6)
p	-	<0,0001
Actifs	6637 (65,3)	3048 (45,9)
Retraités	1374 (13,5)	672 (48,9)
Chômeurs	767 (7,6)	306 (39,9)
Inactifs	584 (5,7)	230 (39,4)
Etudiants ou apprentis	162 (1,6)	52 (32,1)
Adultes bénéficiaires de l'AAH	637 (6,3)	285 (44,7)
p	-	<0,0001

Résultats

Profil des consultants et abstinence

	Profil initial (%)	Taux d'abstinence
Aucune précédente tentative d'arrêt	2 549 (25,1%)	1 071 (42,0%)
1 – 2 précédente tentative d'arrêt	4 723 (46,5%)	2 083 (44,1%)
≥ 3 précédentes tentative d'arrêt	2 646 (26,0%)	1 302 (49,2%)
p	-	p<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%)
p	-	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%)
p	-	0,081
Total	10 161 (100,0%)	4 593 (45,2%)

Résultats

Profil des consultants et abstinence

	Profil initial (%)	Taux d'abstinence
Mésusage d'alcool (DETA \geq 2)		
Oui	2 115 (20,8)	895 (42,3)
Non	7 766 (76,4)	3 549 (45,7)
p-value	-	0,006
Consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours		
Oui	246 (2,4)	83 (33,7)
Non	9 635 (94,8)	4 361 (45,3)
p-value	-	0,0003
Total	10 161 (100,0)	4 593 (45,2)

Résultats

Prise en charge et abstinence – analyse bivariée

	Prescription (%)	Taux d'abstinence (%)
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 et 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%)
p		<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)
p	–	<0,0001
Total	10 161 (100,0)	4 593 (45,2)

Résultats

Prise en charge et abstinence – analyse multivariée

	Abstinence vs poursuite du tabagisme – OR (IC à 95%)
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]
Etudes supérieures (\geq 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]
Etudiants ou apprentis	0,84 [0,57 – 1,22]
Bénéficiaires Allocation Adulte handicapé	0,99 [0,83 – 1,19]

Résultats

Prise en charge et abstinence – analyse multivariée

	Abstinence – OR (IC à 95%)
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 et 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]

Discussion Points forts et limites

- Taux d'abstinence élevés lorsque prise en charge adaptée
 - Même les fumeurs les plus dépendants peuvent réussir leur sevrage.
 - Résultats comparables à ceux des services britanniques pendant la même période (35% à l'échelle nationale et 44% dans 9 centres (ELONS, 2015))
- La moitié des consultants a reçu une combinaison de TSN (méta-analyse de Patnode 2015)
- 6,4% des consultants ont reçu une prescription de varénicline
- Importance dans nos résultats d'une prise en charge intensive (Fiore 2008)

Discussion et Conclusion

Points forts et limites

- Les consultations de tabacologie accueillent les fumeurs les plus sévères
 - 43% de forte dépendance vs 37,5% en population générale (Baromètre 2014)
 - comparable à la ligne Tabac Info Service avec 53,5% de primo-appelants dépendants (Smadja 2012)
- Une population pas assez représentative.
 - Trop peu de chômeurs ont accès aux CDT. Mais taux de sevrage encourageants en CDT France par rapport aux données européennes au regard des inégalités sociales de santé (Brown 2014)
 - Des difficultés à recruter et sevrer les jeunes adultes. Au Royaume-Uni, les taux de sevrage augmentent aussi avec l'âge (NHS Stop Smoking Services 2012)

Conclusion

Perspectives pour la pratique

- Une prise en charge adaptée conduit à des taux d'abstinence de 50% en CDT
- Perspectives encourageantes notamment pour les fumeurs précaires
- Faire adhérer à la prise en charge ceux qui n'assistent qu'à la 1^{ère} consultation d'information en diffusant ces résultats.