

Le sevrage tabagique à l'aide d'outils fondés sur les préférences : une étude pilote à méthode mixte d'une nouvelle intervention auprès de fumeurs ayant une faible position socio-économique

Mégane Héron, Anne-Laurence Le Faou, Gladys Ibanez, Brigitte Métadieu, Maria Melchior & Fabienne El-Khoury Lesueur

Résumé

Contexte

Comparés aux fumeurs ayant une position socio-économique favorable, les fumeurs ayant une faible position socio-économique ont moins de chances de réussir leur tentative d'arrêt du tabac. Des approches personnalisées sont donc nécessaires, et les médecins généralistes pourraient contribuer à approcher et aider une population généralement difficile à atteindre.

Méthodes

STOP (Sevrage Tabagique à l'aide d'Outils dédiés selon la Préférence) est une étude pilote, examinant la faisabilité, l'acceptabilité et la potentialité d'une intervention de sevrage tabagique centrée sur la préférence du fumeur. Des fumeurs à faible SSE, souhaitant arrêter de fumer, ont été recrutés dans six centres de soins de la région parisienne. Ils ont été invités à choisir entre différents types de produits de substitution nicotinique (TSN) et/ou e-cigarette avec des liquides délivrés gratuitement pour aider leur tentative de sevrage tabagique. Nous décrivons les caractéristiques des participants recrutés, leur perception des aides à l'arrêt du tabac et l'évolution de leur statut tabagique 4 à 6 semaines après le recrutement.

Résultats

Nous avons recruté 49 participants, dont 29 % ont choisi une e-cigarette, 29 % ont choisi un TSN et 42 % ont choisi à la fois une e-cigarette et un TSN. L'intervention a été jugée acceptable par les participants et les professionnels de la santé. Parmi les 24 participants suivis pendant au moins un mois, 14 (28% de l'ensemble des participants) ont arrêté de fumer, et 9 (18%) ont considérablement réduit leur consommation.

Conclusion

L'intervention STOP est faisable et acceptable, même si des efforts supplémentaires doivent être faits pour limiter les pertes de suivi. Cette intervention basée sur les préférences présente également des perspectives intéressantes pour aider les fumeurs ayant un faible SSE à arrêter de fumer. Nous allons tester l'efficacité de cette intervention basée sur les préférences dans un essai contrôlé randomisé.

Contexte

La prévalence du tabagisme chez les personnes ayant un faible statut socio-économique (SSE) est restée durablement plus élevée que chez les personnes ayant un SSE élevée, même si les taux de tabagisme globaux ont considérablement diminué dans les pays occidentaux^{1,2}. Ce gradient social du tabagisme est bien visible en France, où les adultes sans emploi sont deux fois plus susceptibles de fumer que les adultes ayant un emploi (39,9 % contre 19,5 %) ³. Il s'explique en partie par des taux plus faibles de tentatives réussies d'arrêt du tabac dans les populations socialement défavorisées ⁴. En fait, même si les fumeurs ayant un faible SSE sont intéressés par l'arrêt du tabac et tentent d'arrêter à des taux similaires à ceux des autres fumeurs, ils ont moins de chances de réussir ⁵. Par conséquent, des interventions "ciblées", conçues et destinées aux fumeurs ayant un faible SSE, sont nécessaires pour réduire les inégalités en matière de santé. En fait, de plus en plus de données suggèrent que les interventions universelles (c'est-à-dire les stratégies d'intervention "non ciblées" visant l'ensemble de la population) peuvent creuser les inégalités sociales de santé ⁶.

De plus, les fumeurs à faible SSE ont tendance à avoir des niveaux de dépendance à la nicotine plus élevés que les autres fumeurs ⁵, et pourraient donc bénéficier d'une thérapie de remplacement de la nicotine (TSN) pour arrêter ou réduire leur consommation de tabac tout en réduisant l'inconfort des symptômes de sevrage de la nicotine. De plus, il a également été démontré que les cigarettes électroniques (e-cigarettes) pouvaient aider les tentatives de fumer ^{7,8}, même si peu de données sur leur efficacité chez les fumeurs à faible SSE sont disponibles. En France, même si certains produits TSN sont actuellement partiellement remboursés par le système national français d'assurance maladie ⁹, les fumeurs sans assurance complémentaire doivent toujours payer au moins 35% du prix. De plus, les données les plus récentes du Baromètre santé

français indiquent que les fumeurs ayant un SSE élevé sont plus susceptibles d'arrêter et/ou d'utiliser des TSN et des e-cigarettes pour arrêter de fumer que les fumeurs moins favorisés socialement ¹⁰. Les fumeurs ayant un SSE faible ont généralement moins accès à l'information médicale et peuvent être découragés d'utiliser des aides à l'arrêt s'ils doivent les payer (même partiellement) ¹¹. Le fait de payer d'avance pour un kit d'e-cigarette (environ 50-80€), ou de payer de sa poche une partie du prix du TSN pourrait entraver les tentatives d'arrêt du tabac chez les fumeurs ayant des difficultés financières.

Un autre facteur qui pourrait contribuer aux inégalités sociales dans la consommation de tabac est le préjugé implicite des professionnels de santé concernant les fumeurs avec un SSE faible. Des études ont montré que les professionnels de santé perçoivent un SSE faible comme un obstacle à l'arrêt du tabac, ¹² et ont tendance à offrir moins de conseils d'arrêt ou de réduction du tabagisme à leurs patients les plus défavorisés socialement ¹³. Les données sur les perceptions des professionnels de santé concernant les TSN et les e-cigarettes sont également rares. Une meilleure compréhension de leurs perceptions concernant ces outils pourrait contribuer à améliorer les interventions de sevrage tabagique dans les établissements de soins primaires.

La médecine de prise de décision partagée - où les patients sont davantage impliqués dans le processus de décision médicale - a rapidement gagné du terrain auprès des patients et des cliniciens ¹⁴. Compte tenu de l'existence de différents outils de sevrage tabagique, la personnalisation des traitements en fonction des préférences des fumeurs pourrait être plus efficace que les procédures standardisées de sevrage tabagique.

C'est pourquoi nous avons développé "STOP" (*Sevrage Tabagique à l'aide d'Outils dédiés selon la Préférence : Smoking Cessation using preference-based tools*), une intervention de sevrage tabagique destinée aux fumeurs ayant un faible SSE. Cette intervention est menée par des professionnels de la santé et est basée sur le choix par les participants de leur(s) aide(s) à l'arrêt du tabac préférée(s).

Dans cette étude pilote, nous étudions la faisabilité et l'acceptabilité de l'intervention STOP dans six centres différents situés dans la région parisienne en France, et nous examinons si les résultats préliminaires sur l'arrêt du tabac sont suffisamment encourageants pour justifier un essai contrôlé randomisé.

Méthodes

Participants et recrutement

Le recrutement a eu lieu entre juin 2018 et juillet 2019. Pour être inclus, les individus devaient être ≥ 18 ans, fumer au moins une cigarette par jour, et souhaiter arrêter ou réduire leur consommation de tabac. Les participants devaient également être au chômage (auto-déclaré) et/ou éligibles à au moins une prestation sociale réservée aux personnes à faibles revenus en France. Ces prestations comprennent la couverture maladie universelle (assurance maladie obligatoire avec/sans complémentaire), l'assurance maladie des sans-papiers (AME), l'allocation adulte handicapé (AAH), les minima sociaux (revenu minimum, prestation minimale après la période d'indemnisation du chômage), l'allocation de soutien familial (ASF), le complément familial (CF), l'aide au logement (APL) et la pension d'invalidité.

Les critères d'exclusion comprenaient l'incapacité physique ou mentale à participer à l'étude, évaluée par le professionnel de santé, l'incapacité à signer un consentement éclairé écrit en français, l'incapacité à communiquer en français, ou le fait d'être atteint d'une maladie en phase terminale ou en danger de mort. Les femmes enceintes et les fumeurs entreprenant un autre traitement actif de sevrage tabagique au moment de l'inclusion (pharmacothérapie incluant un TSN ou participation active à un programme de sevrage tabagique) étaient également exclus. L'utilisation actuelle (mais pas l'utilisation passée) d'e-cigarettes était également un critère d'exclusion.

Centres d'étude et recrutement

L'étude s'est déroulée dans six centres de la région du Grand Paris : deux hôpitaux, deux centres de santé municipaux et deux centres de traitement et de prévention des addictions (Fig. 1). En France, les personnes ayant un faible SSE sont plus susceptibles de se rendre dans les centres de santé communautaires et municipaux ou dans les hôpitaux publics que dans les cliniques privées, en raison de l'absence ou de la faiblesse des paiements de leur poche.

Figure 1



Centres participant à l'étude pilote STOP. 2018-2019

Les participants ont été recrutés par des médecins généralistes ou des spécialistes des addictions. Après une description claire du protocole de l'étude, les personnes admissibles qui ont accepté de participer à notre étude ont été invitées à signer un consentement éclairé écrit afin de participer.

Approbation éthique

L'étude pilote a obtenu l'approbation d'un comité d'éthique de la recherche médicale français (Comité de Protection des Personnes ; N° CPP 2018-19-1).

L'intervention STOP

L'intervention a commencé par un entretien motivationnel, au cours duquel les cliniciens ont interrogé les participants sur leur statut de fumeur et sur l'historique de leurs tentatives d'arrêt, mais aussi sur les obstacles et les facilitateurs potentiels de l'arrêt du tabac. Ensuite, le clinicien a décrit brièvement mais clairement les aides au sevrage tabagique existantes. Les produits de TSN disponibles étaient les suivants : patch transdermique, gomme, spray, inhalateur, sublingual et comprimés/lozenges. Les professionnels de santé pouvaient également fournir une e-cigarette (EnduraT20) ainsi que des e-liquides de différents parfums (fruits, menthol et tabac) et dosages de nicotine (6 mg/ml, 12 mg/ml et 16 mg/ml). Les cliniciens adaptaient les dosages de nicotine en fonction du nombre de cigarettes fumées par le participant et de ses antécédents tabagiques. Les participants étaient donc invités à choisir un ou plusieurs de ces outils pour les aider dans leur tentative d'arrêt ou de réduction du tabagisme. Les produits étaient donnés en quantité suffisante pour tenir jusqu'au rendez-vous suivant. Des conseils généraux sur le sevrage tabagique ont été donnés, et les effets secondaires attendus ont également été discutés.

Les participants étaient autorisés à conserver leur e-cigarette à la fin de l'étude.

Évaluation de base et suivi

Les patients ont été suivis pendant 4 à 6 semaines, avec trois rendez-vous différents : à l'inclusion, 7 à 10 jours, puis 4 à 6 semaines après l'inclusion, en remplissant un questionnaire à chaque rendez-vous. Au départ, les participants ont été interrogés sur le nombre de cigarettes et de cigarettes à rouler qu'ils fument par jour, ainsi que sur leur historique de tabagisme et de tentatives d'arrêt, et sur leur consommation d'autres substances psychoactives.

En outre, les données sur la perception du tabagisme des outils de sevrage tabagique (e-cigarettes et TSN), la consommation de substances psychoactives et les caractéristiques socio-démographiques ont également été déclarées par les intéressés eux-mêmes.

Nous avons traduit et adapté le *Modified Cigarette Evaluation Questionnaire* afin de mesurer les perceptions des participants sur les produits TSN et les e-cigarettes¹⁵. Les participants devaient donc répondre par "tout à fait d'accord" (1), "légèrement d'accord" (2), "neutre" (3), "légèrement en désaccord" (4) et "très en désaccord" (5) aux questions suivantes : " Pensez-vous que les TSN ou l'e-cigarette ... " a) aident à ne pas fumer, b) sont aussi bons que la cigarette pour la santé, c) sont acceptables pour les fumeurs, d) ont une perception sociale plus positive que le tabagisme ; e) sont efficaces pour le sevrage tabagique. Les scores additionnés ont ensuite été classés en trois catégories : attitude positive (< 9), neutre/indécise (9-13 pour l'e-cigarette et 9-12 pour les SN) et négative (≥ 14 pour l'e-cigarette et ≥ 13 pour les TSN). En cas de données manquantes sur plus d'une question, le score a été classé comme manquant (n = 11 pour TSN et n = 8 pour e-cigarette). Cinq participants avaient des données manquantes sur une question, et ont été classés en fonction des réponses sur les quatre autres réponses.

En outre, les symptômes anxieux et dépressifs ont été mesurés à l'aide de l'échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS)¹⁶. L'échelle HADS se compose de deux sous-échelles (anxiété et dépression) comportant chacune 7 énoncés et 4 réponses possibles allant de 0 à 3. Tous les éléments pertinents ont été additionnés et les seuils recommandés ont été utilisés pour créer trois catégories distinctes de symptômes d'anxiété ou de dépression : absence (< 7), cas possibles [8,9,10] et cas certains (≥ 11)¹⁷.

Les symptômes anxieux et dépressifs sont liés au tabagisme et aux tentatives d'arrêt¹⁸, et les informations sur ces symptômes pourraient également être utiles pour adapter les conseils personnalisés des cliniciens en matière d'arrêt du tabac.

Enfin, nous avons mesuré la perception d'avoir des difficultés professionnelles parmi les participants qui ont un emploi.

À chaque suivi, les participants ont déclaré leur statut tabagique (arrêt, réduction, maintien) ainsi que leur consommation d'autres substances.

Questionnaire pour les professionnels de la santé

Avant le début des procédures de recrutement de l'étude, les professionnels de santé travaillant dans les centres participants et pouvant prescrire des TSN, ont rempli un court questionnaire décrivant leurs opinions concernant les outils de sevrage tabagique. Nous leur avons également demandé à quelle fréquence et dans quelles situations, dans leur pratique régulière, ils parlent des TSN et des e-cigarettes en tant qu'aides au sevrage tabagique avec leurs patients fumeurs. Une échelle de type Likert a été utilisée pour mesurer les perceptions des professionnels de santé concernant les e-cigarettes ; ce score a été classé en trois catégories : attitude positive (< 11), neutre/indécise [11,12,13,14,15] et négative (> 15).

Recherche qualitative

Des entretiens de recherche qualitatifs individuels ont également été menés avec des patients volontaires et des professionnels de la santé, quelques mois après la fin de la phase de recrutement. L'analyse complète de ces entretiens fera l'objet d'un prochain article.

Nous rapportons deux courts extraits de transcriptions de deux entretiens, qui servent d'exemples : un entretien avec un participant qui a réussi à arrêter de fumer, et un second avec un clinicien.

Analyses

Nous avons d'abord procédé à une analyse descriptive des caractéristiques des patients dans l'ensemble et en fonction du statut de suivi des patients (perdus de vue O/N). Nous avons décrit les variables continues par leur moyenne et leur écart-type, tandis que les données catégorielles ont été rapportées sous forme de fréquences (pourcentages).

Résultats

Nous avons recruté 49 patients, principalement des hommes (61%), âgés en moyenne de 46 ans (sd = 11,5), dont plus de la moitié étaient sans emploi. Au moment de l'inclusion, les participants qui fumaient des cigarettes manufacturées (n = 35) ont déclaré fumer en moyenne 19 (sd = 10) cigarettes par jour, tandis que les fumeurs de tabac à rouler (n = 14) fumaient en moyenne 16 cigarettes (sd = 10) par jour (Tableau 1).

Tableau 1

	Total population N = 49
Center	
Athis Mons (addiction treatment and prevention center)	3
Aubervilliers (municipal health center)	6
Charonne (addiction treatment and prevention center)	12
Clamart (hospital)	4
Georges Pompidou (hospital)	13
Villejuif (municipal health center)	11
Sex	
Female	19 (38.8%)
Male	30 (61.2%)
Educational level	
< High school degree	29 (63.0%)
> = High school degree	18 (37.0%)
Missing	3
Professional difficulties	
Yes	9 (19.6%)
No	8 (17.4%)
Did not work at inclusion	29 (63.0%)
Missing	3
Symptoms of depression (HAD)	
Absence	6 (13.3%)
Possible case	14 (31.1%)
Definite case	25 (55.6%)
Missing	4
Symptoms of anxiety (HAD)	
Absence	16 (35.6%)
Possible case	19 (42.2%)
Definite case	10 (22.2%)
Missing	4
Has felt the need to reduce alcohol consumption	
Yes	17 (42.5%)
No	23 (57.5%)
Missing	9
Current use of cannabis	
Yes	14 (30.4%)
No	32 (69.6%)
Missing	3
Current use of another drug	
Yes	8 (18.6%)
No	35 (81.4%)
Missing	7

N = 49, 2018–2019

Les caractéristiques des participants en fonction de leur statut de suivi sont présentées dans l'Annexe 1.

Perception des outils de sevrage tabagique

Un cinquième (21 %) des participants à l'étude pilote STOP avaient une perception positive des TSN, 51 % avaient une opinion neutre/indécise et 28 % avaient une perception négative de ces produits.

Des schémas similaires ont été trouvés pour la perception des e-cigarettes, 26% des participants avaient une perception positive, 48% étaient neutres/indécis, et 28% des participants avaient une perception négative de cet outil.

Choix du ou des outils de sevrage tabagique

Environ un participant sur quatre a choisi une e-cigarette (n = 14, 29 %) et un TSN (n = 14, 29 %) pour l'aider dans sa tentative d'arrêt ou de réduction du tabagisme, et 42 % (n = 20) ont choisi les deux types d'outils d'arrêt du tabagisme. Un participant n'a pas indiqué sa préférence.

La plupart des participants (73 %) qui avaient une perception négative des e-cigarettes ont choisi les TSN. Les participants qui ont déclaré avoir une opinion neutre/indécise de l'e-cigarette l'ont surtout choisie comme aide au sevrage ou à la réduction du tabagisme. La plupart des participants ayant une perception neutre/indécise des TSN ont également fini par les choisir (40 % seuls et 35 % avec l'e-cigarette) (Annexe 2).

Consommation de cigarettes pendant le suivi

Les données de suivi au second rendez-vous pour 37 participants montrent que 11 (30%) participants ont réussi à arrêter complètement de fumer et 21 (57%) ont réduit significativement leur consommation de tabac. Le nombre moyen de cigarettes fumées a diminué de manière significative, passant de 19,2 (écart-type = 10) à l'inclusion à 7,7 (écart-type = 7) au deuxième rendez-vous. Cinq participants (13%) ont déclaré avoir une consommation de cigarettes inchangée (Fig. 2).

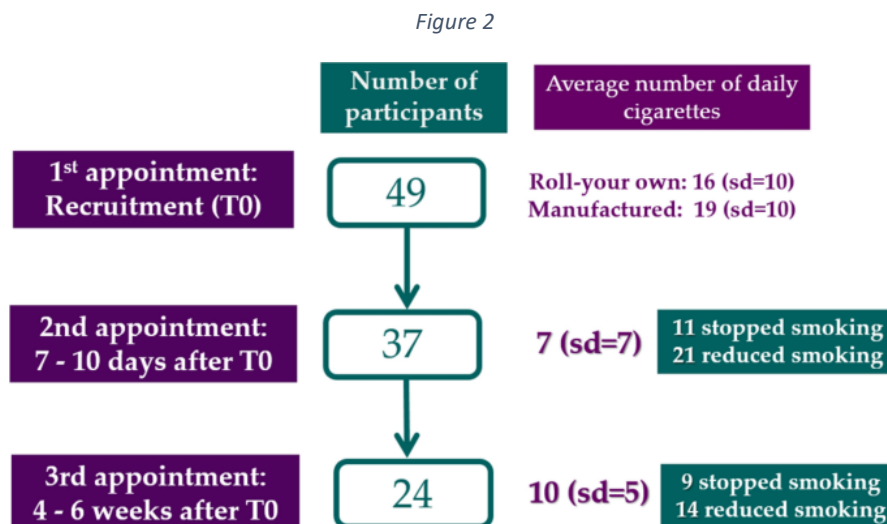


Schéma de l'étude pilote STOP

Les données de suivi recueillies au troisième rendez-vous pour 24 participants montrent que 14 (58 %) participants ont réussi à arrêter complètement de fumer et que 9 participants (38 %) ont réduit significativement leur consommation de tabac. Un participant n'a signalé aucune réduction de sa consommation de tabac. Le nombre moyen de cigarettes fumées a augmenté entre le 2ème et le 3ème rendez-vous de suivi : 10,3 (écart-type = 5).

Dans l'un des entretiens qualitatifs que nous avons menés, une ancienne fumeuse a déclaré : " J'ai participé à cette étude uniquement dans le but de recevoir une e-cigarette gratuite. Avant l'étude, je fumais 10 cigarettes à rouler par jour. J'ai essayé plusieurs fois d'arrêter de fumer en utilisant des produits TSN. J'ai tout testé mais rien n'a fonctionné pour moi. Je n'ai jamais réussi à arrêter de fumer malgré mes tentatives. Sans cette étude, je n'aurais jamais pu essayer la e-cigarette car je n'ai pas le budget pour en acheter une. J'ai arrêté de fumer depuis 3 ou 4 mois maintenant. J'utilise actuellement l'e-cigarette quotidiennement. Je n'ai qu'une seule peur pour le moment, celle de la casser car je n'aurais pas les moyens d'en acheter une autre. Je fais donc très attention avec elle. Je trouve que l'e-cigarette remplace bien la cigarette. Je suis content d'avoir pu retrouver mes sens du goût et de l'odorat, et je me sens beaucoup mieux physiquement. "

Questionnaire pour les professionnels de la santé

Dix-sept professionnels de la santé (trois médecins généralistes, onze spécialistes de la toxicomanie et trois autres professionnels - un psychologue, un psychiatre et un infirmier) ont rempli le questionnaire de l'étude conçu pour les professionnels de la santé.

Une majorité (59%) des professionnels de santé ont déclaré parler régulièrement des TSN pour l'arrêt du tabac à leurs patients fumeurs. Lorsque les patients souhaitent arrêter de fumer, 31% des professionnels de santé prescrivent habituellement des TSN, 44% en prescrivent souvent, 13% parfois et 12% rarement ou jamais.

Un professionnel de santé sur 4 a déclaré avoir mentionné les e-cigarettes lorsqu'il a parlé du sevrage tabagique avec ses patients fumeurs. Lorsque les patients souhaitent arrêter de fumer, 19 % des professionnels de santé recommandent toujours d'utiliser une e-cigarette, 38 % le font très souvent, 19 % parfois et 25 % seulement rarement.

Les professionnels de santé ont également fait part de leur point de vue concernant les différents avantages et obstacles des e-cigarettes et des TSN (tableau 2).

Tableau 2

	Price	False beliefs participants might have	Complicated to use	Misuse/incorrect application	Different effect than a cigarette	Does not suit everyone	No knowledge about long term effects
NRT	Yes 100% N=16	No 37.5% Yes 62.5% N=16	No 81.3% Yes 18.7% N=16	No 62.5% Yes 37.5% N=16	No 31.3% Yes 68.7% N=16	No 87.5% Yes 12.5% N=16	
E-cigarette	No 35.3% Yes 64.7% N=17	No 41.2% Yes 58.8% N=17	No 58.8% Yes 41.2% N=17	No 82.3% Yes 17.7% N=17	No 47.1% Yes 52.9% N=17	No 58.8% Yes 41.2% N=17	No 77.7% Yes 22.2% N=9

Étude pilote STOP N = 17

Un cinquième des professionnels de santé (n = 2) avait une perception positive des e-cigarettes. Plus de 60 % (n = 10) des professionnels de santé avaient une perception neutre/étaient indécis, tandis que 25 % (n = 4) avaient une perception négative. Les opinions des cliniciens sur les différents aspects de l'e-cigarette sont rapportées dans l'Annexe 3.

Une professionnelle de la santé que nous avons interrogée a déclaré ce qui suit : *"Je travaille avec des personnes ayant un faible SSE et j'observe qu'elles sont souvent trop mal informées pour pouvoir réussir à arrêter de fumer. Je leur parle tout le temps de différents outils [d'arrêt du tabac] et j'adapte mes suggestions en fonction de leurs préférences. La plupart de mes patients ont d'autres dépendances, et le tabac est souvent oublié et non traité. Je recommande vivement les TSN à mes patients car les données scientifiques ont prouvé leur efficacité. Avec cette étude, je leur propose également une e-cigarette s'ils le souhaitent. Cependant, il s'agit de patients qui fument beaucoup, donc j'ajoute toujours le TSN en plus de l'e-cigarette quand je peux le fournir. Je trouve donc important d'avoir une réserve de TSN à portée de main pour la distribuer. Les personnes ayant un SSE faible peuvent réussir à arrêter de fumer si elles sont bien entourées et informées. Dans cette intervention, la possibilité d'avoir des sprays et des inhalateurs de nicotine gratuits a été très appréciée car ces produits ne sont pas encore remboursés."*

Discussion

L'objectif de l'étude pilote STOP était d'évaluer la faisabilité d'une intervention de sevrage tabagique basée sur le traitement préféré des personnes et la dispensation gratuite chez les fumeurs ayant un faible SSE. Nous nous sommes également efforcés d'examiner si les résultats préliminaires de l'arrêt du tabac sont suffisamment encourageants pour justifier un essai contrôlé randomisé.

Les résultats montrent que notre intervention est réalisable et acceptable dans différents contextes de soins de santé, et qu'elle présente des effets prometteurs sur les taux d'arrêt du tabac dans cette population à fort taux de tabagisme. Après un mois de suivi, environ un tiers (28%) des participants inclus avaient arrêté de fumer. Ces résultats sont très encourageants car tous les participants recrutés n'avaient pas l'intention d'arrêter de fumer au début de l'étude.

Cependant, notre étude pilote a mis en évidence le défi que représente cette intervention pour les professionnels de la santé, dont la plupart participaient pour la première fois à une étude de recherche, et qui ont eu du mal à suivre les participants lors de plusieurs rendez-vous étalés sur plusieurs semaines. Ainsi, le pourcentage de participants perdus lors du suivi était important, ce qui pourrait être une source potentielle de biais dans une future étude de plus grande envergure, car les fumeurs qui ont des difficultés ou échouent dans leur tentative d'arrêt du tabac pourraient être plus susceptibles d'être perdus lors du suivi. Néanmoins, même en supposant que les participants perdus au suivi n'ont pas réussi à arrêter de fumer, nos résultats sont encore très prometteurs. En effet, 7 à 10 jours après l'inclusion dans l'étude (2ème rendez-vous), un peu

moins de la moitié (42%) des participants recrutés ont signalé une réduction de leur consommation de cigarettes, et 22% avaient arrêté de fumer. Lors du suivi d'un mois, 18% ont réduit leur consommation de cigarettes, et 28% ont arrêté de fumer.

Les symptômes physiques du sevrage de la nicotine sont plus importants au cours du premier mois suivant l'arrêt de la nicotine. Par conséquent, les patients qui ont réussi à arrêter de fumer pendant la période de l'étude devraient être moins susceptibles de rechuter en raison des symptômes de sevrage. Cependant, la durée de suivi de l'étude est courte et ne garantit pas un arrêt du tabac réussi à long terme.

Le taux élevé de perte de suivi a été un résultat majeur de cette étude pilote, ce qui remet en question la faisabilité de futures études. Par conséquent, nous avons introduit plusieurs mesures pour favoriser la rétention dans l'essai contrôlé randomisé testant l'efficacité de l'intervention évaluée dans cette étude pilote. Ces mesures comprennent la possibilité d'appeler les participants qui manquent l'une des visites de suivi, et la remise aux participants de "cartes-calendrier" pré-timbrées, sur lesquelles ils peuvent inscrire leur consommation quotidienne de tabac, puis les envoyer à l'équipe de recherche. Un autre aspect novateur de notre étude pilote est l'analyse des perceptions des professionnels de la santé concernant les différents outils disponibles pour l'arrêt du tabac. Ils ont tous perçu le prix comme le principal obstacle à l'utilisation des produits TSN. En fait, notre intervention a eu lieu juste avant que de nombreux produits de TSN ne soient partiellement couverts par le système d'assurance maladie français. Pour la majorité des professionnels de santé, les deux autres obstacles importants étaient les fausses croyances sur les TSN et le fait qu'ils n'offrent pas le même effet que le tabac. Pour l'e-cigarette, seul le prix et les fausses croyances ressortaient comme des obstacles à leur utilisation. Ces informations sont très utiles pour la conception du futur essai STOP, en ce qui concerne la manière dont l'intervention doit être présentée aux participants potentiels, et les informations à fournir concernant les outils d'aide au tabagisme.

Les professionnels de la santé ont également souligné des difficultés concernant la longueur du questionnaire, qui était perçue comme "trop longue". Ainsi, les questionnaires n'étaient pas remplis en totalité et il manquait parfois des informations importantes. De plus, en raison de la longueur du questionnaire, ils ne prenaient pas toujours le temps d'inclure les patients de peur de ne pas avoir assez de temps pour les remplir. À la suite de ces constatations, nous avons réduit la longueur des questionnaires pour l'essai contrôlé randomisé prévu.

Le nombre relativement faible de participants inclus et la perte de la moitié des participants au 3e rendez-vous sont des limitations majeures. Une autre limite est le fait que la plupart des participants inclus dans l'étude qualitative étaient des fumeurs qui ont arrêté de fumer. De plus, la consommation de tabac était autodéclarée, ce qui pourrait également avoir entraîné une sous-déclaration.

Conclusion

Malgré les difficultés à recruter un grand nombre de patients et le taux de perte de suivi, les résultats de ce pilote sont encourageants. Environ 1 fumeur sur 4 à faible SSE recruté a arrêté de fumer un mois après son inclusion, et l'intervention basée sur les préférences s'est avérée acceptable pour les participants et les professionnels de la santé. Cette étude a également fourni des informations précieuses qui nous permettront d'optimiser la conception d'une étude contrôlée randomisée pour tester l'efficacité de l'intervention STOP.

Disponibilité des données et des matériaux

Les ensembles de données utilisés et/ou analysés pendant l'étude actuelle sont disponibles auprès de l'auteur correspondant sur demande raisonnable.

Abréviations

AAH: allocation aux adultes handicapés

AME: aide médicale de l'État

APL: aides personnelles au logement

ASF: allocation de soutien familial

CF: complément familial

CPP: Comités de Protection des Personnes

e-cigarettes: Electronic cigarettes

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale (Échelle d'Anxiété et de Dépression Hospitalière)

INCA: Institut National Du Cancer

TSN: Traitement par substitution nicotinique

SSE: Statut Socio-Économique

STOP (study): Sevrage Tabagique à l'aide d'Outils dédiés selon la Préférence

Annexes

Annexe 1

Voir Tableau 3

Tableau 3

	Patients not lost to follow up n=24	Patient with 2 follow-up n=13	Patient with 1 follow-up n=12
Sexe			
Female	7 (29.2%)	3 (23.1%)	9 (75.0%)
Male	17 (70.8%)	10 (76.9%)	3 (25.0%)
Education level			
Inferior baccalaureate	16 (69.6%)	7 (53.9%)	6 (60.0%)
Superior baccalaureate	7 (30.4%)	6 (46.2%)	4 (40.0%)
Missing	1		2
Professionals difficulties			
Yes	1 (4.4%)	2 (16.7%)	5 (45.5%)
No	7 (30.4%)	1 (8.3%)	1 (9.1%)
Doesn't work	15 (65.2%)	9 (75.0%)	5 (45.5%)
Missing	1	1	1
Consumption of manufactured cigarettes	17.4 (sd=9)	14.7 (sd=8.7)	26.5 (sd=12.3)
Consumption of roll your own tobacco	15 (sd=13)	17 (sd=8.5)	17
Consumption of cannabis			
Yes	6 (25.0%)	7 (53.9%)	1 (11.1%)
No	18 (75.0%)	6 (46.1%)	8 (88.9%)
Missing			3
Current use of another drug			
Yes	6 (27.3%)	2 (16.7%)	0
No	16 (72.7%)	10 (83.3%)	9 (100.0%)
Missing	2	1	3

Annexe 2

Voir Tableau 4

Tableau 4

Score SN	NRT choice	E-cig choice	Both
Positive perception	3 (37.5%)	2 (25.0%)	3 (37.5%)
Neutral perception	8 (40.0%)	5 (25.0%)	7 (35.0%)
Negative perception	2 (15.4%)	5 (45.6%)	4 (36.4%)
Score e-cig	NRT choice	E-cig choice	Both
Positive perception	2 (18.2%)	4 (36.4%)	5 (45.5%)
Neutral perception	2 (10.0%)	8 (40.0%)	10 (50.0%)
Negative perception	8 (72.7%)	1 (9.1%)	2 (18.2%)

Annexe 3

Voir Tableau 5

Tableau 5

	There is a lack of evidence regarding the safety of this product in the long term	Absence of regulatory controls on vaping liquid	It's potentially a gateway to smoking for teens	It use can perpetuate the dependence of smokers	A very restrictive regulation of this product may limit tobacco harm reduction strategies
Strongly agree	29%	13%	12%	0%	25%
Agree	29%	44%	24%	24%	38%
Neutral / undecided	6%	25%	6%	35%	25%
Disagree	24%	6%	35%	35%	6%
Strongly disagree	12%	12%	23%	6%	6%

Références

- 1 Kulik MC, Hoffmann R, Judge K, Looman C, Menvielle G, Kulhánová I, et al. Smoking and the potential for reduction of inequalities in mortality in Europe. *Eur J Epidemiol* déc. 2013;28(12):959–71.
- 2 Agaku IT, King BA, Dube SR. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Current cigarette smoking among adults - United States, 2005–2012. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63(2):29–34.
- 3 Andler R, Richard J-B, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : Résultats du baromètre de santé publique France 2018. *BEH*; 2019.
- 4 El-Khoury Lesueur F, Bolze C, Melchior M. Factors associated with successful vs unsuccessful smoking cessation: Data from a nationally representative study. *Addict Behav*. 2018;80:110–5.
- 5 Kotz D, West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tob Control*. 2009;18(1):43–6.
- 6 Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health* févr. 2008;98(2):216–21.
- 7 Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, et al. A randomized trial of E-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. *N Engl J Med*. 2019;380(7):629–37.
- 8 Grabovac I, Oberndorfer M, Fischer J, Wiesinger W, Haider S, Dorner TE. Effectiveness of Electronic Cigarettes in Smoking Cessation: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Nicotine Tob Res* [Internet]. [cité 1 oct 2020]; Disponible sur: <https://academic.oup.com/ntr/advance-article/doi/https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa181/5906696>
- 9 Ameli.com. Prise en charge des substituts nicotiques [Internet]. [cité 25 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiques>
- 10 Guignard R, Richard J-B, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O, et al. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017 // Quit attempts in the last quarter of 2016 and relation with Mois sans tabac: first results from the 2017 Health Barometer. *BEH* [Internet]. 2018; Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_6.html
- 11 Bryant J, Bonevski B, Paul C, O'Brien J, Oakes W. Developing cessation interventions for the social and community service setting: A qualitative study of barriers to quitting among disadvantaged Australian smokers. *BMC Public Health*. 24 juin 2011;11:493.
- 12 Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. *Patient Educ Couns*. 2009;74(1):118–23.
- 13 Browning KK, Ferketich AK, Salsberry PJ, Wewers ME. Socioeconomic disparity in provider-delivered assistance to quit smoking. *Nicotine Tob Res*. 2008;10(1):55–61.
- 14 Stiggelbout AM, Weijden TV, Wit MPTD, Frosch D, Legare F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012;344(jan27 1):e256–e256.
- 15 Steinberg MB, Zimmermann MH, Delnevo CD, Lewis MJ, Shukla P, Coups EJ, et al. E-Cigarette versus nicotine inhaler: comparing the perceptions and experiences of inhaled nicotine devices. *J Gen Intern Med*. 2014;29(11):1444–50.
- 16 Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale-An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;2(52):69–77
- 17 Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* juin. 1983;67(6):361–70.
- 18 Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: a systematic review. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(1):3–13