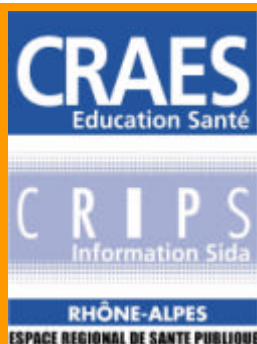


Évaluation régionale des consultations de tabacologie en Rhône-Alpes

Rapport final

Juin 2005



CRAES-CRIPS

Collège Rhône-Alpes d'Éducation pour la Santé
Centre Régional d'Information et de Prévention Sida

9 quai Jean Moulin 69001 Lyon

Téléphone 04 72 00 55 70

Fax 04 72 00 07 53

E-mail contact@craes-crips.org

Site Internet www.craes-crips.org

Table des matières

| | | |
|------------|---|-----------|
| I | Le cadre de l'évaluation | 5 |
| | Diagnostic | 5 |
| | Objectif | 5 |
| II | Les méthodes | 6 |
| III | Résultats | 7 |
| | 1 Présentation de la population étudiée | 7 |
| | A/ Taux de réponse | 7 |
| | B/ Département de consultation | 8 |
| | C/ Age et sexe | 8 |
| | 2 Consommations et parcours tabagiques avant la consultation | 10 |
| | A/ Pratiques du tabagisme avant la consultation | 10 |
| | B/ Expériences d'arrêt du tabagisme avant la consultation | 11 |
| | 3 Prise en charge par la consultation | 12 |
| | A/ Professionnels rencontrés | 12 |
| | B/ Suivi effectué | 12 |
| | C/ Objectifs définis lors de la première consultation | 13 |
| | D/ Expérimentation de l'arrêt dans les six mois qui ont suivi la consultation | 13 |
| | 4 Résultats observés 6 mois après la première consultation | 14 |
| | A/ Pour l'ensemble de la population étudiée | 14 |
| | B/ Pour ceux qui ont arrêté de fumer | 15 |
| | C/ Pour ceux qui n'ont pas arrêté de fumer | 15 |
| | 5 Les effets de la démarche auprès de la consultation | 16 |
| | A/ Prise de conscience d'autres difficultés grâce à la consultation | 16 |
| | B/ Autres effets | 17 |
| | C/ Influence de l'arrêt du tabac sur d'autres consommations | 18 |
| | 6 L'opinion des patients sur la prise en charge | 19 |
| | 7. L'analyse de leur expérience | 20 |
| IV | Discussion | 25 |
| | 1. Population étudiée | 25 |
| | 2. Consommations et parcours tabagiques | 25 |
| | 3. Prise en charge par la consultation | 26 |
| | 4. Résultats observés 6 mois après la première consultation | 26 |
| | 5. Les effets de la démarche auprès de la consultation | 27 |
| | 6. L'opinion des patients sur la prise en charge | 28 |
| | 7. L'analyse de leur expérience | 29 |
| | Conclusion | 30 |

I Le cadre de l'évaluation

Diagnostic

Actuellement, les professionnels de l'aide à l'arrêt du tabac disposent d'un outil d'évaluation statistique pour leur consultation (dossier de consultation informatisé de la CNAMTS et de l'INPES), outil ciblé sur des critères quantitatifs, et dont les données sont agrégées au niveau national. Cet outil est intéressant en terme de mesure des habitudes de consommation tabagique des patients et d'analyse des évolutions constatées au cours du suivi thérapeutique ; il permet donc d'avoir des éléments sur l'efficacité de la prise en charge. Mais il reste un outil statistique national centré sur des critères quantitatifs, et il est peu utilisé par les acteurs rhônalpins.

Or, les professionnels de la tabacologie en région Rhône-Alpes ont le souci d'évaluer de manière plus qualitative leurs pratiques auprès du public. Ils souhaitent analyser de manière approfondie les bénéfices et effets provoqués par la prise en charge, au-delà d'une stricte mesure des résultats obtenus en terme de consommation de tabac, et en évaluant ces méthodes d'aide à l'arrêt à travers l'analyse du vécu de la prise en charge par le patient.

Objectif

L'objectif de cette évaluation est de mesurer quels sont les impacts de la consultation de tabacologie sur le patient. Il s'agit donc d'une évaluation sommative de l'activité régionale de tabacologie, qui s'attache aux effets obtenus par le développement de ce type d'intervention.

Les critères retenus par le comité d'évaluation afin de mesurer cet objectif ont été les suivants :

- le rapport du patient au tabac après la consultation
- le lien fait par le patient entre la consultation et son rapport au tabac
- la prise en compte de la souffrance du patient dans son sevrage
- la satisfaction par rapport aux attentes initiales du patient
- les soutiens et les manques ressentis dans la prise en charge
- la prise en compte du patient dans sa globalité : autres addictions, difficultés psychologiques, pathologies physiques...
- la capacité de la consultation à orienter vers d'autres types de prise en charge
- le retentissement de la démarche sur des problématiques personnelles : sociales (relations personnelles, décisions importantes...), sanitaires (révélation d'autres addictions), psychologiques (apparition d'une dépression)...

Ces critères ont donné lieu à des indicateurs qui ont été renseignés à travers une enquête rétrospective par questionnaire postal proposée aux patients des consultations de tabacologie concernées six mois après leur première consultation.

Il est à noter que le choix du comité d'évaluation s'est orienté vers une évaluation collective au niveau régional de la pratique tabacologique, mais il a exclu la possibilité d'une évaluation comparative entre les pratiques des différents centres de tabacologie de la région.

II Les méthodes

L'enquête auprès des patients des consultations souhaitant participer à l'évaluation s'est déroulée d'avril à mi-juillet 2004, soit pendant 3 mois et 15 jours :

- ✓ 20 centres de tabacologie ont participé à l'enquête (parmi les 78 centres recensés en région Rhône-Alpes).
- ✓ Il s'agissait d'interroger de façon rétrospective, tous les patients 6 mois après leur première consultation. Concrètement, ont été interrogés tous les nouveaux patients vus dans ces centres entre début octobre 2003 et mi-janvier 2004.
- ✓ Un questionnaire de 21 questions a été construit sur la base des critères signalés ci-dessus. Ce questionnaire auto-administré a été envoyé aux responsables des centres de consultations impliqués, qui avaient en charge les modalités de passation du questionnaire à leurs patients (par courrier, avec lettre d'accompagnement validée par la consultation).

A l'issue de ce recueil de données, l'analyse des informations a été réalisée fin 2004, à l'aide du logiciel informatique Modalisa : le test du Chi² a été utilisé pour la comparaison des pourcentages afin de repérer d'éventuels liens significatifs (seuil de signification statistique à 5%) entre les différentes variables suivantes :

- **les variables explicatives liées aux patients** : âge et sexe ;
- **les variables liées au parcours tabagique des patients** : début de la consommation régulière, nombre de tentatives d'arrêt avant la consultation, recours à une aide pour l'arrêt avant la consultation, type de consommation tabagique ;
- **les variables liées à la prise en charge des patients par la consultation** : nombre d'entretiens pendant la prise en charge, nombre et type de professionnels rencontrés, participation à des réunions de groupe, objectifs définis pendant la première consultation ;
- **et les variables de résultats** - consommation tabagique 6 mois après la consultation, rapport des ex-fumeurs au tabac, évolution de la consommation des patients fumeurs, - **et d'impacts** – réponse de la consultation aux attentes des patients, aides et manques identifiés par les patients, prise de conscience/ résolution d'autres difficultés grâce à la consultation, effets de la démarche sur le sommeil, l'alimentation, l'activité physique, les relations personnelles et professionnelles, l'image de soi et la confiance en soi, influence de l'arrêt sur d'autres consommations, opinion des patients sur leur arrêt/ non arrêt.

Seuls les croisements significatifs ont été retenus dans l'analyse de l'enquête.

L'analyse a donné lieu à ce rapport d'évaluation global sur l'activité tabacologique de la région. Des rapports d'évaluation par centre de tabacologie ont également été réalisés, pour les centres disposant de plus de 30 questionnaires remplis. Ces rapports par centre appartiennent au centre et sont diffusés à leur seule initiative.

III Résultats

1 Présentation de la population étudiée

A/ Taux de réponse

Au total, **335 patients** ont répondu au questionnaire auto-administré sur **965 personnes ciblées**, soit un taux de réponse global de 35 %, qui est correct pour un questionnaire postal sans relance. On peut cependant penser que la complexité du questionnaire a exclu de l'enquête les patients en difficulté avec l'écrit.

Les taux de réponse sont très variables d'un centre de consultation à l'autre (tableau 1).

Tableau 1 - Taux de réponse par centre de consultation

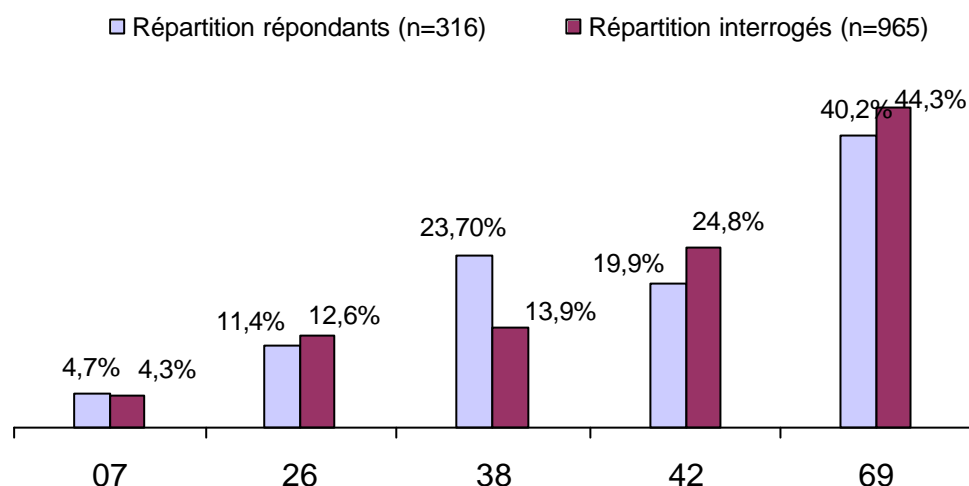
| Centre de consultation | Nombre de répondants | Taille de l'échantillon interrogé | Taux de réponse |
|--|----------------------|-----------------------------------|-----------------|
| Hôpital d'Annonay (07) | 15 | 42 | 35.7% |
| ANPAA Valence (26) | 5 | 21 | 23.8% |
| Hôpital de Romans (26) | 7 | 24 | 29.2% |
| Hôpital de Valence (26) | 24 | 77 | 31.2% |
| Maternité Sud Grenoble (38) | 7 | 22 | 31.8% |
| GISME Grenoble (38) | 21 | 48 | 43.7% |
| CHU Grenoble (38) | 47 | 64 | 73.4% |
| Centre St Galmier (42) | 2 | 58 | 3.4% |
| Centre hospitalier de Firminy (42) | 23 | 69 | 33.3% |
| CHU de St Etienne (42) | 38 | 112 | 33.9% |
| Centre Léon Bérard Lyon (69) | 6 | 10 | 60% |
| C2A Lyon (69) | 13 | 32 | 40.6% |
| Centre hospitalier Lyon Sud (69) | 24 | 110 | 21.8% |
| Centre de prévention Villefranche (69) | 5 | 38 | 13.2% |
| Centre de prévention Vénissieux (69) | 9 | 23 | 39.1% |
| Centre de prévention Givors (69) | 10 | 35 | 28.6% |
| Centre de prévention Lyon 9ème (69) | 10 | 46 | 21.7% |
| Centre de prévention Villeurbanne (69) | 13 | 54 | 24.1% |
| Centre de prévention Lyon 7ème (69) | 15 | 30 | 50% |
| Centre de prévention Caluire (69) | 22 | 50 | 44% |
| Total répondants | 316 | 965 | |
| Centre non identifié | 19 | | |
| Total | 335 | 965 | 34.7% |

Les centres de consultation disposant de l'âge et du sexe de toutes les personnes interrogées, il est possible de comparer les répondants et les interrogés sur ces caractéristiques, ainsi que le département concerné.

B/ Département de consultation

La répartition des patients répondants par département diffère de la répartition des patients interrogés dans les 5 départements concernés (figure 1), avec une sur-représentation de l'Isère ($p < 0.002$). Un redressement a donc été réalisé à partir de cette variable. Compte tenu des faibles effectifs pour la Drôme et l'Ardèche, ces deux départements ont été regroupés.

Figure 1 – Comparaison de la répartition par département des répondants et des interrogés.

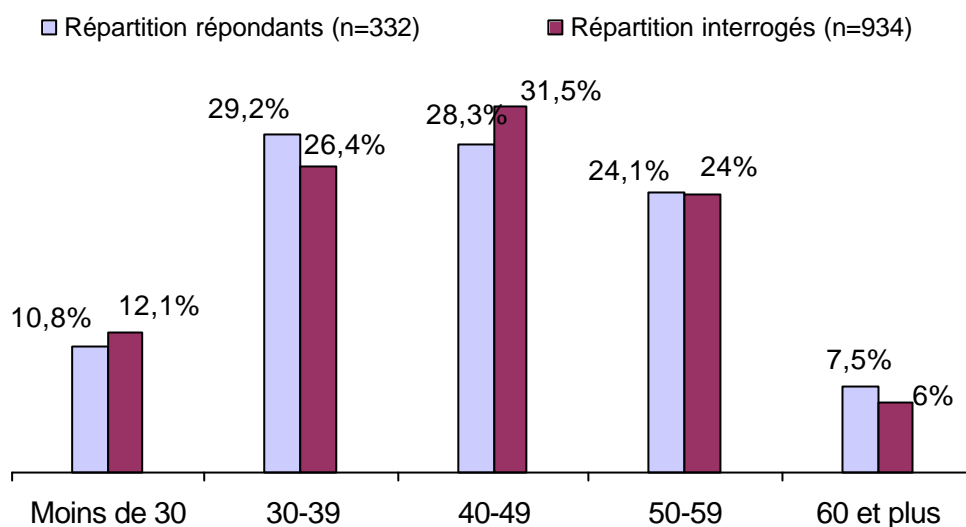


C/ Age et sexe

La population des répondants est représentative de l'échantillon de l'enquête, au niveau de l'âge. (figure 2, p non significatif). La majorité des répondants a entre 30 et 60 ans. La moyenne d'âge est de 43.36 ans, avec un minimum de 19 ans et un maximum de 78 ans (Ecart type de 11.08 ans). Ce chiffre est légèrement supérieur à celui de l'enquête nationale CDTnet (Consultation de Dépendance Tabagique) concernant l'activité des consultations hospitalières de tabacologie pour la période du 1^{er} octobre 2003 au 15 janvier 2004, qui indique une moyenne d'âge de 41.77 ans¹($p < 0.02$).

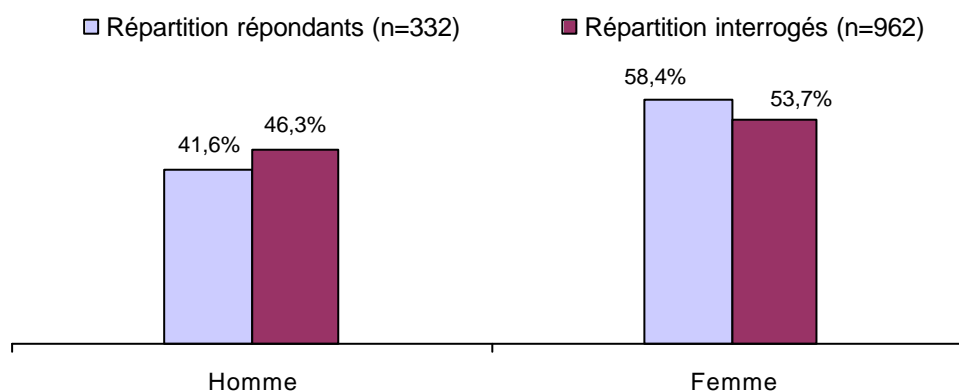
¹ Chiffre provenant de la base de données internet du projet « Consultation de Dépendance Tabagique » impulsé par la Direction Générale de la Santé depuis 2000, et confié au laboratoire SPIM de la faculté de médecine Broussais/Hôtel-Dieu à Paris (1474 patients et 268 patients à 6 mois).

Figure 2 – Comparaison de la répartition par tranche d'âge des répondants et des interrogés



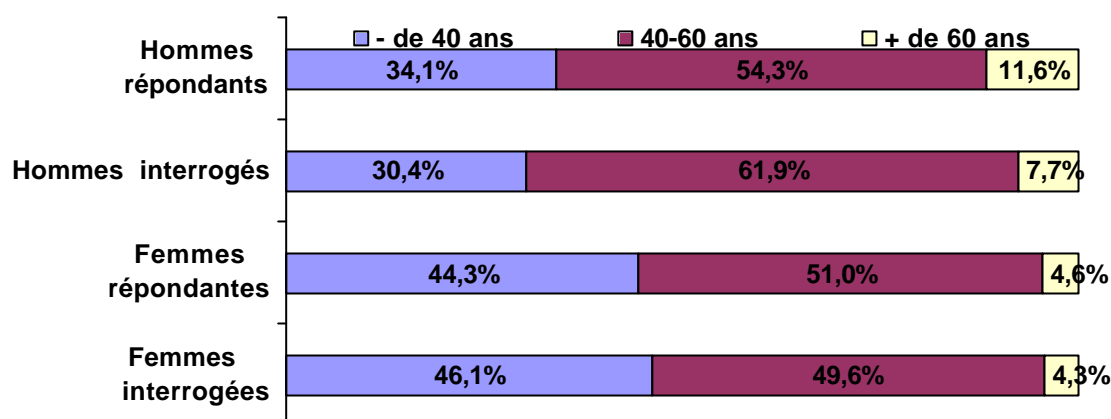
On observe une majorité de femmes parmi les répondants, cette répartition ne diffère pas de celle des interrogées (figure 3). Cette structure de la population consultante rejoint celle de l'enquête nationale CDTnet concernant l'activité des consultations de tabacologie pour la période du 1^{er} octobre 2003 au 15 janvier 2004, soit : 56% de femmes versus 44% d'hommes (aucune différence significative).

Figure 3 – Comparaison de la répartition par sexe des répondants et des interrogés



Lorsque l'on croise les variables âge et sexe (figure 4), on constate un lien significatif ($p < 0.03$) tant pour les interrogés que les répondants. Il y a en effet davantage d'hommes de plus de 60 ans que de femmes (12% vs 5%) et plus de femmes de moins de 40 ans que d'hommes (44% vs 34%). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les femmes jeunes sont plus concernées que les hommes par l'arrêt du tabac à cause de la grossesse, et par le fait que les femmes âgées fument moins souvent que les hommes du même âge. Les répondants ne diffèrent pas des interrogés pour la répartition par âge selon chaque sexe (figure 4).

Figure 4 – Répartition des répondants (n=332) et des interrogés (n=931) selon le sexe et l'âge



La bonne cohérence entre les répondants et les interrogés sur l'âge et le sexe, ne signifie pas que les répondants sont représentatifs pour les autres caractéristiques. En particulier, il est logique de penser que les personnes ayant réussi à arrêter le tabac sont plus enclines à répondre que celles qui n'ont pas réussi. Il n'est pas possible de mesurer l'importance de ce biais induit par les non-réponses.

2 Consommations et parcours tabagiques avant la consultation

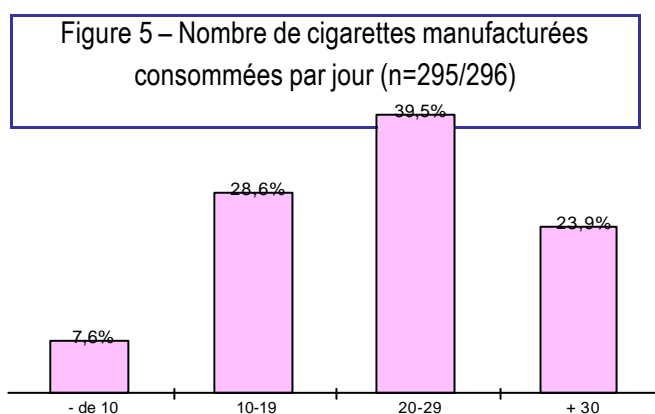
A/ Pratiques du tabagisme avant la consultation

L'âge moyen du début de la consommation quotidienne déclaré par les enquêtés est 17.13 ans, avec un minimum de 9 ans et un maximum de 40 ans (Ecart type 3.69 ans). La médiane se situe aussi à 17 ans. Cette moyenne est légèrement supérieure à la moyenne de l'enquête nationale CDTnet qui révèle pour la même période un âge moyen de 16.62 ans ($p < 0.03$).

90% des personnes interrogées déclarent consommer des cigarettes manufacturées. Parmi elles 63% déclarent fumer plus de 20 cigarettes par jour (figure 5). En moyenne, ces fumeurs consomment 21 cigarettes par jour, soit environ 40 % de plus qu'en population générale (15 cigarettes par jour dans le Baromètre Santé 2000).

Ce chiffre rejoint celui de l'enquête nationale CDTnet concernant l'activité des consultations de tabacologie pour la période du 1^{er} octobre 2003 au 15 janvier 2004, soit une consommation moyenne de 22 cigarettes par jour.

Il est intéressant de souligner que les quantités de cigarettes fumées sont significativement plus importantes chez les hommes que chez les femmes : 33% des hommes fument plus de 30 cigarettes par jour versus 13% des femmes, et 31% des femmes fument de 10 à 19 cigarettes par jour versus 18% des hommes ($p < 0.001$).



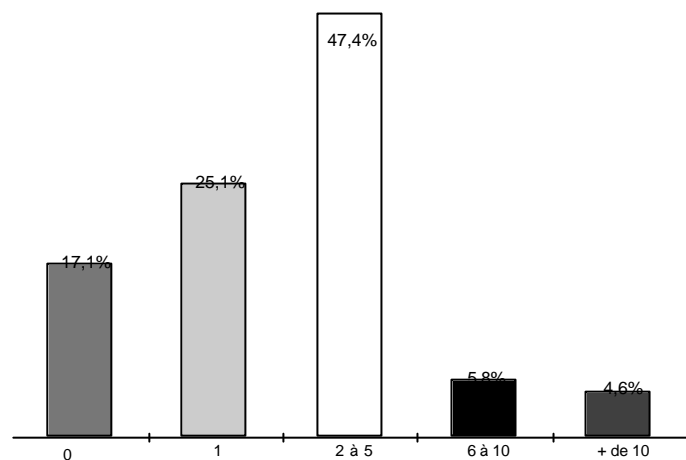
En moyenne, les hommes fument 25 cigarettes par jour et les femmes 19. Cet écart entre les hommes et les femmes se retrouve dans le Baromètre Santé 2000 (16 cigarettes/jour pour les hommes et 14 pour les femmes) et dans l'enquête nationale CDTnet concernant l'activité des consultations de tabacologie pour la période du 1^{er} octobre 2003 au 15 janvier 2004 (25 cigarettes/jour vs 20).

Seulement 11 % des enquêtés consomment des cigarettes roulées, 4.5% des cigares/cigarillos et 1.5% la pipe. Concernant les autres formes de consommation de tabac, 3.5% des patients déclarent en consommer avec du cannabis. A noter qu'au moment de la première consultation, 7 personnes étaient déjà en arrêt de tabagisme depuis quelques jours.

B/ Expériences d'arrêt du tabagisme avant la consultation

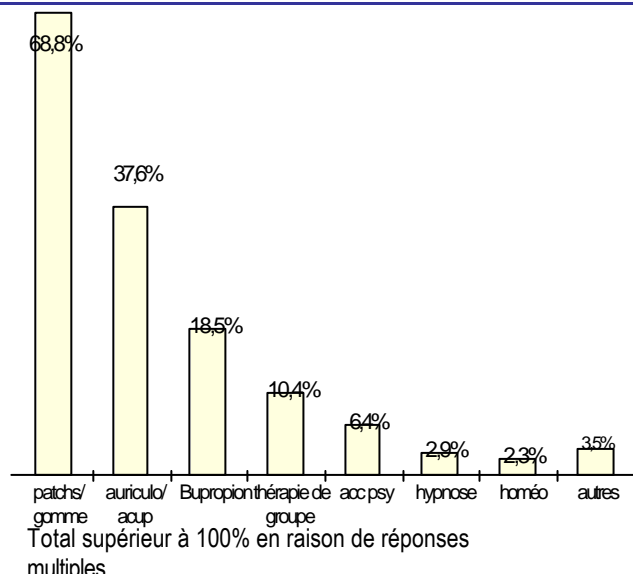
83 % des enquêtés ont déjà fait au moins une tentative d'arrêt du tabagisme avant la consultation (figure 6) soit un peu plus que dans la population générale (76 % des fumeurs réguliers du Baromètre Santé 2000, $p < 0.05$). La majorité des patients concernés par ces tentatives a essayé d'arrêter à plusieurs reprises (58 %). Pour un tiers de ces patients (35%), cette/ces tentative(s) a donné lieu à un arrêt du tabagisme de plus de 6 mois, et pour la majorité d'entre eux (64%), à un arrêt de plus d'un mois. L'absence de tentative d'arrêt avant la consultation est significativement plus fréquente chez les moins de 30 ans que chez les 30 ans et plus (37% vs 15%, $p < 0.005$).

Figure 6 – Nombre de tentatives d'arrêt du tabagisme avant la consultation (n=328)



Lors de cette/ces tentative(s) d'arrêt, 62% des patients concernés ont expérimenté une aide à l'arrêt du tabagisme. Parmi eux, 69% ont eu recours à des substituts nicotiques (patchs, gomme), 38% à l'acupuncture et l'auriculothérapie, 18.5% au bupropion, 10% aux thérapies de groupe (dont le plan de 5 jours), et 6% à un accompagnement psychologique (figure 7).

Figure 7 – Type d'aide expérimentée avant la consultation (n=167/167)

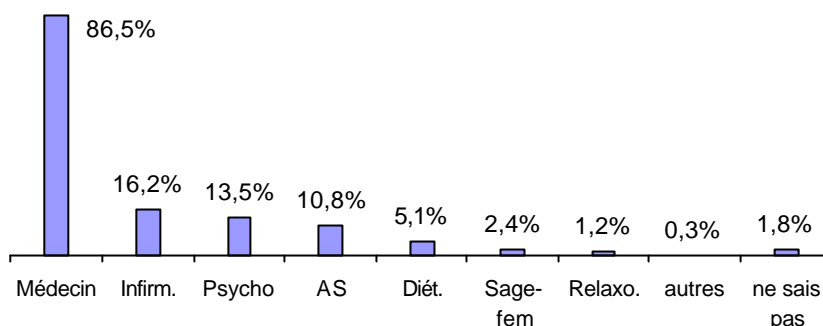


3 Prise en charge par la consultation

A/ Professionnels rencontrés

66% des patients interrogés ont été suivis par un seul professionnel. Pour 85% de ces patients il s'agissait d'un médecin. Un tiers des enquêtés (31%) a pu bénéficier d'une prise en charge par plusieurs professionnels. Les types de professionnels rencontrés, que ce soit en prise en charge individuelle ou multiple, sont très variés, depuis le relaxologue jusqu'au médecin, vu par presque la totalité des enquêtés, soit 86% (figure 8).

Figure 8 – Type de professionnels rencontrés (n=333)

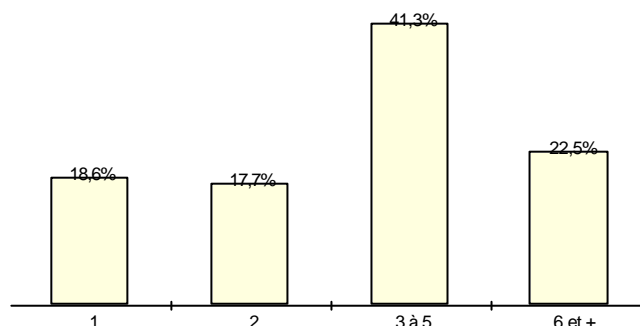


Total supérieur à 100% en raison de réponses multiples

B/ Suivi effectué

Une grande majorité des enquêtés (81%) a bénéficié d'au moins deux entretiens individuels pendant la prise en charge, et deux tiers d'entre eux (64%) en ont eu au moins trois. A noter que près d'un quart des patients (22.5%) a participé à au moins six entretiens (figure 9). 12% des personnes interrogées ont aussi assisté à des réunions de groupe proposées par certains centres de l'enquête.

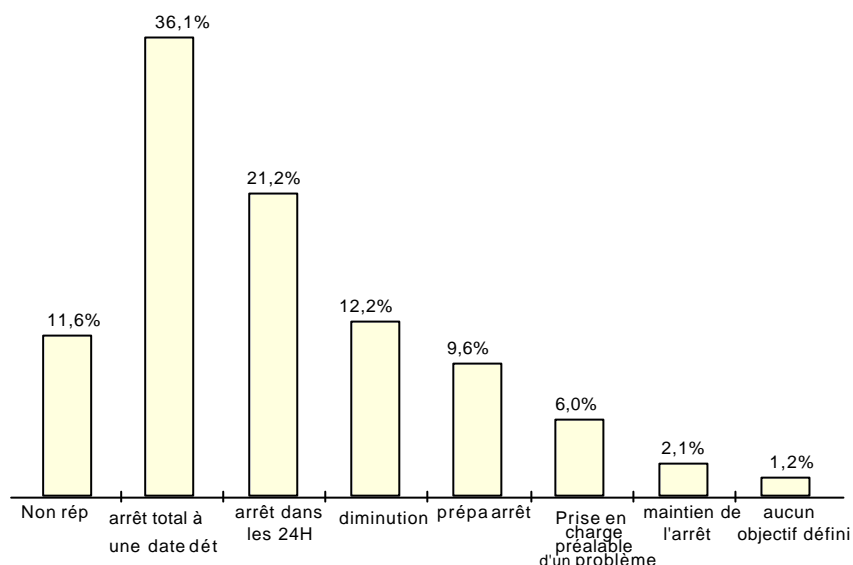
Figure 9 – Nombre d'entretiens pendant la prise en charge (n=334)



C/ Objectifs définis lors de la première consultation

Lors de leur première consultation, 57% des enquêtés ont fixé un objectif d'arrêt du tabagisme, soit dans les 24 heures, soit à une date ultérieure déterminée. 12% des patients ont décidé de diminuer leur consommation, 10% ont souhaité se préparer à la décision d'arrêt, et 6% ont voulu privilégier la prise en charge d'un autre problème avant la prise en charge du tabagisme (figure 10).

Figure 10 – Objectifs définis lors de la première consultation (n=335)



D/ Expérimentation de l'arrêt dans les six mois qui ont suivi la consultation

85% des enquêtés ont effectivement expérimenté l'arrêt de leur tabagisme pendant ou à la suite de la prise en charge par la consultation.

Il existe un lien significatif entre l'objectif fixé en première consultation et le fait d'expérimenter l'arrêt du tabagisme dans les 6 mois qui suivent : 97 % des patients qui ont décidé d'arrêter de fumer dans les 24 heures suivant la première consultation ou de maintenir leur arrêt ont effectivement tenté d'arrêter de fumer, vs 91 % quand l'arrêt est décidé à une date ultérieure déterminée, 65% lorsque l'on agrège les autres objectifs ($p < 0.001$).

4 Résultats observés 6 mois après la première consultation

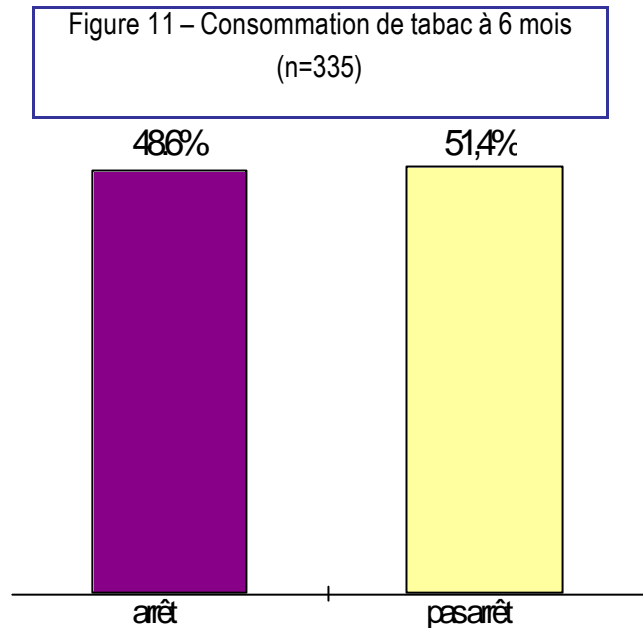
A/ Pour l'ensemble de la population étudiée

49% des patients ne consomment plus de tabac 6 mois après leur première consultation (figure 11). Ce chiffre est un peu plus élevé que celui de l'enquête nationale CDTnet concernant l'activité des consultations de tabacologie pour la période du 1^{er} octobre 2003 au 15 janvier 2004 : sur 268 patients, 38% ont arrêté leur tabagisme à 6 mois ($p < 0.003$).

Ces résultats confortent l'hypothèse que ceux qui ont arrêté leur tabagisme sont plus enclins à répondre à l'enquête que ceux qui n'ont pas réussi.

Les enquêtés pour qui la consultation a permis de résoudre des difficultés autres que le tabagisme (voir §5.A), ou pour qui les difficultés du sevrage ont été « totalement » prises en compte par la consultation (voir §6.B) sont significativement plus nombreux à ne pas fumer au moment de l'enquête ($p < 0.001$ et $p < 0.05$).

Les patients qui ont expérimenté un arrêt de plus de 6 mois avant la consultation sont aussi plus souvent en arrêt au moment de l'enquête (60% versus 42% pour les patients qui ont eu une expérience d'arrêt de moins de 6 mois avant la consultation, $p < 0.007$).



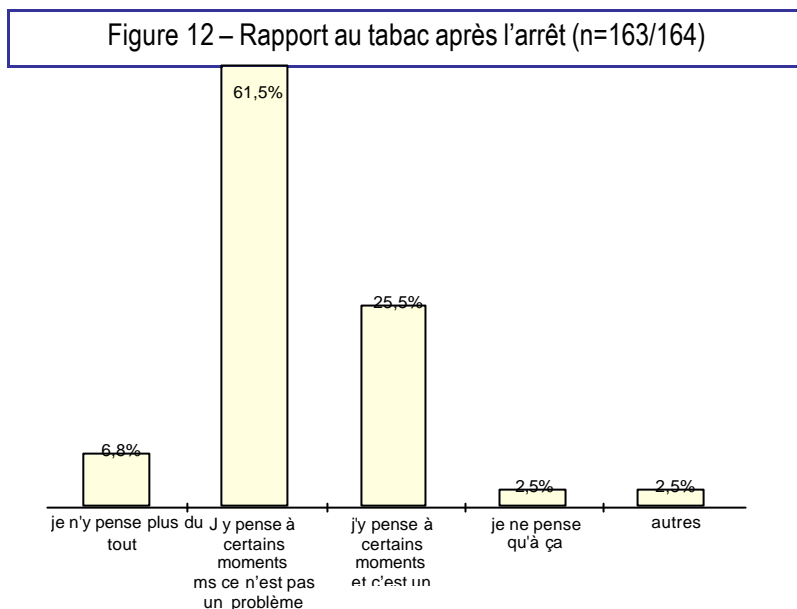
Il existe un lien significatif entre la décision d'arrêter de fumer dans les 24 heures après la consultation fusionnée avec le maintien de l'arrêt, et le résultat obtenu 6 mois plus tard : les patients qui ont décidé d'arrêter de fumer dans les 24 heures suivant la première consultation ou qui veulent maintenir leur arrêt sont significativement plus nombreux à avoir effectivement maintenu leur arrêt jusqu'au moment de l'enquête, soit 71% d'arrêts, versus 45% quand l'arrêt est décidé à une date ultérieure déterminée, vs 32% lorsque l'on agrège les autres objectifs ($p < 0.001$).

B/ Pour ceux qui ont arrêté de fumer

Les données qui suivent sont calculées à partir des répondants qui ne fument plus au moment de l'enquête, soit un sous-groupe de 164 ex-fumeurs.

La majorité des patients concernés (59%) déclare avoir arrêté leur tabagisme depuis 6 mois et plus, soit au moment de leur première consultation ou un peu avant. 32% auraient arrêté depuis trois à six mois, soit au cours du suivi de la consultation ou un peu après. Seulement 7% disent avoir arrêté leur consommation depuis moins de trois mois.

Beaucoup de ces ex-fumeurs (68%) semblent confortés dans leur arrêt du tabagisme en déclarant qu'ils pensent au tabac à certains moments, mais que cela n'est pas un problème pour eux ou qu'ils n'y pensent plus du tout. En revanche, pour 28% des patients en arrêt, l'abstinence semble inconfortable puisque penser au tabac à certains moments est un problème pour eux, et quelques uns disent même « ne penser qu'à ça » (figure 12).

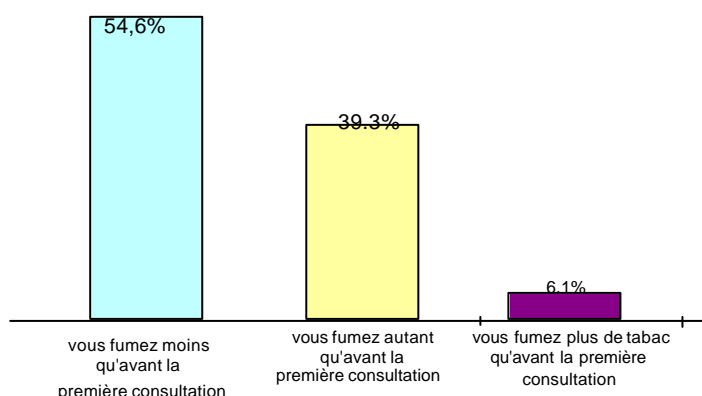


C/ Pour ceux qui n'ont pas arrêté de fumer

Les données qui suivent sont calculées à partir des répondants qui fument encore au moment de l'enquête, soit un sous-groupe de 170 fumeurs.

55% des patients concernés fument moins qu'au moment de la première consultation. En revanche, 6% des enquêtés fument plus de tabac qu'avant. Pour les autres (39%), le niveau de consommation est le même (figure 13).

Figure 13 – Evolution du tabagisme 6 mois après la première consultation pour ceux qui n'ont pas arrêté (n=162/170)

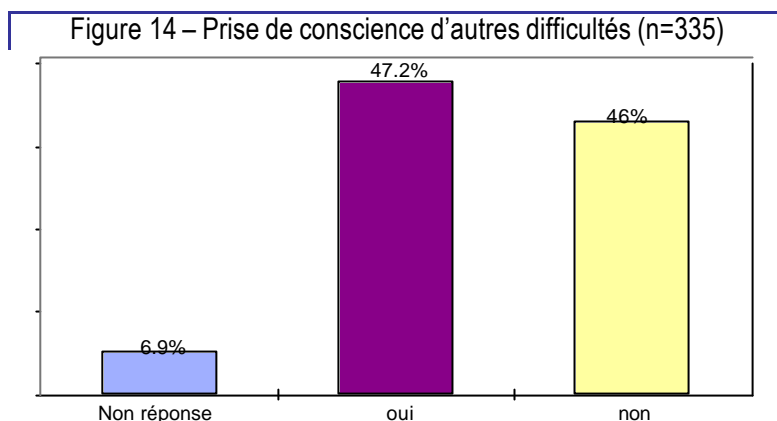


Parmi ces enquêtés qui n'ont pas arrêté de fumer, 69% d'entre eux ont fait une tentative d'arrêt pendant la prise en charge.

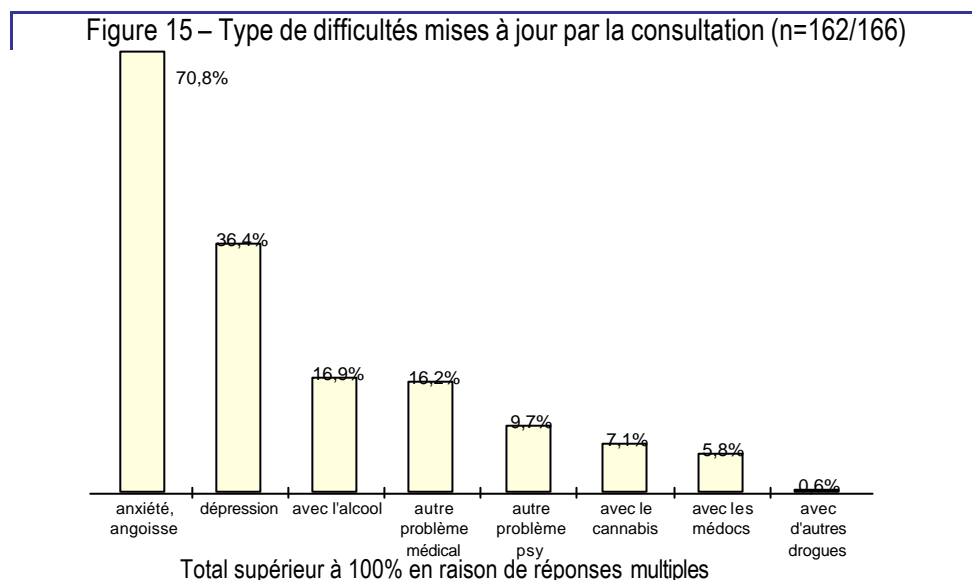
5 Les effets de la démarche auprès de la consultation

A/ Prise de conscience d'autres difficultés grâce à la consultation

Pour 47% des enquêtés, leur démarche auprès de la consultation leur a permis de prendre conscience d'autres difficultés, au-delà du tabagisme (figure 14). Les enquêtés qui ont bénéficié de plus de 6 entretiens sont plus nombreux à avoir pris conscience d'autres difficultés (61% vs 43% , $p < 0.05$).



Les difficultés les plus citées par les patients concernés sont l'anxiété/angoisse (71%), la dépression (36%), les problèmes de consommation d'alcool (17%), les problèmes médicaux (problèmes de poids, cardiaques et pulmonaires...), et les difficultés psychologiques autres (problèmes conjugaux et familiaux, boulimie, solitude...). (Figure 15)



Il existe un lien significatif entre la difficulté liée à l'alcool et le sexe des répondants. En effet 31% des hommes ont mis à jour des difficultés avec l'alcool versus 7% des femmes ($p < 0.001$).

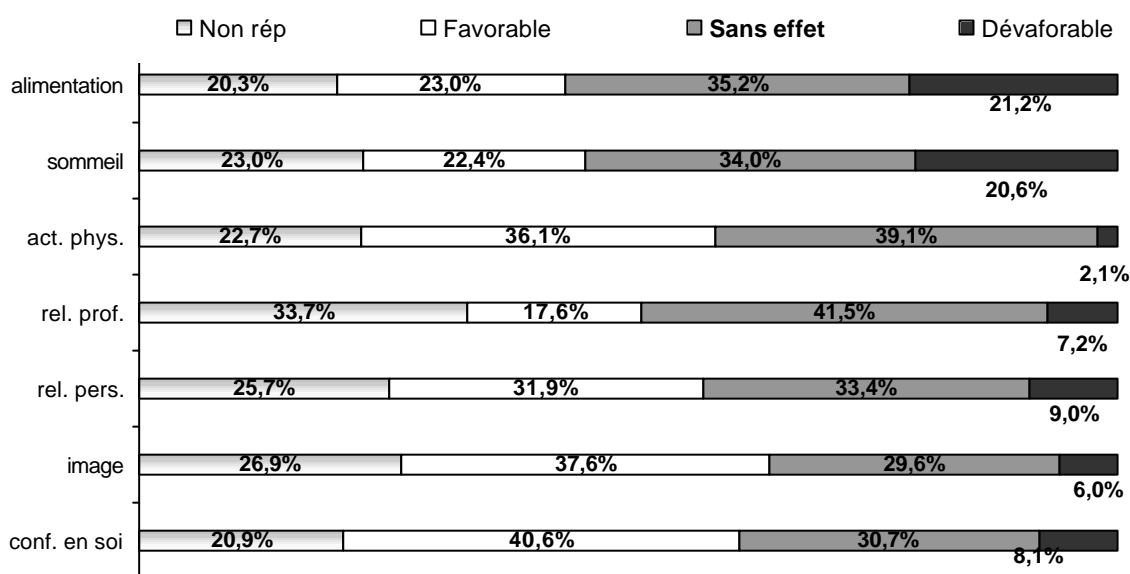
D'après les personnes qui ont pris conscience de difficultés autres que le tabagisme (n=166), la consultation aurait permis de les résoudre « totalement » pour 13% d'entre elles, et « partiellement » pour 38% ; en revanche, elle n'aurait « pas vraiment » permis de les résoudre pour 32% d'entre elles, et « pas du tout » pour 9.5% (5% de non-réponses pour cette question). Les patients qui ont eu six entretiens ou plus sont significativement plus nombreux à estimer que la consultation a résolu leurs difficultés (75% vs 46%, $p < 0.003$).

29% des consultants ayant ces difficultés ont d'ailleurs été orientés vers d'autres professionnels par la consultation (8% de non-réponses pour cet item). Les patients qui ont bénéficié d'un suivi long pendant la prise en charge (6 entretiens et plus) ont plus souvent été orientés vers d'autres types de prise en charge (46% vs 31% en moyenne, $p < 0.04$).

B/ Autres effets

Pour l'analyse de ces questions, l'item « ne sais pas » a été fusionné avec les non-réponses pour augmenter les effectifs et permettre l'utilisation des tests statistiques.

Figure 16 – Effets de la démarche (n= 335)



La démarche a eu pour 21% des répondants un effet défavorable sur leur alimentation (plus significativement chez les patients qui ont vu le grignotage apparaître ou augmenter à l'arrêt du tabac) ou sur leur sommeil. Autour d'un quart des patients évoque quand même un effet favorable sur l'alimentation ou le sommeil. Pour environ un tiers des répondants, la démarche a été sans effet sur l'alimentation ou le sommeil, et cela concerne plus significativement les personnes qui n'ont pas tenté d'arrêter de fumer ($p < 0.001$).

Concernant l'activité physique des patients, la démarche a été favorable pour 36% d'entre eux, sans effet pour 39%, et très peu défavorable dans l'ensemble (seulement 2%).

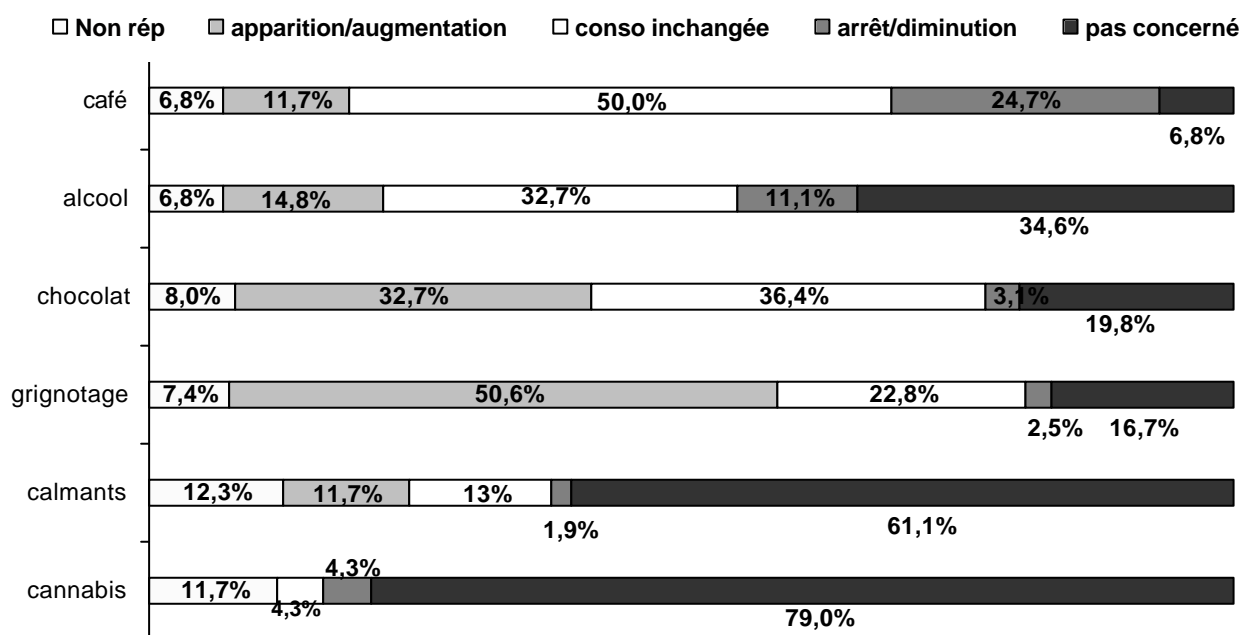
Les répondants sont nombreux à avoir estimé que leur démarche n'avait pas eu d'effet sur leurs relations professionnelles (41%). Pour quelques-uns, le bénéfice en terme de relations professionnelles existe (18%), et seulement 7% ont évoqué un effet défavorable à ce sujet. En terme de relations personnelles, la démarche a été favorable pour 32% d'entre eux, sans effet pour 33% et défavorable pour 9%. Les personnes pour qui la consultation a résolu des difficultés autres que le tabagisme sont significativement plus nombreuses à penser que la démarche a eu un effet favorable sur leurs relations personnelles ($p < 0.003$). Enfin, les patients qui ont arrêté de fumer au moment de l'enquête sont plus nombreux à indiquer un effet favorable de leur démarche sur leurs relations personnelles (39% vs 25%, $p < 0.05$).

La démarche a été assez favorable pour l'image et la confiance des patients (autour de 40%). Les personnes qui ont arrêté de fumer au moment de l'enquête sont significativement plus nombreuses à indiquer un effet favorable de la démarche sur leur image (48% vs 28%, $p < 0.001$) et leur confiance en eux (52% vs 30%, $p < 0.001$). Les patients pour qui la consultation a résolu des difficultés autres que le tabagisme sont aussi plus nombreux à noter cet effet favorable sur leur image et leur confiance ($p < 0.001$). Presque un tiers des répondants a cependant exprimé que la démarche n'avait eu aucun effet à ces deux niveaux.

C/ Influence de l'arrêt du tabac sur d'autres consommations

Les données qui suivent sont calculées à partir des répondants qui ne fument plus au moment de l'enquête, soit un sous-groupe de 164 ex-fumeurs. Pour l'analyse de ces questions, les items « apparition » et « augmentation » de la consommation, et « arrêt » et « diminution » de la consommation ont été fusionnés pour permettre l'utilisation des tests statistiques.

Figure 17 – Influence de l'arrêt du tabac sur d'autres consommations (n=164/164)



Le café

50% des ex-fumeurs déclarent ne pas avoir changé leur consommation de café après l'arrêt de leur tabagisme, 25% auraient diminué ou arrêté leur consommation, et seulement 12% l'auraient augmentée.

L'alcool

35% des patients déclarent ne « pas être concernés » par la consommation d'alcool, ce qui paraît élevé au regard des chiffres régionaux : les non-consommateurs d'alcool ne sont que 10% en Rhône-Alpes selon le Baromètre Santé 2000, et le lien entre tabac et alcool est bien connu. Il est vraisemblable que certains ont interprété cette question comme « alcoolisme » et non comme consommation d'alcool. Un tiers (33%) déclare ne pas avoir changé sa consommation après l'arrêt du tabagisme, 15% auraient augmenté leur consommation, et 11% l'auraient diminuée ou arrêtée.

Un lien significatif entre le sexe et la consommation d'alcool apparaît : 25% des hommes voient leur consommation d'alcool apparaître ou augmenter après l'arrêt, versus 8% des femmes ($p < 0.02$).

Le chocolat

36% des ex-fumeurs n'ont pas changé leur consommation de chocolat après l'arrêt de leur tabagisme, mais 33% l'ont augmentée. La diminution et l'arrêt de la consommation sont peu conséquents (moins de 5%).

Le grignotage

Le grignotage est apparu ou s'est intensifié pour une part importante des patients qui ont arrêté leur tabagisme, soit 51%. Pour 23% des ex-fumeurs, leur niveau de grignotage n'a pas changé après l'arrêt du tabagisme. La diminution ou l'arrêt du grignotage concerne peu d'enquêtés. Lorsque l'on fusionne les modalités « arrêt/diminution » et « consommation inchangée », un lien significatif entre le sexe et le grignotage apparaît : 62% des femmes voient le grignotage apparaître ou augmenter après l'arrêt, versus 33% des hommes ($p < 0.001$).

Les calmants

Une grande majorité des répondants (61%) ne se sent « pas concernée » par la consommation de calmants. La consommation est apparue ou s'est intensifiée pour 12% des personnes interrogées, et significativement pour les patients qui ont pris conscience grâce à la consultation d'autres difficultés que le tabagisme si l'on fusionne les modalités « arrêt/diminution/ consommation inchangée » (24% vs 3%, $p < 0.001$). Cette consommation n'a pas évolué pour 13% des répondants. La diminution et l'arrêt de la consommation sont peu importants.

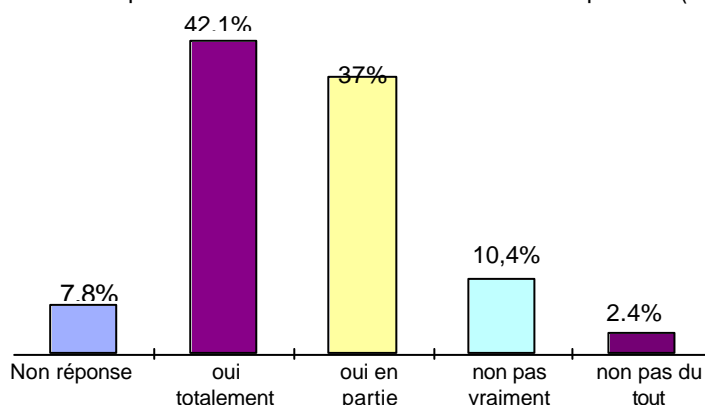
Le cannabis

79% des répondants se déclarent « non concernés » par la consommation de cannabis. Les autres éléments d'évolution, augmentation (4%) ou diminution (4%), sont de même importance.

6 L'opinion des patients sur la prise en charge

La prise en charge a « totalement » répondu aux **attentes** pour 42% des patients, et « partiellement » pour 37% d'entre eux (figure 18).

Figure 18 – Réponse de la consultation aux attentes des patients (n=335)



Les non-fumeurs 6 mois après la consultation et les personnes pour qui la consultation a permis de résoudre des difficultés autres que le tabagisme sont significativement plus nombreux à penser que la prise en charge a répondu à leurs attentes ($p < 0.001$ pour les 2). De plus, les patients qui ont eu plus de 6 entretiens et plus sont significativement plus nombreux à estimer que la prise en charge a répondu à leurs attentes (94% vs 75%, $p < 0.003$).

En revanche, la prise en charge n'a « pas vraiment » voire « pas du tout » répondu aux attentes de 13% des patients. Les principales raisons évoquées par les patients insatisfaits sont les suivantes : inadaptation de la consultation aux besoins du patient, insatisfaction sur la méthode d'arrêt utilisée, et manque de disponibilité/d'écoute de l'intervenant.

Les aides médicamenteuses qui ont été appréciées par les patients sont principalement les patchs/gommes (cités par 57% des enquêtés), suivis par les anti-dépresseurs (13%), le bupropion (8%), les anxiolytiques (7%), l'homéopathie (5%) et les vitamines (3%). Ceux qui avaient arrêté le tabac au moment de l'enquête sont plus nombreux à citer les patchs/gommes comme aide (65% vs 50%, $p < 0.002$). Les anxiolytiques et les anti-dépresseurs sont plus souvent cités par les patients qui, grâce à la consultation, ont pris conscience d'autres difficultés que le tabagisme (respectivement $p < 0.002$ et $p < 0.001$).

En ce qui concerne **l'accompagnement**, ils ont surtout apprécié l'écoute des intervenants (cité par 58% des enquêtés), les conseils pratiques (36%), le suivi (34%), la disponibilité des intervenants (20%), la diversité des intervenants (8%) et les relances téléphoniques ou par courrier (4%). Les patients qui ont eu six entretiens ou plus sont significativement plus nombreux à apprécier l'ensemble de ces aides ($p < 0.001$ pour chaque modalités) sauf pour les relances.

A noter que pour toutes ces questions, il existe un taux élevé de non-réponses (environ 25-30%).

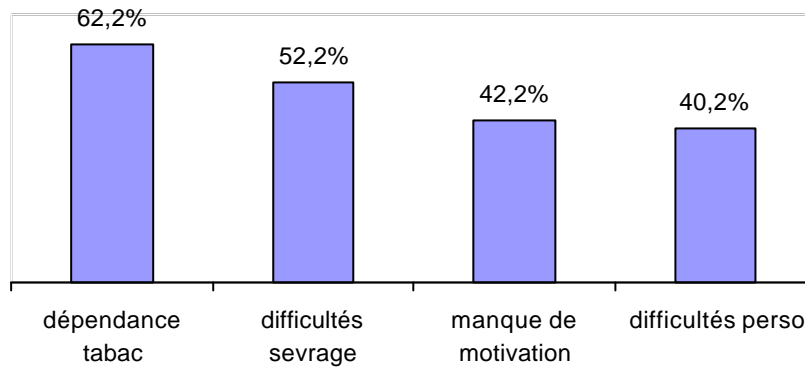
7. L'analyse de leur expérience

Les 50 répondants qui n'ont pas fait de tentative d'arrêt pendant les 6 mois qui ont suivi la consultation attribuent ce phénomène à :

leur dépendance au tabac (cité par 62% des répondants), la peur des difficultés du sevrage (52%), un manque de motivation (42%), des difficultés personnelles (40%), des difficultés psychologiques trop importantes (28%), les contextes favorisant la consommation (26%), le fait que la décision d'arrêt n'ait pas été prise par eux et pour eux (20%), l'inadaptation de la consultation à leur besoin (18%), un manque de soutien de leur entourage (16%), et des délais d'attente trop longs (14%).

Les raisons liées à la consultation apparaissent beaucoup moins importantes que les raisons personnelles ou environnementales (figure 19).

Figure 19 – Principales raisons de l'absence de tentatives d'arrêt (n=50/50)

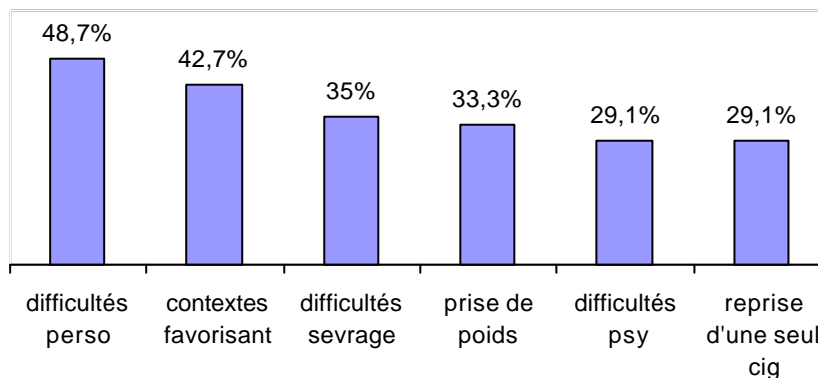


Total supérieur à 100% en raison de réponses multiples

Les 118 répondants qui ont arrêté leur tabagisme, mais qui ont repris leur habitude dans les 6 mois suivant la consultation attribuent cette reprise à : des difficultés personnelles (citées par 49% des répondants), les contextes favorisant la reprise (43%), les complications du sevrage (35%), la prise de poids (33%), des difficultés psychologiques trop importantes (29%), la reprise d'une cigarette pensant que ce serait la seule (29%), le manque de suivi de la consultation (10%), et le manque de préparation aux risques de reprise (9%). Les femmes sont significativement plus nombreuses à avoir cité la prise de poids (43% vs 14%, $p < 0.001$).

Les raisons liées à la consultation apparaissent également moins importantes que les raisons personnelles ou environnementales (figure 20).

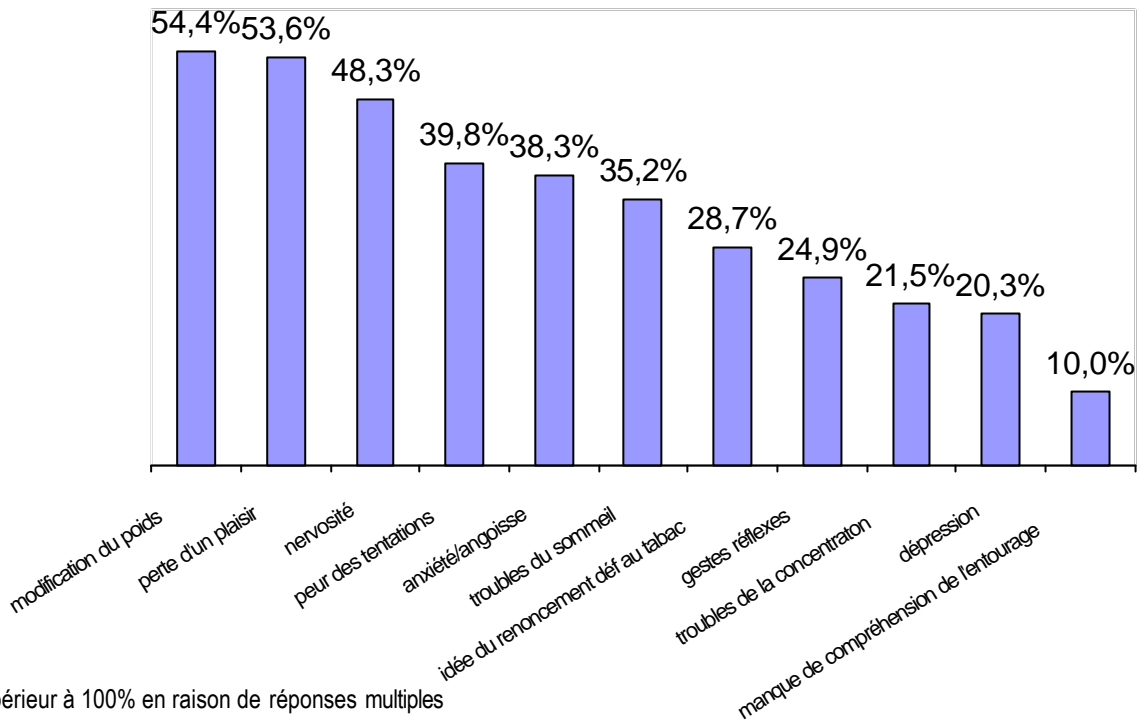
Figure 20 – Principales raisons de la reprise du tabagisme (n=117/118)



Total supérieur à 100% en raison de réponses multiples

Pour les 282 répondants qui ont eu une expérience d'arrêt du tabagisme depuis la première consultation (qu'ils soient parvenus ou non à maintenir leur arrêt), les principales difficultés éprouvées pendant la période de sevrage sont : la modification du poids (citée par 54% des répondants), la perte d'un plaisir (54%), la nervosité (48%), la peur des tentations (40%) et l'anxiété/angoisse (38%). Seulement 3% des répondants disent n'avoir rencontré aucune difficulté pendant la période de leur sevrage tabagique (figure 21).

Figure 21 – Principales difficultés à l'arrêt du tabagisme (n=264/282)



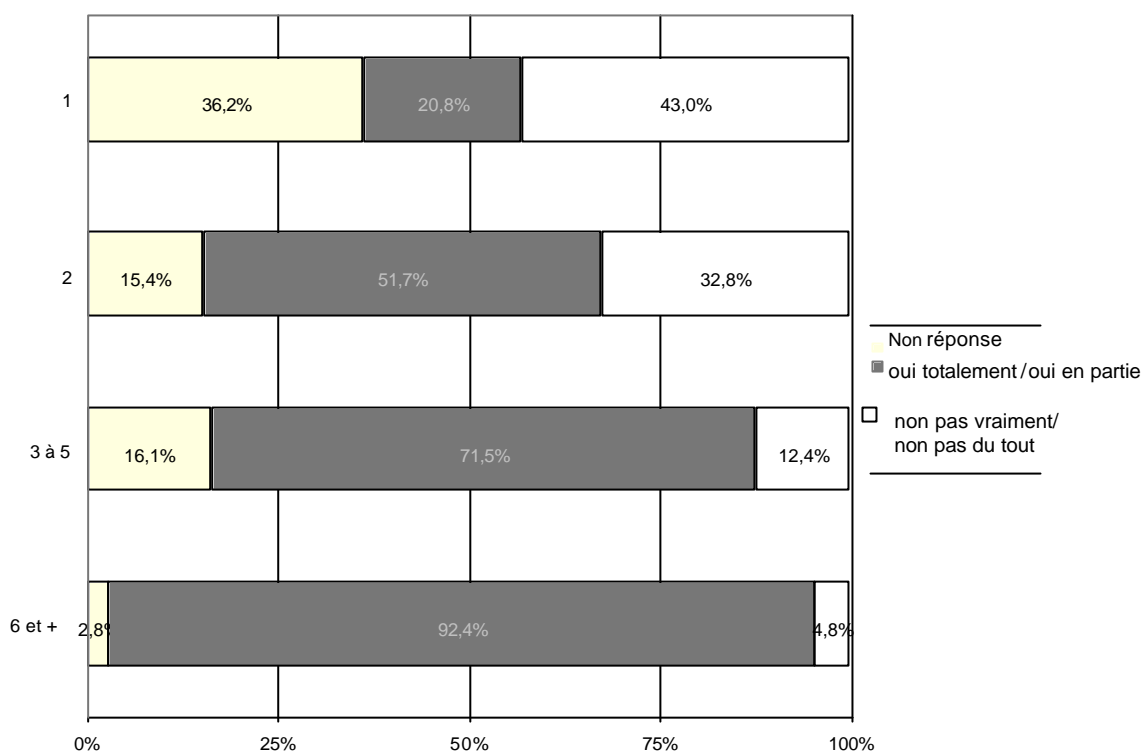
Total supérieur à 100% en raison de réponses multiples

Parmi les répondants qui ont eu une expérience de l'arrêt, ceux qui ne l'ont pas maintenu au moment de l'enquête sont significativement plus nombreux à avoir cité la perte d'un plaisir (58% vs 44%, $p < 0.03$), l'idée du renoncement définitif au tabac (40% vs 17%, $p < 0.001$), les gestes réflexes (34% vs 16%, $p < 0.001$), la dépression (25% vs 14%, $p < 0.03$), le manque de compréhension de l'entourage (14% vs 6%, $p < 0.05$) parmi les difficultés ressenties pendant le sevrage. En revanche, ceux qui ont maintenu leur arrêt citent plus souvent la modification de leur poids (58% vs 40%, $p < 0.003$). Enfin, les femmes sont plus nombreuses à avoir cité la difficulté de la prise de poids (61% vs 35%, $p < 0.001$) et la dépression (23% vs 12%, $p < 0.04$). Les hommes sont quant à eux plus nombreux à citer le manque de compréhension de l'entourage (14% vs 6%).

Ces difficultés ont été « totalement » prises en compte par la consultation pour 26% des patients concernés ou « partiellement » pour 38% d'entre eux. Pour 20% de ces enquêtés, ces difficultés n'ont « pas vraiment » voire « pas du tout » été prises en compte par la consultation. A noter que pour ces données, il existe un taux élevé de non-réponses (16%).

Il est intéressant de souligner le fait que plus les patients ont bénéficié d'un long suivi, plus les difficultés de l'arrêt ont été prises en compte (92% pour « 6 entretiens et + » vs 21% pour un entretien, $p < 0.001$) (figure 22).

Figure 22 - Prise en compte des difficultés de l'arrêt du tabagisme par la consultation en fonction du nombre d'entretiens pendant la prise en charge (n=234/282)



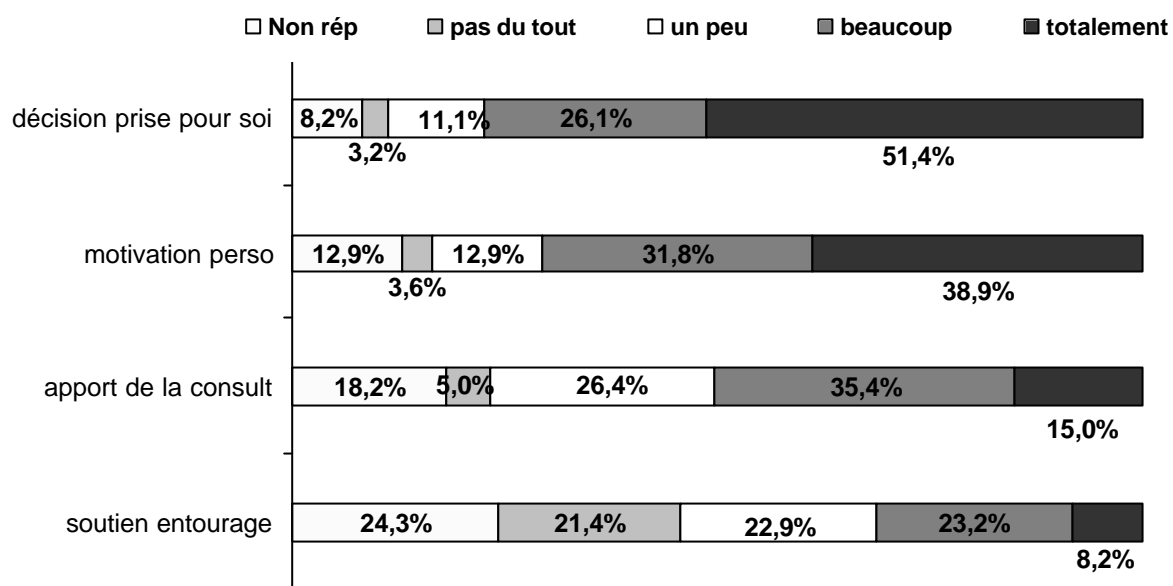
Enfin, 77 % des répondants qui ont eu une expérience d'arrêt (maintenu ou pas) depuis la première consultation attribuent « beaucoup » ou « totalement » cet arrêt à une décision prise pour soi et 71% à leur motivation personnelle. 50% d'entre eux attribuent « beaucoup » ou « totalement » leur arrêt à l'apport de la consultation (figure 23).

Les patients qui ont bénéficié d'un long suivi (6 entretiens et plus), ceux pour qui la prise en charge a permis de résoudre d'autres difficultés que le tabagisme, ou pour qui les difficultés du sevrage ont été prises en compte ont plus souvent attribué leur arrêt à la consultation ($p < 0.001$ pour chaque item).

Ceux qui sont en arrêt au moment de l'enquête attribuent également plus souvent leur arrêt à la consultation ($p < 0.001$).

Seulement 31% l'attribuent « beaucoup » ou « totalement » au soutien de leur entourage (contre 44% « peu » ou « pas du tout »). D'autres raisons sont également évoquées pour expliquer un arrêt même temporaire : la maladie (3%), le coût du tabac (1.5%) ou une grossesse (1%). A noter que pour toutes ces questions, il existe un taux élevé de non-réponses (de 8 à 24%).

Figure 23 – Principales raisons de l'arrêt du tabagisme (n=282/282)



IV Discussion

1 Population étudiée

La méthodologie d'enquête a permis d'obtenir un taux de réponse global de 35% pour les 22 centres de consultation concernés, ce qui apparaît correct pour un questionnaire postal sans relance. En revanche, il est vraisemblable que la complexité du questionnaire ait exclu de l'enquête des patients en difficulté avec l'écrit.

La comparaison de la répartition des répondants avec celle des interrogés en terme de département de consultation a fait apparaître une sur-représentation de l'Isère : un redressement des résultats a donc été réalisé à partir de cette variable. En revanche, la bonne représentativité de la population des répondants avec l'échantillon de l'enquête, en terme d'âge et de sexe a permis d'éviter un redressement au niveau de ces deux caractéristiques. Mais cela ne signifie pas que les répondants soient représentatifs des patients ciblés par l'enquête, pour d'autres variables. Pour autant, il ne nous est pas possible de mesurer l'importance de ces biais induits par les non-réponses.

Les principales caractéristiques de la population étudiée sont :

- une majorité des répondants située entre 30 et 60 ans, et une moyenne d'âge de 43.36 ans, légèrement supérieure à l'enquête nationale CDTnet² (41.77 ans).
- une petite majorité de femmes parmi les répondants, comme pour l'enquête nationale CDTnet.
- des hommes en moyenne plus âgés que les femmes : différence qui peut s'expliquer par le fait que les femmes jeunes sont plus concernées que les hommes par l'arrêt du tabagisme à cause de la contraception et de la grossesse, et par le fait que les femmes âgées fument moins souvent que les hommes du même âge.

2 Consommations et parcours tabagiques

En moyenne, les patients enquêtés sont de gros fumeurs avec 21 cigarettes par jour (pour la plupart des cigarettes manufacturées) et fument beaucoup plus qu'en population générale (15 cigarettes par jour dans la Baromètre Santé 2000). Ces constats sont les mêmes dans l'enquête nationale CDTnet.

En outre, comme en population générale, les hommes fument davantage que les femmes en terme de quantités de cigarettes fumées par jour. Cet écart se retrouve également dans l'enquête nationale CDTnet.

Enfin, les patients enquêtés sont un peu plus nombreux que les fumeurs du Baromètre Santé 2000 à avoir expérimenté au moins une fois l'arrêt du tabagisme.

² Chiffre provenant de la base de données internet du projet « Consultation de Dépendance Tabagique » impulsé par la Direction Générale de la Santé depuis 2000, et confié au laboratoire SPIM de la faculté de médecine Broussais/Hôtel-Dieu à Paris (1474 patients et 268 patients à 6 mois).

Il semblerait donc que les consultations de tabacologie concernées par l'enquête drainent une population de gros fumeurs consommant de grandes quantités de cigarettes, dont la dépendance est forte (qu'elle que soit la forme revêtue par cette dépendance), qui a déjà expérimenté l'arrêt du tabagisme mais qui n'arrive pas à arrêter sans un accompagnement spécifique et adapté.

3 Prise en charge par la consultation

Dans le cadre de l'enquête, la prise en charge des patients par un seul professionnel (et dans la plupart des cas, il s'agit d'un médecin) est beaucoup plus fréquente que celle qui est assurée par plusieurs professionnels.

De plus, pour la plupart des patients, le suivi réalisé dans ce cadre a comporté au moins deux entretiens individuels, et deux tiers d'entre eux ont bénéficié d'au moins trois entretiens. Mais le suivi à long terme (au moins six entretiens) semble beaucoup moins répandu.

En effet, même si les textes de référence et les recommandations officielles en matière de tabacologie préconisent souvent une prise en charge multidisciplinaire, et un suivi dans la durée, les pratiques des consultations semblent tributaires des réalités du terrain : manque de moyens financiers et humains pour constituer des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, assistantes sociales, diététiciennes, psychologues...), et modulation du suivi en fonction des besoins des patients (depuis 2 entretiens jusqu'à plus de 6).

D'autre part, la majorité des enquêtés fixe une date d'arrêt du tabagisme dès la première consultation, ou même s'est déjà arrêtée de fumer à ce moment-là : ces patients se trouvent donc au stade de « l'action » dans le parcours du fumeur décrit par Di Clemente, et Prochaska³. Les autres enquêtés, qui définissent un objectif de diminution de leur consommation, de préparation à l'arrêt du tabagisme ou de prise en charge préalable d'un autre problème que leur tabagisme se situent à un stade antérieur dans le schéma de l'évolution naturelle du tabagisme de Prochaska (stade « d'intention ou de préparation »).

Les résultats montrent aussi qu'il existe un lien significatif entre l'objectif fixé en première consultation et le fait d'expérimenter l'arrêt du tabagisme dans les 6 mois qui suivent. En effet, les patients qui décident d'arrêter de fumer dans les 24 heures au moment de la première consultation sont plus nombreux à effectivement tenter d'arrêter de fumer que les autres. Cet élément confirme la position de ces patients au stade de « l'action » dans le parcours du fumeur.

4 Résultats observés 6 mois après la première consultation

D'après notre enquête, près de la moitié des patients ne consomment plus de tabac 6 mois après leur première consultation. Ce résultat est un peu plus important que celui de l'enquête nationale CDTnet. Mais il est sans doute surévalué pour plusieurs raisons. D'une part, il s'appuie non pas sur une évaluation de la consommation tabagique par contrôle du CO-testeur mais sur les déclarations des enquêtés.

³ Prochaska J.O., Di Clemente C.C., « Stages and process of selfchange in smoking : towards an integrative model of change », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983 ; 51 : 390-95.

D'autre part, il existe un biais induit par les non-réponses qu'il n'est pas possible de mesurer : les personnes ayant réussi à arrêter leur tabagisme sont certainement plus enclines à répondre que celles qui n'ont pas réussi.

Pour autant, l'intérêt de cette évaluation est de mettre en lumière quelques facteurs de réussite de l'arrêt du tabagisme : des expériences antérieures d'arrêt du tabac de plus de 6 mois, une décision d'arrêt immédiat dès la première consultation, la prise en compte des difficultés liées au sevrage tabagique, mais aussi la résolution de difficultés autres que le tabagisme. Ces facteurs impliquent donc que la prise en charge des patients en tabacologie soit globale, et prennent en compte le tabagisme dans un contexte de vie plus large lié à la personne.

Par ailleurs, la plupart des ex-fumeurs paraissent, au moment de l'enquête, confortés dans leur arrêt du tabagisme. Cependant, plus d'un quart des abstinents semble inconfortable avec cette situation et ne sont donc pas encore « hors tabac », ce qui confirme la nécessité d'un suivi pendant ce que les tabacologues appellent la période de maintenance de l'arrêt.

Enfin, parmi les 51% de patients qui n'ont pas arrêté de fumer à 6 mois, plus de la moitié déclare quand même avoir diminué sa consommation tabagique.

Il est intéressant de souligner le fait qu'il n'existe pas de différence significative dans notre enquête en terme de résultats de consommation à 6 mois, par rapport au type de prise en charge effectuée, qu'elle soit « unique » (un seul type de professionnels) ou « multiple » (plusieurs types de professionnels). L'hypothèse aujourd'hui assez répandue dans le milieu tabacologique, selon laquelle une prise en charge « multi-disciplinaire » serait plus efficace dans l'accompagnement à l'arrêt du tabagisme n'est pas confirmée par notre enquête.

5 Les effets de la démarche auprès de la consultation

Pour près de la moitié des patients interrogés, la démarche auprès de la consultation a permis de faire émerger d'autres difficultés que le tabagisme, notamment chez ceux qui ont bénéficié d'un long suivi (6 entretiens ou plus). Les difficultés mises à jour concernent en particulier l'état psychologique des patients : anxiété/angoisse et dépression. Ces résultats ne sont pas étonnants dans la mesure où les pratiques de certains centres participants à l'étude sont orientées vers une prise en charge globale de la personne au niveau de sa santé physique, psychologique et sociale. Parmi ces patients qui ont mis à jour d'autres difficultés grâce à la consultation, la moitié estime que cette dernière a permis de résoudre « partiellement » ou « totalement » ces difficultés, et à nouveau cela concerne plus particulièrement les patients qui ont bénéficié d'un long suivi. Près d'un tiers de ces consultants, ont d'ailleurs été orientés vers d'autres professionnels par la consultation, dans le but de résoudre leurs difficultés. Plus le suivi par la consultation a été long, plus les patients ont été orientés vers d'autres types de prise en charge. Ces éléments nous rappellent comment l'accompagnement par la consultation de tabacologie ne se substitue pas, mais prépare, et fait accéder à d'autres types de prise en charge. Pour autant, les patients concernés ont généralement des problématiques de santé et de vie assez importantes, qui rendent difficile l'accès à l'abstinence tabagique.

Globalement, pour la majorité des répondants, la démarche effectuée auprès de la consultation a eu des effets favorables ou neutres sur un ensemble de dimensions de leur vie quotidienne comme l'activité physique, les relations professionnelles, et les relations personnelles. Ces effets positifs ou neutres sont également observés au niveau des compétences psychosociales des patients telles que l'image de soi et la confiance en soi. Si la prise en charge n'a pas toujours permis aux patients de tirer des bénéfices dans ces différents domaines, elle n'a pas fait émerger beaucoup d'éléments négatifs ou contre-productifs. En ce sens, il est possible d'affirmer que globalement la prise en charge a été vécue de façon confortable.

Néanmoins, il est intéressant de noter que pour l'alimentation et le sommeil, deux critères essentiels de qualité de vie, des effets négatifs liés à la démarche sont plus souvent évoqués : ce résultat renvoie à la réalité du sevrage tabagique et de ses difficultés potentielles en terme d'apparition du grignotage ou de troubles du sommeil. Mais l'interprétation de l'ensemble de ces données concernant le vécu de la prise en charge reste difficile étant donné le taux élevé de non-réponses pour ces items (de 20% de non-réponses pour l'alimentation à 34% pour les relations professionnelles).

Pour les répondants, l'arrêt du tabagisme ne semble pas avoir entraîné de transfert important de consommation sur d'autres types de produits psychoactifs (alcool, cannabis, calmants) ou sur le café. Toutefois, l'analyse des résultats pour l'alcool et le cannabis est limitée du fait d'une part de la confusion entre consommation d'alcool et alcoolisme, et d'autre part du petit nombre de personnes se déclarant concernées pour le cannabis.

En revanche, il a favorisé, pour un tiers des patients, l'apparition ou l'augmentation de la consommation de chocolat, et pour la moitié l'apparition ou l'augmentation du grignotage.

6 L'opinion des patients sur la prise en charge

La prise en charge semble globalement bien avoir répondu aux attentes des patients interrogés. Et dans une certaine logique, les personnes qui ont arrêté de fumer à 6 mois, celles qui ont résolu d'autres difficultés grâce à la consultation et celles qui ont bénéficié d'un long suivi sont plus souvent satisfaites que les autres. En revanche, il est intéressant de noter le fait qu'il n'existe pas de différence significative en terme d'appréciation de la prise en charge par les patients, que cette prise en charge soit « unique » (un seul type de professionnels) ou « multiple » (plusieurs types de professionnels). Le suivi multi-professionnel n'apparaît pas ici comme une demande spécifique des patients.

En terme d'aide médicamenteuse, ce sont les substituts nicotiques qui ont été le plus appréciés. En effet, la substitution nicotinique semble être le moyen technique le plus utilisé et le plus apprécié dans notre étude, mais ce qui n'empêche pas aux patients interrogés d'attribuer leur arrêt d'abord à leurs propres choix et motivations. Concernant l'accompagnement, les patients ont surtout apprécié l'écoute et la disponibilité des intervenants, les conseils pratiques prodigués et le suivi effectué. Mais ces résultats sont à relativiser dans la mesure où il existe un taux élevé de non-réponses.

7 L'analyse de leur expérience

Les répondants qui n'ont pas fait de tentative d'arrêt du tabac pendant les 6 mois qui ont suivi la consultation attribuent principalement ce phénomène à leur dépendance au tabac, à la peur des difficultés du sevrage, à un manque de motivation et à des difficultés personnelles. En outre, les répondants qui ont expérimenté l'arrêt du tabagisme pendant cette période, mais qui ont repris leur habitude dans les 6 mois suivant la consultation attribuent principalement cette reprise à des difficultés personnelles, aux contextes favorisant la reprise, à des difficultés liées au sevrage, à une prise de poids, à des difficultés psychologiques et à la reprise d'une seule cigarette. Pour ces deux groupes de patients, les raisons qui pourraient être liées à la consultation apparaissent beaucoup moins importantes que les raisons personnelles ou environnementales.

Pour les personnes qui ont expérimenté l'arrêt du tabagisme dans le cadre de l'enquête, les principales difficultés éprouvées pendant la période de sevrage sont assez classiques : modification du poids, perte du plaisir de la cigarette, nervosité... Ces difficultés semblent généralement avoir bien été prises en compte par les consultants, en particulier chez les patients ayant bénéficié d'un long suivi. Mais ces interprétations restent fragiles du fait d'un taux élevé de non-réponses pour cet item.

Enfin, la moitié des patients qui ont eu une expérience d'arrêt dans les 6 mois l'attribue à l'apport de la consultation (particulièrement ceux qui ont bénéficié d'un long suivi, qui ont résolu d'autres difficultés que le tabagisme, pour qui les difficultés du sevrage ont bien été prises en compte, et ceux qui sont en arrêt à 6 mois), soit beaucoup plus qu'à leur entourage, mais quand même moins qu'à eux-mêmes. Les tabacologues s'accordent d'ailleurs pour dire que si les fumeurs arrêtent leur tabagisme, c'est d'abord grâce à eux et à leurs propres motivations.

Conclusion

Le fait que la pluriprofessionnalité de la prise en charge n'apparaisse pas dans cette évaluation comme un facteur de réussite de l'arrêt du tabagisme, ni comme une attente particulière des patients n'implique pas l'abandon de cette piste de travail. En effet, il s'agit d'une étude d'observation et non d'une expérimentation visant à comparer ces modalités d'intervention. De plus, si l'hypothèse d'un bénéfice de la multi-disciplinarité est née dans le milieu tabacologique, c'est peut-être avant tout parce qu'il s'agit d'un besoin des praticiens tabacologues, pour faire face à certaines limites de leurs compétences (notamment concernant les dimensions diététiques, psychologiques ou psychiatriques de la prise en charge), et donc optimiser la prise en charge des patients fumeurs en travaillant en équipe.

A plusieurs reprises, les résultats nous ont montré combien certaines pratiques tabacologiques étudiées étaient centrées sur une approche globale qui prend en compte différentes dimensions de la personne au-delà de son unique tabagisme : état psychologique, situation sociale et économique, relations personnelles et professionnelles, comportements de santé en général... Et cette approche semble globalement correspondre aux attentes des patients interrogés. Le fait de répondre à ces attentes implique un suivi des patients sur la durée, et ce suivi à long terme apparaît aussi dans notre enquête comme une attente de certains fumeurs. Cette évaluation conforte donc les pratiques tabacologiques régionales déjà existantes à deux niveaux :

- l'intérêt d'un accompagnement large, centré sur la personne ;
- la nécessité d'une adaptation individuelle de cet accompagnement modulée en fonction des besoins des fumeurs.

Enfin, plus concrètement, notre analyse interroge les pratiques des professionnels de la tabacologie sur les questions de grignotage, d'alimentation et de sommeil. En effet, l'évaluation a montré les difficultés qui peuvent exister pour ces trois points, d'où l'enjeu pour les intervenants de se doter de méthodes et d'outils plus performants dans ces différents domaines.

Enfin, cette évaluation montre que face à une prise en charge spécifique récente en matière d'accompagnement à l'arrêt du tabagisme (qui s'est développée ces 5 dernières années dans la région Rhône-Alpes), les fumeurs reçus en centre de tabacologie semblent globalement satisfaits du service rendu.

www.craes-crips.org