Fonds des **A**ffections **Res**piratoires a.s.b.l.
Communauté française

Intervention financière en matière de substitution nicotinique pour une population à bas revenus : analyse d'un projet pilote de Tabacstop

Mémoire réalisé dans le cadre de la
FORMATION CONTINUÉE EN TABACOLOGIE
Coordonnée par le FARES

Catherine Anselme

Promoteur : Régine Colot

Année académique 2011-2012

Résumé

A l'heure actuelle, le tabagisme représente l'un des plus importants facteurs de risque pour la santé. Même s'il a tendance à diminuer dans les milieux plus favorisés, il stagne voire augmente dans les milieux plus défavorisés. Or, ces populations défavorisées, souvent victimes d'inégalités sociales, sont plus vulnérables face aux dommages engendrés par le tabac, avec des risques accrus pour leur santé et celle de leur entourage.

Avec un profil tabagique souvent lourd, il semble difficile pour ces personnes de pouvoir arrêter de fumer sans bénéficier d'un soutien adéquat et efficace, tel qu'un accompagnement intensif personnalisé et/ou une prise de substituts nicotiniques. Mais des ressources financières très limitées ne leur permettent pas toujours d'avoir accès à ces moyens d'aide.

En Belgique, depuis 2009, un remboursement partiel a été mis en place pour huit consultations d'aide à l'arrêt tabagique et ce, pour tous les fumeurs. Mais cela ne semble pas une mesure suffisante pour impliquer les personnes en situation financière précaire à recourir à l'aide d'un professionnel pour arrêter de fumer.

Sur base des résultats positifs recueillis dans la littérature concernant l'efficacité d'interventions financières délivrées par des quitlines pour des fumeurs à bas revenus, la Fondation Contre le Cancer et Tabacstop ont lancé, en 2010, un projet pilote de remboursement des substituts nicotiniques correspondant à six semaines de traitement, pour des fumeurs en accompagnement personnalisé chez Tabacstop et bénéficiant du statut OMNIO/BIM ou dépendants du CPAS.

L'objectif de ce mémoire sera d'analyser, parmi cette population fragilisée, l'efficacité d'une intervention financière sur la motivation et les chances de réussite à l'arrêt mais aussi d'évaluer le ressenti et la satisfaction par rapport à une telle aide, via un questionnaire soumis par téléphone. Ceci dans le but de déterminer si une telle intervention pourrait s'avérer efficace à plus grande échelle en Belgique pour réduire la prévalence du tabagisme dans les milieux défavorisés.

Remerciements

Je tiens à remercier :

- Régine Colot, la promotrice de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses remarques pertinentes et ses conseils avisés.

- Christine Plets, pour son aide précieuse et son temps lorsque j'ai eu des questions au niveau des chiffres du projet.

- Suzanne Gabriels, pour m'avoir permis de faire passer mon questionnaire de satisfaction à des clients de Tabacstop ayant participé au projet.

- Marianne Kemink, pour son écoute attentive, sa gentillesse et son soutien.

- Anne-Sophie Jean, pour sa disponibilité et son explication très complète d'un projet mis en place par le FARES se rapprochant de celui-ci.

- Les personnes ayant participé au projet qui ont accepté de prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire.

- Mon compagnon, mes amis et ma famille, pour leur soutien tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Table des matières

Introduction 1
Partie théorique 5
1. Le tabagisme, un problème de santé publique 5
1.1. En bref : les chiffres du tabagisme en Belgique 5
1.2. Tabagisme et inégalités sociales 6
1.2.1. Une prévalence tabagique plus élevée dans les milieux défavorisés 6
1.2.2. Un sevrage tabagique plus problématique dans les milieux défavorisés 7
1.2.3. Qu'en est-il en Belgique ? 10
2. L'efficacité des moyens d'aide au sevrage tabagique 12
2.1. Les lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt tabagique ou quitlines 12
2.1.1. Avantages et inconvénients des quitlines 12
2.1.2. L'accompagnement proactif via une quitline 13
2.2. Les substituts nicotiniques 15
2.3. L'accompagnement proactif au sein des quitlines avec substitution nicotinique16
3. Les aides financières pour le sevrage tabagique 17
3.1. L'efficacité des aides financières 17
3.1.1. Les concours « quit and win » 18
3.1.2. Les primes financières 18
3.1.3. La gratuité des substituts nicotiniques 19
3.1.4. La gratuité des substituts nicotiniques dans le cadre d'un accompagnement proactif 20
3.2. L'efficacité des aides financières pour une population défavorisée 21
3.3. Les aides financières en Belgique 23
3.3.1. Les interventions fixées par arrêtés royaux 23
3.3.2. Les interventions des mutuelles 24
3.3.3. Les projets « pilotes » ciblant les personnes en situation financière précaire 24
4. Le projet pilote « participation financière aux NRT » de Tabacstop 27
4.1. Description et objectifs 27
4.2. L'accompagnement proactif 27
4.3. Méthodologie du projet 28
4.3.1. Sélection des participants 28
4.3.2. Procédure pour le remboursement 29
4.3.3. Récolte des données 29

4.4. Données statistiques 30
4.4.1. Profil des participants en début d'accompagnement 30
4.4.2. Profil des participants en fin d'accompagnement 31
4.4.3. Statut tabagique en fin d'accompagnement 32
4.4.4. Taux d'arrêt 6 mois après la fin de l'accompagnement 34
4.4.5. Taux d'arrêt un an après la fin de l'accompagnement 34
4.5. Méthodologie de l'évaluation par questionnaire 35
4.5.1. Sélection des participants 35
4.5.2. Présentation du questionnaire 36
4.5.3. Procédure 37
4.5.4. Récolte des données 37
Partie pratique 38
1. Résultats 38
1.1. Profil des participants 38
1.2. Statut tabagique actuel 38
1.3. Tentatives futures 38
1.4. Motivation liée à l'accompagnement et au remboursement 39
1.5. Satisfaction de l'accompagnement 39
1.6. Satisfaction du projet NRT 41
1.7. Utilité du programme 42
2. Synthèse 43
Conclusion et perspectives 47
Bibliographie 51
Annexes 58

Liste des abréviations

BIM : Bénéficiaire de l'Intervention Majorée

BVAC : Bijkomende Verzekering/Assurance Complémentaire

CETAF : Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé

CRIOC : Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs

FARES : Fonds des Affections Respiratoire

FCC : Fondation Contre le Cancer

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

ISP : Institut Scientifique de Santé Publique

NRT : Nicotine Replacement Therapy

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VRGT : Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding

Introduction

Parmi les différents facteurs de risque pour la santé, le tabac est sans conteste l'un des plus critiques. En effet, l'usage du tabac est considéré à l'heure actuelle comme la principale cause évitable de morbidité et de mortalité dans le monde.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le tabac est responsable, chaque année, du décès de plus de 5,4 millions de personnes dans le monde, d'environ 1,6 millions d'Européens et de près de 19.000 décès rien qu'en Belgique. Si l'évolution actuelle persiste, le tabagisme sera responsable de 20% des décès dans la région européenne d'ici 2020 et on prévoit qu'il tuera jusqu'à 8 millions de personnes sur terre en l'an 2030[1].

La réduction de la consommation de tabac est donc l'une des mesures les plus importantes de santé publique que l'on peut prendre pour préserver la santé des citoyens.

Notre pays s'est engagé dans ce combat contre le tabac en ratifiant, en novembre 2005, la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac[2], établie en vue d'une coopération mondiale pour la protection de la santé publique et d'une harmonisation des stratégies de contrôle de l'épidémie tabagique. Le Plan fédéral de lutte contre le tabagisme a mis en place un certain nombre de mesures avec des effets visibles dans la législation belge, comme par exemple, l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans, l'interdiction de l'usage du tabac dans tous les lieux publics (depuis le 01/07/2011), l'obligation de faire figurer le numéro de Tabacstop sur les emballages (depuis le 01/01/2011), la promotion de programmes de prévention et de méthodes de sevrage auprès des médecins, l'élévation des accises sur les produits du tabac, …[1]

[1] Gisle L. La consommation de tabac. Enquête de Santé par Interview, Belgique 2008. Institut Scientifique de Santé Publique.
[2] Organisation Mondiale de la Santé. Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. 2003.

Mais malgré les efforts soutenus d'éducation sanitaire sur les méfaits du tabac et malgré les mesures mises en place pour tenter d'enrayer ce fléau, la consommation de tabac fait encore partie de la vie quotidienne de nombreuses personnes. Si la tendance actuelle est globalement à la baisse dans les pays occidentaux, elle se maintient parmi les personnes à faibles revenus. En effet, depuis quelques années, la consommation du tabac tend à diminuer dans la population générale contrairement à celle des populations précarisées qui tend à stagner voire à augmenter[1].

Avec une consommation et des taux de dépendance généralement plus élevés, conduisant à un sevrage plus problématique entre autres raisons, les répercussions financières et sanitaires sur ces populations sont particulièrement lourdes[2]. Les différences de tabagisme entre les classes sociales expliquent plus de la moitié de la différence de mortalité qui existe entre elles dans divers pays occidentaux ; le tabagisme est également responsable de près de la moitié des décès dans la classe sociale la moins favorisée (Jha et al., 2006).

Si l'on veut réduire la prévalence globale du tabagisme et les inégalités qu'il crée, les actions de lutte contre le tabac devraient davantage cibler ces populations les plus défavorisées sur le plan socioéconomique, celles-ci ayant souvent une connaissance faible et/ou erronée des aides disponibles pour les aider à arrêter de fumer (Lund et al., 2005b).

La Fondation Contre le Cancer et Tabacstop, la ligne téléphonique nationale d'aide à l'arrêt tabagique, avancent des propositions concrètes et ayant fait leurs preuves pour réduire la consommation de tabac chez les personnes à faibles revenus, parmi lesquelles l'encouragement à l'accompagnement à l'arrêt et une baisse des prix des produits de substitution nicotinique. En effet, pour ces personnes, le coût d'achat élevé des substituts nicotiniques, souvent prescrits dans le cadre d'un arrêt tabagique, peut constituer un frein important, il semble donc primordial de leur y faciliter l'accès.

---

[1] Gisle L. La consommation de tabac. Enquête de Santé par Interview, Belgique 2008. Institut Scientifique de Santé Publique.
[2] Organisation Mondiale de la Santé. Tabac et pauvreté, un cercle vicieux. 2004.

Pour ce faire, la Fondation Contre le Cancer et Tabacstop ont mis en place, en juin 2010, un projet pilote de remboursement des substituts nicotiniques correspondant à six semaines de traitement pour les personnes en situation financière précaire. Les conditions principales pour rentrer dans le projet sont de suivre un accompagnement personnalisé chez Tabacstop et de disposer du statut OMNIO/BIM[1] ou de bénéficier d'une aide du CPAS.

À cette période, je travaillais à la Fondation Contre le Cancer au département promotion de la santé en tant que collaboratrice de projets. J'ai donc participé au lancement du projet et à sa gestion et j'ai pu en suivre l'évolution jusque fin 2011. Celui-ci me tenant à cœur, j'ai souhaité m'y impliquer davantage encore en y apportant ma contribution personnelle symbolisée par la réalisation d'une première analyse du projet dans le cadre de mon mémoire finalisant ma formation en tabacologie. Début 2012, des premiers résultats ont été présentés par Tabacstop mais aucune évaluation du programme n'avait encore été réalisée à ce jour en terme d'impact et de ressenti auprès des personnes ayant pris part au projet. Tabacstop souhaitant réaliser une telle évaluation dans le futur, j'ai proposé de rédiger un questionnaire de satisfaction, que j'ai soumis par téléphone à des personnes ayant participé au projet de remboursement, ce questionnaire pouvant dès lors servir de base de travail à une évaluation future à plus grande échelle.

Afin de soutenir l'utilité de ce projet pilote, j'ai commencé par développer les points théoriques suivants dans ce mémoire : la problématique du tabagisme et de son arrêt dans les populations défavorisées ; l'efficacité des moyens d'aide pour le sevrage tabagique (l'accompagnement personnalisé du fumeur et les substituts nicotiniques) ; les aides financières pouvant procurer une motivation à l'arrêt et des meilleurs taux de succès ainsi que l'efficacité d'une intervention financière sur une population défavorisée. Je présente ensuite le projet de remboursement, les résultats le concernant publiés par Tabacstop de manière brève et la méthodologie d'évaluation par le questionnaire. Dans la partie pratique, je présente les résultats obtenus via le questionnaire ainsi

[1] Une définition des statuts OMNIO/BIM est disponible page 11

qu’une synthèse de ces résultats précédée d’un résumé des données statistiques concernant le profil et les taux de succès des participants. Je terminerai par développer la conclusion et les perspectives de ce mémoire.

L’objectif de ce mémoire sera d’analyser, parmi cette population fragilisée, le ressenti et la satisfaction par rapport à une telle intervention financière ainsi que son efficacité sur la motivation et les chances de réussite à l’arrêt. Ceci dans le but de déterminer si une telle aide pourrait s’avérer efficace à plus grande échelle en Belgique pour réduire la prévalence du tabagisme dans les milieux défavorisés.

Partie théorique

1. Le tabagisme, un problème de santé publique

1.1. En bref : les chiffres du tabagisme en Belgique

En Belgique, bien que le nombre de fumeurs journaliers soit en forte diminution depuis 1982, où il atteignait 40%, celui-ci a connu une stabilisation autour de 20% à partir de 2004. Une diminution s'est à nouveau amorcée en 2010 pour atteindre 18% mais ce nombre est à nouveau de 20% en 2011[1] (annexe 1).

En effet, selon les derniers chiffres du CRIOC recueillis entre janvier et décembre 2011, plus d'un Belge sur quatre (27%) âgé de 15 ans et plus fume et 20% de ces personnes fument au quotidien[1] (annexe 2). L'Enquête Tabac 2012[2] demandée par la Fondation contre le Cancer et financée par le Fonds de Lutte contre le Tabagisme fournit des chiffres légèrement inférieurs : 18% de fumeurs quotidiens et 4% de fumeurs occasionnels (annexe 3).

Actuellement, le plus grand nombre de fumeurs se retrouve à Bruxelles (21%). La Wallonie compte, elle, 19% de fumeurs et la Flandre, 16%[2]. La proportion de femmes fumeuses (entre 15%[2] et 16%[1]) reste inférieure à celle des hommes (entre 21%[2] et 24%[1]).

En ce qui concerne le type de produit du tabac utilisé, 71% des fumeurs fument des cigarettes manufacturées et 25% du tabac à rouler[2].

Une donnée inquiétante est que la plus grande proportion de fumeurs se retrouve chez les consommateurs de moins de 40 ans alors que ceux-ci sont les moins enclins à entreprendre une tentative d'arrêt[1],[2].

[1] Vandenbrande K, Vandercammen M. La consommation de tabac. 2012. Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs.
[2] Dedicated Research pour la Fondation Contre le Cancer. Sondage sur le tabac. 2012.

En Belgique aujourd'hui, 32% des fumeurs souhaitent arrêter dans un avenir proche (endéans un an) et 19% songent à l'arrêt dans un avenir plus lointain[1]. Mais l'on sait également qu'un peu plus de deux tiers des fumeurs quotidiens dans la population générale ont déjà tenté d'arrêter de fumer, sans y être parvenus[2].

En 2011, la vente de tabac en Belgique a connu une diminution (-12% pour les cigarettes et -8% pour le tabac à rouler), amenant donc une diminution du nombre de cigarettes fumées[3].

Selon le SPF Economie[4], malgré l'augmentation du prix du tabac, la part de celui-ci dans le budget des ménages belges ne cesse de diminuer. Alors qu'il représentait 1% de ce budget à la fin des années 1970, il n'est plus que de 0,5% en 2010. Le pourcentage de ménages qui achètent des produits à base de tabac est, en effet, passé de 33% en 1999 à 24% en 2010. Ces ménages continuent, quant à eux, à consacrer la même part de leur budget au tabac, soit environ 2,5%. En 2010, cela représentait un budget tabac moyen d'environ 800 euros pour les ménages comptant un ou plusieurs fumeurs.

1.2. Tabagisme et inégalités sociales

1.2.1. Une prévalence tabagique plus élevée dans les milieux défavorisés

Aujourd'hui, dans la plupart des pays à hauts revenus, on relève d'importants écarts de prévalence du tabagisme entre les différents groupes socioéconomiques. Alors que la tendance est à la diminution dans la population générale, elle est en augmentation dans les populations fragilisées, creusant ainsi l'écart dans les inégalités sociales de santé[5].

[1] Dedicated Research pour la Fondation Contre le Cancer. Sondage sur le tabac. 2012.
[2] Gisle L. La consommation de tabac. Enquête de Santé par Interview, Belgique 2008. Institut Scientifique de Santé Publique.
[3] Vandenbrande K, Vandercammen M. La consommation de tabac. 2012. Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs.
[4] SPF Economie. Statistics Belgium. Les chiffres du tabac. 2012
[5] Rapport sur la politique de lutte antitabac en Europe. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. 2002 (document EUR/01/5020906/8)

Au Royaume-Uni par exemple, seuls 10% des femmes et 12% des hommes du groupe socioéconomique le plus favorisé fument ; dans le groupe socioéconomique le moins favorisé, les chiffres correspondants sont plus de trois fois plus élevés (35% et 40%)[1]. Et une étude montre que la diminution de la prévalence du tabagisme ne se manifeste que dans les classes favorisées tandis que le comportement des personnes de milieu précarisé reste inchangé (Edwards, 2004).

Un gradient social semble exister entre la prévalence du tabagisme et le niveau d'éducation. Au plus le niveau d'éducation augmente, au moins le pourcentage de fumeurs quotidiens est important (Lorant et al., 2006).

Une forte relation inverse s'observe également entre le niveau d'emploi et le tabagisme. Dans chaque pays pour lequel des données sont disponibles, les chômeurs ont davantage tendance à fumer que les individus ayant un emploi. En France, par exemple, la prévalence du tabagisme parmi les chômeurs masculins est de 52%, tandis qu'elle s'élève à 38% pour les hommes qui ont un emploi[1].

Cette prévalence du tabagisme plus élevée parmi les populations défavorisées pourrait s'expliquer par une exposition, souvent dès le plus jeune âge, au tabagisme des parents et de l'entourage. Mais on peut également imaginer que fumer représente un des rares plaisirs pour des personnes faisant face à un avenir plutôt sombre et cherchant ainsi à compenser les effets néfastes d'un environnement social précaire. La cigarette peut alors leur donner l'impression de satisfaire certains besoins et de pallier au stress ou à la solitude (Lorant et al., 2006).

1.2.2. Un sevrage tabagique plus problématique dans les milieux défavorisés

L'abandon de la cigarette semble également être moins couronné de succès parmi les populations défavorisées. Une étude menée au Royaume-Uni (Kotz et West, 2009) montre que les fumeurs appartenant à des groupes socioéconomiques plus pauvres sont moins susceptibles de devenir des

[1] Pauvreté et santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (document EUR/RC51/8)

ex fumeurs avec une différence importante dans le taux de succès des tentatives d'arrêt qui est de 20,4% dans la classe sociale la plus haute contre 11,4% dans la classe sociale la plus basse.

Ce moindre succès dans l'arrêt parmi les populations défavorisées peut avoir diverses causes.

Ces personnes présentent souvent une plus forte dépendance au tabac et une intensité de tabagisme plus élevée avec un âge de début de consommation en général plus bas. Elles sont aussi plus susceptibles de fumer ou d'être dépendantes à des produits plus dangereux (Lund et Lund, 2005a).

L'arrêt peut également être difficile avec un environnement souvent majoritairement fumeur, et donc peu soutenant lors d'une éventuelle tentative d'arrêt (Nguyen et al., 2006). Dans ce cadre, la cigarette peut représenter un lien social et son arrêt conduire à l'isolement (Constance et Peretti-Watel, 2010).

La crainte du jugement et de l'échec, liée à une faible estime de soi peut également jouer un rôle[1].

La norme sociale anti-tabac qui s'est installée ces dernières années peut aussi être perçue par ces populations comme une menace à leur liberté qu'ils combattent en continuant à fumer (Lund et al., 2005b).

Les personnes de niveau socioéconomique bas ont également souvent une faible connaissance des méthodes de sevrage, de nombreux a priori et des représentations erronées sur leur efficacité (Lund et Lund, 2005b). Ce manque d'information peut être dû à un moindre recours aux soins de santé et conduit donc à une moindre utilisation des ressources d'aide au sevrage tabagique (Nguyen et al., 2006), or l'on sait que très peu de fumeurs (3 à 5%) parviennent à arrêter sans être aidés. Au Royaume-Uni par exemple, il existe un réseau étendu de centres d'aide à l'arrêt gratuits dispensant des substituts nicotiniques remboursés mais moins de 10% des ex fumeurs les ont utilisés (Aveyard et Bauld, 2011).

[1] Hubens V, Delpierre V, Van der Schueren T. Cahier prévention tabac et précarité. Comment parler du tabac à nos patients précarisés ? 2011. Les aide-mémoire de la Société Scientifique de Médecine Générale.

On peut parfois aussi observer une inégalité sociale dans la prise en charge du sevrage tabagique car il peut exister, chez certains professionnels de santé, une difficulté d'aborder l'arrêt du tabac avec leurs patients issus des milieux précarisés (Nguyen et al., 2006). En effet, ils peuvent se demander si ces personnes se trouvant dans une situation difficile avec, pour beaucoup, une absence de projection et d'investissement à long terme, sont « capables » d'arrêter et si cela représente une priorité pour elles.

Même si la majorité de ces consommateurs de tabac considèrent que la cigarette satisfait des besoins qu'ils considèrent comme incontournables et relativisent les risques, peut-être en raison d'un impact faible des campagnes de prévention « grand public » sur ces populations défavorisées, ils reconnaissent leur dépendance[1]. Et malgré tout, ces personnes sont désireuses d'arrêter de fumer et demandeuses d'une aide (Nguyen et al., 2006). Les personnes qui vivent dans la pauvreté estiment en effet que l'arrêt constitue un objectif important même si non prioritaire pour elles[2].

On voit que les obstacles sont donc nombreux pour expliquer le moindre succès de ces populations dans leur sevrage tabagique même si celles-ci montrent un intérêt pour l'arrêt. Une étude menée au Royaume-Uni a en effet souligné que les fumeurs défavorisés expriment une préférence pour une approche personnalisée, sans jugement, avec un accès à une pharmacothérapie plus abordable, le prix d'une substitution nicotinique constituant un frein très important pour ces personnes en situation financière déjà précaire (Roddy et al., 2006). Or, les substituts nicotiniques représentent une aide efficace pour l'arrêt tabagique et souvent nécessaire pour les personnes avec une consommation et une dépendance élevée, comme c'est souvent le cas dans les milieux plus défavorisés.

[1] Buonomo S. et Rasson C. (Fonds des Affections Respiratoires, FARES asbl), Renard C. (Observatoire de la Santé du Hainaut, OSH) et Dekeyser F. (Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme, SEPT asbl). Tabac et précarité et si nous étions tous concernés... FARES asbl. 2010.
[2] Organisation Mondiale de la Santé. Tabac et pauvreté, un cercle vicieux. 2004.

1.2.3. Qu'en est-il en Belgique ?

La dernière Enquête de Santé[1] de l'ISP (2008) relative à la consommation de tabac confirme qu'en Belgique, le tabagisme est davantage présent au sein des classes sociales les moins favorisées et que, s'il a tendance à diminuer dans les classes sociales les plus élevées, il stagne voire augmente dans les classes sociales les plus basses (annexe 4).

Ainsi, les taux de fumeurs, de fumeurs quotidiens et de fumeurs intensifs sont plus élevés dans les milieux faiblement éduqués par rapport aux milieux ayant eu accès à une éducation supérieure. C'est en effet chez les personnes les plus instruites que l'on observe le moins de fumeurs quotidiens : 13%, contre 22% à 29% dans les milieux n'ayant pas accédé aux études supérieures. Cette différence se retrouve aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Par rapport au niveau d'étude le plus élevé, le risque de fumer quotidiennement est 3,7 fois plus élevé parmi les personnes de la catégorie d'éducation la plus faible. Ce rapport est encore plus élevé chez les hommes : ici, la probabilité d'être fumeur quotidien est 4,6 fois plus élevée dans le milieu le moins scolarisé par rapport au plus scolarisé (pour un rapport de 3,0 chez les femmes).

De même, on commence à fumer à un âge plus précoce (en moyenne dix mois plus tôt) dans les foyers les moins scolarisés, on y fume deux à trois cigarettes de plus par jour et la dépendance à la nicotine y est plus forte et touche un plus grand nombre d'individus que dans les foyers ayant bénéficié d'une éducation supérieure, conduisant de fait à un sevrage plus difficile (annexe 5).

Selon l'Enquête Tabac 2012 de la FCC[2], le type de produit du tabac utilisé est également fonction de l'appartenance à une classe sociale : 77% des fumeurs des classes sociales les plus élevées fument des cigarettes manufacturées contre 61% des fumeurs des classes sociales les plus basses. Le tabac à rouler est, quant à lui, utilisé par 30 à 32% des fumeurs des classes sociales les plus basses contre seulement 16% des fumeurs des classes sociales les plus élevées (annexe 6). Or, l'on

[1] Gisle L. La consommation de tabac. Enquête de Santé par Interview, Belgique 2008. Institut Scientifique de Santé Publique.
[2] Dedicated Research pour la Fondation Contre le Cancer. Sondage sur le tabac. 2012.

sait que les cigarettes roulées sont bien plus cancérigènes que les cigarettes manufacturées (Sherman, 1991).

En 2008, 14,6% de la population belge se situait sous le seuil de pauvreté[1] et 13%[2] bénéficiait du statut OMNIO[3]/BIM[4], soit une proportion non négligeable de la population. Et les données confirment qu'en Belgique aussi, le tabagisme persiste davantage parmi les populations défavorisés, celles-ci présentant en outre des profils tabagiques plus à risques.

Ces fumeurs précarisés sont en grand danger face au tabac car ils fument plus, plus jeunes, plus longtemps et sont plus dépendants. Il semble donc difficile pour ces personnes de pouvoir arrêter de fumer sans bénéficier d'un soutien adéquat et efficace, tel qu'un accompagnement intensif personnalisé et/ou une prise de substituts nicotiniques, des interventions qui, comme nous allons le voir dans la section suivante, ont fait leurs preuves dans la littérature.

[1] Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. Une tentative de mesure de la pauvreté au niveau local – exploitation des données relatives aux bénéficiaires de l'intervention majorée en soins de santé. Avril 2009.
[2] Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. Une tentative de mesure de la pauvreté au niveau local – exploitation des données relatives aux bénéficiaires de l'intervention majorée en soins de santé. Avril 2009.
[3] Mesure de protection qui a élargi le champ d'application du droit à l'intervention majorée (BIM) pour les soins de santé aux assurés vivant dans un ménage à faible revenu et ce, depuis le 1er avril 2007. Le statut OMNIO peut être attribué à des familles dont le revenu annuel brut imposable de tous les membres de la famille, dans l'année précédant la demande, est inférieur à un montant maximum déterminé. En 2010, ce montant est fixé à 14 778,26 € pour le demandeur et à 2 735,85 € pour chaque membre supplémentaire.
[4] Pour favoriser l'accès financier des personnes ayant un faible revenu aux soins de santé, il est prévu d'attribuer à différentes catégories de personnes une intervention majorée de l'assurance obligatoire pour des soins médicaux et donc une diminution du ticket modérateur. Cette mesure était auparavant applicable aux veufs/veuves, invalides, pensionnés et orphelins (VIPO). Cette intervention majorée a été étendue à d'autres catégories, les dits BIM (Bénéficiaires de l'intervention majorée pour l'assurance soins de santé) et leurs personnes à charge. Cela concerne entre autres les ayants droit au RIS ou à l'équivalent, à la GRAPA ou à une allocation de personne handicapée, les chômeurs qui ont droit aux allocations de chômage (à partir d'une année au moins) âgés de plus de 50 ans, de même que les titulaires résidents âgés de plus de 65 ans. Le nombre de BIM est utilisé comme indicateur alternatif pour estimer le nombre de personnes connaissant des difficultés financières.

2. L'efficacité des moyens d'aide au sevrage tabagique

Des aides ayant fait leurs preuves existent pour soutenir le fumeur dans ses tentatives d'arrêt tabagique. Nous nous attarderons ici uniquement sur les lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt, et plus particulièrement l'accompagnement personnalisé qu'elles dispensent, ainsi que sur les substituts nicotiniques, les autres types d'interventions ne rentrant pas dans le cadre de ce mémoire.

2.1. Les lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt tabagique ou quitlines

2.1.1. Avantages et inconvénients des quitlines

Les quitlines, ou lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt tabagique, présentent de nombreux avantages.

Elles sont anonymes (à l'exception de certains programmes personnalisés), elles encouragent la participation au programme d'arrêt et elles sont centralisées, un seul numéro d'appel, souvent gratuit, permettant d'accéder à différents services.

Les quitlines présentent également un avantage au niveau logistique qui les rend plus accessibles (pas de nécessité de se déplacer, pas de temps d'attente pour la formation d'un groupe par exemple, appels à un moment convenu avec le fumeur).

Les quitlines sont aussi utiles pour les personnes qui seraient réfractaires au face-à-face, spécialement en groupe. Une étude de McAfee et al. (1998) montre que 70% des personnes à qui l'on demande de choisir entre des sessions de groupe ou un accompagnement via une quitline, choisissent la quitline.

Les désavantages sont, entre autres, un manque d'objectivation (pas de mesure CO par exemple), l'absence de prescription médicale et de contrôle du poids.

2.1.2. L'accompagnement proactif via une quitline

La prise en charge au sein d'une quitline peut être réactive ou proactive.

En réactif, les appels sont initiés par les clients pour une question particulière ou toute demande d'information. D'après une étude de Glasgow et al. (1993), 1 à 2% des fumeurs utilisent une ligne réactive, les campagnes de promotion augmentant ces chiffres.

En proactif, le(la) tabacologue fournit un accompagnement personnalisé, il appelle le fumeur à plusieurs reprises pour un suivi avec un horaire prévu à l'avance.

Selon la littérature, l'accompagnement proactif semble représenter un moyen d'aide efficace pour soutenir les fumeurs dans leur tentative d'arrêt et montrer de meilleurs résultats que le support réactif.

Une étude de Zhu et al. (1998) menée au sein de la quitline californienne montre en effet que les appels proactifs peuvent significativement réduire les rechutes et que le passage d'un accompagnement réactif à un accompagnement proactif réduirait le taux d'abandon au programme de 65% à 25%, accompagné d'une augmentation significative du taux d'arrêt.

En Suède, une étude de Helgason et al. (2004) a également montré que, chez les femmes, le support proactif donne plus de succès d'arrêt à 12 mois (34%) que le support réactif (27%). Chez les hommes, cette différence n'est pas observée avec des taux respectivement de 27 et 28% (annexe 7).

Un effet significatif de l'accompagnement proactif avec appels multiples a en effet été montré dans plusieurs études, et ce depuis de nombreuses années. Une méta-analyse de Lichtenstein et al., datant de 1996 et combinant 13 études randomisées, montrait déjà cet effet significatif.

La même année, une étude de Zhu et al. (1996), menée auprès de 3030 fumeurs aux États-Unis, a testé trois niveaux d'accompagnement du fumeur : l'envoi de matériel self help[1] uniquement ou l'envoi de matériel accompagné d'un appel unique ou d'appels multiples (jusqu'à six). Les deux groupes ayant reçu le ou les appel(s) ont atteint des taux d'abstinence significativement plus élevés que le groupe n'ayant que reçu que le matériel self help. Mais une relation dose-réponse est observée entre l'intensité du traitement et l'effet à long terme avec également des taux significativement plus élevés de succès dans l'arrêt pour le groupe ayant reçu plusieurs appels que pour le groupe n'ayant reçu qu'un seul appel. Le taux d'abstinence continu de 12 mois était en effet de 14,7% pour le groupe n'ayant reçu que du matériel self help, de 19,8% pour le groupe ayant reçu un appel unique et de 26,7% pour le groupe ayant reçu plusieurs appels (annexe 8). Deux ans plus tard, une autre étude de Zhu et al. (1998) sur l'accompagnement proactif avec appels multiples de la quitline californienne confirme les résultats précédents avec des taux de succès de 26,9% chez les personnes ayant reçu un accompagnement multiple. En Australie, une étude de Borland et al. (2003) confirme ces taux d'arrêt quasiment doublé pour les personnes ayant reçu un accompagnement proactif. En Corée, des taux d'abstinence atteignant les 38% ont même été trouvés chez des fumeurs ayant reçu un accompagnement proactif de sept sessions (Myung et al., 2008) (annexe 9).

Des revues de la littérature (Stead et al., 2006 et 2007) confirment également l'efficacité de l'accompagnement proactif délivré au sein des quitlines pour les fumeurs souhaitant arrêter le tabac et la relation dose-réponse existant entre le nombre d'appels et le taux de succès. Un ou deux appel(s) bref(s) fournissent moins de bénéfice mesurable. Trois appels ou plus augmentent les chances d'arrêter en comparaison à une intervention minimale telle que fournir un matériel self help standard, des conseils brefs ou une pharmacothérapie seule.

[1] Outils d'information tels que des brochures permettant au fumeur d'avoir des renseignements sur le tabac et son sevrage sans explication fournie par une tierce personne.

Rabius et al. (2007) concluent d'ailleurs d'une de leurs études aux États-Unis qu'un protocole de cinq sessions et deux rappels est une bonne option pour un bon rapport coût-efficacité et que diminuer la durée du contact ne diminuerait pas l'efficacité des appels (annexe 10).

2.2. Les substituts nicotiniques

L'efficacité des substituts nicotiniques comme aide au sevrage tabagique a été démontrée dans la littérature. Des études cliniques montrent en effet que l'utilisation de substituts nicotiniques peut doubler le taux d'arrêt comparé à un placebo (Hughes et al., 1996 et 1999). Une revue de Stead et al. (2008) sur l'efficacité de la substitution nicotinique pour le sevrage tabagique montre même des augmentations allant jusqu'à 70%.

Une étude de Kralikova et al. (2009) menée en République Tchèque confirme ces résultats et montre que significativement plus de fumeurs réussissent leur arrêt lorsqu'ils ont reçu des substituts nicotiniques que lorsqu'ils ont reçu un placebo avec des taux d'abstinence à 12 mois respectivement de 18,7% et de 8,6% (annexe 11).

Une étude plus récente de Taylor et al. (2011) conclut d'ailleurs que les substituts nicotiniques ont un rapport coût-efficacité pour la prévention des rechutes, chez les fumeurs qui sont en tentative d'arrêt et sont récemment devenus abstinents, qui est comparable à celui d'autres interventions.

Par ailleurs, il ne semble exister aucune différence significative dans l'efficacité des différents traitements de substitution nicotinique (gommes à mâcher, patchs, comprimés sublinguaux ou à sucer, inhalateur). Un traitement par substitution nicotinique dure généralement de 8 à 12 semaines mais aucune preuve ne permet de démontrer qu'un traitement administré au-delà de 8 semaines augmente le nombre d'abstinents. De plus, aucune différence d'effet n'est apparue entre une réduction progressive du dosage et un sevrage brutal. Les substituts nicotiniques semblent également plus efficaces chez les personnes avec une consommation tabagique élevée (Van den Bruel et al., 2004).

2.3. L'accompagnement proactif au sein des quitlines avec substitution nicotinique

L'efficacité des substituts nicotiniques a été démontrée dans des études qui impliquent un support téléphonique (Fiore et al., 2000).

En Australie, chez des personnes utilisant des substituts nicotiniques, les taux d'abstinence de 28 et 90 jours consécutifs sont significativement plus élevés lorsqu'elles ont reçu un accompagnement téléphonique (cinq sessions) et cela aussi bien lorsque ces taux sont mesurés à trois mois qu'à six mois (Macleod et al., 2003).

Plus récemment, une revue de Shearer et Shanahan (2006) a confirmé que l'ajout d'interventions proactives par téléphone augmente l'efficacité des substituts nicotiniques. Ils préconisent donc d'encourager les médecins ayant prescrit des substituts nicotiniques à renvoyer leurs patients vers les quitlines.

Au vu de ces résultats, un accompagnement personnalisé par une quitline combiné à la prise de substituts nicotiniques semble une méthode efficace pour soutenir l'arrêt des fumeurs. Dans le cadre qui nous occupe dans ce mémoire, celui des populations défavorisées et donc avec peu de moyens financiers, il est intéressant de voir en quoi la facilitation à l'accès aux substituts nicotiniques, et plus largement les aides financières, pourraient jouer un rôle dans la motivation à l'arrêt et les chances de succès. C'est ce que nous développerons dans la section suivante.

3. Les aides financières pour le sevrage tabagique

Le principal argument, habituellement opposé à la mise à disposition gratuite d'un traitement pour le sevrage, est d'ordre économique. Pour un usager, le coût correspondant à sa consommation de tabac est en général supérieur à celui de l'achat du traitement. Le fumeur serait donc gagnant financièrement lorsqu'il réalise un sevrage, rendant inutile le remboursement de son traitement.

Cet argument semble cependant discutable et ce, d'autant plus que les populations ciblées dans ce mémoire vivent dans des conditions socio-économiques précaires et qu'ils ont davantage tendance à se tourner vers le tabac à rouler qui représente un coût moins important. Les dépenses consenties pour le tabac par les ménages pauvres sont toutefois très élevées en comparaison avec leur budget limité entraînant le détournement de ressources vitales telles que l'alimentation et d'autres besoins fondamentaux. L'OMS parle du cercle vicieux « tabac pauvreté »[1]. Les pauvres sont souvent de gros consommateurs de tabac or, le tabac est un facteur de pauvreté par la perte de revenu, la perte de productivité, la morbidité et la mortalité qu'il entraîne.

Peu de pays ont adopté des mécanismes facilitant l'accès aux traitements pharmacologiques. Le Royaume-Uni et la France remboursent les produits de substitution nicotinique (et le Bupropion) et d'autres pays ont pris des mesures analogues à titre d'essai, mais la majorité des pays n'ont pas de telle politique.

Or, comme nous allons le voir, les interventions financières ont fait leurs preuves comme aides à l'arrêt tabagique, et ce d'autant plus auprès des personnes défavorisées.

3.1. L'efficacité des aides financières

Une revue de la littérature très récente (Reda et al., 2012) montre que les interventions financières complètes ont un effet significativement favorable sur l'abstinence à six mois ou plus ainsi que sur le nombre de participants faisant une tentative d'arrêt et sur l'utilisation de traitement de sevrage.

[1] Organisation Mondiale de la Santé. Tabac et pauvreté, un cercle vicieux. 2004

L'offre de substituts nicotiniques gratuits (53%) et les primes financières (49%) sont d'ailleurs les interventions le plus fréquemment mentionnées lorsque l'on demande à des fumeurs quelles interventions les motiveraient le plus à penser sérieusement à arrêter de fumer dans les six mois (Giardina et al., 2004).

3.1.1. Les concours « quit and win »

Dans ce type de concours, les participants s'engagent à arrêter de fumer au moment de leur inscription et, au terme du concours, les gagnants sont tirés au sort et ne peuvent recevoir leur prix (argent, voiture, voyage, …) que s'ils sont effectivement devenus non-fumeurs.

Une revue de la littérature de Cahill et Perera (2008) a été réalisée sur l'efficacité des concours « quit and win » pour l'arrêt tabagique. Trois études sur cinq montrent des taux significativement plus élevés d'arrêt (8 à 20%) dans le groupe « quit and win » que dans le groupe contrôle à 12 mois. Cependant, la mesure de l'impact sur la population suggère que les effets des concours sur la prévalence du tabagisme est faible, avec moins d'un fumeur sur 500 arrêtant grâce aux concours. De plus, les taux de déception sont importants. Les études sembleraient suggérer que les concours internationaux peuvent être efficaces, spécialement dans les pays développés mais il manque d'études contrôlées comparatives.

3.1.2. Les primes financières

Une revue de la littérature de Cahill et Perera (2011) sur les effets des primes financières en entreprise sur l'arrêt à long terme montre qu'une seule étude (la plus large sur dix-neuf) trouve des taux significativement plus élevés d'arrêt pour le groupe ayant reçu des primes. Les autres études montrent que le premier succès a tendance à se dissiper quand les primes ne sont plus présentes.

Cette étude de Volpp et al. (2009) menée dans une grande multinationale aux États-Unis sur 878 employés montre que les employés ayant reçu des informations sur les programmes de sevrage tabagique ainsi que des primes financières ont un taux d'arrêt quasiment trois fois plus élevé que

les employés n'ayant reçu que les informations. Le premier groupe montre également des taux significativement plus élevés d'engagement dans le programme, dans l'achèvement du programme et d'arrêt dans les six premiers mois. Les primes étaient de 100$ pour l'achèvement du programme d'arrêt, de 250$ pour l'arrêt dans les 6 mois et de 400$ pour l'abstinence pour 6 mois supplémentaires après l'arrêt initial. 69,8% des fumeurs ayant arrêté dans le groupe intervention, déjà motivés à arrêter, ont rapporté qu'ils auraient cessé de fumer pour moins d'argent et que les primes n'étaient « pas du tout » ou « un peu » importantes. La plupart des fumeurs n'ayant pas arrêté dans le groupe intervention ont, quant à eux, rapporté que même 1500$ ne les auraient pas motivés. Les primes financières ne semblent donc pas efficaces pour motiver tous les fumeurs à arrêter, la motivation et la préparation nécessitant d'être déjà suffisamment élevées pour que des primes relativement modestes soient efficaces (Kim et al., 2011).

3.1.3. La gratuité des substituts nicotiniques

Peu de fumeurs qui essaient d'arrêter utilisent un traitement d'aide au sevrage et le coût pourrait en être l'un des facteurs. Des études de Kaper et al. (2005 et 2006) montrent qu'un remboursement des substituts nicotiniques permet d'encourager l'usage d'un traitement, d'accroître le nombre d'arrêt avec succès et l'abstinence jusqu'à deux ans après le remboursement. Une étude de Bertram et al. (2007) en Australie confirme que le remboursement des substituts nicotiniques représente une intervention coût-efficacité avec un impact financier modéré, étant donné les bénéfices importants de l'arrêt.

De nombreuses autres études ont été menées sur la mise à disposition gratuite de substituts nicotiniques, notamment dans des quitlines aux États-Unis.

Une étude de Miller et al. (2005) a étudié la distribution à une large échelle de substituts nicotiniques gratuits à New-York accompagnée uniquement d'appels de suivi brefs. À six mois, les personnes ayant reçu des substituts nicotiniques ont un taux de succès d'arrêt nettement plus élevé. Cummings et al. (2006 et 2011) ont publié deux études concernant l'effet d'une distribution

gratuite de patchs, avec variation dans le nombre de patchs envoyés, au sein de la quitline de New-York. Ils ont observé une forte augmentation du volume d'appel de la quitline et une variation des taux d'arrêt en fonction de la quantité de substituts nicotiniques envoyée aux participants, le pourcentage d'arrêt étant dans tous les cas plus élevé que celui observé parmi les fumeurs n'ayant pas reçu de substituts nicotiniques (21%-35% contre 12%). Ils concluent que l'offre de substituts nicotiniques gratuits apparaît être une méthode avec un bon rapport coût-efficacité pour inciter un grand nombre de fumeurs à tenter un arrêt.

Une étude menée dans une quitline de l'Ohio a également montré qu'offrir des substituts nicotiniques gratuits est un moyen efficace d'augmenter l'utilisation de la quitline et d'améliorer le taux d'arrêt (Tinkelman et al., 2007) (annexes 12 et 13).

3.1.4. La gratuité des substituts nicotiniques dans le cadre d'un accompagnement proactif

La combinaison de ces deux interventions, utilisée également dans le projet de ce mémoire, semble une bonne initiative pour accompagner les fumeurs dans leurs tentatives d'arrêt.

Une étude de Zhu et al. (2000) concernant la quitline de Californie montre que les fumeurs ayant reçu une substitution nicotinique avec un accompagnement proactif sont plus susceptibles de tenter un arrêt et de maintenir leur abstinence à un an que ceux n'ayant reçu qu'un appel unique.

De même, au sein de la quitline de l'état d'Oregon, le nombre d'appelants ainsi que les taux d'arrêt ont presque doublé chez les fumeurs ayant reçu un accompagnement intense (un appel de 30 minutes et quatre appels de suivi) plus deux semaines de patchs antitabac gratuits (21% d'arrêt) comparé aux fumeurs ayant reçu un accompagnement bref (un appel de 15 minutes) sans substituts nicotiniques (12% d'arrêt). On observe également une augmentation de la satisfaction des services allant de 53% de satisfaction chez les personnes n'ayant reçu qu'un accompagnement bref contre

92,5% de satisfaction chez les personnes ayant reçu un accompagnement plus intense (Hollis et al., 2007) (annexe 14).

Ces résultats ont été confirmés dans une étude de Bush et al. (2008) qui a montré également que 47% des participants se sont procurés des patchs par eux-mêmes par la suite, les patchs gratuits pouvant avoir joué un rôle de motivateur. Ils concluent que l'offre de patchs gratuits additionnée à un accompagnement proactif est efficace pour promouvoir l'utilisation de la quitline et augmenter la satisfaction des participants.

Des résultats similaires ont également été observés au sein de la quitline du Minnesota lorsqu'elle a envoyé des substituts nicotiniques (patchs ou gommes) aux appelants engagés dans un accompagnement proactif. Elle a alors vu augmenter le nombre d'appelants, la proportion d'appelants s'engageant dans l'accompagnement proactif ainsi que les taux d'abstinence (Schillo et al., 2006).

3.2. L'efficacité des aides financières pour une population défavorisée

Comme nous venons de le voir, des interventions financières de toutes sortes peuvent être utilisées pour encourager les personnes à éviter les risques que le tabagisme amène pour leur santé. Ces interventions sont généralement accueillies comme un instrument important dans l'amélioration des comportements liés à la santé mais aussi dans la réduction des inégalités liées à la santé (Voigt, 2012).

Dudley et al. (2007) ont en effet suggéré que les interventions financières pourraient conduire à de plus importantes améliorations encore chez les groupes à bas revenus car, pour eux, le manque d'argent représente une problématique au quotidien. La prise de décision pourrait également être améliorée dans ces groupes.

Prenons l'exemple de l'Australie où nombreuses sont les personnes en situation précaire recherchant de l'aide pour arrêter de fumer auprès des organisations sociales et communautaires de

services fournissant des aides sociales aux individus désavantagés. Le taux de tabagisme parmi les clients de ces organisations (53,5%) est substantiellement plus élevé que le taux de la population générale (15,1%) (Bryant et al., 2011a).

Comme nous l'avons vu plus avant, pour ces fumeurs désavantagés exprimant un désir d'arrêter, les facteurs prédisposant à continuer incluent, entre autres, les bénéfices perçus pour soulager le stress, le doute quant à l'habilité à arrêter ainsi qu'une connaissance faible et un scepticisme à propos de la disponibilité et de l'efficacité des aides à l'arrêt. L'exposition continue au tabagisme dans l'environnement personnel et la communauté renforce également le tabagisme. Mais dans la perspective qui nous intéresse ici, le coût élevé des substituts nicotiniques représente aussi une barrière importante à leur utilisation pour ces fumeurs en situation financière précaire (Bryant et al., 2011b).

On observe d'ailleurs que leurs préférences pour une aide à l'arrêt vont vers un accès à des substituts nicotiniques gratuits (77%), des primes financières (52%) et un accompagnement personnalisé avec encouragements (45%) (Bryant et al., 2011a) (annexe 15).

En 2009, Miller et Sedivy avaient évalué l'effet de substituts nicotiniques gratuits fournis par une quitline australienne en addition d'un accompagnement proactif sur la motivation à l'arrêt chez des fumeurs à faibles revenus. Cette initiative avait recruté plus de deux fois plus de fumeurs à bas revenus que les services offerts habituellement par la quitline et davantage de fumeurs avaient essayé d'arrêter de fumer. Les fumeurs désavantagés semblent donc en effet plus motivés à chercher de l'assistance pour arrêter quand des substituts nicotiniques gratuits sont proposés.

Aux États-Unis, une étude menée au sein de la quitline de l'état du Maine a montré que leur programme d'offre de substituts nicotiniques gratuits a démontré son efficacité pour atteindre les fumeurs n'ayant pas d'assurance maladie (Swartz et al., 2005). La plupart ont rapporté que les substituts nicotiniques gratuits avaient au moins un peu influencé leur décision d'appeler et qu'ils les avaient utilisés dans une tentative sérieuse d'arrêter. La plupart ont rapporté une utilisation sans

interruption et sans effets secondaires avec une durée moyenne d'utilisation de 39 jours. Une majorité était très satisfaite de l'expérience et pointait ce programme comme « très utile » dans la tentative d'arrêt (Tworek et al., 2009).

Une étude de McAffe et al. (2008), ciblant les appelants de la quitline de l'état d'Oregon n'ayant pas d'assurance maladie, a montré que l'offre de huit semaines de substituts nicotiniques permet d'améliorer les taux d'arrêt par rapport à l'offre d'un traitement de deux semaines.

Plus proche de chez nous, en France, une étude réalisée en 2003 pour le CETAF[1] dans 52 centres d'examens de santé et touchant 6215 fumeurs confirmait l'intérêt de la mise à disposition gratuite des substituts nicotiniques pour les fumeurs en situation difficile.

Toujours en France, une autre expérimentation, réalisée entre 2007 et 2008 par le Réseau Ressource et l'hôpital Antoine Béclère (Clamart), a permis de faire accéder gratuitement au traitement d'aide au sevrage tabagique des patients en situation précaire. Dix-huit personnes ont été inclues dans le projet « tabac et précarité ». Des résultats très satisfaisants ont été trouvés avec un taux d'arrêt ou de diminution d'au moins 50% de l'intoxication tabagique chez 82% des patients le premiers mois, 67% le deuxième mois, 58% le 3ème mois, 41% le 6ème mois et enfin 30% après 1 an[2].

3.3. Les aides financières en Belgique

3.3.1. Les interventions fixées par arrêtés royaux

En Belgique, depuis le 1er octobre 2009, les consultations d'aide à l'arrêt tabagique auprès d'un médecin ou d'un(e) tabacologue reconnu bénéficient d'un remboursement partiel (AR 31/08/2009) et cela pour toute personne souhaitant arrêter de fumer. L'initiative vient du Service Public Fédéral Santé Publique et de l'Institut national de l'assurance-maladie invalidité, dans le cadre du Plan national Cancer lancé par la ministre Onkelinx.

[1] Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé
[2] Réseau Ressource, réseau de santé d'accès aux soins. Tabac et précarité. http://www.reseauressource.org/tabac.html

L'intervention est fixée, sur une période de deux années civiles, à un maximum de 30€ pour la 1ère consultation (d'une durée minimum de 45 minutes) et à un maximum de 20€ pour les sept consultations suivantes (d'une durée minimum de 30 minutes).

Les femmes enceintes quant à elles, bénéficient d'un remboursement de 30€ par consultation avec un maximum de huit consultations par grossesse.

Depuis 2005, un programme de remboursement coordonné par le FARES[1] et le VRGT[2] avait déjà été prévu par l'INAMI[3] pour les femmes enceintes et leur partenaire se rendant chez un(e) tabacologue reconnu à raison d'au minimum huit séances (AR 17/09/2005). À l'issue de ces huit séances, les deux futurs parents pouvaient obtenir chacun un remboursement forfaitaire de 120€. Cette aide financière comportait également un remboursement de l'ordre de 55 euros pour les frais médicamenteux (substituts nicotiniques et Bupropion) pour le partenaire de la femme enceinte. Le partenaire ne pouvait participer au programme que si sa femme était elle-même fumeuse.

3.3.2. Les interventions des mutuelles

Certaines mutuelles offrent également des avantages pour le sevrage tabagique dans leur assurance complémentaire mais ceux-ci pouvant varier au sein d'une même mutuelle selon les régions. Une liste des interventions des mutuelles en Wallonie et à Bruxelles est disponible en annexe 16.

3.3.3. Les projets « pilotes » ciblant les personnes en situation financière précaire

Fin 2003 et début 2004, dans le cadre du plan « Santé sans tabac », Thierry Detienne, le ministre wallon de la Santé de l'époque, avait lancé une action « patchs gratuits » destinée à seconder les fumeurs durant la délicate période du sevrage. Les patchs avaient été mis à la disposition de près de 1.500 médecins généralistes ayant accepté de participer à l'action et de suivre une formation d'une demi-journée (formulaire en annexe 17). Les populations précarisées étaient visées en

[1] Fonds des Affections Respiratoires
[2] Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding
[3] Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

priorité par cette action, la Région wallonne ne pouvant dégager un budget suffisant pour aider tous les fumeurs. 250.000€ (150.000 pour les patchs et 100.000 pour la communication) ont été débloqués par la Région wallonne pour cette opération. Le médecin, confronté à un patient désirant arrêter de fumer, pouvait lui délivrer un bon joint à l'ordonnance. Ce bon permettait au patient de bénéficier gratuitement de patchs antitabac pour une semaine de traitement. De son côté, le pharmacien se faisait rembourser via le circuit classique des Offices de tarification. Le nombre de bons gratuits a été limité à six par médecin généraliste, ce qui devait permettre de toucher près de 8.000 personnes[1]. Mais seulement un peu moins de 3.500 personnes ont bénéficié de ces patchs et seuls 250 médecins ont participé aux réunions d'évaluation[2].

À l'époque, cette mesure avait d'ailleurs été fort controversée, aucune étude sérieuse ne permettant d'affirmer l'efficacité de l'utilisation du patch seul, sans accompagnement et renforcement des motivations. L'initiative du ministre était donc vue comme un gaspillage de l'argent publique (dixit Marcel Frydman, professeur à l'Université de Mons)[3].

En 2004, la nouvelle ministre wallonne de la santé, Christiane Vienne, n'a pas souhaité renouveler cette opération, préconisant une prise en charge globale de la santé.

En 2009, une expérience pilote financée par le fonds fédéral de lutte anti-tabac et pilotée par le Centre de Désintoxication tabagique des Amis de l'Institut Bordet, a été lancée afin de permettre aux demandeurs d'emploi de recevoir un soutien psychologique et des substituts nicotiniques totalement gratuits, équivalent à la somme de 600€. Dix groupes de douze demandeurs d'emploi (un par province) bénéficient de ce programme en trois étapes : une phase préparatoire d'un mois, une phase de désintoxication de trois mois et une phase de consolidation de 9 mois pour un total de 36 heures d'intervention.

---

[1] Archives du journal Le Soir 06/09/2003 et 13/12/2003
[2] Bulletin des questions et réponses du Parlement Wallon. 15/10/2004. Question n°9 de Mr Fontaine à Mme Christiane Vienne sur l'action « patchs gratuits »
[3] Archives du journal Le Soir 14/01/2004

Les résultats pour l'année 2010 montraient que 40,2% des participants étaient abstinents après la phase de consolidation, c'est-à-dire après 4 mois de suivi[1].

Le FARES a également mis en place un projet pilote de mise à disposition gratuite de substituts nicotiniques pour 50 fumeurs en situation de précarité et suivant un accompagnement au sevrage tabagique chez un(e) tabacologue reconnu. Ce projet court de mai à décembre 2012. Pour entrer dans le projet, les fumeurs doivent bénéficier du statut OMNIO/BIM et montrer un index d'intensité du tabagisme (Fagerström 2 questions) $\geq$ 3 (dépendance faible à très forte). Les substituts nicotiniques sont fournis lors des consultations. Des données concernant l'évolution du tabagisme sont recueillies par le(la) tabacologue lors de chaque séance afin d'en réaliser une analyse. Après trois mois, ces participants seront recontactés par téléphone par le FARES afin d'effectuer une évaluation de la satisfaction[2].

[1] Martial Bodo et Hilde Vandecasteele. Promotion d'un programme d'aide au sevrage tabagique pour une population défavorisée : les chômeurs. Rapport d'activité du 01/01/2010 au 31/12/2010
[2] Protocole Projet-Pilote SN – FARES fourni par Anne-Sophie Jean

4. Le projet pilote « participation financière aux NRT[1] » de Tabacstop

4.1. Description et objectifs

Comme nous l'avons vu plus avant, des fumeurs de milieux défavorisés montrent une préférence pour un accompagnement personnalisé et un accès facilité aux substituts nicotiniques pour les aider dans leurs tentatives d'arrêt. L'efficacité de ces interventions a été démontrée dans de nombreuses quitlines étrangères. En Belgique, peu de projets de ce type ont été mis en place jusqu'à présent. Partant du constat qu'un grand nombre d'appelants de Tabacstop se trouvent dans une situation financière précaire, Tabacstop a lancé, en 2010, un projet pilote de remboursement des substituts nicotiniques destiné à une population à bas revenus. Il s'agit d'un projet pilote avec un budget alloué ne permettant de prendre en charge qu'un nombre restreint de fumeurs.

L'objectif du projet est de rendre les substituts nicotiniques plus accessibles à une population de fumeurs défavorisés suivis en accompagnement proactif auprès de Tabacstop et d'augmenter ainsi la probabilité qu'ils essaient réellement d'arrêter de fumer, qu'ils suivent correctement leur traitement et accroissent leurs chances de réussite. Pour ce groupe cible, l'accessibilité et le soutien de Tabacstop sont importants. Les consultations chez un(e) tabacologue, qui demande souvent une participation financière supérieure au forfait prévu par les autorités, étant un pas plus difficile à franchir. D'ailleurs, on a observé que les personnes en situation de précarité ne font pas forcément appel au remboursement des consultations d'aide au sevrage mis en place depuis 2009[2].

4.2. L'accompagnement proactif

L'accompagnement consiste en six à huit entretiens téléphoniques d'environ 15 à 20 minutes et étalés sur une durée de plus ou moins trois mois. Le modèle d'accompagnement repose sur le modèle des changements de comportement de Prochaska & Diclemente (1983) (annexe 18).

---

[1] Nicotine Replacement Therapy en anglais, substituts nicotiniques en français

[2] Buonomo S. et Rasson C. (Fonds des Affections Respiratoires, FARES asbl), Renard C. (Observatoire de la Santé du Hainaut, OSH) et Dekeyser F. (Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme, SEPT asbl). Tabac et précarité et si nous étions tous concernés... FARES asbl. 2010.

Pour mesurer l'efficacité du programme, des rappels de suivi sont organisés au terme de l'accompagnement et six mois et un an après la date d'arrêt ou de fin de l'accompagnement[1].

Des données récoltées à ce jour, il ressort que 43% des clients avaient cessé de fumer à la fin du programme (annexe 19). Les taux de réussite à 6 mois et 12 mois s'élèvent respectivement à 21% et 16% (annexes 20 et 21). Cela correspond aux données de la littérature concernant les chances de succès d'une aide à l'arrêt tabagique, et est significativement supérieur au pourcentage de succès des fumeurs qui arrêtent sans aide (la littérature parle de 3 à 5% de succès). De plus, le taux de réussite varie selon que la personne a ou non recours à un traitement pharmacologique. 46% des participants ont combiné l'accompagnement proactif à un traitement de substitution nicotinique avec des taux de réussite en fin d'accompagnement de 48% contre 29% chez les personnes n'ayant pas utilisé de substituts.

En 2010 et 2011, le programme d'accompagnement proactif de Tabacstop a enregistré un nombre relativement élevé de participants, montrant que les fumeurs se dirigent de plus en plus vers un accompagnement spécialisé et personnalisé.

4.3. Méthodologie du projet

4.3.1. Sélection des participants

Les participants sont sélectionnés via Tabacstop. Du côté francophone, un partenariat spécifique a également été mis en place avec les maisons médicales.

Les conditions fixes pour rentrer dans le programme sont d'être inscrit au programme d'accompagnement proactif de Tabacstop et d'être bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) et/ou du statut OMNIO ou d'une assistance financière du CPAS.

[1] Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011

Certains groupes en sont toutefois exclus. Il s'agit des femmes enceintes, des jeunes de moins de 18 ans et des patients récemment atteints d'une maladie cardiovasculaire ou d'hypertension, ces derniers demandant un suivi médical plus intense que celui qui peut être offert par téléphone.

Lorsqu'ils rentrent dans les conditions du projet, les clients qui commencent un accompagnement proactif chez Tabacstop se voient proposer le remboursement de leurs substituts nicotiniques. Le médecin généraliste est impliqué dans le processus afin d'exclure toutes contre-indications pour l'usage des substituts (annexe 22).

4.3.2. Procédure pour le remboursement

Pour chaque achat de substituts nicotiniques[1], le participant doit demander à la pharmacie une attestation BVAC[2] qui est à renvoyer à Tabacstop qui effectuera alors le remboursement sur le compte bancaire de la personne.

Le remboursement accordé équivaut à six semaines de traitement correspondant par exemple à trois boîtes de patchs de 14 jours ou deux boîtes de 21 jours, plus une substitution orale si nécessaire (une liste de tous les substituts sur le marché avec leur prix est disponible en annexe 23). Le remboursement peut être demandé tous les deux ans maximum. Il s'arrêtera si le client n'arrête pas de fumer, s'il ne souhaite plus utiliser de substituts nicotiniques ou si le(la) tabacologue ne parvient plus à le joindre après trois tentatives.

4.3.3. Récolte des données

Les données récoltées via le questionnaire d'inscription évaluant le statut tabagique (voir annexe 24) et les entretiens téléphoniques sont encodées pour chaque client en accompagnement proactif dans une base de données Access (voir annexe 24). Lors de la clôture du dossier, le(la) tabacologue y consigne à nouveau une série d'informations telles que le statut tabagique à la fin de

[1] Toutes les formes de substituts nicotiniques sont remboursables.
[2] Ticket de caisse détaillé fourni par les pharmacies pour pouvoir demander un remboursement auprès de la mutualité ou d'une assurance. L'abréviation BVAC signifie « Bijkomende Verzekering/Assurance Complémentaire »

l'accompagnement et le nombre total d'entretiens. Si le client bénéficie du remboursement des substituts nicotiniques, cela est également noté dans sa fiche. Les données relatives au remboursement sont consignées dans un fichier Excel qui reprend pour chaque participant au programme les substituts nicotiniques achetés en pharmacie et les montants de ses remboursements.

4.4. Données statistiques

Au 31/12/2011, 108 personnes ayant participé au projet de remboursement des substituts avaient terminé leur accompagnement proactif. Les résultats concernant ces personnes ont été présentés début 2012 dans le rapport d'évaluation de l'accompagnement proactif[1] en comparaison avec ceux des 262 personnes ayant terminé leur accompagnement pendant la même période mais n'ayant pas bénéficié du remboursement. Je commenterai brièvement ci-dessous ces données permettant de mettre en lumière le profil plus spécifique des bénéficiaires de l'aide ainsi que les effets de cette intervention sur l'arrêt. J'ai réalisé des graphiques, en annexes, pour illustrer les résultats.

4.4.1. Profil des participants en début d'accompagnement

4.4.1.1. Age, sexe et appartenance linguistique

Le groupe NRT compte 55% de femmes pour 45% d'hommes, 50% de francophones pour 50% de néerlandophones (annexe 25). Le groupe contrôle compte 54% de femmes pour 46% d'hommes, 36% de francophones pour 64% de néerlandophones (annexe 26). La tranche d'âge 46-55 ans est la plus représentée avec 41% des clients NRT et 30% des clients contrôle. On retrouve peu de personnes de plus de 65 ans dans les deux groupes (respectivement 6% NRT et 8% contrôle). Très peu de personnes de moins de 35 ans sont présentes parmi les clients NRT (5%) (annexe 27).

4.4.1.2. Consommation tabagique

24% des clients NRT sont de très gros fumeurs avec une consommation de plus de 40 cigarettes par jour. Si l'on regarde la consommation supérieure à 30 cigarettes, 35% des clients NRT rentrent

[1] Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011

dans cette catégorie contre 18% dans le groupe contrôle. Seuls 34% des clients NRT ont une consommation inférieure à 20 cigarettes contre 51% dans le groupe contrôle (annexe 28).

4.4.1.3. Dépendance à la nicotine

68% des clients NRT montrent une dépendance à la nicotine forte (Fagerström entre 4 et 6) contre 44% du groupe contrôle.

4.4.1.4. Type de produit du tabac fumé

Plus de la moitié des clients NRT (52%) fument du tabac à rouler contre seulement 21% dans le groupe contrôle. Le pourcentage de fume de cigarettes avec filtres est quant à lui respectivement de 45% contre 73% (annexe 29).

4.4.1.5. Présence d'une comorbidité d'ordre psychique

Les clients NRT sont pour beaucoup des fumeurs présentant une grande fragilité au niveau psychique. Trois quarts de ces personnes (74%) contre seulement un tiers dans le groupe contrôle (34%) déclarent présenter des antécédents de dépression et/ou avoir été traités pour une autre affection psychiatrique (annexe 30).

4.4.2. Profil des participants en fin d'accompagnement

4.4.2.1. Montants remboursés

Le montant total des remboursements effectués est de 11.990€, 7.109€ à des clients francophones et 4.881€ à des clients néerlandophones. Cela représente un montant moyen de 143€ par personne, 151€ du côté francophone et 132€ du côté néerlandophone (annexe 31).

4.4.2.2. Nombre d'entretiens proactifs

Davantage de clients dans le groupe NRT ont eu plus de 8 entretiens (30% contre 12% dans le groupe contrôle). La tendance est inversée pour moins de 6 entretiens (47% dans le groupe contrôle contre 29% dans le groupe NRT). Le pourcentage de personnes ayant eu entre 6 et 8

entretiens est sensiblement le même dans les deux groupe (respectivement 42% et 41%) (annexe 32).

4.4.2.3. Aide pharmacologique utilisée

90% des clients NRT ont effectivement utilisé un ou plusieurs substitut(s) nicotinique(s) contre 46% dans le groupe contrôle. La majorité de ces personnes ont eu recours à la combithérapie (respectivement 44% et 21%). 2% des clients NRT ont utilisé un médicament, tel que le Champix ou le Zyban, contre 19% dans le groupe contrôle. 8% des clients NRT n'ont toutefois utilisé aucune aide pharmacologique, c'est également le cas pour 35% du groupe contrôle (annexe 33).

4.4.3. Statut tabagique en fin d'accompagnement

71% des clients NRT ont initié une tentative d'arrêt pendant leur accompagnement contre 68% dans le groupe contrôle. 40% d'entre eux ont effectivement arrêté de fumer à la fin de l'accompagnement contre 45% dans le groupe contrôle (annexe 34).

4.4.3.1. Statut tabagique en fonction de l'utilisation d'une aide pharmacologique

Lorsque l'on regarde, en fin d'accompagnement et pour les deux groupes confondus, le statut tabagique en fonction de l'utilisation on non d'une aide pharmacologique, on voit que davantage de personnes ont fait une tentative d'arrêt avec une aide pharmacologique (78% contre 44%). À la fin de l'accompagnement, 49% des personnes ayant utilisé une aide pharmacologique sont toujours en arrêt contre 29% des personnes ayant arrêté sans aide. Le taux de rechute est quant à lui de 29% avec aide contre 15% sans aide (annexe 35).

4.4.3.2. Statut tabagique en fonction de l'utilisation d'une aide pharmacologique et du groupe d'appartenance

Les chances d'arrêter de fumer grâce à une aide pharmacologique sont de 75% dans le groupe NRT contre 79% dans le groupe contrôle. Sans aide pharmacologique, ces chances sont seulement de 22% dans le groupe NRT contre 46% dans le groupe contrôle (annexe 36).

J'ai pris l'initiative de réaliser, à partir des données brutes des clients, quelques analyses croisées complémentaires concernant le statut tabagique en fin d'accompagnement afin de voir dans quelle mesure leur profil tabagique plus lourd pourrait jouer un rôle négatif dans leur tentative d'arrêt et dans leurs chances de succès. Ces analyses sont présentées ci-dessous.

4.4.3.3. Statut tabagique en fonction de la consommation initiale

Parmi les 23% des clients NRT fumant plus de 40 cigarettes par jour, 15% ont fait une tentative d'arrêt et 11% était toujours en arrêt à la fin de l'accompagnement. Malgré la consommation très élevée, c'est le groupe qui compte le moins de rechutes à l'exception du groupe des fumeurs légers de moins de 10 cigarettes. C'est parmi les fumeurs de 31 à 40 cigarettes que l'on trouve le moins d'arrêt. Plus de rechutes ont lieu chez les fumeurs de 11 à 30 cigarettes. Par contre, parmi les clients du groupe contrôle fumant plus de 30 cigarettes, il y a plus de rechutes que d'arrêts. Les personnes rencontrant le plus de succès dans ce groupe fument entre 11 et 20 cigarettes (annexe 37).

4.4.3.4. Statut tabagique en fonction de la dépendance à la nicotine

Sur les 68% des clients NRT avec une dépendance forte (Fagerström entre 4 et 6), 49% ont fait une tentative d'arrêt et 29% sont toujours en arrêt à la fin de l'accompagnement. Dans le groupe contrôle, 26% des 44% avec une dépendance forte ont fait une tentative d'arrêt et 16% sont toujours à l'arrêt en fin d'accompagnement (annexe 38).

4.4.3.5. Statut tabagique en fonction du nombre d'entretiens proactifs

Dans le groupe NRT et dans le groupe contrôle, les personnes ayant eu entre 6 et 8 entretiens ont davantage tendance à faire une tentative d'arrêt (31% dans les deux groupes) et à effectivement arrêter (respectivement 17% NRT et 21% contrôle). Dans le groupe NRT, c'est ensuite 9, 10 et 11 entretiens qui donnent les meilleurs résultats (21% de tentatives et 13% d'arrêt). Dans le groupe contrôle, les meilleurs résultats sont donnés ensuite par moins de six entretiens (23% de tentatives et 14% d'arrêt) (annexe 39).

4.4.4. Taux d'arrêt 6 mois après la fin de l'accompagnement

Les résultats montrent que les taux d'arrêt tabagique pendant une période d'au moins six mois sont plus élevés dans le groupe contrôle (19%) que dans le groupe NRT (14%) (annexe 40). Ces résultats sont toutefois à considérer comme provisoires étant donné le nombre encore réduit de clients ayant pu être contactés pour leur rappel de suivi. Des résultats mettant en corrélation les taux de réussite à six mois avec l'utilisation d'une aide pharmacologique n'ont pas encore été réalisés par Tabacstop.

À titre indicatif pour ce mémoire, j'ai pu disposer des chiffres du statut à 6 mois pour une période prolongée jusqu'au 01/07/2012. À cette date, 80 personnes dans le groupe NRT et 348 dans le groupe contrôle avaient pu être contactées pour leur rappel de suivi. L'écart entre les deux groupes, initialement de 5%, s'est réduit à 2% avec des taux d'arrêt de 21% dans le groupe NRT contre 19% dans le groupe contrôle (annexe 41).

4.4.5. Taux d'arrêt un an après la fin de l'accompagnement

Les personnes concernées étant trop peu nombreuses au 31/12/2011, Tabacstop n'a pas publié de chiffres concernant le statut tabagique un an après la fin de l'accompagnement.

4.5. Méthodologie de l'évaluation par questionnaire

Comme je l'ai souligné dans mon introduction, j'ai choisi mon sujet de mémoire dans le cadre de ma pratique professionnelle. J'ai participé au lancement du projet de remboursement, à sa gestion et à son évolution jusque fin 2011 et, celui-ci me tenant à cœur, j'ai souhaité m'y impliquer davantage encore en y apportant ma contribution personnelle. Comme on vient de le voir, des analyses chiffrées ont été réalisées et des premiers résultats présentés par Tabacstop début 2012 mais aucune évaluation du programme n'avait encore été réalisée à ce jour en terme d'impact et de ressenti auprès des personnes ayant pris part au projet. Tabacstop souhaitant réaliser une telle évaluation dans quelque temps, j'ai proposé de rédiger un questionnaire de satisfaction, que j'ai

soumis par téléphone à des personnes ayant participé au projet de remboursement, ce questionnaire pouvant dès lors servir de base de travail à une évaluation future à plus grande échelle.

4.5.1. Sélection des participants

J'ai sélectionné les participants parmi la base de données reprenant tous les clients de Tabacstop ayant participé au projet de remboursement et ayant terminé leur accompagnement en date du 01/07/2012 (n=180). J'ai ensuite appliqué des critères de sélection : l'appartenance linguistique francophone (pour des raisons pratiques), la rentrée effective de frais pharmaceutiques (afin de cibler uniquement les personnes qui ont effectivement bénéficié d'un remboursement) et une fin d'accompagnement entre janvier 2011 et juin 2012 (très peu de personnes avaient terminé leur accompagnement en 2010) (n=75). J'ai encore scindé ces personnes en deux groupes : celles qui étaient en arrêt à la fin de leur accompagnement (n=30) et celles qui avaient initié une tentative d'arrêt mais étaient en rechute à la fin de l'accompagnement (n=31), afin de pouvoir comparer si la satisfaction du programme était liée à la réussite ou non de l'arrêt. J'ai pu contacter 28 personnes au total dont 14 personnes dans le groupe « action » et 14 dans le groupe « rechute ».

4.5.2. Présentation du questionnaire

Le questionnaire vise à évaluer la satisfaction et le ressenti des participants concernant l'accompagnement dans son ensemble, et plus spécifiquement le programme de remboursement, mais aussi l'utilité qu'ils lui accordent dans leur tentative d'arrêt.

Le questionnaire comporte deux parties : une partie spécifique à chaque groupe, qui vise à récolter des données sur le profil passé et actuel des participants et une partie commune, qui vise à évaluer l'impact de l'accompagnement et du remboursement sur l'arrêt ainsi que la satisfaction et l'utilité qu'ils en retirent. Le questionnaire est disponible en annexe 42.

Dans la première partie du questionnaire, je demande à chaque participant son statut tabagique actuel. Dans les contacts avec le groupe « action », si le statut actuel est la rechute, j'aborde les

points suivants : la survenue rapide ou non de la rechute après la fin de l'accompagnement et son lien éventuel avec l'arrêt du remboursement ainsi qu'une éventuelle tentative d'arrêt future et ses modalités. Si le statut actuel est toujours l'arrêt, j'aborde alors le point suivant : l'éventuel achat de substituts nicotiniques après la fin du remboursement. Dans le groupe « rechute », si le statut actuel est toujours la rechute, j'aborde les points suivants : une éventuelle tentative d'arrêt future et ses modalités. Si le statut actuel est devenu l'arrêt, j'aborde alors le point suivant : l'éventuelle utilisation d'une aide à l'arrêt.

Dans la seconde partie du questionnaire, commune aux deux groupes, je pose d'abord deux questions concernant l'effet d'un accompagnement téléphonique et du remboursement sur la motivation pour faire une tentative d'arrêt. Je demande également aux participants s'ils auraient utilisé des substituts s'ils n'avaient pas été pris en charge par Tabacstop. Je propose ensuite des items concernant la satisfaction de l'accompagnement et du projet de remboursement que le participant doit coter sur l'échelle de satisfaction suivante : 5 « très satisfait » ; 4 « plutôt satisfait » ; 3 « moyennement satisfait » ; 2 « peu satisfait » ; 1 « pas du tout satisfait ». Je termine par trois questions permettant de résumer l'utilité qu'ont eu sur leur arrêt l'accompagnement proactif, l'usage des substituts nicotiniques et leur remboursement.

4.5.3. Procédure

J'ai contacté les participants par téléphone depuis Tabacstop. Après une explication des raisons de l'appel et de la passation du questionnaire, les personnes étaient évidemment libres d'accepter ou de refuser de répondre aux questions. J'ai communiqué aux participants la durée de passation, comprise entre 5 et 10 minutes, avant le début du questionnaire. Seules deux personnes ont refusé de répondre au questionnaire par manque de temps. J'ai fourni des compléments d'information et donné des exemples pour que chaque question ou item soient bien compris.

4.5.4. Récolte des données

J'ai encodé les réponses obtenues lors des contacts téléphoniques dans un fichier Excel me permettant de réaliser les analyses à l'aide de filtres des données. Je disposais de certaines données de base mais, dans un souci de confidentialité, je n'ai pas eu accès au dossier complet des participants. Les résultats sont développés dans la section ci-dessous.

Partie pratique

1. Résultats

Je développerai donc dans cette section les résultats obtenus via la passation du questionnaire téléphonique par 28 clients ayant participé au projet de remboursement des substituts nicotiniques : 14 ayant le statut « action » à la fin de l'accompagnement et 14 ayant fait une tentative d'arrêt mais ayant le statut « rechute » en fin d'accompagnement. Des tableaux sont présents en annexes pour illustrer les analyses.

1.1. Profil des participants

	Groupe action : n =14	Groupe rechute : n = 14
Femmes vs hommes	8 vs 6	8 vs 6
Age moyen	49	50
Nombre d'entretiens	Entre 7 et 8	Entre 6 et 7
Statut actuel arrêt vs rechute	11 vs 3	1 vs 13
≤ 20 vs ≥ 21 cig./j	5 vs 9	5 vs 9
Fagerström 2-3 vs 4-6	5 vs 9	2 vs 12

1.2. Statut tabagique actuel

Dans le groupe action (n=14), 79% (n=11) étaient toujours en arrêt lors de la passation du questionnaire. Dans le groupe rechute (n=14), 93% (n=13) fumaient toujours (annexe 43). Parmi les trois personnes du groupe action n'ayant pas réussi à maintenir leur arrêt après la fin de l'accompagnement, deux ont rechuté rapidement dont une confie que la cause en est l'arrêt du remboursement.

1.3. Tentatives futures

Parmi tous les participants étant actuellement en rechute, 75% (12 sur 16) affirment vouloir refaire une tentative d'arrêt dans un avenir proche. Deux de ces personnes ne feraient plus appel à Tabacstop ni aux substituts nicotiniques pour les aider. L'une est satisfaite de l'accompagnement et du remboursement de Tabacstop mais, les substituts ne lui ayant pas convenus, elle souhaite s'orienter vers une aide pharmacologique non nicotinique. L'autre montre un degré de satisfaction

du programme plus moyen. 12,5% (n=2) souhaitent refaire une tentative d'arrêt mais dans un avenir plus lointain car elles ne peuvent se permettre d'acheter des substituts nicotiniques. Le remboursement n'étant accordé que tous les deux ans, elles attendent ce délai pour recontacter Tabacstop. Leur addiction à la nicotine étant forte, elles ne s'imaginent pas arrêter sans l'aide des substituts. Les 12,5% restant (n=2) sont démotivés et ne souhaitent plus essayer d'arrêter de fumer (annexe 44).

1.4. Motivation liée à l'accompagnement et au remboursement

89% des participants (n=25) rapportent qu'un accompagnement par téléphone les a motivés à faire une tentative d'arrêt. Deux raisons principales sont mentionnées : l'entière gratuité de l'accompagnement de Tabacstop et l'absence de déplacements (beaucoup de personnes ont en effet souligné être invalides) (annexe 45).

Même si les 28 participants songeaient à l'arrêt en contactant Tabacstop, 85% (n=24) confient que le remboursement des substituts nicotiniques les a confortés dans leur décision, le prix du traitement étant un obstacle pour eux. On observe d'ailleurs qu'un peu plus de la moitié d'entre eux (n=13) n'auraient pas acheté des substituts sans remboursement. Les 15% restant (n=4) rapportant que le remboursement ne les avait pas spécialement motivés auraient tous acheté des substituts nicotiniques s'ils n'avaient pas été remboursés (annexes 46 et 47).

1.5. Satisfaction de l'accompagnement

La satisfaction générale de Tabacstop est en moyenne très bonne. 79% des participants dans chacun des groupes (n=22) donnent une cote de 5 sur une échelle de satisfaction allant de 1 « pas du tout satisfait » à 5 « très satisfait ». 18% donnent une cote de 4 et 3% une cote de 3 (annexe 48).

79% des participants (n=22), dont tout le groupe action (n=14), donnent une cote égale ou supérieure à 4 concernant leur satisfaction de la méthode d'aide à l'arrêt par téléphone. 18% (n=5) donnent une cote de 3, ils étaient tous en rechute à la fin de leur accompagnement (annexe 49) et

montraient une addiction à la nicotine forte (Fagerström entre 4 et 6). Un seul participant donne la mauvaise cote de 1, mais celui-ci n'a eu que trois entretiens.

93% des participants (n=26) donnent une cote égale ou supérieure à 4 concernant leur satisfaction de la flexibilité et de la fiabilité des rendez-vous téléphoniques (annexe 50).

¾ des participants (n=21) sont très satisfaits du nombre d'entretiens téléphoniques qu'ils ont eus et ce pourcentage monte à 93 dans le groupe action (la moyenne du nombre d'entretiens est de 7). 11% (n=3) donnent la cote de 4, tous en rechute à la fin de l'accompagnement. Les 14% restant (n=4) donnent la cote de 3. Ces 25% auraient tous souhaité plus d'entretiens (annexe 51).

En ce qui concerne la durée globale du suivi, 1/3 des participants (n=9), dont deux fois plus sont en rechute, n'en ont été que moyennement satisfaits, la considérant trop courte. Un peu plus de la moitié des participants donnent la cote de 5 (n=15), les personnes restantes donnant la cote de 4 (n=4) (annexe 52).

Quasiment 2/3 des participants (n=18) sont très satisfaits de la durée et du contenu des entretiens. Les 36% restants donnent tous une cote de 4 pour le contenu. Pour la durée, 29% donnent la cote de 4 et 7% la cote de 3 (annexes 53 et 54).

Seuls 7% des participants (n=2) sont peu satisfaits des substituts nicotiniques et du dosage recommandés par le(la) tabacologue. Ils avaient une dépendance forte, fumaient entre 11 et 20 cigarettes et étaient en rechute à la fin de l'accompagnement (annexes 55 et 56).

Bien que la satisfaction concernant l'accompagnement de Tabacstop soit en moyenne bonne dans les deux groupes, le groupe action (n=14) semble toutefois un peu plus satisfait de l'accompagnement. Des cotes de 5 sont en effet davantage données par le groupe action sauf pour la satisfaction générale de Tabacstop, la flexibilité et fiabilité des rendez-vous et la satisfaction des dosages recommandés par le(la) tabacologue pour lesquels les cotes de 5 sont identiques dans les

deux groupes. La tendance est donc logiquement inversée pour les cotes de 4 données davantage par le groupe rechute et plus marquée encore pour les cotes en-dessous de 4 (annexe 57).

1.6. Satisfaction du projet NRT

Sur l'entièreté des participants, 1/5 (n=6) rapportent être peu ou pas du tout satisfaits de la durée dans le temps du remboursement correspondant à six semaines de traitement. Ils avaient tous une dépendance forte et sont actuellement en rechute, l'un avait d'ailleurs confié que sa rechute était liée à l'arrêt du remboursement. 21% en sont moyennement satisfaits, 18%, plutôt satisfaits et 39%, très satisfaits (annexe 58).

Seul un participant, en rechute en fin d'accompagnement, s'est dit moyennement satisfait des procédures à suivre pour rentrer dans le projet (formulaires à remplir) et pour obtenir le remboursement (rentrée des frais via attestation BVAC de la pharmacie). Tous les autres donnent pour la grande majorité une cote de 5 ou une cote de 4 (annexes 59 et 60).

Deux personnes sont peu et pas du tout satisfaites des délais d'attente pour obtenir le remboursement sur leur compte en banque. Aucune n'aurait pu se permettre d'acheter des substituts nicotiniques sans le remboursement. Toutes deux étaient en rechute à la fin de l'accompagnement et avaient une dépendance forte. 57% (n=16) sont très satisfaits des délais et 36% sont plutôt satisfaits (n=10) (annexe 61).

Pour la satisfaction du projet de remboursement, des cotes de satisfaction de 2 n'ont été données par le groupe action (n=14) que pour la durée dans le temps du remboursement correspondant à 6 semaines de traitement. Il n'y a aucune cote de 1 dans ce groupe. Le groupe rechute est un peu plus nuancé avec davantage de cotes ≤ 2, excepté concernant la satisfaction des procédures. Dans l'ensemble, le groupe action (n=14) semble donc également un peu plus satisfait du projet NRT (annexe 62).

1.7. Utilité du programme

Pour ¾ des participants (n=21), l'accompagnement par téléphone s'est révélé très utile dans leur tentative d'arrêt. 21% (n=6) le considèrent comme plutôt ou moyennement utile. Un seul participant a donné la mauvaise cote de 1 (annexe 63). Après trois entretiens, il n'avait pas réussi à maintenir son arrêt avant la fin de l'accompagnement et ne souhaite d'ailleurs plus faire de nouvelles tentatives. Sa satisfaction de l'accompagnement dans l'ensemble était plutôt bonne excepté pour sa motivation initiale concernant l'accompagnement téléphonique.

Quasiment la moitié des participants (n=13) ont estimé que les substituts nicotiniques avaient été très utiles dans leur tentative d'arrêt. 29% (n=8) les ont trouvés plutôt utiles et 11% (n=3), moyennement utiles. Les 15% restants ont jugé les substituts nicotiniques peu (n=1) ou pas du tout (n=3) utiles (annexe 64). Ces quatre personnes avaient une dépendance forte et étaient en rechute à la fin de l'accompagnement. Seuls deux souhaitent d'ailleurs refaire une tentative d'arrêt dans un avenir proche.

¾ des participants (n=21) ont rapporté que le remboursement avait été très utile dans leur tentative d'arrêt. Pour 22%, il a été plutôt utile (n=3) et moyennement utile (n=3). Un seul participant a donné la cote de 2, il n'avait d'ailleurs donné qu'une cote moyenne à la durée dans le temps du remboursement correspondant à six semaines de traitement (annexe 65). C'est un très gros fumeur de plus de 40 cigarettes, toujours en arrêt actuellement, qui avait du racheter des substituts après le remboursement.

Dans l'ensemble, et assez logiquement, les participants du groupe action (n=14) semblent avoir trouvé plus utiles dans leur arrêt l'accompagnement téléphonique, les substituts et le remboursement que le groupe rechute, bien que ce dernier ne semble pas la lier à l'accompagnement mais plutôt à des raisons personnelles. Des personnes ont cité entre autres la solitude, l'ennui, l'entourage fumeur et/ou peu soutenant, le stress et les problèmes financiers (annexe 66).

2. Synthèse

Avant de synthétiser les résultats obtenus via la passation du questionnaire, je commencerai par résumer et analyser brièvement les résultats du projet en terme de profil des participants et d'efficacité sur les taux d'arrêt, car ils me semblent également importants pour mettre en lumière le profil plus à risques des populations précarisées ayant participé au projet de remboursement ainsi que leurs chances de succès.

Conformément aux données de la littérature sur le tabagisme de populations plus défavorisées, le profil tabagique des personnes précarisées ayant participé au projet de remboursement est lourd. Leur consommation est généralement très élevée et ils sont aussi très nombreux à présenter une dépendance forte à la nicotine (Fagerström entre 4 et 6). De plus, plus de la moitié d'entre eux fument du tabac à rouler. Or, on l'a vu, il est très difficile d'arrêter de fumer sans aide pharmacologique avec un tel profil tabagique. Les chances d'arrêter de fumer sans cette aide ne sont d'ailleurs que d'un peu plus d'une sur cinq dans ce groupe dont presque la moitié a eu recours à une combithérapie.

Presque ¾ des participants au projet ont initié une tentative d'arrêt pendant leur accompagnement, ce qui montre que les personnes plus défavorisées pensent autant à l'arrêt et essayent tout autant d'arrêter de fumer. À la fin de l'accompagnement, ils sont 40% à avoir maintenu leur arrêt contre 45% parmi les personnes n'ayant pas bénéficié de remboursement.

Le statut tabagique en fin d'accompagnement ne semble pas lié au nombre d'entretiens proactifs que le client a eu avec le(la) tabacologue. Les personnes ayant eu entre 6 et 8 entretiens ont davantage tendance à faire une tentative d'arrêt et à effectivement arrêter. Plus d'entretiens ne semblent pas être plus efficaces.

La rechute ne semble pas liée à la consommation tabagique initiale, le groupe fumant plus de 40 cigarettes par jour montrant le moins de rechutes avec celui des fumeurs légers de moins de 10

cigarettes. C'est aussi le groupe présentant le meilleur taux d'arrêt à la fin de l'accompagnement avec celui fumant de 11 à 20 cigarettes. La tendance est la même lorsque l'on regarde le statut tabagique en fin d'accompagnement en fonction de la dépendance à la nicotine. Cela montre bien que, malgré le profil lourd, la motivation est présente parmi les participants bénéficiant du remboursement mais aussi que l'utilisation de substituts nicotiniques peut jouer un rôle important dans l'arrêt.

Les résultats concernant le statut tabagique en fin d'accompagnement sont plutôt encourageants et permettent de corroborer les données de la littérature concernant l'efficacité d'un accompagnement proactif et des substituts nicotiniques. Lorsque l'on regarde le statut tabagique 6 mois après la fin de l'accompagnement, les chiffres les plus récents montrent des taux d'arrêt de 19% chez les bénéficiaires du remboursement et de 21% chez les autres. Comme vu dans la littérature, des taux de succès moins bons peuvent s'expliquer par le profil tabagique plus lourd de ces populations. Mais, au vu de cette faible différence, on peut imaginer que le remboursement des substituts nicotiniques a joué un rôle pour réduire les écarts entre les groupes, comme mentionné dans la littérature concernant l'efficacité d'une intervention financière sur les taux d'arrêt.

Les résultats obtenus via le questionnaire de satisfaction permettent de mieux analyser le ressenti des personnes quant au projet et à son utilité et de mettre en lumière de manière plus concrète l'effet du remboursement.

En plus du remboursement, le projet NRT c'est aussi un accompagnement personnalisé du fumeur dont une majorité des participants sont satisfaits, voire très satisfaits, même lorsqu'ils n'ont pas réussi à maintenir leur arrêt avant la fin de l'accompagnement. Pour beaucoup, un accompagnement par téléphone représente un avantage sur les plans financiers et logistiques, même si un petit nombre de participants auraient trouvé plus motivant d'être face-à-face au professionnel, le téléphone installant une certaine distance. Un peu moins d'1/3 des participants, pour beaucoup en rechute et avec une addiction à la nicotine forte, auraient d'ailleurs préféré un

nombre d'entretiens un peu plus élevé (la moyenne est de 7) et une durée globale de suivi un peu plus longue.

La majorité a également confié que le remboursement des substituts nicotiniques l'avait confortée dans la décision d'arrêt. Le prix d'achat élevé des substituts nicotiniques représentant un coût important, beaucoup n'auraient pas pu se permettre d'en acheter mais ne se voyaient pas essayer d'arrêter sans leur aide. Deux autres personnes, actuellement en rechute, ont rapporté vouloir refaire une tentative d'arrêt mais ne pas pouvoir se le permettre tant qu'ils ne bénéficieront pas à nouveau du remboursement, celui-ci n'étant en effet disponible qu'une fois tous les deux ans. Un participant a par ailleurs confié que sa rechute rapide après la fin de l'accompagnement était liée à l'arrêt du remboursement. Et bien qu'ils soulignent l'effort de l'action, 1/5 des participants, tous en rechute actuellement, auraient souhaité un remboursement plus long dans le temps, c'est-à-dire correspondant à plus de six semaines de traitement, souvent nécessaire pour les personnes présentant une forte dépendance à la nicotine. Deux participants ont également mentionné un délai d'attente trop long pour obtenir le remboursement sur leur compte en banque. Un participant a même confié avoir un arrangement avec sa pharmacie pour ne pas avoir à débourser l'argent avant le remboursement. Il est en effet difficile pour ces personnes de débourser autant d'argent en une fois, les substituts nicotiniques ne se vendant pas « au détail », par petites quantités.

Les réponses reçues aux trois dernières questions permettent de rendre compte de l'utilité du projet pour ces personnes. Pour plus de ¾ des participants, l'accompagnement par téléphone et le remboursement des substituts nicotiniques se sont révélés très utiles dans leur tentative d'arrêt. Les substituts nicotiniques, quant à eux, ont également prouvé leur efficacité chez une grande majorité des participants.

Assez logiquement, les participants semblent, dans l'ensemble, un peu plus satisfaits de l'accompagnement et du projet de remboursement dans le groupe en arrêt à la fin de l'accompagnement que dans le groupe en rechute même si, à l'exception d'une seule personne, ces

derniers ne semblent pas lier leur rechute à la qualité de l'accompagnement. Mais, au vu de l'ensemble des résultats, on peut considérer la satisfaction des participants comme plutôt bonne de manière générale (annexe 67). Le projet a pu motiver certaines personnes et en conforter d'autres dans leur décision et les a soutenues dans leur tentative d'arrêt.

Conclusion et perspectives

À l'heure actuelle, on le sait, le tabagisme représente un problème de santé publique grave, responsable direct ou indirect de trop nombreux décès au sein de la population. Même si l'utilisation du tabac recule parmi les groupes de niveaux socioéconomiques plus élevés, elle stagne voire augmente dans les groupes de niveaux socioéconomiques plus bas.

Victimes à risques et plus vulnérables face aux dangers du tabac, ils subissent son influence insidieuse avec peu de moyens à leur disposition pour tenter de se défaire de cette dépendance. Leur profil tabagique est généralement plus lourd avec une dépendance plus importante et une consommation plus à risques aussi bien au niveau de l'intensité que du produit fumé. Dans les milieux pauvres, où fumer représente souvent la norme, la cigarette peut être vue comme gage de sécurité de par sa présence constante. Elle maintient le lien social dans un environnement souvent bouleversé par les tracas quotidiens amenés par un déficit financier, par le manque de projection dans le futur ou encore par l'absence d'occupations constructives et valorisantes.

Les nombreuses mesures prises pour tenter de diminuer la prévalence du tabagisme ont des effets visibles sur la population générale mais encore insuffisants parmi les populations plus défavorisées. De par leur situation souvent précaire, l'accès aux soins de santé leur est limité et, de ce fait, leur connaissance des ressources existantes pour les aider à arrêter de fumer sont faibles et/ou erronées. Cela en fait des victimes très à risques au niveau de leur santé.

Mais malgré tous ces obstacles et même s'ils ont tendance à relativiser les risques pour leur santé, la prise de conscience est bien présente et ces populations émettent aussi le désir d'arrêter de fumer. Cela peut cependant s'avérer difficile voire impossible avec des moyens financiers réduits. Avec un profil tabagique lourd, il est en effet compliqué de faire une tentative d'arrêt sans la présence d'une aide adéquate et efficace, centrée sur les besoins individuels de chaque personne, et cette aide à un prix.

Comme montré dans la littérature, un accompagnement personnalisé du fumeur additionné d'un traitement de substitution nicotinique permettant d'atténuer les symptômes de sevrage, représente une méthode efficace pour soutenir le fumeur motivé à arrêter de fumer. Mais aujourd'hui en Belgique, seules les consultations chez un(e) tabacologue reconnu, à raison de huit séances, bénéficient d'une intervention de l'INAMI. Les substituts nicotiniques, souvent prescrits pour leur absence d'effets secondaires, ne sont quant à eux pas pris en charge et il n'en existe pas de formes génériques, moins coûteuses à l'achat.

Les quitlines représentent une alternative plus qu'intéressante pour soutenir le fumeur dans son arrêt, leur accompagnement étant gratuit et sans le sentiment de jugement qui peut s'installer lors d'une consultation en face-à-face. Ils le mentionnent d'ailleurs, afin de maximiser leurs chances de succès, les fumeurs de milieux plus défavorisés donnent leur préférence à ce type d'aide avec la présence d'un petit coup de pouce au niveau financier symbolisé par la prise en charge de la pharmacothérapie. Et la littérature a montré que cette intervention financière délivrée par des quitlines était efficace pour augmenter les tentatives d'arrêt et les chances de succès de maintien de l'arrêt parmi une population défavorisée.

Alors qu'en 2008 en Belgique, 14,6% de la population belge se situait sous le seuil de pauvreté et 13% bénéficiait du statut OMNIO/BIM, soit une proportion non négligeable de la population, il est recommandé, afin de diminuer l'épidémie de tabagisme parmi ces populations, de leur faciliter l'accès à la pharmacothérapie nécessaire pour les aider à arrêter de fumer. Le principal argument, habituellement opposé à la mise à disposition gratuite d'un traitement pour le sevrage, est d'ordre économique. En effet, pour un fumeur, le coût correspondant à sa consommation de tabac est en général supérieur à celui de l'achat du traitement. Le fumeur serait donc gagnant financièrement lorsqu'il réalise un sevrage, rendant inutile le remboursement de son traitement. Or, pour ces personnes en situation financière précaire, souvent entourée d'un environnement majoritairement fumeur et peu soutenant, la prise de décision de l'arrêt est ralentie. Un cercle vicieux s'installe et

les dépenses consenties pour leur consommation tabagique, déjà importantes, s'élèvent avec l'augmentation des prix qui, sur cette population, n'a pas vraiment le résultat escompté de réduction du tabagisme. Les dépenses allouées aux autres besoins vitaux sont alors de plus en plus diminuées, entraînant un écart de plus en plus important entre les milieux socioéconomiques.

En Belgique, en 2003, un projet pilote de distribution gratuite de patchs avait été mis en place, en collaboration avec des médecins généralistes, par le ministre wallon de la santé. Ce projet n'avait pas recueilli l'unanimité ni apporté les résultats escomptés et n'avait d'ailleurs pas été reconduit par la ministre suivante, Christiane Vienne. Une prise en charge globale est en effet importante pour maximiser les chances de succès, le fumeur doit être aidé sur plusieurs « fronts ».

Un projet pilote de remboursement des substituts nicotiniques mis en place par Tabacstop permet d'apporter cette prise en charge globale et ce coup de pouce financier à des personnes bénéficiant du statut OMNIO/BIM. En tant que projet pilote avec un budget relativement limité, il ne permet à l'heure actuelle d'aider qu'une infime partie de la population mais une première analyse en confirme toutefois l'utilité et l'efficacité.

Conformément aux données de la littérature sur le tabagisme des populations plus défavorisées, les personnes inscrites dans le projet présentent un profil tabagique lourd. Malgré une consommation très élevée et une dépendance forte, les résultats recueillis pour ces personnes un an et demi après le lancement du projet sont encourageants et montrent des taux de tentatives d'arrêt et d'arrêt effectif quasiment similaires à ceux des personnes n'ayant pas bénéficié du remboursement et donc considérées comme appartenant à une tranche de la population plus favorisée sur le plan socioéconomique. Le remboursement semble donc avoir un effet stimulant positif et permettre de réduire l'écart dans les taux de succès entre les milieux socioéconomiques bas et élevés.

Une aide pharmacologique est quasiment indispensable pour ces personnes dont on voit que les chances d'arrêt ne sont que d'une sur cinq en l'absence d'un traitement. Les réponses obtenues via le questionnaire montrent qu'elles en ont conscience. Ne pouvant pour la plupart pas se permettre

d’acheter des substituts nicotiniques, elles saluent l’action de Tabacstop et beaucoup confient que le remboursement les a confortés dans leur décision d’arrêt. Pour certains, le remboursement présente un caractère primordial soit parce qu’ils ont rechuté lorsque le remboursement s’est arrêté soit parce qu’ils doivent attendre de bénéficier à nouveau du remboursement pour refaire une tentative d’arrêt. La procédure actuelle de remboursement de Tabacstop demande également dans un premier temps de débourser l’argent et l’on voit que cela peut souvent poser problème de sortir une somme importante en une fois. Un autre système de distribution pourrait être pensé afin d’éviter toute sortie d’argent, comme une commande passée sur internet par le(la) tabacologue et livrée au domicile ou à la pharmacie du client.

Ces données confirment à quel point les populations défavorisées ont besoin d’être soutenues dans leur arrêt sur le plan financier. Les montants alloués au remboursement représentent un coût important pour Tabacstop qui ne peut se permettre de débloquer, sans l’apport d’aides extérieures, un budget illimité pour en faire bénéficier davantage de personnes et pendant une durée dans le temps plus longue permettant de couvrir l’entièreté du traitement pour ces personnes très dépendantes nécessitant souvent un traitement « de choc ».

La prévention doit donc trouver le moyen d’atteindre les fumeurs les plus précarisés avec des aides adaptées. Sur base de cette première analyse, une prise en charge à l’échelle nationale, au moins pour les populations à bas revenus, est donc recommandée et pourrait contribuer à diminuer la prévalence du tabagisme dans ces populations. Ce document pourra servir de base de travail, pour la Fondation Contre le Cancer et Tabacstop, à une évaluation menée avec davantage de moyens et sur un échantillon plus étendu, les participants rentrant ou sortant du projet étant de plus en plus nombreux au fil du temps, ainsi qu’à une analyse approfondie du rapport coût-efficacité d’une telle mesure. Active dans la lutte contre le tabagisme, la Fondation Contre le Cancer pourra alors décider de faire pression auprès des pouvoirs publics afin de soutenir l’utilité d’une intervention financière pour les traitements de substitution nicotinique.

Bibliographie

- An L.C., Schillo B.A., Kavanaugh A.M., Lachter R.B., Luxenberg M.G., Wendling A.H., Joseph A.M. Increased reach and effectiveness of a statewide tobacco quitline after the addition of access to free nicotine replacement therapy. Tob Control. 2006. 15(4):286-93.

- Aveyard P., Bauld L. Incentives for promoting smoking cessation: What we still do not know. Cochrane Database Syst Rev. 2011. (8):ED000027.

- Bertram M.Y., Lim S.S., Wallace A.L., Vos T. Costs and benefits of smoking cessation aids: making a case for public reimbursement of nicotine replacement therapy in Australia. Tob Control. 2007. 16(4):255-60.

- Borland R., Balmford J., Segan C., Livingston P., Owen N. The effectiveness of personalized smoking cessation strategies for callers to a Quitline service. Addiction. 2003. 98(6):837-46.

- Bryant J., Bonevski B., Paul C. A survey of smoking prevalence and interest in quitting among social and community service organisation clients in Australia: a unique opportunity for reaching the disadvantaged. BMC Public Health. 2011. 11:827.

- Bryant, J., Bonesvski, 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. 2011. 11:493.

- Buonomo S. et Rasson C. (Fonds des Affections Respiratoires, FARES asbl), Renard C. (Observatoire de la Santé du Hainaut, OSH) et Dekeyser F. (Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme, SEPT asbl). Tabac et précarité et si nous étions tous concernés... FARES asbl. 2010.

- Bush T.M., McAfee T., Deprey M., Mahoney L., Fellows J.L., McClure J., Cushing C. The impact of a free nicotine patch starter kit on quit rates in a state quit line. Nicotine Tob Res. 2008. 10(9):1511-6.

- Cahill K., Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2011. (4):CD004307.

- Cahill K., Perera R. Quit and Win contests for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008. (4):CD004986.

- Constance J., Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. Ethnologie Française. 2010. Vol 40(3):p 535-42.

- Cummings K.M., Fix B., Celestino P., Carlin-Menter S., O'Connor R., Hyland A. Reach, efficacy, and cost-effectiveness of free nicotine medication giveaway programs. J Public Health Manag Pract. 2006. 12(1):37-43.

- Cummings K.M., Hyland A., Carlin-Menter S., Mahoney M.C., Willett J., Juster H.R. Costs of giving out free nicotine patchs through a telephone quit line. J Public Health Manag Pract. 2011. 17(3):E16-23.

- Dedicated Research pour la Fondation Contre le Cancer. Sondage sur le tabac. 2012.

- Dudley R.A., Tseng C.W., Bozic K., Smith W.A., Luft H.S. Consumer Financial Incentives: A Decision Guide for Purchasers, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 AHRQ Publication No. 07(08)-0059.

- Edwards R. The problem of tobacco smoking. BMJ. 2004. 328(7433): 217–219.

- Fellows J.L., Bush T., McAfee T., Dickerson J. Cost effectiveness of the Oregon quitline "free patch initiative". Tob Control. 2007. 16 Suppl 1:i47-52.

- Fiore M.C., Bailey W.C., Cohen S.J. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public HealthServices, June 2000.

- Giardina T.D., Hyland A., Bauer U.E., Cummings K.M. Which population-based interventions would motivate smokers to think seriously about stopping smoking? Am J Health Promot. 2004. 18(6):405-8.

- Gisle L. La consommation de tabac. Enquête de Santé par Interview, Belgique 2008. Institut Scientifique de Santé Publique.

- Glasgow R.E. Lando H. Hollis J. McRae S.G. La Chance P. A stop-smoking telephone help line that nobody called. American Journal of Public Health 1993. 83(2):252-253

- Helgason A.R., Tomson T, Lund K.E, Galanti R., Ahnve S., Gilljam H. Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. Eur J Public Health. 2004. 14(3):306- 10

- Hollis JF, McAfee TA, Fellows JL, Zbikowski SM, Riedlinger K. The effectiveness and cost effectiveness of telephone counseling and the nicotine patch in a state tobacco quitline. Tob Control. 2007 Dec; 16(1):i53-9

- Hubens V, Delpierre V, Van der Schueren T. Cahier prévention tabac et précarité. Comment parler du tabac à nos patients précarisés ? 2011. Les aide-mémoire de la Société Scientifique de Médecine Générale.

- Hughes J.R. Pharmacotherapy of nicotine dependence. In: Pharmacological Aspects of Drug Dependence: Toward an Integrative Neurobehavioral Approach, Handbook of Experimental Pharmacology Series. Schuster C.R., Kuhar M.J. (editors) New York: Springer-Verlag, 1996. 599-626.

- Hughes, J.R., Goldstein, M.G., Hurt, R.D., Shiffman, S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. Journal of the American Medical Association. 1999. 281:72-76.

- Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. Une tentative de mesure de la pauvreté au niveau local – exploitation des données relatives aux bénéficiaires de l'intervention majorée en soins de santé. Avril 2009.

- Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. Lancet. 2006; 368: 367-370.

- Kaper J., Wagena E.J., Willemsen M.C., van Schayck C.P. A randomized controlled trial to assess the effects of reimbursing the costs of smoking cessation therapy on sustained abstinence. Addiction. 2006. 101(11):1656-61

- Kaper, J., Wagena, E.J. , Willemsen, M.C., van Schayck, C.P. Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate : results of a randomized trial. Addiction. 2005. 100(7):1012-20.

- Kim A., Kamyab K., Zhu J., Volpp K. Why are financial incentives not effective at influencing some smokers to quit? Results of a process evaluation of a worksite trial assessing the efficacy of financial incentives for smoking cessation. J Occup Environ Med. 2011. 53(1):62-7.

- Kotz D, West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. Tob Control. 2009 Feb;18(1):43-6. Epub 2008 Oct 20.

- Kralikova E., Kozak J.T., Rasmussen T., Gustavsson G., Le Houezec J. Smoking cessation or reduction with nicotine replacement therapy: a placebo-controlled double blind trial with nicotine gum and inhaler. BMC Public Health. 2009. 9:433.

- Lichtenstein, E., Glasgow, R.E, Lando, H.A., Ossip-Klein, D.J., Boles, S.M. Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. Health Education Resources. 1996b. 11:243-257.

- Lorant V, Nguyen L.H., Prignot J, Laperche J. Pourquoi les populations défavorisées fument-elles plus ? 2006; 125, 9:S354-363

- Lund KE, Lund M. Smoking and social inequality in Norway 1998-2000. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005a; Vol 125(5):p 560-3.

- Lund M., Lund K.E., Rise J. Socioeconomic differences in smoking cessation among adults. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005b. 125(5):564-8.

- Macleod ZR, Charles MA, Arnaldi VC, Adams IM. Telephone counseling as an adjunct to nicotine patchs in smoking cessation: a randomised controlled trial. Med J Aust. 2003.179(7):349-52.

- McAfee T.A., Bush T., Deprey T.M., Mahoney L.D., Zbikowski S.M., Fellows J.L., McClure J.B. Nicotine patchs and uninsured quitline callers. A randomized trial of two versus eight weeks. Am J Prev Med. 2008. 35(2):103-10.

- McAfee, T., Sofian, N., Wilson, J., Hindmarsh, M. The role of tobacco intervention in population-based health care: a case study. American Journal of Preventive Medicine. 1998. 14:46-52.

- Miller C.L., Sedivy V. Using a quitline plus low-cost nicotine replacement therapy to help disadvantaged smokers to quit. Tob Control. 2009. 18(2):144-9.

- Miller N., Frieden T.R., Liu S.Y., Matte T.D., Mostashari F., Deitcher D.R., Cummings K.M., Chang C., Bauer U., Bassett M.T. Effectiveness of a large-scale distribution program of free nicotine patchs: a prospective evaluation. Lancet. 2005. 365(9474):1849-54.

- Nguyen Tan L.H., Lorant V., Prignot J., Laperche J. La prise en charge du sevrage tabagique des patients défavorisés en médecine générale. Louvain Médical. 2006. Vol 125(9):S364-70.

- Organisation Mondiale de la Santé. Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. 2003.

- Organisation Mondiale de la Santé. Tabac et pauvreté, un cercle vicieux. 2004.

- Pauvreté et santé : données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (document EUR/RC51/8)

- Rabius V., Pike K.J., Hunter J., Wiatrek D., McAlister A. L. Effects of frequency and duration in telephone counseling for smoking cessation. Tob Control. 2007. 16:i71-i74

- Rapport sur la politique de lutte antitabac en Europe. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. 2002 (document EUR/01/5020906/8)

- Reda A.A., Kotz D., Evers S.M., van Schayck C.P. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database Syst Rev. 2012. 6:CD004305.

- Roddy E, Antoniak M, Britton J, Molyneux A, Lewis S. Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers-a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2006. 6:147.

- Seung-Kwon Myung, Jae-Gahb Park, Woo Kyung Bae, Yeon Ji Lee, Yeol Kim, Hong Gwan Seo. Effectiveness of Proactive Quitline Service and Predictors of Successful Smoking Cessation:

Findings from a Preliminary Study of Quitline Service for Smoking Cessation in Korea. J Korean Med Sci. 2008. 23(5): 888–894.

- Shearer J., Shanahan M. Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. Aust N Z J Public Health. 2006. 30(5):428-34.

- Sherman C.B. Health effects of cigarette smoking. Clinics in Chest Medicine. 1991. 12(4):643-658.

- SPF Economie. Statistics Belgium. Les chiffres du tabac. 2012.

- Stead L. F., Perera R., Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. Tob Control. 2007. 16(Suppl I):i3–i8.

- Stead L. F., Perera R., Lancaster T. Telephone counseling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2006. 19;(3):CD002850.

- Stead L.F., Perera R., Bullen C., Mant D., Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008. (1):CD000146.

- Swartz S.H., Cowan T.M., Klayman J.E., Welton M.T., Leonard B.A. Use and effectiveness of tobacco telephone counseling and nicotine therapy in Maine. Am J Prev Med. 2005. 29288-294.294.

- Taylor M., Leonardi-Bee J., Agboola S., McNeill A., Coleman T. Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation. Addiction. 2011. 106(10):1819-26.

- Tinkelman D., Wilson S.M., Willett J., Sweeney C.T. Offering free NRT through a tobacco quitline: impact on utilisation and quit rates. Tob Control. 2007. 16 Suppl 1:i42-6.

- Tworek C., Haskins A., Woods S. Maine's Tobacco Medication Program: compliance, patterns of use, and satisfaction among smokers. Nicotine Tob Res. 2009. 11(7):904-7.

- Van den Bruel A., Cleemput I., Van Linden A., Schoefs D., Ramaekers D., Bonneux L. Efficacité et rentabilité des thérapies de sevrage tabagique. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ; 2004 Juillet. KCE Reports vol. 1B. Ref. PF04-26.02B.

- Vandenbrande K, Vandercammen M. La consommation de tabac. 2012. Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs.

- Voigt K. Incentives, health promotion and equality. Health Economics, Policy and Law 7:03, 263-283

- Volpp K.G., Troxel A.B., Pauly M.V., Glick H.A., Puig A., Asch D.A., Galvin R., Zhu J., Wan F., DeGuzman J., Corbett E., Weiner J., Audrain-McGovern J. A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. N Engl J Med.2009. 360(7):699-709.

- Zhu S.H., Tedeschi G., Anderson C.M., Rosbrook B., Byrd M., Johnson C.E., Gutiérrez-Terrell E. Telephone counseling as adjuvant treatment for nicotine replacement therapy in a "real-world" setting. Prev Med. 2000. 31(4):357-63.

- Zhu, S-H., Anderson, C.M., Tedeschi, G., Rosbrook, B., Byrd, M., Gutirrez, E., Johnson, C., Martinez, E., Munguia, M., Villegas, E., Cummins, S. The California Smokers' Helpline: Five Years of Experience. University of California. 1998. La Jolla, CA.

- Zhu, S-H., Stretch, V., Balabanis, M., Rosbrook, B., Sadler, G., Pierce, J. P. Telephone counseling for smoking cessation: Effects of single-session and multiple-session intervention. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996. 64:202-211.

Annexes

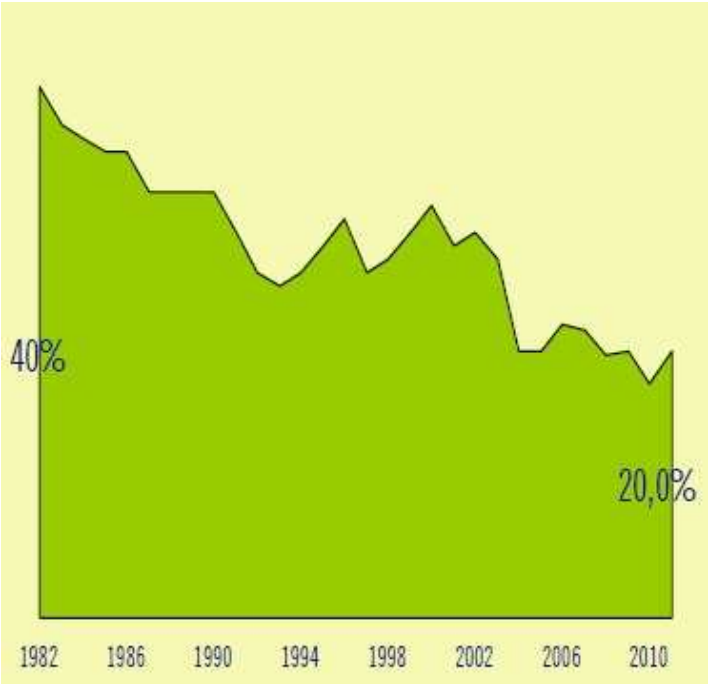
Table des annexes

Annexe 1 : évolution du nombre de fumeurs réguliers en Belgique 62
Annexe 2 : consommation de tabac en Belgique CRIOC 62
Annexe 3 : consommation de tabac en Belgique FCC 63
Annexe 4 : évolution de la consommation de tabac par niveau d'éducation en Belgique 63
Annexe 5 : Comportement tabagique selon le niveau d'éducation en Belgique 64
Annexe 5bis : Pourcentage de fumeurs en fonction de la condition professionnelle et du sexe en Belgique 64
Annexe 6 : type de produit du tabac fumé en fonction de la classe sociale en Belgique 65
Annexe 7 : accompagnement réactif vs proactif pour une abstinence de 12 mois dans une quitline en Suède 65
Annexe 8 : taux d'arrêt en fonction du nombre d'appels dans une quitline aux États-Unis 66
Annexe 9 : taux d'arrêt en fonction du nombre d'appels dans une quitline en Corée 66
Annexe 10 : taux d'arrêt en fonction du nombre d'appels dans une quitline aux États-Unis .. 67
Annexe 11 : taux d'arrêt en fonction de l'utilisation de substituts vs un placebo dans une quitline en République Tchèque 67
Annexe 12 : volume d'appels d'une quitline de l'Ohio avant et après l'introduction de substituts nicotiniques gratuits 68
Annexe 13 : abstinence à 6 mois dans une quitline de l'Ohio en fonction de l'utilisation de substituts nicotiniques gratuits 68
Annexe 14 : taux d'arrêt et coût-efficacité dans une quitline de l'Oregon en fonction de l'utilisation de substituts nicotiniques gratuits 69
Annexe 15 : types d'aides préférées par des fumeurs à bas revenus en Australie 69
Annexe 16 : interventions pour le sevrage des mutuelles en Wallonie et à Bruxelles 70
Annexe 17 : formulaire pour les médecins dans le cadre de l'action « patchs gratuits » 73
Annexe 18 : phases du processus de changement du fumeur (Prochaska et Di Clemente) 74
Annexe 19 : statut tabagique en fin d'accompagnement chez Tabacstop 75
Annexe 20 : taux d'arrêt 6 mois après la fin de l'accompagnement chez Tabacstop 75
Annexe 21 : taux d'arrêt 1 an après la fin de l'accompagnement chez Tabacstop 75
Annexe 22 : formulaire à compléter et faire remplir par le médecin traitant pour entrer dans le projet 76
Annexe 23 : liste des substituts sur le marché avec leur prix d'achat 78
Annexe 24 : questionnaire d'inscription à l'accompagnement proactif de Tabacstop 80
Annexe 24 : fiche client dans Access 82

Annexe 25 : sexe et appartenance linguistique groupe NRT 83
Annexe 26 : sexe et appartenance linguistique groupe contrôle 83
Annexe 27 : âge NRT vs contrôle 84
Annexe 28 : consommation tabagique NRT vs contrôle 84
Annexe 29 : type de produit fumé NRT vs contrôle 85
Annexe 30 : présence d'une comorbidité psychique NRT vs contrôle 86
Annexe 31 : montants remboursés FR vs NL 86
Annexe 32 : nombre d'entretiens proactifs NRT vs contrôle 87
Annexe 33 : aide pharmacologique utilisée NRT vs contrôle 87
Annexe 34 : statut tabagique à la fin de l'accompagnement NRT vs contrôle 88
Annexe 35 : statut tabagique en fonction de l'utilisation d'une aide pharmacologique 89
Annexe 36 : statut tabagique en fonction de l'utilisation d'une aide pharmacologique NRT vs contrôle 89
Annexe 37 : statut tabagique en fonction de la consommation initiale NRT vs contrôle 90
Annexe 38 : statut tabagique en fonction de la dépendance NRT vs contrôle 91
Annexe 39 : statut tabagique en fonction du nombre d'entretiens proactifs NRT vs contrôle 92
Annexe 40 : taux d'arrêt à 6 mois NRT vs contrôle 01/06/2101 → 31/12/2011 93
Annexe 41 : taux d'arrêt à 6 mois NRT vs contrôle 01/06/2101 → 01/07/2012 94
Annexe 42 : questionnaire de satisfaction 95
Annexe 43 : statut tabagique actuel des participants 97
Annexe 44 : tentatives d'arrêt futures dans le groupe rechute 97
Annexe 45 : motivation pour l'arrêt apportée par l'accompagnement téléphonique 97
Annexe 46 : motivation pour l'arrêt apportée par le remboursement 97
Annexe 47 : achat éventuel de NRT en fonction de la motivation apportée par le remboursement 97
Annexe 48 : satisfaction de Tabacstop 98
Annexe 49 : satisfaction de la méthode par téléphone 98
Annexe 50 : satisfaction de la flexibilité et fiabilité des RDV 98
Annexe 51 : satisfaction du nombre d'entretiens 98
Annexe 52 : satisfaction de la durée globale du suivi 99
Annexe 53 : satisfaction de la durée des entretiens 99
Annexe 54 : satisfaction du contenu des entretiens 99
Annexe 55 : satisfaction des substituts recommandés 99
Annexe 56 : satisfaction des dosages recommandés 100
Annexe 57 : moyenne de la satisfaction de l'accompagnement 100

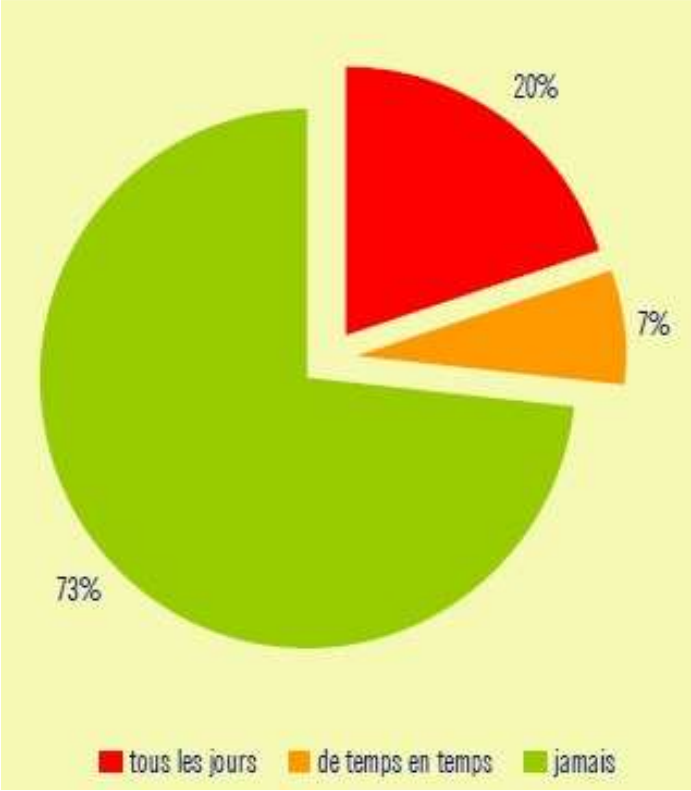
Annexe 58 : satisfaction de la durée dans le temps du remboursement..... 100
Annexe 59 : satisfaction de la procédure d'entrée dans le projet..... 100
Annexe 60 : satisfaction de la procédure pour obtenir le remboursement..... 101
Annexe 61 : satisfaction des délais d'attente pour obtenir le remboursement..... 101
Annexe 62 : moyenne de la satisfaction du projet de remboursement..... 101
Annexe 63 : utilité de l'accompagnement par téléphone sur l'arrêt 101
Annexe 64 : utilité des substituts nicotiniques sur l'arrêt 102
Annexe 65 : utilité du remboursement sur l'arrêt 102
Annexe 66 : moyenne de l'utilité accordée au projet..... 102
Annexe 67 : moyenne de la satisfaction et de l'utilité de l'ensemble du projet 103

Annexe 1 : évolution du nombre de fumeurs réguliers en Belgique



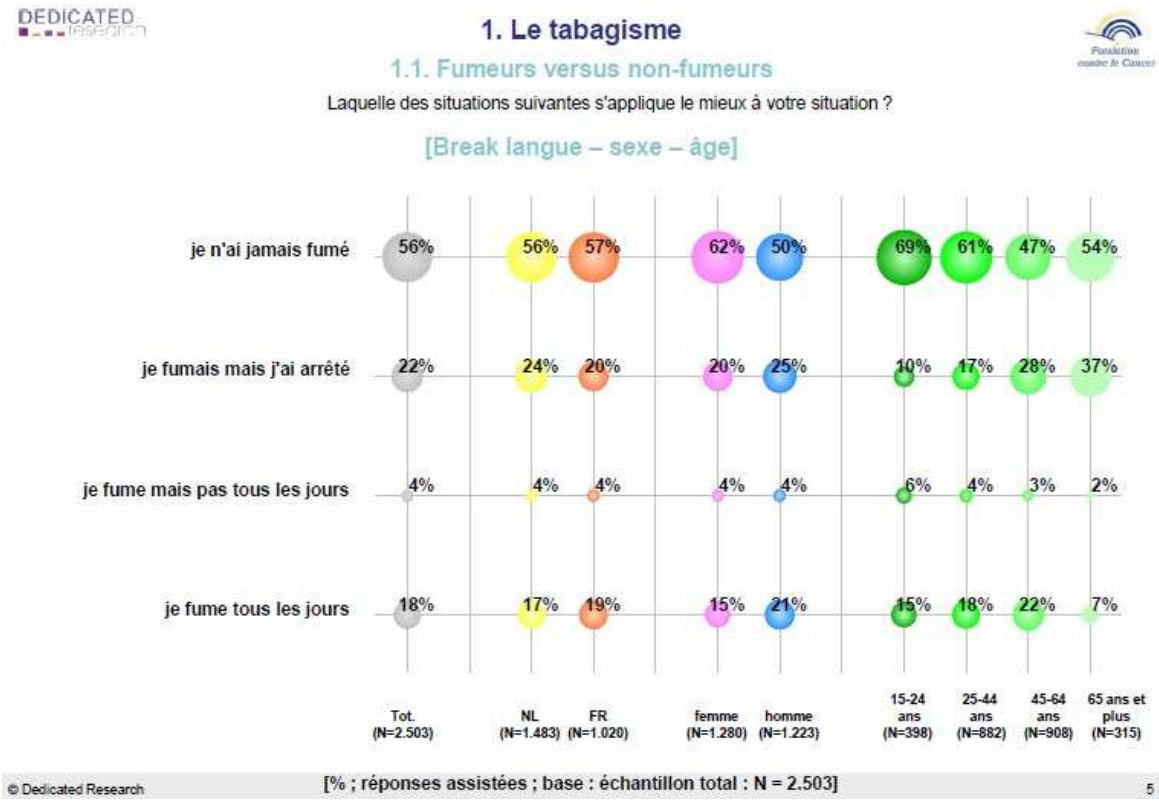
Vandenbrande K, Vandercammen M. La consommation de tabac. 2012. Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs.

Annexe 2 : consommation de tabac en Belgique CRIOC



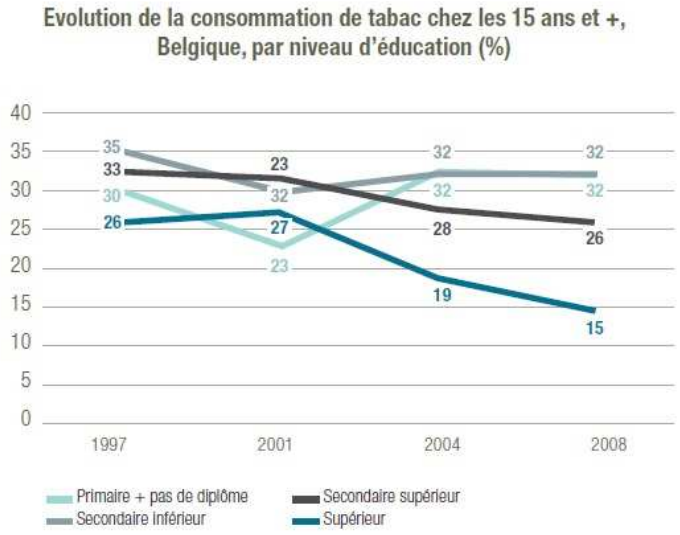
Vandenbrande K, Vandercammen M. La consommation de tabac. 2012. Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs.

Annexe 3 : consommation de tabac en Belgique FCC



Dedicated Research pour la Fondation Contre le Cancer. Sondage sur le tabac. 2012.

Annexe 4 : évolution de la consommation de tabac par niveau d'éducation en Belgique



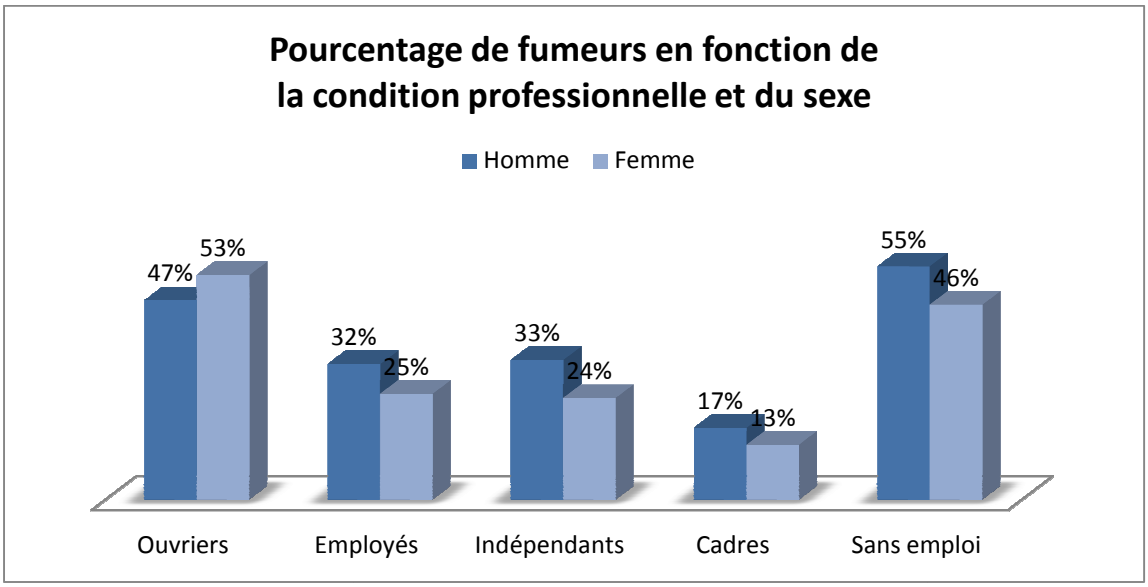
Gisle L. La consommation de tabac. Enquête de Santé par Interview, Belgique 2008. Institut Scientifique de Santé Publique. Pris dans Hubens V, Delpierre V, Van der Schueren T. Cahier prévention tabac et précarité. Comment parler du tabac à nos patients précarisés ? 2011. Les aide-mémoire de la Société Scientifique de Médecine Générale.

Annexe 5 : Comportement tabagique selon le niveau d'éducation en Belgique

Comportement tabagique parmi les fumeurs de 15 ans et plus, Belgique, 2008						
Scolarité	Fumeur quotidien (%)	Nombre de cigarettes	Fumeur intensif (%)	Dépendance forte à très forte (%)	<5min (%)	Age moyen de l'initiation
Primaire	22,4%	17,1	9,4%	12,4%	31,5%	17
Secondaire inf.	29,3%	18	12,7%	15,0%	29,3%	16,8
Secondaire sup.	25,2%	15,4	8,6%	9,8%	20,4%	17,3
Supérieure - Unif	13,1%	15,2	4,0%	9,2%	14,4%	17,7

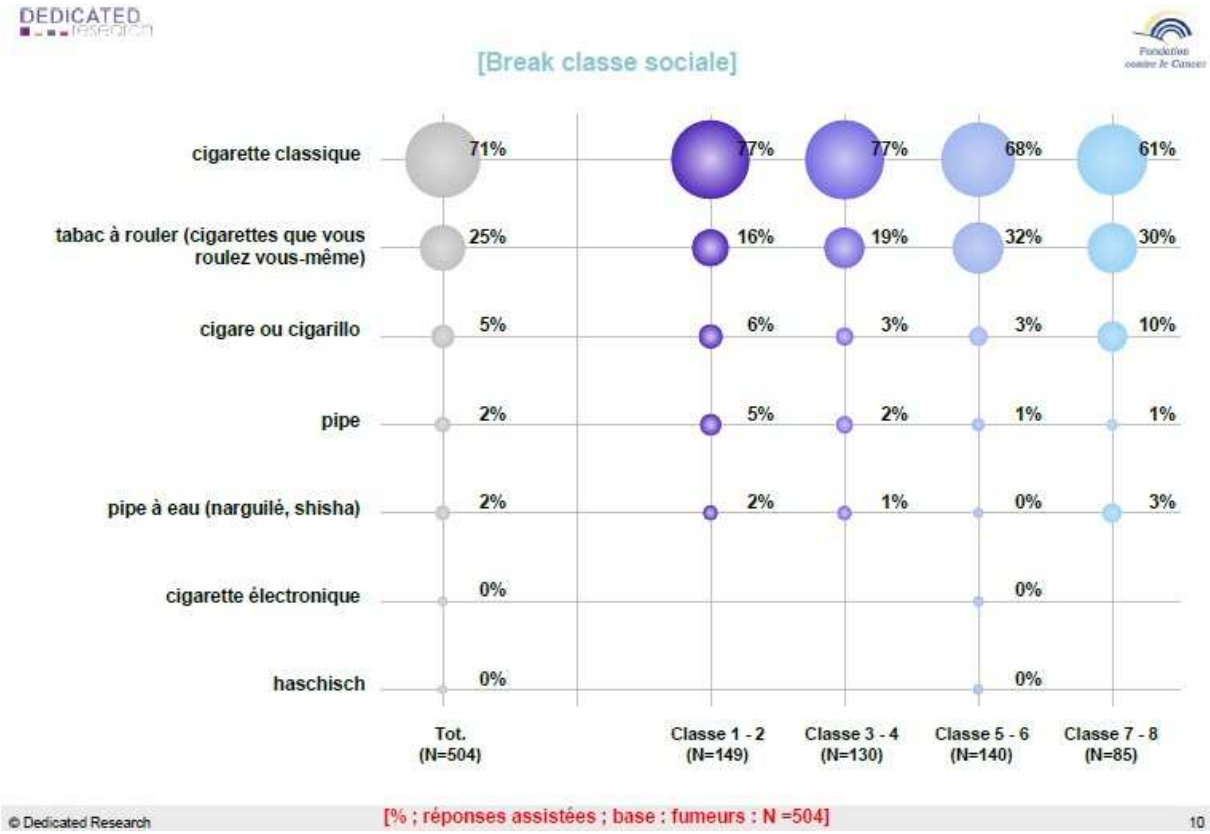
Source des données : Gisle L. La consommation de tabac. Enquête de Santé par Interview, Belgique 2008. Institut Scientifique de Santé Publique.

Annexe 5bis : Pourcentage de fumeurs en fonction de la condition professionnelle et du sexe en Belgique



Source des données : enquête effectuée en 2008 par IPSOS pour la Fonction contre le cancer et financée par SPF Santé Publique.

Annexe 6 : type de produit du tabac fumé en fonction de la classe sociale en Belgique



Dedicated Research pour la Fondation Contre le Cancer. Sondage sur le tabac. 2012.

Annexe 7 : accompagnement réactif vs proactif pour une abstinence de 12 mois dans une quitline en Suède

Table 4 Comparing the reactive treatment to a proactive treatment (intention to treat)

	Point-prevalence abstinent at 12 months		
	'Reactive' treatment N=496	'Proactive' treatment N=629	Fisher's exact test for significance
All	28% (137/496)	33% (205/629)	p=0.08
Men	28% (36/125)	27% (38/142)	p=0.80
Women	27% (101/371)	34% (167/487)	p=0.03

Helgason A.R., Tomson T, Lund K.E, Galanti R., Ahnve S., Gilljam H. Factors related to abstinence in a telephone helpline for smoking cessation. Eur J Public Health. 2004. 14(3):306- 10

Annexe 8 : taux d'arrêt en fonction du nombre d'appels dans une quitline aux États-Unis

Effet dose/réponse : Auto assistance < 1 conseil < 2 à 6 conseils ($p<0.05$)

	Auto sevrage (AS) N = 841	AS + 1 appel N = 1143	AS + 2 à 6 appels N = 1046
12 mois	14.7	19.8	26.7
12 mois ITT	5.4	7.5	9.9

Zhu, S-H., Stretch, V., Balabanis, M., Rosbrook, B., Sadler, G., Pierce, J. P. Telephone accompagnement for smoking cessation: Effects of single-session and multiple-session intervention. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996. 64:202-211.

Annexe 9 : taux d'arrêt en fonction du nombre d'appels dans une quitline en Corée

	Number (%)
Self-reported smoking status	
Smoking (failure to maintain abstinence)	201 (38.5)
Not smoking (successful maintenance of abstinence)	200 (38.3)
Lost to follow-up	121 (23.2)
Continuous abstinence rate at 30 days of follow-up interview	
By per-protocol analysis	200/401 (49.9)
By intention-to-treat analysis	200/522 (38.3)

Seung-Kwon Myung, Jae-Gahb Park, Woo Kyung Bae, Yeon Ji Lee, Yeol Kim, Hong Gwan Seo. Effectiveness of Proactive Quitline Service and Predictors of Successful Smoking Cessation: Findings from a Preliminary Study of Quitline Service for Smoking Cessation in Korea. J Korean Med Sci. 2008. 23(5): 888–894.

Annexe 10 : taux d'arrêt en fonction du nombre d'appels dans une quitline aux États-Unis

Table 1 Number of participants, response and quitting rates in seven experimental groups

	Self help	All counselled	Planned number of sessions (total duration of sessions)					
			5 (50 minutes)	7 (Booster) (80 minutes)	3 (105 minutes)	5 (Booster) (135 minutes)	5 (210 minutes)	7 (Booster) (240 minutes)
Enrolled participants	1564	4758	1289	263	819	812	749	826
Followed 6 months	743	2411	653	120	431	434	409	433
Response rate	0.48	0.52	0.51	0.46	0.53	0.53	0.55	0.52
Respondent quit rate	0.160**	0.208**	0.198*	0.308*	0.162	0.203	0.232	0.224
95% CI	0.134 to 0.187	0.192 to 0.224	0.167 to 0.228	0.226 to 0.391	0.128 to 0.197	0.165 to 0.241	0.191 to 0.273	0.185 to 0.263
Enrolled quit rate	0.076**	0.108**	0.100*	0.141*	0.085	0.108	0.127	0.117
95% CI	0.063 to 0.089	0.100 to 0.117	0.084 to 0.116	0.099 to 0.183	0.066 to 0.105	0.087 to 0.130	0.103 to 0.151	0.095 to 0.139
Mean number of sessions completed	–	–	1.56	1.83	0.74	0.92	1.38	1.51

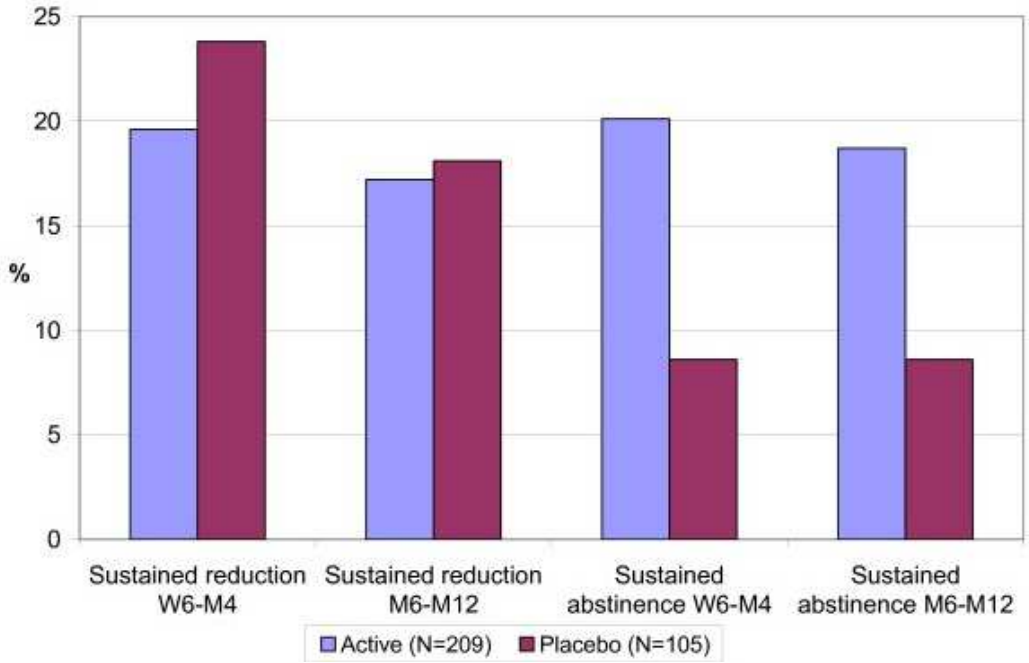
**0.005 significance level for the difference between these two rates (χ^2 test).

*0.05 significance level for the difference between these two rates (χ^2 test).

No other planned comparisons found significant differences between rates.

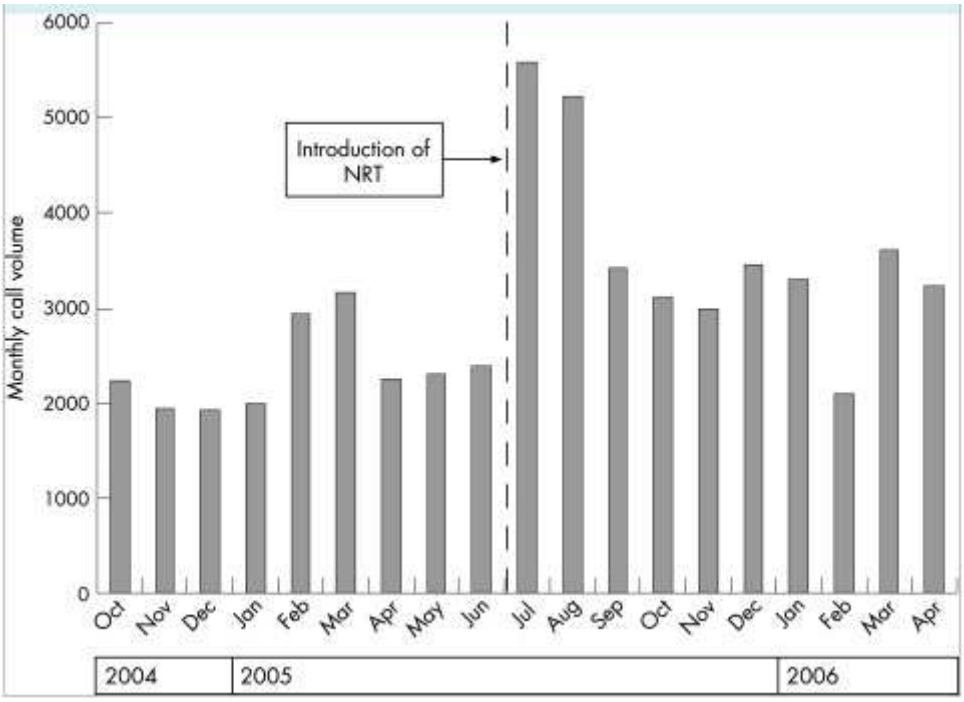
Rabius V., Pike K.J., Hunter J., Wiatrek D., McAlister A. L. Effects of frequency and duration in telephone counseling for smoking cessation. Tob Control. 2007. 16:i71-i74

Annexe 11 : taux d'arrêt en fonction de l'utilisation de substituts vs un placebo dans une quitline en République Tchèque



Kralikova E., Kozak J.T., Rasmussen T., Gustavsson G., Le Houezec J. Smoking cessation or reduction with nicotine replacement therapy: a placebo-controlled double blind trial with nicotine gum and inhaler. BMC Public Health. 2009. 9:433.

Annexe 12 : volume d'appels d'une quitline de l'Ohio avant et après l'introduction de substituts nicotiniques gratuits



Tinkelman D., Wilson S.M., Willett J., Sweeney C.T. Offering free NRT through a tobacco quitline: impact on utilisation and quit rates. Tob Control. 2007. 16 Suppl 1:i42-6.

Annexe 13 : abstinence à 6 mois dans une quitline de l'Ohio en fonction de l'utilisation de substituts nicotiniques gratuits

Table 2 Tobacco abstinence outcomes at 6 months (7-day point prevalence; intent to treat analysis)

	Pre-NRT launch (11 July 2004–30 April 2005)		Post-NRT launch (11 July 2005–30 April 2006)	
	No	% (95% CI)	No	% (95% CI)
All callers	n = 10 009 1034 quit	10.3 (9.7 to 10.9)	n = 13 233 1977 quit	14.9 (14.3 to 15.5)
All quitline counselling participants	n = 5890 795 quit	13.5 (12.6 to 14.4)	n = 11 136 1849 quit	16.6 (15.9 to 17.3)
Counselling participants receiving NRT	NA	NA	n = 6674 1350 quit	20.2 (19.2 to 21.2)
Counselling participants not receiving NRT	n = 5890 795 quit	13.5 (12.6 to 14.4)	n = 4462 499 quit	11.2 (10.3 to 12.1)
Self guided participants	n = 4119 239 quit	5.8 (5.1 to 6.5)	n = 2097 128 quit	6.1 (5.1 to 7.1)

Tinkelman D., Wilson S.M., Willett J., Sweeney C.T. Offering free NRT through a tobacco quitline: impact on utilisation and quit rates. Tob Control. 2007. 16 Suppl 1:i42-6.

Annexe 14 : taux d'arrêt et coût-efficacité dans une quitline de l'Oregon en fonction de l'utilisation de substituts nicotiniques gratuits

Table 3 Smoking cessation and cost effectiveness

Characteristics	No NRT offer			NRT offer			
	Brief (n = 872)	Moderate (n = 718)	Intensive (n = 720)	Brief (n = 868)	Moderate (n = 715)	Intensive (n = 721)	p Value
Abstinence* 6 months (%)	10.2	10.7	13.1	16.8	21.3	24.3	<0.0001
Abstinence* 12 months (%)	11.7	13.8	14.3	17.1	20.1	21.2	<0.0001
Cost/participant (SD), 2004$	$67 ($20)	$107 ($33)	$132 ($57)	$193 ($79)	$242 ($92)	$268 ($99)	<0.0001
Incremental cost/quit† (range), 2004$	NA	$1912 ($2551–$1273)	$2640 ($4120–$1161)	$2467 ($3622–$1311)	$2109 ($2980–$1239)	$2112 ($2946–$1278)	NA

*Abstinent from all forms of tobacco for 30 days or more at follow-up.

†Incremental cost per additional quit relative to brief/no NRT arm. Ranges calculated using standard deviations and 12-month abstinence.

Hollis JF, McAfee TA, Fellows JL, Zbikowski SM, Riedlinger K. The effectiveness and cost effectiveness of telephone counseling and the nicotine patch in a state tobacco quitline. Tob Control. 2007 Dec; 16(1):i53-9

Annexe 15 : types d'aides préférées par des fumeurs à bas revenus en Australie

Table 4

Types of quit support most desired by clients who wanted support from SCSO staff to quit (n = 124)

	% (95% CI)
Be given free nicotine patches or gum	77.4 (70.0-84.9)
Be given cash rewards for quitting	52.4 (43.5-61.3)
Be given non-cash rewards for quitting	46.8 (37.9-55.7)
Get support and encouragement from staff to quit	45.2 (36.3-54.1)
Alternative therapy like acupuncture or hypnosis	38.7 (30.0-47.4)
Receive advice or counselling	31.5 (23.2-39.7)
Be asked by staff if I would like help to quit	31.5 (23.2-39.7)
Be given pamphlets about quitting	23.4 (15.8-30.9)
Computer or internet based quit program	15.3 (8.9-21.8)
Video or DVD about quitting	14.5 (8.2-20.8)
Quit help via SMS messages	12.9 (6.9-18.9)
Be put in touch with Quitline	11.3 (5.6-16.9)

Bryant J., Bonevski B., Paul C. A survey of smoking prevalence and interest in quitting among social and community service organisation clients in Australia: a unique opportunity for reaching the disadvantaged. BMC Public Health. 2011. 11:827.

Annexe 16 : interventions pour le sevrage des mutuelles en Wallonie et à Bruxelles

Mutualités chrétiennes

MC Bruxelles St Michel - Hainaut oriental – Brabant wallon – Hainaut picardie – Luxembourg – Namur : /

MC Liège :

En plus des consultations en tabacologie remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire, la MC Liège intervient forfaitairement pour les femmes enceintes, à raison de 25 euros pour les traitements médicamenteux anti-tabac.

Pour pouvoir bénéficier de cette intervention, le membre doit produire :

- une prescription délivrée par un médecin attestant la nécessité d'un sevrage tabagique pendant la période de la grossesse,

- un formulaire délivré par le pharmacien (attestation de prestations pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance complémentaire).

Mutualités neutres

Symbyo : /

Hainaut : /

Neutre de la santé (liège) :

Montant et conditions de l'intervention

Une intervention maximale de 30 euros par période de 12 mois est accordée dans le coût d'un traitement médicamenteux anti-tabac.

Document(s) à fournir

L'intervention est octroyée sur base d'une prescription médicale et de l'attestation de fourniture portant le cachet du pharmacien.

Mutualia (Verviers) :

Intervention de 3 X 20€ pour les médicaments de sevrage tabagique.

Sur présentation d'un document délivré par le pharmacien.

MunaLUX : /

Mutualités socialistes

Brabant wallon :

Intervention unique s'élevant à 50 € sur base de 3 consultations chez un médecin ou tabacologue agréé.

Bruxelles :

Intervention unique de 50 € aux membres qui, pour arrêter de fumer, suivent un traitement sous contrôle médical à l'aide d'un moyen dont la valeur thérapeutique est reconnue.

Documents à présenter

Prescription du médecin traitant, la carte d'enregistrement dûment complétée (modèle fixé par la mutualité et disponible à nos guichets ou cliquez ci-dessous) et l'attestation BVAC (document délivré sur demande par votre pharmacien).

Solidaris (Mons Wallonie) : /

Solidaris (Centre Charleroi Soignies) : /

Solidaris (Liège) :

Recevez jusqu'à 25 € par an dans le coût d'achat d'un traitement anti-tabac sous prescription médicale (patches, médicaments).

Conditions et démarches

Etre en ordre d'assurance complémentaire.

Nous fournir une prescription médicale.

Nous remettre le document BVAC fourni par le pharmacien.

Luxembourg : /

Namur :

Intervention de 25 € à l'achat d'un médicament ou patch pour arrêter de fumer.

Démarches

Pour obtenir un remboursement partiel de vos frais, vous devez :

faire prescrire le traitement par un médecin

Compléter le formulaire "Traitement médicamenteux anti-tabac" et y adjoindre le document BVAC délivré par le pharmacien.

Mutualité Libérale

Brabant wallon :

Nous accordons une intervention dans l'achat de produits d'arrêt tabagique s'élevant à maximum 50 euros.

Ces produits doivent obligatoirement être achetés en pharmacie. La liste des produits couverts par cette intervention est disponible auprès de votre section locale. L'intervention ne peut pas être plus élevée que le prix d'achat.

Comment faire ?

Pour bénéficier de cet avantage, il vous suffit d'introduire l'attestation BVAC délivrée par votre pharmacien.

Hainaut Namur :

La mutualité Libérale Hainaut-Namur apporte sa contribution dans le combat contre le tabac en intervenant à concurrence de 50€ dans le coût des produits de sevrage tabagique.

Comment obtenir l'intervention ?

Produire l'attestation BVAC délivrée par le pharmacien pour la fourniture de produits de sevrage.

Hainaut Ouest :

Mutualité Libérale octroie une allocation unique de 50 € par personne, afin de couvrir le coût des produits de sevrage tabagique reconnus par le SPF Santé Publique.

Formalités et conditions:

L'intervention est accordée sur présentation de la preuve nominative de paiement délivrée par votre pharmacien pour les produits.

Liège :

La Mutualité Libérale intervient à concurrence de 50 € maximum pour l'achat de produits d'aide à l'arrêt tabagique.

Pour être remboursé, vous devez fournir l'attestation BVAC du pharmacien.

Luxembourg :

La lutte contre le tabagisme est une priorité pour la Mutualité du Luxembourg.

C'est pourquoi la Mutualité intervient dans le prix des médicaments pour arrêter de fumer. Il s'agit de produits en vente dans les pharmacies, comme par exemple les chewing-gums, les patchs, les comprimés, les inhalateurs ou les sprays nasaux.

L'intervention s'élève à un maximum de 50,00 € et n'est valable qu'une fois pour chaque membre de la famille.

Tout membre qui cotise pour l'assurance complémentaire, ainsi que les personnes à sa charge peuvent en profiter.

Modalités

Le membre consulte son médecin traitant afin de décider quel produit pour arrêter de fumer est le plus adapté. Concrètement, une prescription du médecin n'est pas nécessaire mais il est conseillé de consulter son médecin pour déterminer la méthode la plus adéquate.

Le membre demande une attestation BVAC (= formulaire standard de remboursement dans l'assurance complémentaire) à son pharmacien et la remet à sa mutualité.

NOTE : Renseignez-vous auprès de votre Mutualité car l'INAMI prévoit une intervention pour entreprendre une thérapie de sevrage tabagique.

Mutualités Libres

Omnimut : /

Euromut : /

Securex : /

Partena : /

CAAMI : /

Annexe 17 : formulaire pour les médecins dans le cadre de l'action « patchs gratuits »

Questionnaire à renvoyer <u>avant le 30 septembre à</u>
au moyen de l'enveloppe ci-jointe ou encore par Fax au 081/323.429.
à
Monsieur Thierry Detienne,
Ministre des Affaires sociales et de la santé de la Région wallonne,
4 rue des Brigades d'Irlande 5100 Jambes,

Nom…….. Prénom…….
Adresse…….
Tél……
E-mail…….

1. Souhaitez vous participer à l'action « Patch gratuit » lancée par le Ministère de la Région wallonne ?
Oui Non
2. Avez-vous déjà effectué une formation spécifique (1) dans le domaine du sevrage tabagique ?
Oui **Non**
Si oui, laquelle ? …….
Si non, souhaitez-vous vous engager dans une formation spécifique?
Oui Non
− Si oui. Quel nombre d'heures êtes-vous disposé à y consacrer ? …**2**… heures au total
A quel moment ? **En soirée** Le samedi
3. Vous engagez-vous, dans la mesure de vos disponibilités, à participer à la rencontre décentralisée de deux heures avec des experts en sevrage tabagique?
Oui Non
4. Combien de patients pensez-vous prendre en charge d'ici la fin de l'année ? **suivant la demande**
5. Acceptez-vous de prendre en charge des patients référés par des confrères ?
Oui **Non**
6. Acceptez-vous que vos coordonnées soient diffusées auprès de vos confrères généralistes dans le cadre de cette action ?
Oui **Non**
7. Suggestions et remarques éventuelles :
……
……
……
……
…….

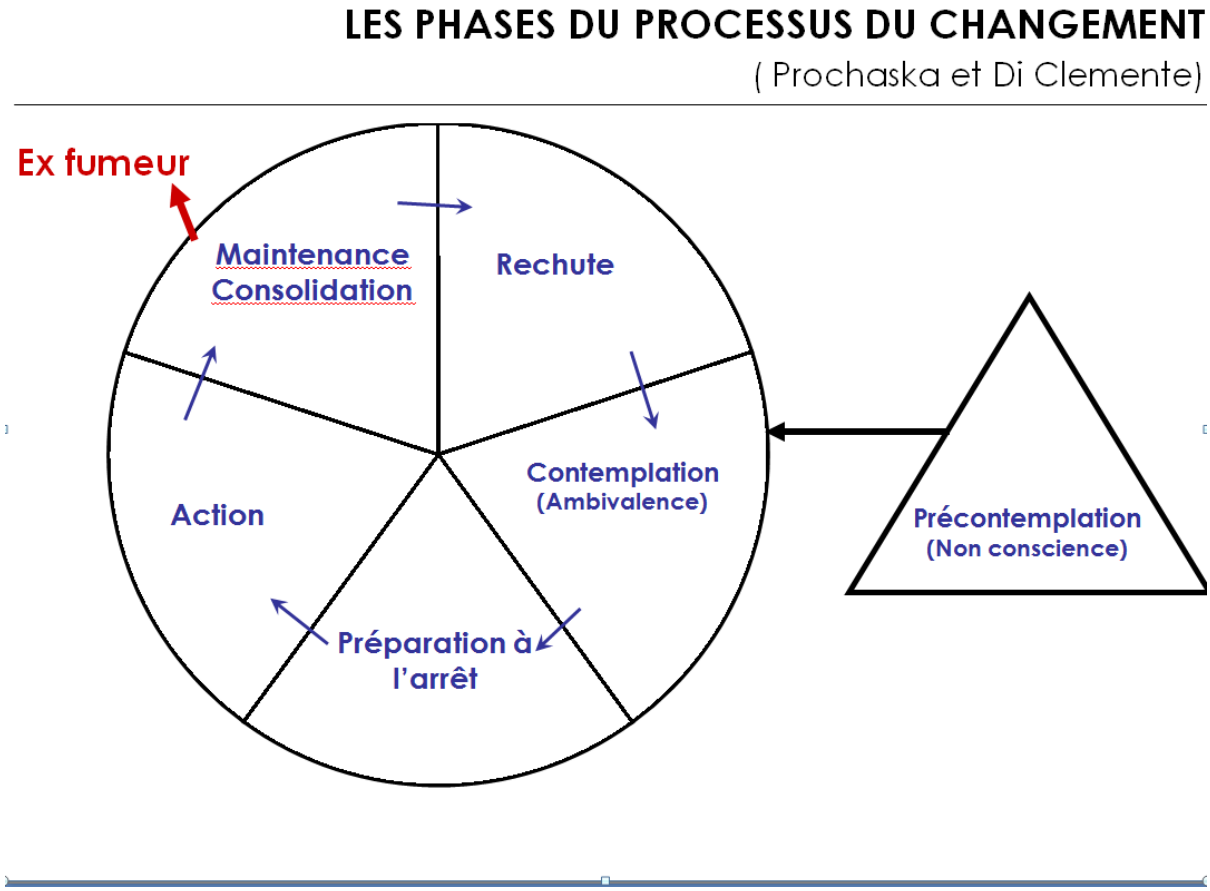
……, le ……

Cachet

Signature

(1) Nous entendons par formation spécifique une formation d'au moins 10 heures dans le domaine du sevrage tabagique

Annexe 18 : phases du processus de changement du fumeur (Prochaska et Di Clemente)



La *précontemplation* : n'a pas encore l'intention d'arrêter de fumer

L'*intention ou la contemplation* : pense à arrêter de fumer mais n'a pas encore d'intention concrète à court terme

La *préparation* : prend des mesures concrètes pour essayer d'arrêter de fumer à court terme

L'*action* : a effectivement arrêté de fumer)

Le *maintien* : arrêt tabagique durable à long terme

Annexe 19 : statut tabagique en fin d'accompagnement chez Tabacstop

	Jusqu'au 31/12/2010		Jusqu'au 31/12/2011	
	N	%	N	%
Pré-intention	0	**0%**	0	***0%***
Intention	98	**19%**	123	***15%***
Préparation	112	**21%**	159	***19%***
Action	216	**41%**	357	**43%**
Rechute	102	**19%**	178	***21%***
Inconnu			12	***1%***
Total	***528***	***100%***	***829***	***100%***

Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011

Annexe 20 : taux d'arrêt 6 mois après la fin de l'accompagnement chez Tabacstop

	Jusqu'au 31/12/2010		Jusqu'au 31/12/2011	
Statut	N	%	N	%
Arrêt < 4 semaines	10	**2%**	17	***3%***
Arrêt > 4 semaines	33	**8%**	70	***11%***
Arrêt ≥ 6 mois	101	**23%**	140	***21%***
Rechute	113	**26%**	169	***25%***
N'a pas arrêté	182	**41%**	268	***40%***
Total	***439***	***100%***	***664***	***100%***

Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011

Annexe 21 : taux d'arrêt 1 an après la fin de l'accompagnement chez Tabacstop

	Jusqu'au 31/12/2010		Jusqu'au 31/12/2011	
Statut	N	%	N	%
Arrêt < 6 mois	20	**6%**	18	***3%***
Arrêt ≥ 6 mois	21	**6%**	39	***7%***
Arrêt ≥ 12 mois	64	**18%**	89	***16%***
Rechute	70	**19%**	136	***25%***
N'a pas arrêté	187	**52%**	268	***49%***
Total	***362***	***100%***	***550***	***100%***

Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011

Annexe 22 : formulaire à compléter et faire remplir par le médecin traitant pour entrer dans le projet

Tabacstop et intervention pour SNT

Fondation contre le Cancer

Tabacstop

Ce document doit nous parvenir entièrement complété et signé pour que l'intervention lors de l'achat de substituts nicotiniques soit prise en compte.

Merci de remplir ce document recto/verso et de le transmettre à :

Fondation contre le Cancer
A l'attention du Dr. Juan Coulon
Attestation médicale Tabacstop
Chaussée de Louvain 479-1030 Bruxelles
Fax: 02 734 92 50

FORMULAIRE D'INSCRIPTION:

Veuillez remplir ce document **en lettres capitales**.

Nom (nom de jeune fille) : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___ /___ /_____ N° de compte : _____

MUTUELLE

(Renseignez-vous auprès de votre mutualité afin de savoir si vous entrez dans les conditions ou si vous bénéficiez déjà de l'intervention majorée liée au statut BIM ou OMNIO)

Vignette de mutualité

A SIGNER PAR LE PARTICIPANT:

J'ai lu et j'accepte les conditions de participation reprises dans la lettre jointe à ce formulaire.

J'autorise les tabacologues de la Fondation contre le Cancer à contacter mon médecin si celui-ci souhaite être contacté.

☐ oui ☐ non

Autorisation de traitement de données à caractère personnel

J'autorise la Fondation contre le Cancer à traiter mes données personnelles et à les garder dans une ou plusieurs bases de données telle(s) que détenue(s) par la Fondation contre le Cancer dans le but de la gestion de ses activités. Seules les personnes autorisées au sein de la Fondation contre le Cancer auront accès à mes données personnelles et celles-ci ne seront pas communiquées à des tiers. Je reconnais avoir le droit de consulter mes données personnelles, de vérifier leur exactitude et de faire corriger les éventuelles erreurs les concernant à tout moment. Pour toutes questions éventuelles concernant le traitement de mes données personnelles je peux m'adresser à tout moment à la Fondation contre le Cancer, Chaussée de Louvain 479 - 1030 Bruxelles, tel : 02 736 99 99 - email : info@cancer.be.

Date : Nom et signature :

Pour toutes vos questions liées à ce service, prenez contact avec Tabacstop au numéro gratuit 0800 111 00

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Votre patient a contacté notre service téléphonique Tabacstop afin d'obtenir une aide à l'arrêt tabagique. Nos tabacologues proposent un soutien psychologique et comportemental, grâce à une série de 8 entretiens téléphoniques. Nous prévoyons également une intervention lors de l'achat de substituts nicotiniques pour certaines personnes ayant droit à l'intervention majorée de la mutualité.

Pour les femmes enceintes et les patients ayant des problèmes cardiaques ou vasculaires récents ou une tension trop élevée, un suivi médical est important pendant leur arrêt tabagique.
Ces personnes seront donc réorientées vers leur médecin traitant et/ou tabacologue.

NOM, ADRESSE .....

MAISON MEDICALE : OUI NON SI OUI, NOM MAISON MEDICALE.....

Votre patient présente-t-il des contre-indications à l'utilisation de substituts nicotiniques ?

oui - non *(biffer la mention inutile)*

Si oui, précisez :

- ☐ l'utilisation de tout type de substitut
- ☐ l'utilisation d'un type précis de substitut (patches, tablettes, gommes à mâcher, inhalateur)
- ☐ dosage du substitut
- ☐ Remarques :

_____

_____

_____

Cachet du médecin

_____

Si vous souhaitez des informations complémentaires, vous pouvez nous écrire à conseil@tabacstop.be ou marquer votre accord pour la proposition suivante :

☐ Je souhaite que Tabacstop me téléphone (si mon patient est d'accord) au numéro : .....
de préférence entre .....heure et.....heure

Pour toutes vos questions liées à ce service, prenez contact avec Tabacstop au numéro gratuit 0800 111 00

Annexe 23 : liste des substituts sur le marché avec leur prix d'achat

Nicorette (McNeil)

[nicotine]

cartouche Inhaler

6 x 10mg	€ 9,90
42 x 10mg	€ 31,50

système transdermique

14 x 5mg / 16h (8,3 mg/10 cm^2)	€ 39,50
14 x 10mg / 16h (16,6 mg/20 cm^2)	€ 39,50
14 x 15mg / 16h (24,9 mg/30 cm^2)	€ 39,50

[nicotine (bétadex)]

compr. Microtab (subling.)

100 x 2mg	€ 24,95

compr. Microtab Lemon (subling.)

100 x 2mg	€ 24,95

[nicotine (résinate)]

gommes à mâcher

105 x 2mg	€ 22,15
105 x 4mg	€ 27,72

gommes à mâcher Freshmint

30 x 2mg	€ 7,40
105 x 2mg	€ 22,15
105 x 4mg	€ 27,72

gommes à mâcher Fruit

105 x 2mg	€ 22,15
105 x 4mg	€ 27,72

gommes à mâcher Mint

105 x 4mg	€ 26,50

Nicotinell (Novartis CH)

[nicotine]
système transdermique

21 x 7mg / 24h (17,5 mg/10 cm^2)	€ 50,03
21 x 14mg / 24h (35 mg/20 cm^2)	€ 56,23
21 x 21mg / 24h (52,5 mg/30 cm^2)	€ 61,26

[nicotine (polacriline)]
gommes à mâcher Cool Mint

96 x 2mg	€ 19,77
96 x 4mg	€ 25,34

gommes à mâcher Fruit

36 x 2mg	€ 7,10
96 x 2mg	€ 19,77
96 x 4mg	€ 25,34

Niquitin (GSK)

[nicotine]
système transdermique Clear

14 x 7mg / 24h (36 mg/1,6 cm^2)	€ 39,64
14 x 14mg / 24h	€ 39,64
21 x 14mg / 24h (78 mg/3,2 cm^2)	€ 51,54
14 x 21mg / 24h	€ 39,64
21 x 21mg / 24h (114 mg/4,7 cm^2)	€ 51,54

[nicotine (polacrilex)]
compr. à sucer Lozenge

72 x 2mg	€ 24,95
72 x 4mg	€ 24,95

compr. à sucer Mint

72 x 2mg	€ 24,95
72 x 4mg	€ 24,95

[nicotine (résinate)]
compr. à sucer Minilozenge

20 x 1,5mg	€ 8,45
60 x 1,5mg	€ 21,45
20 x 4mg	€ 8,45
60 x 4mg	€ 21,45

Annexe 24 : questionnaire d'inscription à l'accompagnement proactif de Tabacstop

Tabacstop

A renvoyer à :
Ligne Tabac-Stop
Chaussée de Louvain 479
1030 Bruxelles

Fax: 02/734.92.50

E-mail: conseil@tabacstop.be

Données personnelles:

Nom: Prénom :

Rue :
Code postal : Commune :

Numéro de tél : Fixe : Gsm :

E-mail :

Vos préférences quant au(x) jours où nous pouvons vous contacter en semaine :
.....

TRAITEMENT DE VOS DONNEES A CARACTERE PERSONNEL
En complétant et en renvoyant ce questionnaire par la poste ou par voie électronique, j'autorise la Fondation contre le Cancer à traiter mes données personnelles et à les garder dans une ou plusieurs bases de données telle(s) que détenue(s) par la Fondation contre le Cancer dans le but de la gestion de ses activités. Seules les personnes autorisées au sein de la Fondation contre le Cancer auront accès à mes données personnelles et celles-ci ne seront pas communiquées à des tiers. Je reconnais avoir le droit de consulter mes données personnelles, de vérifier leur exactitude et de faire corriger les éventuelles erreurs les concernant à tout moment. Pour toutes questions éventuelles concernant le traitement de mes données personnelles je pourrai m'adresser à tout moment à la Fondation contre le Cancer, Chaussée de Louvain 479 - 1030 Bruxelles, tel : 02 736 99 99 - email : info@cancer.be.

Questionnaire:

- Date de naissance ...../...../.....
- Venez-vous d'arrêter de fumer? Oui : Date ..../...../..... Non*
- Si vous n'avez pas encore arrêté, avez-vous déjà fixé votre "Jour J"? Oui / Non*
  - Si oui, quand ? ..... (date)
- Depuis combien de temps fumez-vous? Environ ..... ans / mois*
- Que fumez-vous et en quelle quantité (par jour)?

Cigarettes paquets /tabac roulé ou tubes /cigares/pipe / joint* ..... cig par jour

- Fumez-vous votre première cigarette dans la demi-heure qui suit le moment où vous vous levez? Oui / Non*
- Quand vous vous réveillez la nuit, fumez-vous? Oui / Non*

* Biffez la (ou les) mention qui ne convient pas

- Fumez-vous quand vous êtes malade et alité? Oui / Non*

- Y a-t-il chez vous d'autres personnes qui fument? Oui / Non*

  - Si oui, qui? .....

- Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer? Oui / Non*

  - Si oui, combien de fois .....

  - et quelle est la plus longue période pendant laquelle vous avez arrêté?

  Une période de .....mois / ans*

- A quand remonte votre dernière tentative? ..... (date)

- Aviez-vous utilisé des traitements d'aide au sevrage? Oui / Non*

  - Si oui, le(s)quel(s)? .....

- Aviez-vous ressenti des symptômes physiques particuliers pendant la période où vous aviez arrêté de fumer? Oui / Non*

  - Si oui, lesquels ? .....

- Pouvez-vous nous citer trois raisons importantes pour lesquelles vous voulez arrêter de fumer?

  1. .....
  2. .....
  3. .....

- Pouvez-vous "coter" l'importance que vous attribuez au changement arrêt du tabac et votre confiance en vous pour ce changement ? **(0 est la cote la plus basse et 10 la cote la plus haute)**

  - Ma cote entre 0 et 10 pour l'importance accordée au changement arrêt du tabac : .....

  - Ma cote entre 0 et 10 pour ma confiance en moi : .....

- Quels problèmes vous attendez-vous à rencontrer quand vous arrêterez de fumer?

  .....

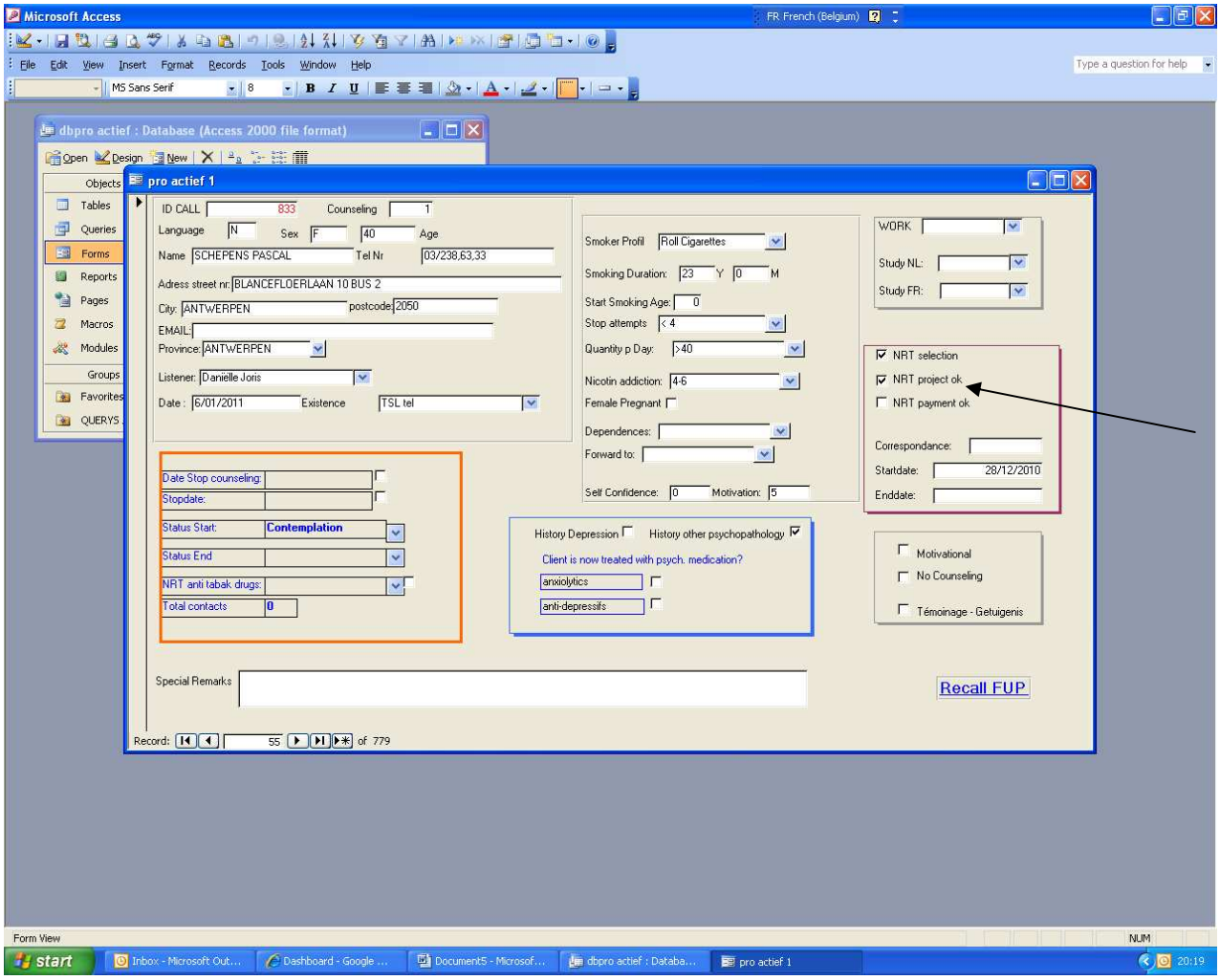
- Etes-vous actuellement suivi(e) par un(e) tabacologue ? Oui / Non*

  Si oui, nom et/ou nom du centre : .....

---

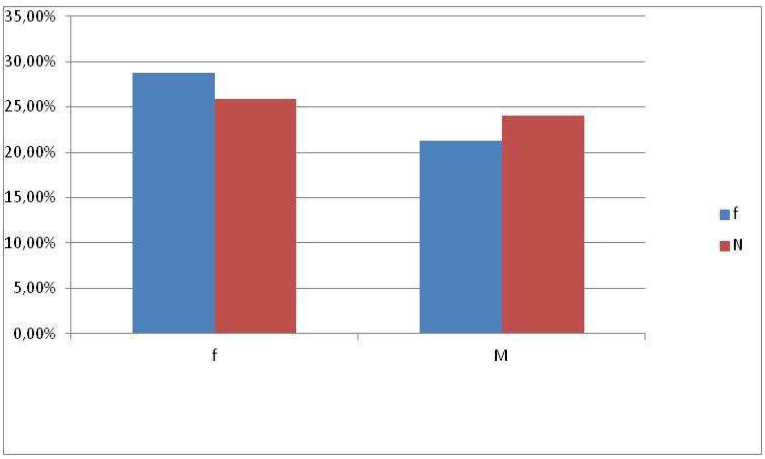
* Biffez la (ou les) mention qui ne convient pas

Annexe 24 : fiche client dans Access



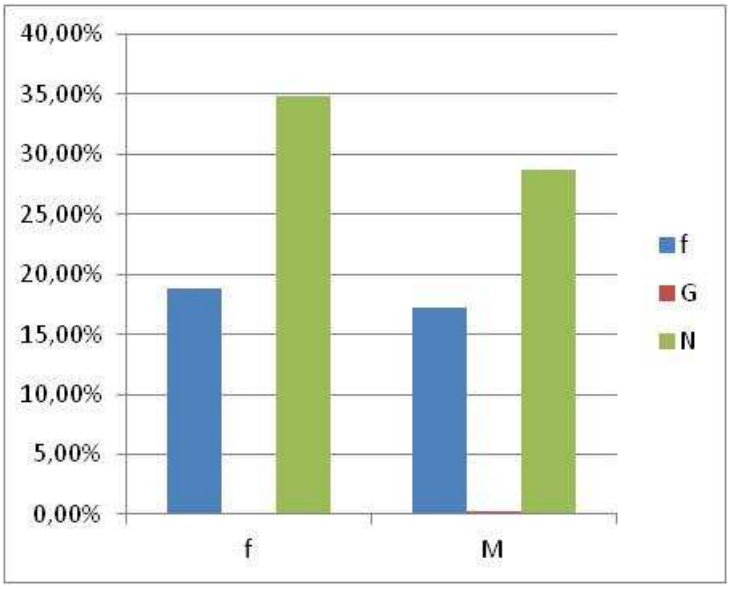
Annexe 25 : sexe et appartenance linguistique groupe NRT

%	FR	NL	Total
Femmes	29%	26%	55%
Hommes	21%	24%	45%
Total	50%	50%	100%



Annexe 26 : sexe et appartenance linguistique groupe contrôle

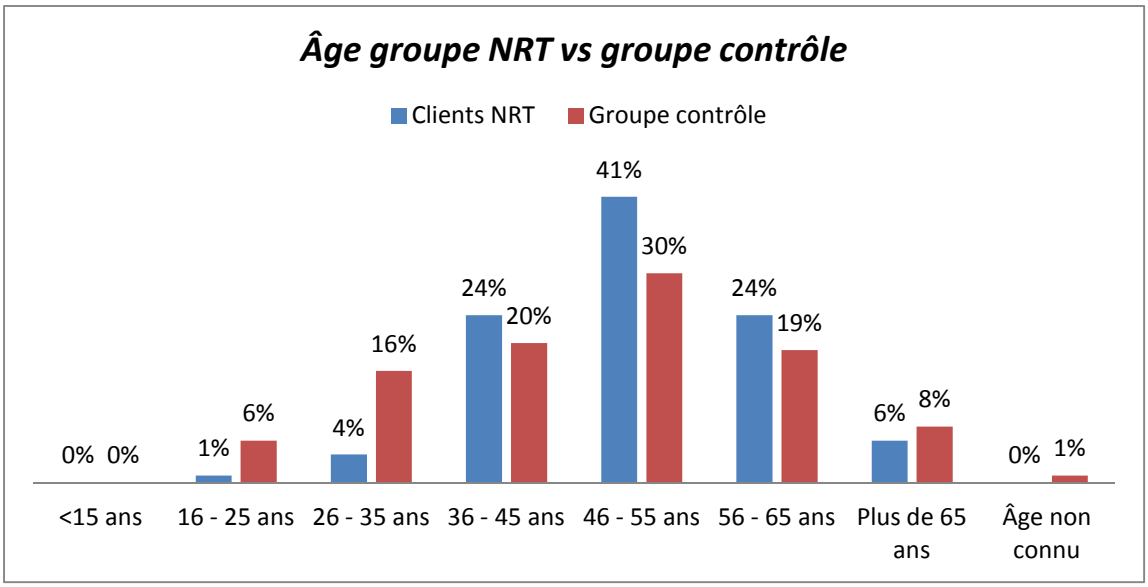
%	FR	ALL	NL	Total
Femmes	19%	0%	35%	54%
Hommes	17%	0%	29%	46%
Total	36%	0%	64%	100%



Annexe 27 : âge NRT vs contrôle

	Clients NRT		Groupe contrôle	
Âge	**N**	**%**	**N**	**%**
<15 ans	0	**0 %**	0	***0 %***
16 - 25 ans	1	**1 %**	17	***6 %***
26 - 35 ans	4	**4 %**	41	***16 %***
36 - 45 ans	26	**24 %**	52	***20 %***
46 - 55 ans	44	**41 %**	79	***30 %***
56 - 65 ans	26	**24 %**	50	***19 %***
Plus de 65 ans	7	**6 %**	20	***8 %***
Âge non connu	0	**0 %**	3	***1 %***
Total	***108***	***100 %***	***262***	***100 %***

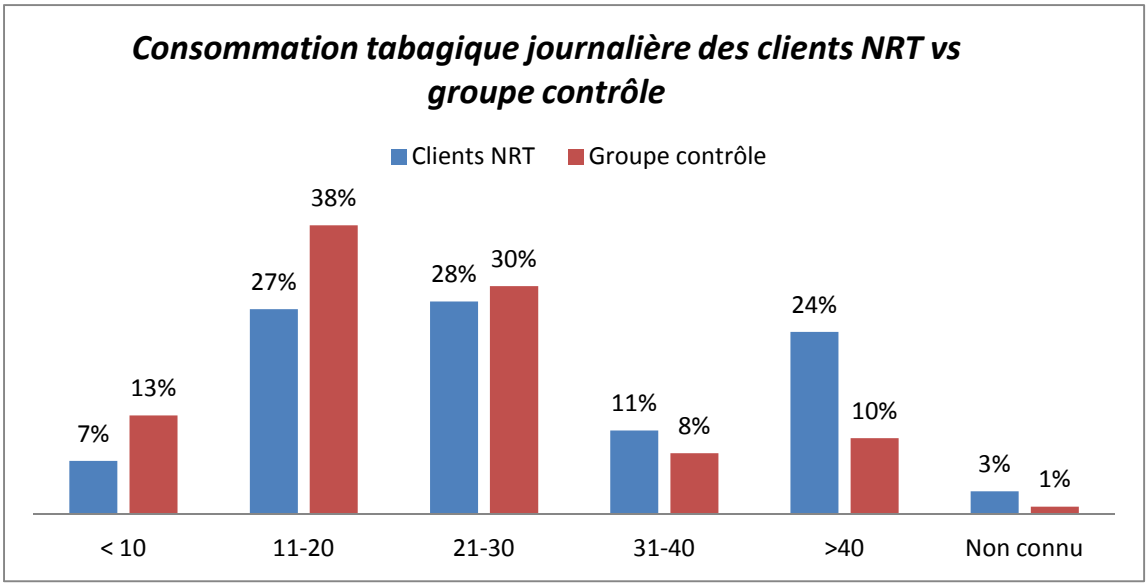
Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011



Annexe 28 : consommation tabagique NRT vs contrôle

	Clients NRT		Groupe contrôle	
Nombre de cigarettes fumées par jour	**N**	**%**	**N**	**%**
< 10	8	**7 %**	34	***13 %***
11-20	29	**27 %**	100	***38 %***
21-30	30	**28 %**	78	***30 %***
31-40	12	**11 %**	21	***8 %***
>40	26	**24 %**	26	***10 %***
Non connu	3	3 %	3	1 %
Total	***108***	***100 %***	***262***	***100 %***

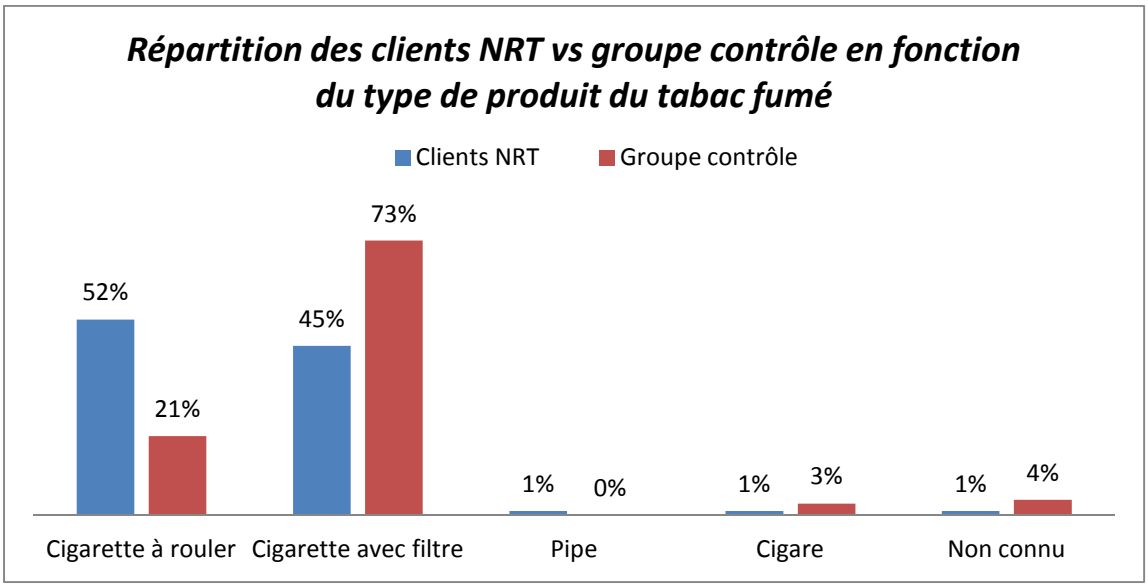
Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011



Annexe 29 : type de produit fumé NRT vs contrôle

	Clients NRT		Groupe contrôle	
Produit du tabac	**N**	**%**	**N**	**%**
Cigarette à rouler	56	**52 %**	54	***21 %***
Cigarette avec filtre	49	**45 %**	190	***73 %***
Pipe	1	**1 %**	0	***0 %***
Cigare	1	**1 %**	7	***3 %***
Non connu	1	**1 %**	11	***4 %***
Total	***108***	***100 %***	***262***	***100 %***

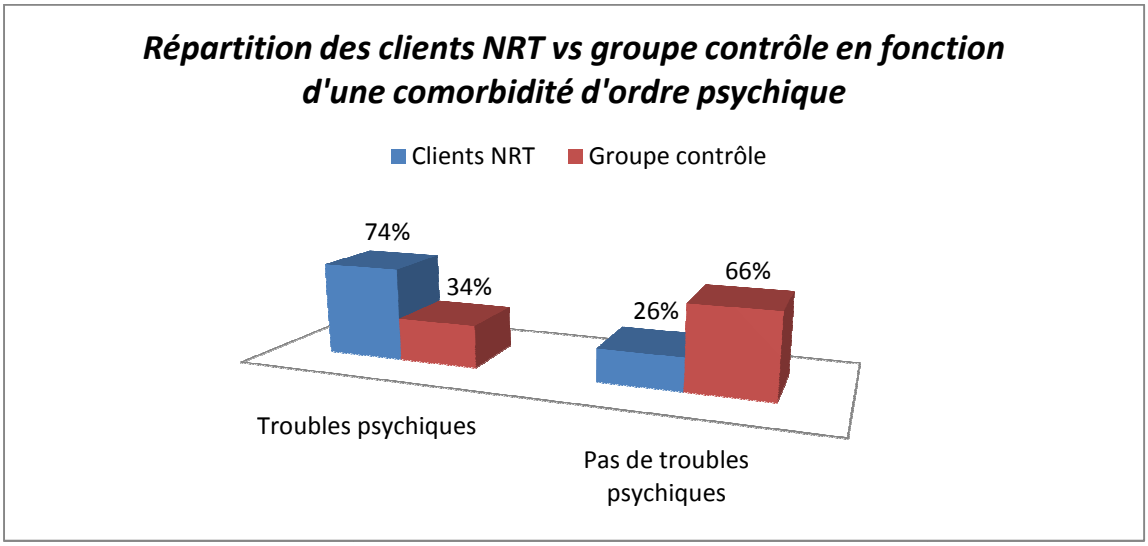
Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011



Annexe 30 : présence d'une comorbidité psychique NRT vs contrôle

	Clients NRT		Groupe contrôle	
Comorbidité	**N**	**%**	**N**	**%**
Troubles psychiques	80	**74 %**	89	***34 %***
Pas de troubles psychiques	28	**26 %**	173	***66 %***
Total	***108***	***100 %***	***262***	***100 %***

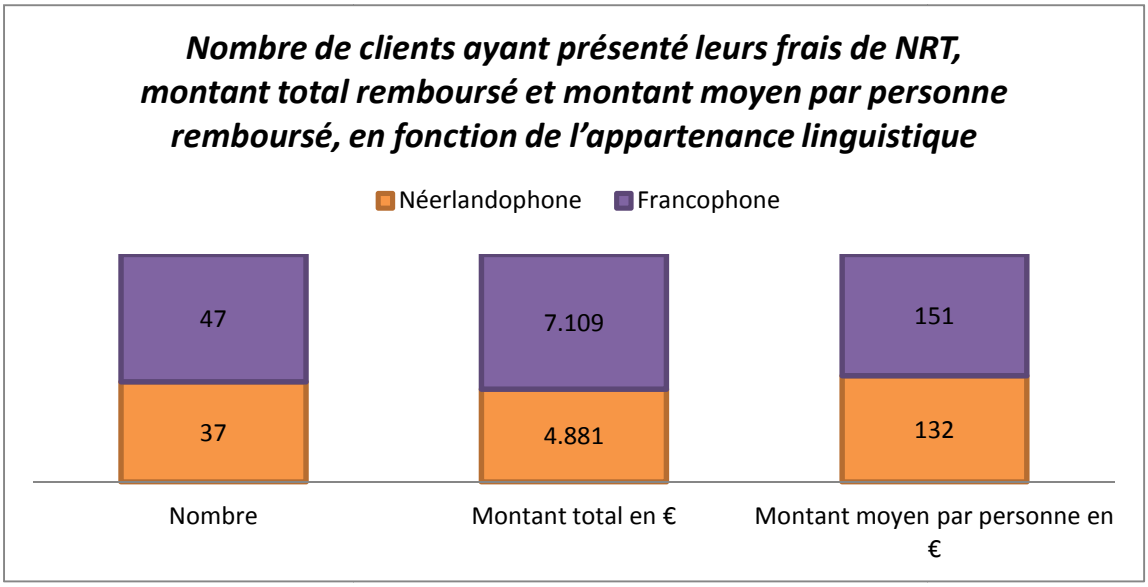
Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011



Annexe 31 : montants remboursés FR vs NL

Groupe linguistique	Nombre	Montant total en €	Montant moyen par personne en €
Néerlandophone	**37**	**4.881**	**132**
Francophone	**47**	**7.109**	**151**
Total	***84***	***11.990***	***143***

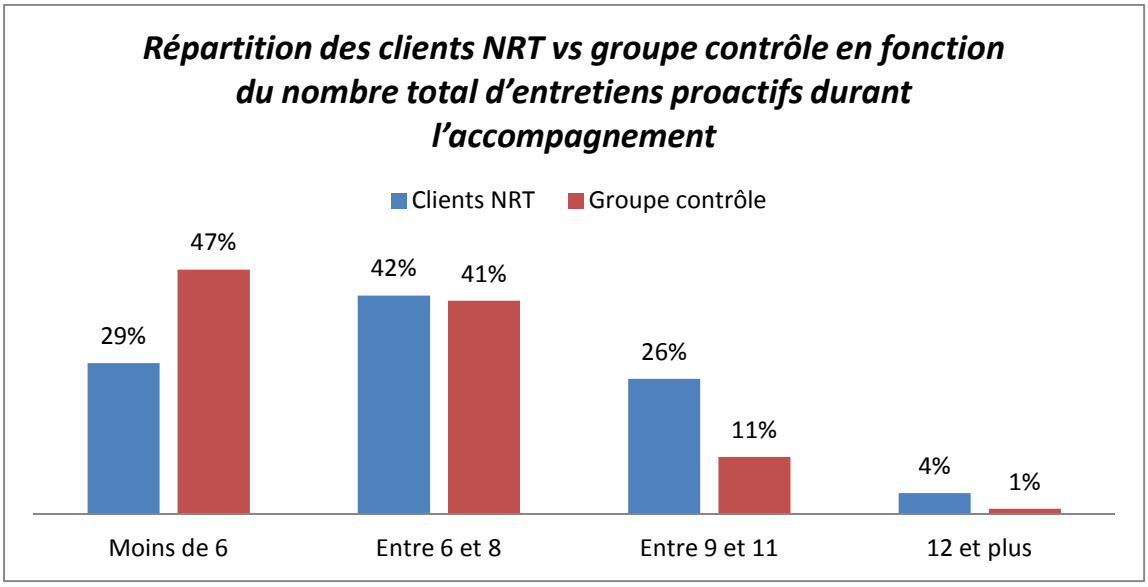
Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011



Annexe 32 : nombre d'entretiens proactifs NRT vs contrôle

	Clients NRT		Groupe contrôle	
Nombre d'entretiens	**N**	**%**	**N**	**%**
Moins de 6	31	**29 %**	122	***47 %***
Entre 6 et 8	45	**42 %**	107	***41 %***
Entre 9 et 11	28	**26 %**	30	***11 %***
12 et plus	4	**4 %**	3	***1 %***
Total	***108***	***100 %***	***262***	***100 %***

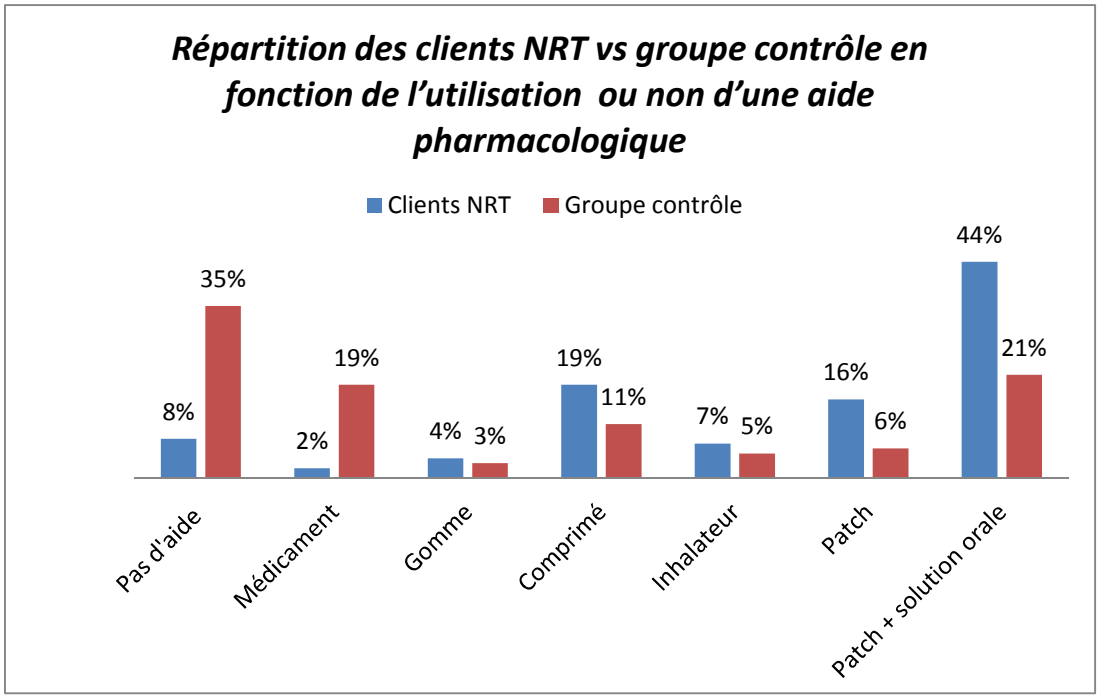
Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011



Annexe 33 : aide pharmacologique utilisée NRT vs contrôle

	Clients NRT		Groupe contrôle	
Aide pharmacologique	**N**	**%**	**N**	**%**
Pas d'aide pharmacologique	9	**8 %**	93	***35 %***
Médicament	2	**2 %**	50	***19 %***
Gomme	4	**4 %**	7	***3 %***
Comprimé	20	**19 %**	30	***11 %***
Inhalateur	8	**7 %**	12	***5 %***
Patch	17	**16 %**	15	***6 %***
Combinaison patch + solution orale	48	**44 %**	55	***21 %***
Total	***108***	***100 %***	***262***	***100 %***

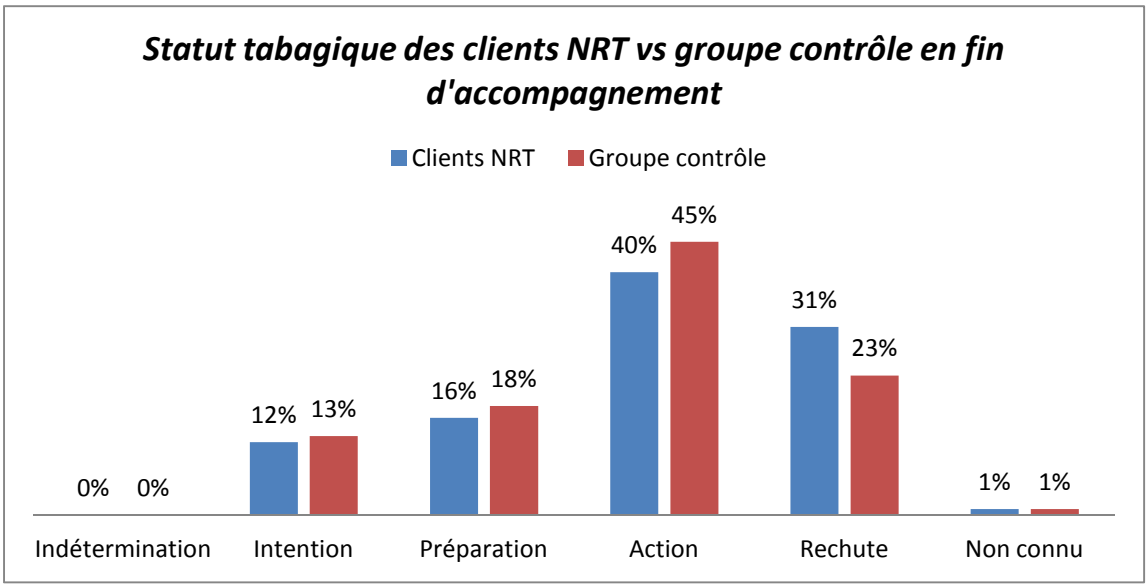
Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011



Annexe 34 : statut tabagique à la fin de l'accompagnement NRT vs contrôle

	Clients NRT		Groupe contrôle	
Statut tabagique	**N**	**%**	**N**	**%**
Indétermination	0	**0 %**	0	***0 %***
Intention	13	**12 %**	35	***13 %***
Préparation	17	**16 %**	48	***18 %***
Action	43	**40 %**	117	***45 %***
Rechute	34	**31 %**	59	***23 %***
Non connu	1	**1 %**	3	***1 %***
Total	***108***	***100 %***	***262***	***100 %***

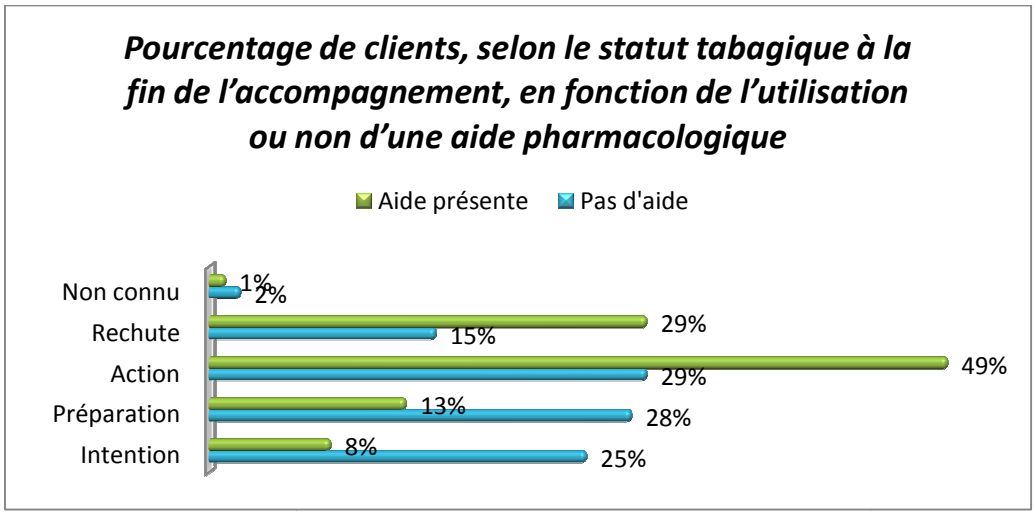
Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011



Annexe 35 : statut tabagique en fonction de l'utilisation d'une aide pharmacologique

	Pas d'aide		Aide présente	
Statut tabagique	**N**	**%**	**N**	**%**
Intention	26	**25 %**	22	***8 %***
Préparation	29	**28 %**	36	***13 %***
Action	30	**29 %**	130	***49 %***
Rechute	15	**15 %**	78	***29 %***
Non connu	2	***2 %***	2	***1 %***
Total	***102***	***100 %***	***268***	***100 %***

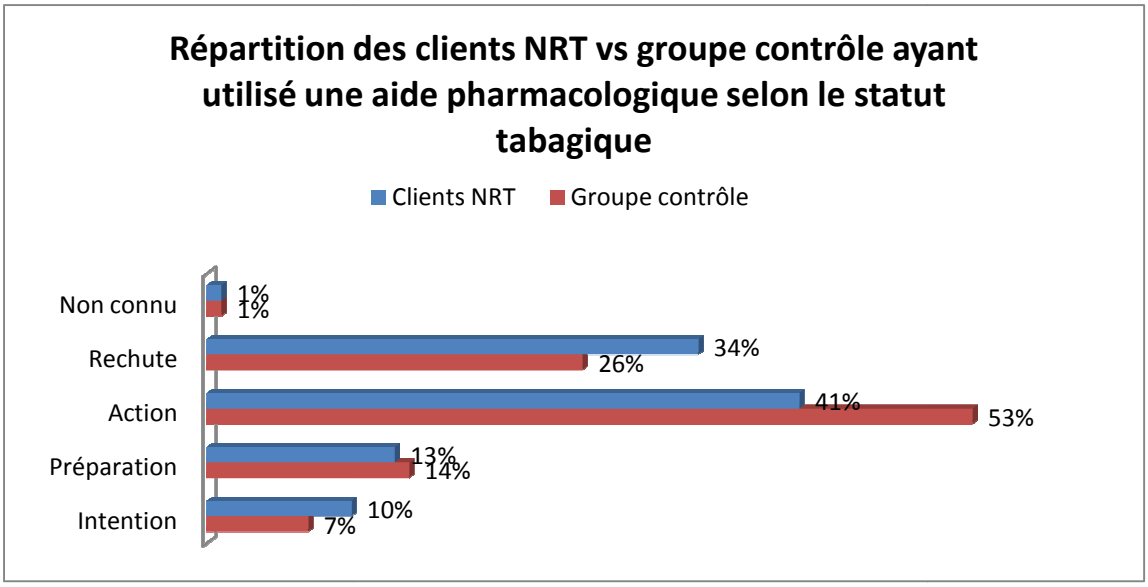
Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011



Annexe 36 : statut tabagique en fonction de l'utilisation d'une aide pharmacologique NRT vs contrôle

	PAS D'AIDE PHARMACOLOGIQUE			
	Groupe NRT		Groupe contrôle	
Statut tabagique	**N**	**%**	**N**	**%**
Intention	3	**33 %**	23	***25 %***
Préparation	4	**44 %**	25	***27 %***
Action	2	**22 %**	28	***30 %***
Rechute	0	**0 %**	15	***16 %***
Non connu	0	**0 %**	2	**2 %**
Total	***9***	***100 %***	***93***	***100 %***
	UTILISATION D'UNE AIDE PHARMACOLOGIQUE			
	Groupe NRT		**Groupe contrôle**	
Statut tabagique	**N**	**%**	**N**	**%**
Intention	10	**10 %**	12	***7 %***
Préparation	13	**13 %**	23	***14 %***
Action	41	**41 %**	89	***53 %***
Rechute	34	**34 %**	44	***26 %***
Non connu	1	**1 %**	1	**1 %**
Total	***99***	***100 %***	***169***	***100 %***

Rapport relatif au projet « Accompagnement proactif » de Tabacstop, Période du 01/05/2007 au 31/12/2011

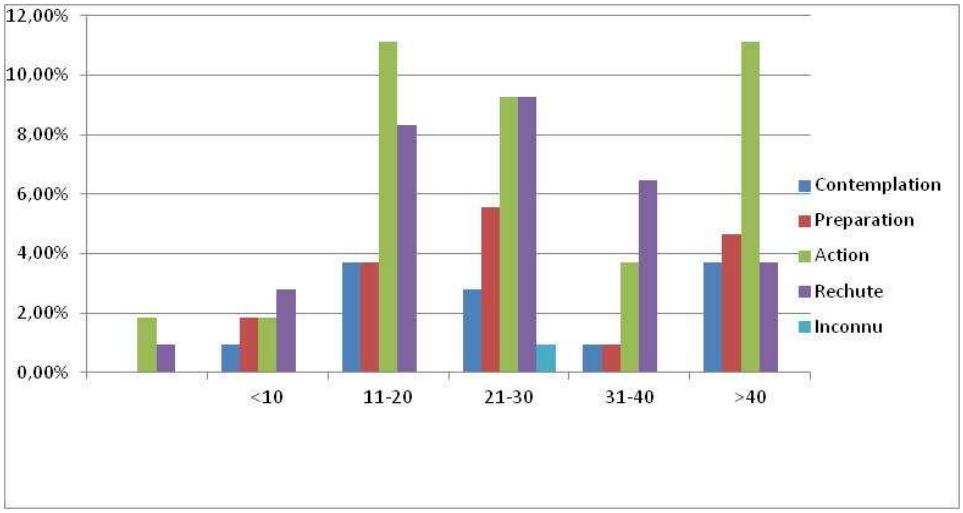


Annexe 37 : statut tabagique en fonction de la consommation initiale NRT vs contrôle

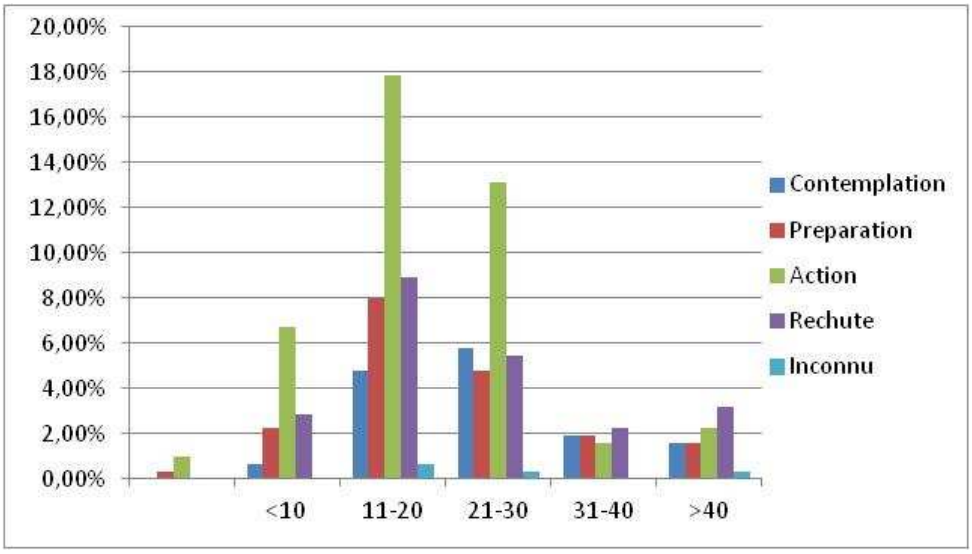
% NRT	Contemplation	Préparation	Action	Rechute	Inconnu	Total
Inconnu	0%	0%	2%	1%	0%	3%
<10	1%	2%	2%	3%	0%	7%
11-20	4%	4%	11%	8%	0%	27%
21-30	3%	6%	9%	9%	1%	28%
31-40	1%	1%	4%	6%	0%	12%
>40	4%	5%	11%	4%	0%	23%
Total	12%	17%	39%	31%	1%	100%

% contrôle	Contemplation	Préparation	Action	Rechute	Inconnu	Total
Inconnu	0%	0%	1%	0%	0%	1%
<10	1%	2%	7%	3%	0%	12%
11-20	5%	8%	18%	9%	1%	40%
21-30	6%	5%	13%	5%	0%	29%
31-40	2%	2%	2%	2%	0%	8%
>40	2%	2%	2%	3%	0%	9%
Total	15%	19%	42%	23%	1%	100%

NRT



Contrôle

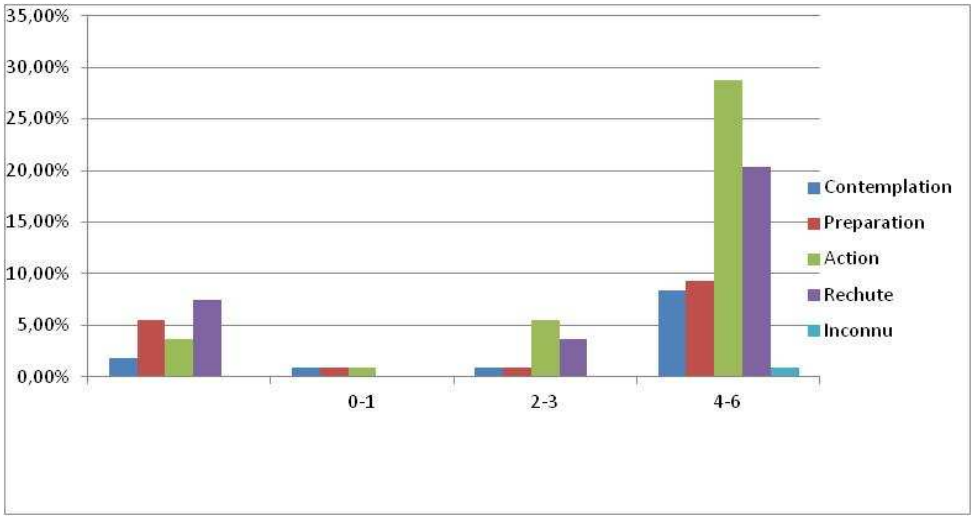


Annexe 38 : statut tabagique en fonction de la dépendance NRT vs contrôle

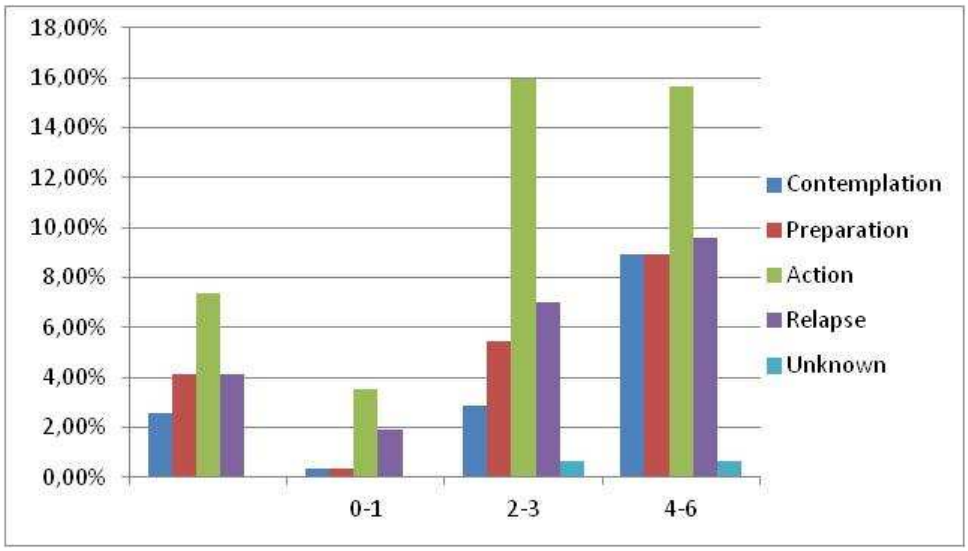
% NRT	Contemplation	Préparation	Action	Rechute	Inconnu	Total
Inconnu	2%	6%	4%	7%	0%	19%
0-1	1%	1%	1%	0%	0%	3%
2-3	1%	1%	6%	4%	0%	11%
4-6	8%	9%	29%	20%	1%	68%
Total	12%	17%	39%	31%	1%	100%

% CTRL	Contemplation	Préparation	Action	Rechute	Inconnu	Total
Inconnu	3%	4%	7%	4%	0%	18%
0-1	0%	0%	4%	2%	0%	6%
2-3	3%	5%	16%	7%	1%	32%
4-6	9%	9%	16%	10%	1%	44%
Total	15%	19%	42%	23%	1%	100%

NRT



Contrôle

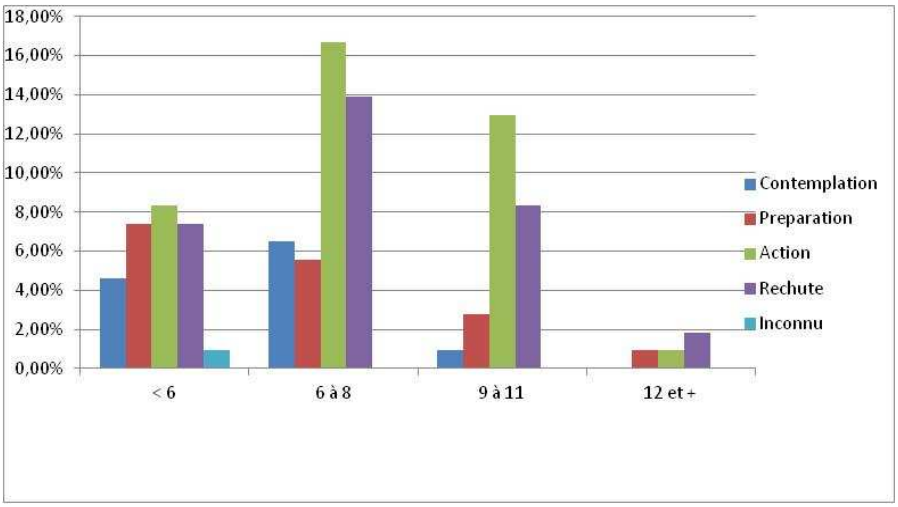


Annexe 39 : statut tabagique en fonction du nombre d'entretiens proactifs NRT vs contrôle

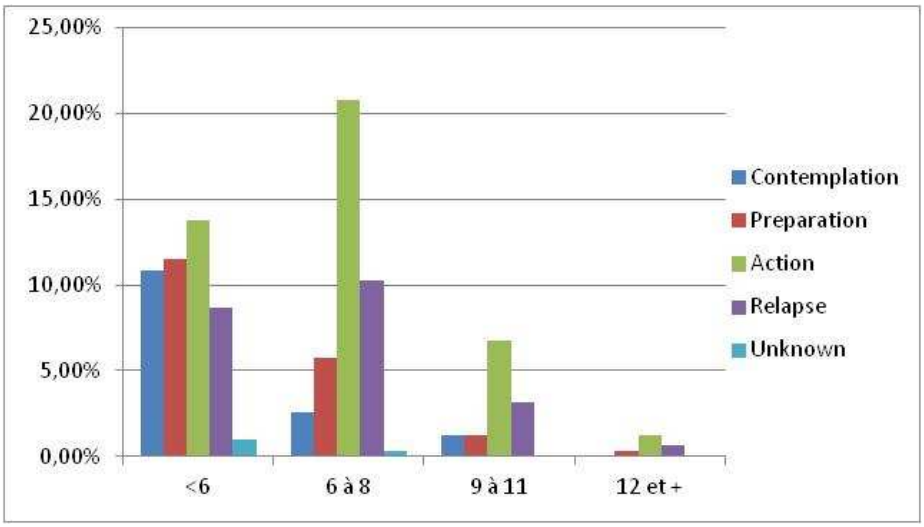
% NRT	Contemplation	Préparation	Action	Rechute	Inconnu	Total
< 6	5%	7%	8%	7%	1%	29%
6 à 8	6%	6%	17%	14%	0%	43%
9 à 11	1%	3%	13%	8%	0%	25%
12 et +	0%	1%	1%	2%	0%	4%
Total	12%	17%	39%	31%	1%	100%

% contrôle	Contemplation	Préparation	Action	Rechute	Inconnu	Total
<6	11%	12%	14%	9%	1%	46%
6 à 8	3%	6%	21%	10%	0%	40%
9 à 11	1%	1%	7%	3%	0%	12%
12 et +	0%	0%	1%	1%	0%	2%
Total	15%	19%	42%	23%	1%	100%

NRT



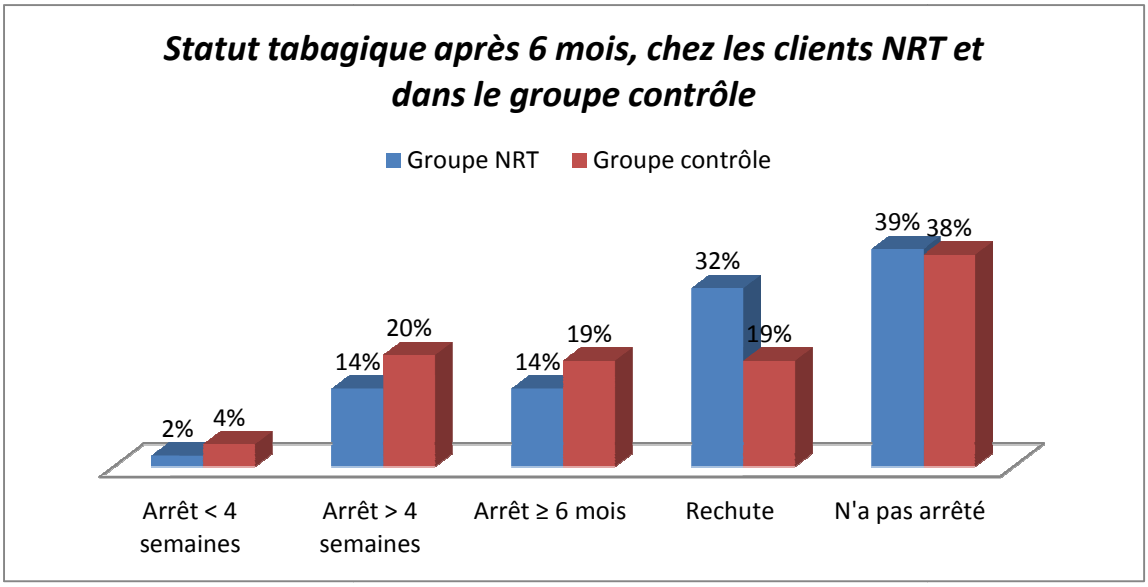
Contrôle



Annexe 40 : taux d'arrêt à 6 mois NRT vs contrôle 01/06/2101 → 31/12/2011

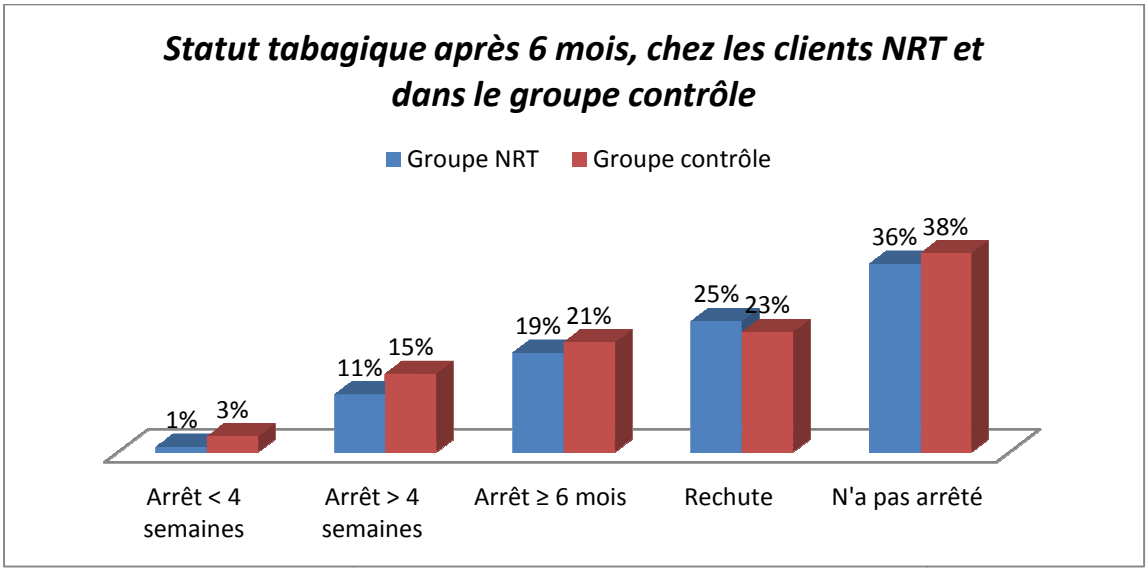
	Groupe NRT		Groupe contrôle	
Statut tabagique	**N**	**%**	**N**	**%**
Arrêt < 4 semaines	1	**2 %**	6	***4 %***
Arrêt > 4 semaines	8	**14 %**	29	***20 %***
Arrêt ≥ 6 mois	8	**14 %**	27	***19 %***
Rechute	18	**32 %**	28	***19 %***
N'a pas arrêté	22	**39 %**	55	***38 %***
Total	***57***	***100 %***	***145***	***100 %***

La catégorie « n'a pas arrêté » regroupe les personnes qui n'ont pas pu être contactées.



Annexe 41 : taux d'arrêt à 6 mois NRT vs contrôle 01/06/2101 → 01/07/2012

	Groupe NRT		Groupe contrôle	
Statut tabagique	**N**	**%**	**N**	**%**
Arrêt < 4 semaines	1	**1 %**	12	***3 %***
Arrêt > 4 semaines	9	**11 %**	52	***15 %***
Arrêt ≥ 6 mois	15	**19 %**	72	***21 %***
Rechute	20	**25 %**	79	***23 %***
N'a pas arrêté	29	**36 %**	133	***38 %***
Total	***80***	***100 %***	***348***	***100 %***



Annexe 42 : questionnaire de satisfaction

Parties spécifiques pour chaque groupe

1. À la fin de l'accompagnement, vous aviez ARRÊTÉ de fumer (n = 14)

À l'heure actuelle, êtes-vous toujours en arrêt ? OUI – NON

Si OUI

→ Avez-vous encore du acheter des substituts après la fin du remboursement ?

OUI – NON

Si NON

→ Avez-vous rechuté rapidement après la fin de l'accompagnement ? OUI – NON

Si OUI

→ Est-ce l'arrêt du remboursement qui a fait que vous avez rechuté ? OUI – NON

→ Envisagez-vous de faire une nouvelle tentative d'arrêt ? OUI – NON

Si OUI

→ Dans un avenir plutôt proche ou lointain ?

→ Feriez-vous de nouveau appel à un tabacologue de Tabacstop pour vous accompagner ? OUI – NON

→ Utiliseriez-vous à nouveau des substituts nicotiniques pour vous aider ? OUI – NON

2. À la fin de l'accompagnement, vous aviez rechuté (n = 14)

À l'heure actuelle, fumez-vous toujours ? OUI – NON

Si OUI

→ Envisagez-vous de faire une tentative d'arrêt ? OUI – NON

Si OUI

→ Dans un avenir plutôt proche ou lointain ?

→ Feriez-vous de nouveau appel à un tabacologue de Tabacstop pour vous accompagner ? OUI – NON

→ Utiliseriez-vous à nouveau des substituts nicotiniques pour vous aider ? OUI – NON

Si NON

→ Avez-vous utilisé une aide pour arrêter ? OUI – NON

Si OUI, laquelle ?

Partie commune pour les deux groupes

Au départ, un accompagnement par téléphone plutôt qu'une consultation en face à face vous avait-il motivé ?
OUI – NON

→ **pourquoi ?**

Le remboursement des substituts qui vous avait été proposé par Tabacstop vous avait-il motivé pour faire une tentative d'arrêt ? OUI – NON

→ **pourquoi ?**

Auriez-vous utilisé des substituts nicotiniques s'ils n'avaient pas été pris en charge par Tabacstop ?
OUI – NON

Quelques items concernant votre satisfaction par rapport à l'accompagnement de Tabacstop et au programme de remboursement

Pour les propositions que je vais vous citer, je vais vous demander votre degré de satisfaction sur une échelle de 1 à 5 en sachant que 5 correspond à « Très satisfait », 4 « assez satisfait », 3 « moyennement satisfait », 2 « peu satisfait », 1 « pas du tout satisfait »

Satisfaction générale de la qualité des services de Tabacstop 1 2 3 4 5

Satisfaction de la méthode d'aide à l'arrêt par téléphone 1 2 3 4 5

Satisfaction de la flexibilité et de la fiabilité des RDV 1 2 3 4 5

Satisfaction du nombre d'entretiens avec le tabacologue 1 2 3 4 5

Satisfaction de la durée globale du suivi 1 2 3 4 5

Satisfaction de la durée des entretiens avec le tabacologue 1 2 3 4 5

Satisfaction du contenu des entretiens avec le tabacologue 1 2 3 4 5

Satisfaction du type de substitut(s) proposé(s) par le tabacologue 1 2 3 4 5

Satisfaction du dosage des substituts nicotiniques proposé par le tabacologue 1 2 3 4 5

Satisfaction de la durée du remboursement correspondant à 6 semaines de traitement 1 2 3 4 5

Satisfaction de la procédure à suivre pour rentrer dans le projet (formulaires) 1 2 3 4 5

Satisfaction de la procédure à suivre pour obtenir le remboursement (attestation pharmacie à renvoyer)
1 2 3 4 5

Satisfaction des délais d'attente pour obtenir le remboursement 1 2 3 4 5

Sur une échelle de 1 à 5 en sachant que 5 correspond à « très utile », 4 « assez utile », 3 « moyennement utile », 2 « peu utile », 1 « pas du tout utile »

Quelle cote donneriez-vous à l'utilité qu'à eu l'accompagnement par téléphone avec le tabacologue sur votre arrêt ? 1 2 3 4 5

Quelle cote donneriez-vous à l'utilité qu'ont eu les substituts nicotinique sur votre arrêt ? 1 2 3 4 5

Quelle cote donneriez-vous à l'utilité qu'à eu le remboursement des substituts nicotiniques sur votre arrêt ?
1 2 3 4 5

Annexe 43 : statut tabagique actuel des participants

	Groupe action		Groupe rechute	
Action	11	79%	1	7%
Rechute	3	21%	13	93%
Total	14	100%	14	100%

Annexe 44 : tentatives d'arrêt futures dans le groupe rechute

Tentative future	Statut actuel rechute	
Avenir proche	12	75%
Avenir lointain	2	12,5%
Non	2	12,5%
Total	16	100%

Annexe 45 : motivation pour l'arrêt apportée par l'accompagnement téléphonique

Motivation téléphone	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Oui	13	46%	12	43%	25	89%
Non	1	4%	2	7%	3	11%
Total	14	50%	14	50%	28	100%

Annexe 46 : motivation pour l'arrêt apportée par le remboursement

Motivation remboursement	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Oui	10	35%	14	50%	24	85%
Non	4	15%	0	0%	4	15%
Total	14	50%	14	50%	28	100%

Annexe 47 : achat éventuel de NRT en fonction de la motivation apportée par le remboursement

Achat NRT	Motivation remboursement					
	Oui		Non		Total	
Oui	11	39%	4	14%	15	54%
Non	13	46%	0	0%	13	46%
Total	24	86%	4	14%	28	100%

Annexe 48 : satisfaction de Tabacstop

Satisfaction Tabacstop	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	11	79%	11	79%	22	79%
Plutôt satisfait	3	21%	2	14%	5	18%
Moyennement satisfait	0	0%	1	7%	1	4%
Peu satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Pas du tout satisfait	0	0%	0	0%	0	0%

Annexe 49 : satisfaction de la méthode par téléphone

Satisfaction téléphone	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	7	50%	5	36%	12	43%
Plutôt satisfait	7	50%	3	21%	10	36%
Moyennement satisfait	0	0%	5	36%	5	18%
Peu satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Pas du tout satisfait	0	0%	1	7%	1	4%

Annexe 50 : satisfaction de la flexibilité et fiabilité des RDV

Satisfaction RDV	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	11	79%	11	79%	22	79%
Plutôt satisfait	2	14%	2	14%	4	14%
Moyennement satisfait	1	7%	1	7%	2	7%
Peu satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Pas du tout satisfait	0	0%	0	0%	0	0%

Annexe 51 : satisfaction du nombre d'entretiens

Satisfaction nombre entretiens	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	13	93%	8	57%	21	75%
Plutôt satisfait	0	0%	3	21%	3	11%
Moyennement satisfait	1	7%	3	21%	4	14%
Peu satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Pas du tout satisfait	0	0%	0	0%	0	0%

Annexe 52 : satisfaction de la durée globale du suivi

Satisfaction durée globale	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	9	64%	6	43%	15	54%
Plutôt satisfait	2	14%	2	14%	4	14%
Moyennement satisfait	3	21%	6	43%	9	32%
Peu satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Pas du tout satisfait	0	0%	0	0%	0	0%

Annexe 53 : satisfaction de la durée des entretiens

Satisfaction durée entretiens	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	11	79%	7	50%	18	64%
Plutôt satisfait	3	21%	5	36%	8	29%
Moyennement satisfait	0	0%	2	14%	2	7%
Peu satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Pas du tout satisfait	0	0%	0	0%	0	0%

Annexe 54 : satisfaction du contenu des entretiens

Satisfaction contenu entretiens	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	10	71%	8	57%	18	64%
Plutôt satisfait	4	29%	6	43%	10	36%
Moyennement satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Peu satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Pas du tout satisfait	0	0%	0	0%	0	0%

Annexe 55 : satisfaction des substituts recommandés

Satisfaction NRT	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	11	79%	7	50%	18	64%
Plutôt satisfait	3	21%	5	36%	8	29%
Moyennement satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Peu satisfait	0	0%	2	14%	2	7%
Pas du tout satisfait	0	0%	0	0%	0	0%

Annexe 56 : satisfaction des dosages recommandés

Satisfaction dosages	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	7	50%	7	50%	14	50%
Plutôt satisfait	5	36%	5	36%	10	36%
Moyennement satisfait	2	14%	0	0%	2	7%
Peu satisfait	0	0%	2	14%	2	7%
Pas du tout satisfait	0	0%	0	0%	0	0%

Annexe 57 : moyenne de la satisfaction de l'accompagnement

Satisfaction générale accompagnement	Groupe action	Groupe rechute	Total
Très satisfait	71%	56%	63%
Plutôt satisfait	23%	26%	25%
Moyennement satisfait	6%	14%	10%
Peu satisfait	0%	3%	2%
Pas du tout satisfait	0%	1%	0%

Annexe 58 : satisfaction de la durée dans le temps du remboursement

Satisfaction durée remboursement	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	6	43%	5	36%	11	39%
Plutôt satisfait	1	7%	4	29%	5	18%
Moyennement satisfait	5	36%	1	7%	6	21%
Peu satisfait	2	14%	2	14%	4	14%
Pas du tout satisfait	0	0%	2	14%	2	7%

Annexe 59 : satisfaction de la procédure d'entrée dans le projet

Satisfaction procédure entrée	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	13	93%	11	79%	24	86%
Plutôt satisfait	1	7%	2	14%	3	11%
Moyennement satisfait	0	0%	1	7%	1	4%
Peu satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Pas du tout satisfait	0	0%	0	0%	0	0%

Annexe 60 : satisfaction de la procédure pour obtenir le remboursement

Satisfaction procédure remboursement	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	13	93%	10	71%	23	82%
Plutôt satisfait	1	7%	3	21%	4	14%
Moyennement satisfait	0	0%	1	7%	1	4%
Peu satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Pas du tout satisfait	0	0%	0	0%	0	0%

Annexe 61 : satisfaction des délais d'attente pour obtenir le remboursement

Satisfaction délai d'attente	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	10	71%	6	43%	16	57%
Plutôt satisfait	4	29%	6	43%	10	36%
Moyennement satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Peu satisfait	0	0%	1	7%	1	4%
Pas du tout satisfait	0	0%	1	7%	1	4%

Annexe 62 : moyenne de la satisfaction du projet de remboursement

Satisfaction générale projet NRT	Groupe action	Groupe rechute	Total
Très satisfait	75%	57%	66%
Plutôt satisfait	13%	27%	20%
Moyennement satisfait	9%	5%	7%
Peu satisfait	4%	5%	4%
Pas du tout satisfait	0%	5%	3%

Annexe 63 : utilité de l'accompagnement par téléphone sur l'arrêt

Utilité accompagnement	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	12	86%	9	64%	21	75%
Plutôt satisfait	1	7%	1	7%	2	7%
Moyennement satisfait	1	7%	3	21%	4	14%
Peu satisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Pas du tout satisfait	0	0%	1	7%	1	4%

Annexe 64 : utilité des substituts nicotiniques sur l'arrêt

Utilité NRT	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	**9**	**64%**	**4**	**29%**	**13**	**46%**
Plutôt satisfait	**5**	**36%**	**3**	**21%**	**8**	**29%**
Moyennement satisfait	**0**	**0%**	**3**	**21%**	**3**	**11%**
Peu satisfait	**0**	**0%**	**1**	**7%**	**1**	**4%**
Pas du tout satisfait	**0**	**0%**	**3**	**21%**	**3**	**11%**

Annexe 65 : utilité du remboursement sur l'arrêt

Utilité remboursement	Groupe action		Groupe rechute		Total	
Très satisfait	11	79%	10	71%	21	75%
Plutôt satisfait	1	7%	2	14%	3	11%
Moyennement satisfait	1	7%	2	14%	3	11%
Peu satisfait	1	7%	0	0%	1	4%
Pas du tout satisfait	0	0%	0	0%	0	0%

Annexe 66 : moyenne de l'utilité accordée au projet

Utilité accordée au projet dans l'ensemble	Groupe action	Groupe rechute	Total
Très satisfait	**76%**	**55%**	**65%**
Plutôt satisfait	**17%**	**14%**	**15%**
Moyennement satisfait	**5%**	**19%**	**12%**
Peu satisfait	**2%**	**2%**	**2%**
Pas du tout satisfait	**0%**	**10%**	**5%**

Annexe 67 : moyenne de la satisfaction et de l'utilité de l'ensemble du projet

Groupe action	Satisfaction accompagnement	Satisfaction projet NRT	Utilité projet
Très satisfait	71%	75%	76%
Plutôt satisfait	23%	13%	17%
Moyennement satisfait	6%	9%	5%
Peu satisfait	0%	4%	2%
Pas du tout satisfait	0%	0%	0%

Groupe rechute	Satisfaction accompagnement	Satisfaction projet NRT	Utilité projet
Très satisfait	56%	57%	55%
Plutôt satisfait	26%	27%	14%
Moyennement satisfait	14%	5%	19%
Peu satisfait	3%	5%	2%
Pas du tout satisfait	1%	5%	10%

Total général	Satisfaction accompagnement	Satisfaction projet NRT	Utilité projet
Très satisfait	63%	66%	65%
Plutôt satisfait	25%	20%	15%
Moyennement satisfait	10%	7%	12%
Peu satisfait	2%	4%	2%
Pas du tout satisfait	0%	3%	5%