

Mme Viêt Nguyen-Thanh*, M. Pierre Arwidson**

* Chargée de recherche, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Inpes, 42, boulevard de la Libération, F-93203 Saint-Denis Cedex. Tél. : 01 49 33 23 57 – Courriel : viet.nguyen-thanh@inpes.sante.fr

** Directeur des affaires scientifiques, Inpes, Saint-Denis, France

Reçu janvier 2012, accepté juin 2012

Aide à l'arrêt du tabac par téléphone

Efficacité et organisation

Résumé

Contexte et objectif : le tabagisme est un problème de santé publique majeur en France. Plusieurs types d'intervention sont proposés aux fumeurs pour les aider à s'arrêter, parmi lesquels les lignes téléphoniques dédiées à l'aide à l'arrêt du tabac. L'objectif de cet article est de faire le point, par le biais d'une synthèse de la littérature, sur l'efficacité et les modalités d'organisation les plus optimales de ce type d'intervention. Résultats et discussion : l'aide à l'arrêt du tabac par téléphone est efficace pour les fumeurs motivés, et il s'agit d'une intervention recommandée par de nombreux organismes internationaux. Par ailleurs, s'il n'y a pas de consensus sur le protocole "idéal" d'intervention en matière d'aide à l'arrêt du tabac par téléphone, certaines caractéristiques sont associées à une plus grande efficacité : l'aide par téléphone est plus efficace lorsqu'un accompagnement proactif sur trois à cinq appels (dont un appel de bilan-préparation à l'arrêt) est proposé. Chaque entretien téléphonique pourrait durer dix à 15 minutes, le nombre de suivis semblant cependant compter davantage que leur durée. L'écoute résulterait d'une adaptation des techniques d'entretien motivationnel et des approches cognitives et comportementales à l'outil téléphone. Enfin, le suivi aurait plus de chances de prévenir les rechutes si plusieurs appels de suivi étaient placés lors des deux premières semaines.

Mots-clés

Arrêt – Tabac – Téléphone – Efficacité.

On estime que le tabagisme est à l'origine de plus de 60 000 décès par an en France (1) et qu'il est associé à un nombre important de pathologies. L'arrêt du tabac entraîne une diminution des risques de survenue ou d'ag-

Summary

Telephone assistance for smoking cessation. Efficacy and organization

Background and objective: smoking is a major public health problem in France. Several types of intervention are proposed to help smokers stop smoking, including telephone hot lines dedicated to smoking cessation. The objective of this article was to provide a review of the literature concerning the efficacy and the optimal modalities of organization of this type of intervention. Results and discussion: telephone assistance for smoking cessation is effective for motivated smokers, and this type of intervention is recommended by many international bodies. Furthermore, although no consensus has been reached concerning the "ideal" telephone assistance for smoking cessation intervention protocol, some characteristics are associated with greater efficacy: telephone assistance is more effective when proactive support based on three to five calls (including an assessment-preparation for cessation call) is proposed. Each phone conversation can last ten to 15 minutes, although the number of follow-up calls appears to be more important than their duration. Telephone support is based on an adaptation of motivational interview techniques and cognitive and behavioural approaches for telephone use. Finally, follow-up has a greater chance of preventing relapses when several follow-up calls are made during the first two weeks.

Key words

Cessation – Smoking – Telephone – Efficacy.

gravation de ces pathologies (2). Les autorités sanitaires se sont donc fixé comme objectif de réduire la prévalence de la consommation de tabac, en limitant l'initiation tabagique et en favorisant l'arrêt du tabac chez les fumeurs. C'est

aux interventions permettant de répondre à cette seconde stratégie que nous nous intéresserons dans cette synthèse.

D'après les données du Baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) (3), 56 % des fumeurs souhaitent s'arrêter en France. La majorité des arrêts du tabac définitifs sont obtenus sans aide (4). Cependant, du fait des multiples dépendances (pharmacologique, comportementale, psychologique) induites par le tabac, l'arrêt de celui-ci est une démarche difficile : on estime que seuls 3 à 7 % de ceux qui essaient de le faire sans aide sont toujours abstinents un an après leur tentative (2, 5). Si l'on souhaite qu'un grand nombre de fumeurs parviennent à s'arrêter, il est donc utile de leur fournir une aide.

Plusieurs types d'aide à l'arrêt du tabac existent, depuis les médicaments d'aide au sevrage jusqu'au soutien psychologique, fondé sur des techniques motivationnelles (6), cognitives et comportementales (7, 8), ou sur les stades de changement de comportement (9). Depuis le début des années 1990, se sont développées dans de nombreux pays des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt du tabac, le plus souvent pilotées par les services de l'État, coopérant parfois avec des laboratoires pharmaceutiques. En France, le numéro de la ligne nationale d'aide à l'arrêt du tabac, le 39 89, doit figurer depuis le 20 avril 2011 sur l'une des faces de tous les conditionnements de produits du tabac (obligation fixée par l'arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac). Dans le but d'améliorer le dispositif en place, nous avons souhaité faire le point sur les données récentes de la littérature relatives à l'aide à l'arrêt du tabac par téléphone. Cette démarche s'inscrit par ailleurs dans les orientations du plan Cancer 2009-2013, qui prévoit "d'améliorer l'aide (à l'arrêt du tabac) à distance" et de "renforcer son accessibilité et son efficacité".

Dans cette synthèse de la littérature, nous étudierons d'abord les éléments scientifiques en faveur de la mise en place d'une ligne d'aide à l'arrêt du tabac dans le cadre d'une politique de lutte contre le tabagisme, puis nous tenterons d'identifier les modes opératoires les plus efficaces selon la littérature en matière de soutien par téléphone pour l'arrêt du tabac.

Méthode

L'objectif de cette revue étant double, nous avons employé deux stratégies de recherche documentaire différentes pour répondre à nos besoins.

Afin de connaître l'efficacité de l'aide à l'arrêt du tabac par téléphone, nous avons effectué une recherche documentaire en nous appuyant, d'une part, sur les rapports de recommandations d'organismes internationaux et nationaux (Organisation mondiale de la santé – OMS, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention – CDC, National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM, anciennement Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – AFSSAPS, Haute autorité de santé – HAS...) et, d'autre part, sur les bases de données suivantes : Cochrane, Medline, Dare, Trip database, et la Banque de données en santé publique – BDSPP (articles en anglais et en français, datant de moins de 20 ans, 1989-2009). Notre recherche d'articles a été complétée dans un second temps par un travail d'étalonnage (*benchmarking*) sur les différents sites Internet de financeurs et pilotes de lignes d'aide à l'arrêt du tabac internationales, ainsi que par des entretiens avec les dirigeants de la ligne d'aide à l'arrêt du tabac californienne, l'un des dispositifs téléphoniques les plus évalués, souvent considéré comme un modèle pour les autres organisations.

Résultats

La recherche documentaire nous a permis d'analyser les résultats d'études concernant des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt du tabac situées aux États-Unis, en Australie, au Royaume-Uni, au Canada, en Norvège, en Allemagne, en Espagne, à Hong Kong et en Suède.

Efficacité des lignes téléphoniques spécialisées en matière d'aide à l'arrêt du tabac

L'analyse des documents collectés nous permet de confirmer que le *counselling* (soutien psychologique et motivationnel) par téléphone figure parmi les méthodes d'aide à l'arrêt du tabac reconnues comme efficaces.

Plusieurs méta-analyses (5, 10) mettent en évidence son utilité pour les fumeurs motivés. La revue systématique Cochrane qui lui est consacrée (11), mise à jour en mars 2009, a compilé les résultats de 65 essais contrôlés randomisés ou quasi expérimentaux, impliquant presque 73 000 fumeurs. L'efficacité du soutien par téléphone est en général comparée à celle d'une intervention a priori "moins intensive" : *counselling* moins poussé (entretiens moins nombreux ou moins personnalisés) ou envoi de

brochures sur le tabac. Les protocoles d'étude et les interventions étant hétérogènes, les auteurs ont procédé à une analyse par sous-groupes d'études (un résumé des résultats de leurs calculs est proposé dans le tableau I). Ces analyses montrent que parmi les fumeurs ayant contacté eux-mêmes une *quitline* (neuf études, plus de 24 000 fumeurs impliqués), les taux d'arrêt du tabac sont plus élevés pour ceux à qui l'on propose plusieurs entretiens de manière proactive (cela signifie que ce sont les conseillers des *quitlines* qui les rappelaient). Dans ce sous-groupe d'études, le risque relatif (RR) calculé est de 1,37 (intervalle de confiance à 95 % : 1,26-1,50). Les études dans le cadre desquelles on propose les services d'une *quitline* aux fumeurs (44 essais impliquant plus de 24 000 participants) montrent également que les entretiens téléphoniques permettent d'augmenter les taux d'arrêt – RR = 1,29 (1,20-1,38). Parmi ces 44 essais, dans le sous-groupe d'études qui ne proposaient qu'un à deux entretiens, l'effet est petit et non significatif. Notons que, pour cette méta-analyse, la mesure de l'abstinence devait être effectuée au moins six mois après inclusion (les études limitées à un suivi plus court ont été exclues) et que la mesure de l'abstinence était relevée avec les données les plus solides disponibles (mesures biochimiques si relevées, déclaration dans la plupart des cas).

L'aide par téléphone figure parmi les interventions recommandées par l'OMS (12-14), par les CDC américains (15), par le NICE britannique (16) et, dans une moindre mesure, par l'ANSM (ex-AFSSAPS) (17) afin d'aider les fumeurs à s'arrêter. L'OMS souligne dans son rapport 2003 (12) que les *quitlines* ont un rôle important à jouer dans de plus larges programmes de lutte contre le tabagisme, "*car elles fournissent un service peu onéreux, facilement accessible, apprécié et efficace*".

Peu de travaux ont porté sur le rapport coût-efficacité des *quitlines*, mais des indices favorables à cette hypothèse existent. D'une part, parce que les interventions de qualité en matière d'aide à l'arrêt du tabac sont elles-mêmes

considérées comme coût-efficaces (18-20). D'autre part, parce que les travaux réalisés ponctuellement sur des dispositifs particuliers ont montré des résultats prometteurs : Keller et ses collègues (24) ont ainsi calculé qu'en 2004 aux États-Unis, le coût médian d'une *quitline* par habitant était modeste (0,14 \$). Il a aussi été montré que la *quitline* suédoise (21) et celle de l'état de l'Oregon (22) étaient coût-efficaces. Le coût par ex-fumeur (*quitter*) aidé par la ligne suédoise a été estimé entre 1 052 \$ et 1 360 \$. Par ailleurs, aux États-Unis, les CDC estiment qu'un fumeur "coûte" à la société américaine environ 3 391 \$ par an (frais médicaux supplémentaires, diminution de productivité...) (23). Si l'on compare le coût d'un arrêt du tabac aidé par une *quitline* en Suède au coût d'un fumeur par an aux États-Unis, on est tenté de conclure à la rentabilité du financement des *quitlines* pour l'État. Les systèmes de santé suédois et américains étant très différents, ces comparaisons doivent bien sûr être considérées avec prudence.

Les protocoles efficaces en matière d'aide à l'arrêt du tabac par téléphone

Le contenu des entretiens

Les Anglo-Saxons qualifient de *telephone counselling* l'aide à l'arrêt du tabac proposée par les écoutants (*counsellors*) de leurs *quitlines*. Le *counselling* appliqué à l'aide à l'arrêt du tabac est défini comme une forme de soutien psychologique actif, qui combine les principes de l'entretien motivationnel pour induire, amorcer le changement de comportement (6), et les approches cognitives et comportementales pour traiter les addictions en restructurant les croyances de l'appelant par rapport au tabagisme et en favorisant le développement de stratégies de *coping* (7, 8).

L'entretien motivationnel (*motivational interviewing*) appliqué à l'arrêt du tabac est défini dans la revue Cochrane qui lui est consacrée (25) comme une "*forme de counselling directif, centrée sur le patient, construite pour aider les*

Tableau I : Présentation des résultats des calculs effectuée par Stead et al. dans le cadre de leur méta-analyse sur l'efficacité du *counselling* téléphonique pour l'arrêt du tabac (11).

	Nombre d'essais considéré	Nombre total de fumeurs recrutés dans le cadre des essais	Risque relatif combiné	Intervalle de confiance à 95%
Essais dans lesquels les fumeurs ont appelé eux-mêmes une <i>quitline</i> et ont bénéficié d'un accompagnement proactif sur plusieurs appels	9	24 904	1,37	1,26-1,50
Essais dans lesquels on a proposé les services d'une <i>quitline</i> aux fumeurs recrutés	44	24 811	1,29	1,20-1,38

gens à explorer et résoudre leur ambivalence par rapport à un changement de comportement". Il a d'abord été développé pour traiter l'abus d'alcool. Son efficacité a été démontrée pour les problématiques alcool, drogues, contrôle du poids, régimes et activité physique (26-28). Les auteurs de la synthèse Cochrane montrent que l'entretien motivationnel (en général mené en face à face dans cette synthèse) est également significativement plus efficace qu'une intervention brève dans le cadre de l'arrêt du tabac.

Peu d'études ont porté sur différentes méthodes de *counselling* par téléphone afin d'en comparer l'efficacité en matière d'aide à l'arrêt du tabac. Dans une synthèse de 2007 (29), Stead et ses collègues avaient identifié deux études s'intéressant à ce sujet, mais aucune n'avait pu mettre en évidence de différence d'efficacité en fonction de la méthode employée.

La conduite précise de l'entretien et les thèmes abordés sont en général laissés à l'appréciation de l'écouter et doivent bien sûr être adaptés à la question de départ et à la situation de l'appelant. C'est le cas en France sur la ligne Tabac info service. En Amérique du Nord, une relative homogénéité est observée dans les sujets traités lors des sessions de *counselling* (30) : ce sont la motivation, l'utilisation de médicaments (substituts nicotiques), le choix d'une date d'arrêt, la préparation de l'arrêt et le fait d'identifier les difficultés potentielles qui vont se poser afin de

développer des stratégies pour y faire face, la prévention des rechutes. La plupart des lignes disposent également de protocoles adaptés à certaines sous-populations de fumeurs : les femmes enceintes, les jeunes (12-17 ans), certains groupes ethniques... Tedeschi et ses collègues décrivent par exemple le protocole spécifique mise en place en Californie pour les adolescents (31).

Certaines lignes ont des protocoles plus structurés que d'autres ; à titre d'illustration, nous exposons en annexe 1 le protocole théorique développé par la ligne de l'État de Californie, *California smokers' helpline*, depuis le début des années 2000 (32, 33).

À noter qu'aux États-Unis, l'envoi gratuit de substituts nicotiques à certains appelants des *quitlines* s'est fortement développé ces dernières années. En 2009, 75 % des *quitlines* (soit une quarantaine de lignes) proposaient ce service en complément du *counselling* classique (34). Si cette offre permet de susciter des appels et semble prometteuse en termes d'efficacité, la question de son rapport coût-efficacité demeure non tranchée à ce jour (35). Cette mesure n'est pas proposée en France.

L'organisation du service et le profil des écoutants

Là encore, les pratiques sont diverses, et il ne semble pas y avoir d'organisation optimale dans l'absolu, en dehors d'un contexte donné (36).

Annexe 1. – California smokers' helpline

Déroulement du *counselling* proposé par la ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac californienne

Le *counselling* n'est proposé qu'aux personnes qui se sont déjà arrêtées, ou motivées pour arrêter dans la semaine qui vient. La démarche californienne comporte deux phases :

- La phase de préparation (une séance avant l'arrêt). Sont abordés :

1. les habitudes actuelles, le tabagisme de l'appelant, son "contexte social" ;
2. sa motivation, afin de la développer ;
3. sa confiance en lui-même et en sa capacité à s'arrêter ; l'objectif est de l'accroître ;
4. l'identification des difficultés qui risquent de se poser et le développement de stratégies afin d'y faire face (*coping*) ;
5. le choix d'une date d'arrêt.

- La phase de prévention des rechutes. Il s'agit :

1. d'évaluer les progrès de l'appelant ;
2. de discuter et dédramatiser les symptômes de manque ;
3. d'évaluer l'efficacité des stratégies de *coping* ;
4. d'analyser les dérapages ou les rechutes (ceux-ci doivent être considérés comme une expérience dont on doit apprendre) ;
5. de réviser le plan si nécessaire, de développer de nouvelles stratégies de *coping* ;
6. de réétudier, renforcer la motivation et la confiance ;
7. d'aider l'appelant à se voir comme un non-fumeur.

Dans le cas où l'appelant ayant fixé une date d'arrêt ne met pas son projet à exécution, le *counsellor* doit veiller à ne pas le juger et l'encourager à fixer une nouvelle date.

En France, la ligne nationale Tabac info service est organisée en deux niveaux de réponse : les appelants sont accueillis par les conseillers d'un centre d'appel formés à la problématique du tabagisme, qui répondent aux questions simples et proposent aux fumeurs qui le souhaitent un entretien avec un tabacologue de second niveau. Nombre de *quitlines* à l'étranger ne disposent pas d'un premier niveau de réponse comme c'est le cas en France : ce sont directement les *counselors* qui répondent aux appels entrants. Ces lignes font toutefois ponctuellement appel à des équipes de débordement, dont le niveau de formation est moindre, mais qui permettent de répondre à un maximum d'appels lors des périodes de forte activité (c'est le cas de la ligne californienne).

Les écoutants des lignes nord-américaines sont des professionnels salariés. Un rapport de 2007 du Consortium nord-américain des *quitlines* (30) indiquait que les *counselors* américains recevaient en moyenne 98,6 heures de formation initiale, ce qui permet d'embaucher des écoutants qui ne sont pas forcément diplômés en *counseling* au départ. Ensuite, les écoutants bénéficient de 21 à 30 heures de formation continue par an. En France, les écoutants du second niveau de Tabac info service sont titulaires d'un diplôme universitaire de tabacologie, ce qui implique une formation théorique de 60 à 80 heures, à laquelle s'ajoutent un stage de trois à six jours et la rédaction d'un mémoire.

Notons qu'en Californie, les dirigeants de la ligne estiment que le traitement d'appels d'adolescents requiert une qualification plus élevée (31) ; les écoutants doivent ainsi recevoir une formation "classique" pour le *counseling* des adultes, avoir quatre mois de pratique auprès de fumeurs adultes, recevoir une formation spécifique sur les bases théoriques du *counseling* avec des adolescents et être sélectionnés sur un certain nombre de critères (enthousiasme, créativité, capacité à faire face à une certaine instabilité...) avant de commencer à travailler avec des adolescents.

Nombre et durée des appels de suivi

Les auteurs des méta-analyses portant sur l'aide à l'arrêt du tabac par téléphone (10, 11, 29) soulignent que les interventions "proactives", c'est-à-dire permettant de rappeler plusieurs fois les fumeurs qui le souhaitent, sont plus efficaces. Sood et ses collègues ont comparé l'efficacité d'une ligne purement réactive (c'est-à-dire ne fonctionnant qu'en réception d'appels, sans jamais émettre d'appels) par rapport à l'efficacité d'une diffusion de brochures et n'ont pas mis en évidence de différence (37).

Si l'importance de la multiplicité des sessions semble être pointée par les études, il ne semble pas cependant y avoir de consensus sur le nombre de suivis "idéal" qui permettrait d'obtenir le meilleur taux d'arrêt à long terme.

Stead et ses collègues ont synthétisé, dans le cadre de la revue systématique Cochrane actualisée en 2009, les résultats de 65 essais contrôlés randomisés ; ils soulignent que "les taux d'arrêt sont supérieurs lorsque les sujets ont été randomisés dans des groupes censés recevoir plusieurs sessions de *counseling*" (11). Par rapport à des fumeurs non aidés ou n'ayant reçu que de la documentation, les sujets ayant bénéficié de *counseling* proactif ont entre 20 et 50 % de chances en plus de demeurer abstinents à moyen terme (c'est-à-dire au moins six mois). La plupart des essais analysés comportaient en outre plus de deux sessions. Les auteurs soulignent qu'un effet dose-réponse pourrait exister.

Un autre travail de synthèse de Stead et ses collègues publié en 2007 (29) a permis de montrer que c'est à partir de trois appels de *counseling* que l'on observe une augmentation significative du taux d'abstinents, et que le nombre d'appels pourrait être plus important que leur durée. Cette idée de la primauté du nombre de contacts sur leur durée est corroborée par une étude publiée en 2007 par Rabinus et ses collègues (38). Cet essai contrôlé randomisé permettait de comparer l'efficacité de plusieurs protocoles de suivi et a montré que le protocole permettant d'obtenir les meilleurs résultats était celui qui prévoyait le plus grand nombre de sessions (sept dont deux rappels très courts), avec une durée courte pour chaque session (dix minutes environ).

Calendrier de planification des appels de suivi

En ce qui concerne la planification des appels, les pratiques sont diverses au sein du réseau des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt du tabac. Les directeurs de la *quitline* californienne conseillent de planifier les entretiens de la manière suivante : une session avant la date d'arrêt, puis plusieurs sessions (au moins deux) après cette date, avec un calendrier calqué sur ce qu'ils appellent celui de la "probabilité maximum de rechute" (33, 39). Le suivi de cohortes de fumeurs en tentative d'arrêt montre en effet que la probabilité de reprise du tabac est la plus forte en tout début de sevrage : on estime que 60 % des personnes qui tentent d'arrêter de fumer reprennent le tabac la première semaine (40, 41). De fait, Zhu et ses collègues californiens recommandent de planifier les appels de suivi au minimum le jour de la date d'arrêt, puis quatre-sept jours et dix-14 jours plus tard. Les auteurs recommandent ainsi de

profiter de la souplesse offerte par l'outil téléphone pour proposer un calendrier de suivi permettant d'anticiper au mieux leurs possibles difficultés, ce que ne permettent pas forcément les consultations en face à face, pour lesquelles il n'est pas forcément possible de tenir un calendrier aussi resserré. Ce planning théorique doit bien sûr être adapté à la réalité, aux disponibilités et aux souhaits de la personne suivie.

Discussion

L'analyse des documents collectés dans le cadre de cette revue montre que l'aide à l'arrêt du tabac par téléphone permet d'aider efficacement les fumeurs motivés pour s'arrêter. Les pratiques au sein des différentes *quitlines* sont cependant relativement variées, et il n'y pas à ce jour dans la littérature de consensus sur un protocole standardisé qui aurait été identifié comme le plus efficace. Certaines caractéristiques semblent cependant ressortir comme importantes.

Les entretiens sont plus ou moins structurés selon les lignes, mais les fondements théoriques des pratiques de *counselling* téléphonique en matière d'aide à l'arrêt du tabac semblent résulter dans la majorité des cas d'une adaptation des techniques de l'entretien motivationnel et de certains aspects des thérapies cognitives et comportementales à l'outil téléphone. En France, les entretiens téléphoniques sont assurés par des tabacologues, spécialité qui n'existe que dans peu de pays (en particulier, elle n'existe pas en tant que telle en Amérique du Nord). Le contenu des entretiens menés par les tabacologues repose en grande partie sur les mêmes fondements que le *counselling* anglo-saxon appliqué à l'aide à l'arrêt du tabac.

Au niveau organisationnel, peu de pays disposent d'un premier niveau de réponse comme en France : ce sont souvent les *counsellors* qui répondent directement aux sollicitations du public. Ce premier niveau, s'il permet une grande accessibilité du dispositif, représente également un intermédiaire entre l'appelant qui souhaite arrêter de fumer et le tabacologue qui est a priori le mieux placé pour lui prodiguer l'aide adéquate. Afin d'optimiser le dispositif, on pourrait donc envisager de former les téléconseillers aux techniques d'entretien motivationnel afin, d'une part, qu'ils soient en mesure de fournir l'aide la plus adaptée possible aux appelants, qui ne bénéficieront de toutes façons que d'un entretien de premier niveau, et, d'autre part, qu'ils parviennent à convaincre un maximum d'appelants de s'entretenir avec un tabacologue du second niveau. En 2010, un peu plus de la moitié des

appelants bénéficiaient ainsi d'au moins un entretien avec un tabacologue du second niveau de Tabac info service. À titre de comparaison, sept appelants sur dix bénéficient de *counselling* sur la *quitline* californienne (communication personnelle avec Christopher Anderson, Directeur des programmes de la ligne d'aide à l'arrêt du tabac californienne, janvier 2011).

Si les profils et les appellations des écoutants sont différents (*advisors* ou *counsellors* dans de nombreux pays, tabacologues en France), les volumes de formations initiale et continue sont relativement équivalents : 98,6 heures aux États-Unis, 60 à 80 heures pour le diplôme inter-universitaire français de tabacologie. Par ailleurs, nous l'avons vu, les techniques d'entretien présentent également de fortes similitudes.

En ce qui concerne le nombre et la durée des appels de suivi, nous avons relevé que les dispositifs proposant plus de deux appels de suivi semblent plus efficaces. En complément, on peut rappeler que les techniques d'aide à l'arrêt du tabac par téléphone sont inspirées des techniques d'entretien motivationnel et des thérapies cognitives et comportementales délivrées en face à face. À propos de la durée totale optimale des sessions de thérapie cognitive et comportementale en face à face, l'AFSSAPS indique, dans ses recommandations de bonnes pratiques (17), qu'il "existe également une relation entre le temps total passé et les taux d'abstinence. Un temps total de 31 à 91 minutes permet d'obtenir des taux d'abstinence qui sont significativement plus élevés qu'avec des temps de contact plus courts. Dans ce cas, la durée correspond au temps total accumulé au fur et à mesure des sessions. Toutefois, il n'existe pas d'arguments montrant qu'un temps total dépassant 90 minutes permet d'augmenter le taux d'abstinence à un niveau supérieur". Lai et ses collègues, dans le cadre de la revue Cochrane portant sur l'entretien motivationnel (25), soulignent que cette technique est efficace en termes d'aide à l'arrêt du tabac lorsque la durée des sessions est supérieure à 20 minutes. Si l'on croise ces deux résultats, on en déduit que le *counselling* mené en face à face a davantage de chances d'être efficace lorsque chaque session dure plus de 20 minutes, sans que la durée totale excède nécessairement 90 minutes (donc pas plus de quatre sessions). Afin d'adapter ces recommandations à l'outil téléphone, nous pourrions recommander quatre à cinq sessions de dix-15 minutes chacune (un entretien téléphonique étant plus éprouvant, pour l'appelant comme pour l'écouter, qu'un entretien en face à face).

La planification des appels de suivi proposée par la *quitline* californienne, calquée sur la probabilité maximum de

rechute, semble intéressante. Cette question du calendrier des rappels a été peu explorée en France sur la ligne Tabac info service. Par rapport à des entretiens en face à face, l'outil téléphone présente une souplesse qui pourrait permettre de proposer aux fumeurs en tentative de sevrage plusieurs entretiens rapprochés en début de sevrage, au moment où ils en ont a priori le plus besoin.

L'examen de la littérature, s'il ne nous permet pas de statuer sur un mode opératoire standardisé idéal, nous a tout de même permis de dégager un certain nombre d'éléments descriptifs intéressants. Notons que les résultats de cette synthèse doivent être interprétés en sachant que les études scientifiques sur lesquelles nous nous sommes appuyés portent principalement sur des dispositifs nord-américains. À titre d'exemple, parmi les études retenues dans le cadre de la méta-analyse Cochrane portant sur le *counselling* par téléphone (11), 52 (sur 65) concernaient des dispositifs implantés en Amérique du Nord.

Enfin, nous nous sommes ici intéressés à l'efficacité des lignes téléphoniques en termes d'aide à l'arrêt du tabac, mais, en santé publique, l'impact d'une action est défini par la combinaison de son efficacité et de son accessibilité ou de sa diffusion : $impact = reach \times efficacy$ (42). Il ne suffit donc pas de construire des dispositifs efficaces : il faut aussi les faire connaître, les promouvoir... À ce sujet, les Californiens Anderson et Zhu indiquent en outre que les campagnes de promotion des *quitlines* pourraient être doublement utiles (35) : d'une part, parce qu'elles incitent des fumeurs à appeler pour être aidés et arrêter de fumer et, d'autre part, parce qu'elles peuvent susciter des démarches d'arrêt "non aidées" chez des fumeurs qui n'appelleront pas la ligne mais pour qui savoir que l'aide existe est important. Ces campagnes contribueraient aussi, selon les auteurs, à établir une "norme de l'arrêt". Les tentatives d'arrêt "non aidées" ainsi provoquées sont importantes car, même si elles ont moins de chances de succès que des tentatives aidées, elles peuvent aboutir à un grand nombre d'arrêts à partir du moment où elles sont expérimentées par un grand nombre de fumeurs. Proposer une aide structurée par une ligne téléphonique spécialisée conformément aux bonnes pratiques et la promouvoir sont deux actions de santé publique complémentaires efficaces en matière de santé publique. ■

Conflits d'intérêt. – Les deux auteurs déclarent travailler à la direction des affaires scientifiques de l'Inpes. L'Inpes gère la ligne française d'aide à l'arrêt du tabac Tabac info service (via la Direction de l'information et de la communication).

Remerciements. – Laetitia Haroutunian pour son travail de recherche documentaire. Laetitia Chareyre et Olivier Smadja pour leurs relectures attentives.

V. Nguyen-Thanh, P. Arwidson
Aide à l'arrêt du tabac par téléphone. Efficacité et organisation
Alcoologie et Addictologie 2012 ; 34 (3) : 223-230

Références bibliographiques

- 1 - Hill C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2003 ; 22-23 : 98-100.
- 2 - Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière. Saint-Denis : HAS ; 2007. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_477515/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere [dernière consultation le 10 octobre 2011].
- 3 - Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard JB. Baromètre santé 2010 : attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : Inpes. À paraître.
- 4 - Chapman S, MacKenzie R. The global research neglect of unassisted smoking cessation: causes and consequences. *PLoS Medicine*. 2010 ; 7 (2) : e1000216.

- 5 - Fiore M, Jaén C, Baker T, Bailey WC, Benowitz N, Curry SJ et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Quick reference guide for clinicians. Rockville : US Department of Health and Human Services, Public Health Service ; 2009. <http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/tobaqrg.pdf> [dernière consultation le 10 octobre 2011].
- 6 - Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. New-York : Guilford Press ; 2002.
- 7 - Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse. New-York : Guilford Press ; 1993.
- 8 - Le Foll B, Aubin HJ, Lagrue G. Les thérapies comportementales et cognitives dans l'aide à l'arrêt du tabac : revue de la littérature et mise au point. *Annales de Médecine Interne*. 2002 ; 153 (Suppl. 3) : 1532-1540.
- 9 - Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification*. 1992 ; 28 : 183-218.
- 10 - Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA, Ossip-Klein DJ, Boles SM. Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. *Health Education Research*. 1996 ; 11 (2) : 243-57.
- 11 - Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006 ; (3) : CD002850.
- 12 - da Costa e Silva V. Treatment of tobacco dependence and smoking cessation methods. In : World Health Organization. Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence. Genève : WHO ; 2003 : p. 15-40.
- 13 - World Health Organization. WHO report on the global epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments. Genève : WHO ; 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf [dernière consultation le 10 octobre 2011].
- 14 - World Health Organization. Offer help to quit tobacco use. Genève : WHO ; 2009. http://www.who.int/entity/tobacco/mpower/publications/en_tfi_mpower_brochure_o.pdf [dernière consultation le 10 octobre 2011].
- 15 - Centers for Disease Control and Prevention. Best practices for comprehensive tobacco control programs. Atlanta : US Department of Health and Human Services ; 2007. http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best_practices/pdfs/2007/BestPractices_Complete.pdf [dernière consultation le 10 octobre 2011].
- 16 - National Institute for Health and Clinical Excellence. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London : NICE, coll. NICE Public Health Guidance n° 10, 2008. <http://guidance.nice.org.uk/PH10/ReviewProposal/pdf/English> [dernière consultation le 10 octobre 2011].
- 17 - Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac : recommandation de bonnes pratiques (argumentaire). Saint-Denis : Afssaps ; 2003. <http://www.afssaps.fr/content/download/3949/39046/version/6/file/tabarg-2.pdf> [dernière consultation le 10 octobre 2011].
- 18 - Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. Agency for Health Care Policy and Research. *Journal of the American Medical Association*. 1997 ; 278 (21) : 1759-66.
- 19 - Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T, Pabiniak C. Use and cost-effectiveness of smoking cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *New England Journal of Medicine*. 1998 ; 339 (10) : 673-9.
- 20 - Warner KE. Cost-effectiveness of smoking cessation therapies. Interpretation of the evidence and implications for coverage. *Pharmacoeconomics*. 1997 ; 11 (6) : 538-49.
- 21 - Tomson T, Helgason AR, Gilljam H. Quitline in smoking cessation: a cost-effectiveness analysis. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2004 ; 20 (4) : 469-74.
- 22 - Hollis JF, McAfee TA, Fellows JL, Zbikowski SM, Stark M, Riedinger K. The effectiveness and cost-effectiveness of telephone counselling and the nicotine patch in a state tobacco quitline. *Tobacco Control*. 2007 ; 16 (Suppl. 1) : i53-9.
- 23 - Centers for Disease Control and Prevention. Annual smoking attributable mortality, years of potential life lost, and economic costs – United States, 1995-1999. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2002 ; 51 (14) : 300-3.
- 24 - Keller PA, Bailey LA, Koss KJ, Baker TB, Fiore MC. Organization, financing, promotion, and cost of US quitlines, 2004. *American Journal of Preventive Medicine*. 2007 ; 32 (1) : 32-7.
- 25 - Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010 ; (1) : CD006936.
- 26 - Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003 ; 71 (5) : 843-61.
- 27 - Knight KM, McGowan L, Dickens C, Bundy C. A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology*. 2006 ; 11 (2) : 319-32.
- 28 - Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*. 2005 ; 55 (513) : 305-12.
- 29 - Stead LF, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control*. 2007 ; 16 (Suppl. 1) : i3-8.
- 30 - North American Quitline Consortium. Quitline operations: back to basics. A compilation of lessons learned from the North American Quitline Consortium's Third Conference Call Training Series. Oakland : NAQC ; 2007. http://www.naquitline.org/resource/resmgr/reports-naqc/naqc-back_to_basics2.pdf [dernière consultation le 10 octobre 2011].
- 31 - Tedeschi GJ, Zhu SH, Anderson CM, Cummins S, Ribner NG. Putting it on the line: telephone counseling for adolescent smokers. *Journal of Counseling and Development*. 2005 ; 83 (4) : 416-24.
- 32 - Zhu SH, Anderson CM, Johnson CE, Tedeschi G, Roeseler A. A centralised telephone service for tobacco cessation: the California experience. *Tobacco Control*. 2000 ; 9 (Suppl. 2) : i48-55.
- 33 - Zhu SH, Tedeschi GJ, Anderson CM, Pierce JP. Telephone counseling for smoking cessation: what's in a call? *Journal of Counseling and Development*. 1996 ; 75 : 93-102.
- 34 - North American Quitline Consortium. Special report: US quitlines at a crossroads: utilization, budget, and service trends 2005-2010. Oakland : NAQC ; 2010. http://www.naquitline.org/resource/resmgr/reports_2010/100407_special-report.pdf [dernière consultation le 10 octobre 2011].
- 35 - Anderson CM, Zhu SH. Tobacco quitlines: looking back and looking ahead. *Tobacco Control*. 2007 ; 16 (Suppl. 1) : i81-6.
- 36 - Ossip-Klein DJ, McIntosh S. Quitlines in North America: evidence base and applications. *American Journal of the Medical Sciences*. 2003 ; 326 (4) : 201-5.
- 37 - Sood A, Andoh J, Verhulst S, Ganesh M, Edson B, Hopkins-Price P. "Real-world" effectiveness of reactive telephone counseling for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Chest*. 2009 ; 136 (5) : 1229-36.
- 38 - Rabius V, Pike KJ, Hunter J, Wiatrek D, McAlister A. L. Effects of frequency and duration in telephone counselling for smoking cessation. *Tobacco Control*. 2007 ; 16 (Suppl. 1) : i71-4.
- 39 - Zhu SH, Pierce JP. A new scheduling method for time-limited counseling. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1995 ; 26 (6) : 624-5.
- 40 - Burns D, Pierce JP. Tobacco use in California 1990-1991. Sacramento : California Department of Health Services ; 1992. http://libraries.ucsd.edu/ssds/pub/CTS/cp00001/finalrpt1990_91.pdf [dernière consultation le 10 octobre 2011].
- 41 - Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004 ; 99 (1) : 29-38.
- 42 - Abrams DB, Orleans CT, Niaura RS, Goldstein MG, Prochaska JO, Velicer W. Integrating individual and public health perspectives for treatment of tobacco dependence under managed health care: a combined stepped-care and matching model. *Annals of Behavioral Medicine*. 1996 ; 18 (4) : 290-304.