Minerva - Analyse - 12/03/2026

Quelles sont les incitations efficaces à l'arrêt du tabagisme ?

Référence
Notley C, Gentry S, Livingstone-Banks J, Perera R, et al. Incentives for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2025, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858. CD004307.pub7

Analyse de
Hedwig Boudrez, psycholoog-tabacoloog UZGent.
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quels sont les effets à long terme des incitations à l'arrêt du tabagisme, financières et autres, par rapport aux soins habituels ou à d'autres interventions de sevrage tabagique, dans diverses populations, y compris les femmes enceintes ?

Contexte

Depuis plusieurs décennies, différentes stratégies ont été étudiées et appliquées pour promouvoir et soutenir le sevrage tabagique. Minerva a déjà publié un commentaire sur des études démontrant l'efficacité de diverses formes de thérapie de substitution nicotinique (1), de la varénicline et du bupropion (2), de la cigarette électronique (chez des personnes motivées et avec un soutien comportemental) (3) et des interventions comportementales, en particulier le conseil et les incitations financières (4). Les incitations financières sont largement utilisées pour favoriser des comportements de santé souhaitables (5). Différentes formes d'incitations financières sont envisagées : en espèces, en bons d'achat échangeables contre des biens ; offertes aux personnes qui souhaitent arrêter de fumer et aux prestataires de soins qui incluent le sevrage tabagique dans leur offre de soins ; conditionnées par l'abstinence ou la participation à un programme de sevrage tabagique (6). Une synthèse méthodique Cochrane de 2019 (7) montrant l'influence favorable de cette intervention a récemment été mise à jour (8).

Résumé

Méthodologie
Synthèse méthodique vivante.

Sources consultées

- CENTRAL, MEDLINE, Embase, PsycINFO ; du 1er janvier 2022 au 2 novembre 2023
- clinicalTrials.gov et le registre Cochrane central des essais contrôlés
- registre spécialisé du groupe Cochrane sur le tabagisme (*Cochrane Tobacco Addiction Group*) ; jusqu'au 2 mars 2023
- plate-forme internationale d'enregistrement des essais cliniques (*International Clinical Trials Registry Plateform*, ICTRP) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
- examen des listes de références et des citations, ainsi que prise de contact avec les auteurs, pour identifier des études supplémentaires.

Études sélectionnées

- critères d'inclusion : RCT (ou RCT en grappes) ayant assigné des fumeurs de tabac âgés de 18 ans et plus, ainsi que des entreprises, des groupes au sein d'entreprises et des communautés, à une intervention d'incitation (pour arrêter de fumer ou maintenir l'arrêt du tabagisme) ou à un groupe témoin (soins habituels ou intervention d'arrêt du tabagisme sans

incitation) et ayant évalué l'effet sur l'arrêt du tabagisme après au moins six mois (ou, pour les femmes enceintes, après l'accouchement)

- inclusion de 62 études, dont 48 menées auprès de diverses populations : des communautés locales (n = 4), des personnes faisant une consommation abusive de substances (n = 2), des personnes souffrant de troubles mentaux (n = 2), des entreprises (n = 1), un centre de sevrage tabagique (n = 1), des étudiants universitaires (n = 1), des patients hospitalisés (n = 1) et d'anciens combattants (n = 2). 14 études ont été réalisées auprès de femmes enceintes (dans des cliniques prénatales publiques et privées, des cabinets de sages-femmes et des centres de soins prénatals communautaires). 44 études ont été menées aux États-Unis, 2 en Thaïlande, une aux Philippines, une à Hong Kong, une en Afrique du Sud et les 14 autres en Europe ou au Royaume-Uni
- les interventions comprenaient : des incitations financières pour une abstinence tabagique sous forme de bons d'achat, la participation à une loterie avec gain garanti, des versements d'épargne effectués par le patient à intervalles fixes après l'arrêt du tabagisme ou selon un schéma plus complexe ; en particulier pour les femmes en période périnatale, différents schémas ont été étudiés : un schéma dépendant de l'abstinence, un schéma avec augmentation de la rétribution en cas d'abstinence continue mais perte de la rétribution en cas de rechute, et un schéma avec rétribution pour avoir répondu à un appel téléphonique ; les méthodes de sevrage tabagique utilisées procuraient des documents d'auto-assistance, des conseils brefs, un traitement de substitution nicotinique, des entretiens motivationnels, des cigarettes électroniques, une thérapie combinée (auto-assistance, conseils brefs, traitement médicamenteux, soutien en ligne ou téléphonique, SMS de motivation et séances de groupe)
- le groupe témoin faisait généralement l'objet d'une prise en charge classique, sauf dans 9 études qui comparaient une rétribution conditionnelle (octroyée uniquement si le participant adoptait le comportement souhaité) et une rétribution non conditionnelle (octroyée d'office, que le comportement souhaité soit ou non adopté).

Population étudiée

- au total, inclusion de 21 924 participants issus de diverses populations ainsi que de 4 016 femmes en période périnatale ; l'âge moyen était de 19,7 à 60 ans ; leur consommation de tabac était en moyenne de 6 à 26 cigarettes par jour, et ils étaient en moyenne modérément à fortement dépendants à la nicotine ; leur niveau d'éducation et leurs origines ethniques variaient considérablement d'une étude à l'autre.

Mesure des résultats

- principal critère de jugement : prévalence ponctuelle de l'abstinence (à un moment de mesure déterminé) ou du maintien de l'abstinence, de préférence validée par une analyse biologique, sur le long terme (≥ 6 mois après le début de l'intervention dans les différentes populations ou au moment du premier suivi après l'accouchement et du dernier suivi)
- critères de jugement secondaires :
    - analyse de sous-groupes où la rétribution est ou non octroyée jusqu'à la fin du suivi dans différentes populations
    - analyse de sous-groupes où l'effet est comparé entre le moment du premier suivi après l'accouchement et du dernier suivi dans la population des femmes enceintes
    - analyse de sous-groupes sur la base des études ayant inclus des personnes faisant une consommation abusive de substances
    - analyse de métarégression exploratoire pour savoir si l'effet est influencé par le montant de la rétribution
    - effets indésirables, impact négatif et coût
- résultats exprimés sous forme de rapport de risques (RR) (avec IC à 95%)
- analyse de sensibilité avec exclusion des études présentant un risque de biais élevé ou indéterminé.

Résultats

- résultats du principal critère de jugement : les stratégies avec incitations ont permis d'obtenir un taux d'arrêts du tabagisme significativement plus élevé, tant dans différentes populations (RR de 1,52 avec IC à 95% de 1,33 à 1,74 ; N = 39, n = 18 303, I^2 = 23% ; niveau de preuve élevé) après un suivi d'au moins 6 mois, que chez les femmes enceintes (RR de 2,13 avec IC à 95% de 1,58 à 2,86 ; N = 13, n = 3942, I^2 = 31% ; niveau de preuve élevé) au dernier moment du suivi après l'accouchement
- résultats des critères de jugement secondaires :
    - aucune différence significative entre les études où la rétribution était encore offerte à la fin du suivi et celles où la rétribution avait déjà été arrêtée dans différentes populations (p = 0,36 ; I^2 = 0%)
    - les études juste après l'accouchement (plutôt qu'après le dernier suivi après l'accouchement) montraient un effet plus important (RR de 2,52 avec IC à 95% de 2,10 à 3,01 ; N = 11 ; n = 2906)
    - résultats similaires chez les personnes faisant une consommation abusive de substances
    - pas d'association significative entre la taille de l'effet et le montant de la rétribution dans différentes populations (p = 0,963)
    - trop peu d'études rapportaient les effets indésirables, l'impact négatif et le coûts.

Conclusion des auteurs

En résumé, cette dernière mise à jour de l'étude nous permet à nouveau de conclure qu'il existe des preuves de certitude élevée selon lesquelles les incitations améliorent les taux d'arrêts du tabagisme lors d'un suivi à long terme dans des études menées dans différentes populations. Les données montrent que l'efficacité des incitations est maintenue même lorsque le dernier suivi intervient après l'arrêt de la rétribution. Il existe désormais également des preuves de certitude élevée indiquant que les programmes d'incitation destinés aux femmes enceintes qui fument augmentent les taux d'arrêts du tabagisme, tant en fin de grossesse qu'après l'accouchement. Cela diffère légèrement de la mise à jour précédente, où nous considérions que ces preuves étaient d'un degré de certitude modéré. Les études actuelles et futures pourraient examiner plus en détail les différences entre les études utilisant des incitations financières faibles ou élevées et des auto-récompenses, dans diverses populations de fumeurs, en accordant une attention particulière aux pays à revenu faible et intermédiaire où la consommation de tabac reste élevée.

Financement de l'étude

Aucun soutien financier n'a été apporté à la mise en œuvre du projet.

Conflits d'intérêt des auteurs

Les auteurs sont tous affiliés à des institutions universitaires au Royaume-Uni et aux États-Unis ; aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré concernant le thème de cette étude ; un des auteurs a également co-écrit une des études incluses, et il a cité des études à l'appui dans les sections « Contexte » et « Discussion » de la revue ; cependant, pour l'étude incluse, l'auteur n'a pas participé aux décisions concernant l'éligibilité, l'extraction des données, l'évaluation du risque de biais ou l'évaluation GRADE.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

Cette mise à jour d'une synthèse méthodique existante a été menée conformément à une méthodologie fiable, celle de la Cochrane Collaboration. Du fait de la méthode utilisée pour identifier les études pertinentes et les données manquantes ou incomplètes, le risque de passer à côté d'une étude pertinente est faible, mais il ne peut évidemment jamais être totalement exclu.

Le risque de biais a été déterminé à l'aide du manuel Cochrane pour les synthèses méthodiques portant sur des interventions (*Cochrane Handbook for Systematic Review of Interventions*). Sur cette base, un faible risque de biais a été déterminé pour 12 études, un risque élevé pour 18 études, et un risque incertain pour 32 études. Il s'agissait principalement de biais de sélection et de biais d'attrition. En raison de la nature des études, la mise en aveugle des participants n'a pas pu être réalisée et n'a donc pas été évaluée. Les auteurs ont effectué des analyses de sensibilité. Les résultats dans différentes populations étaient similaires après exclusion des études qui présentaient un risque élevé de biais (RR de 1,51 avec IC à 95% de 1,28 à 1,78 ; N = 30, n = 11 863, I^2 = 29%) et celles qui présentaient un risque élevé ou incertain de biais (RR de 2,12 avec IC à 95% de 1,50 à 3,37 ; N = 7, n = 2199, I^2 = 35%). De même dans les populations de femmes enceintes, les résultats sont restés stables après exclusion des études présentant un risque élevé de biais (RR de 2,02 avec IC à 95% de 1,46 à 2,81 ; N = 10, n = 3469, I^2 = 32%). L'absence de conflit d'intérêts des auteurs garantit la fiabilité du traitement, de l'évaluation et du compte rendu des résultats.

Évaluation des résultats

Cette synthèse méthodique vivante est une mise à jour de la version précédente (7), laquelle avait déjà mis en évidence un effet positif de l'octroi d'une rétribution pour l'abstinence tabagique. Le degré de certitude des preuves était alors déjà considéré comme élevé, et il est maintenu dans cette version. Dans le groupe des femmes enceintes, le degré de certitude est passé de modéré à élevé dans la version actuelle, sous l'influence de l'inclusion de quatre études récentes et de qualité élevée. Selon les auteurs, on peut donc affirmer avec un degré de certitude élevé que l'octroi d'une rétribution a un impact bénéfique sur l'abstinence tabagique, aussi bien dans différentes populations (y compris les personnes qui font une consommation abusive de substances et les sans-abri) que chez les femmes enceintes. Une analyse de sous-groupes a montré qu'un effet persistait après l'arrêt de l'incitation. Il est toutefois important d'étudier plus en détail la durée nécessaire de l'incitation et son impact à long terme sur les rechutes. Proposer des rétributions puisées dans les économies du patient lui-même a produit des effets bénéfiques sur l'abstinence qui étaient similaires aux effets obtenus avec des rétributions octroyées par des programmes externes. Cela pourrait constituer un atout supplémentaire pour l'applicabilité de cette stratégie.

Cependant, d'importantes lacunes peuvent limiter les possibilités d'extrapolation et d'application. Les stratégies d'incitation ont été associées à diverses interventions de sevrage tabagique, telles que l'auto-assistance, la thérapie de substitution nicotinique, la pharmacothérapie et les cigarettes électroniques, qui, à elles seules, pourraient influencer différemment le sevrage tabagique. Les auteurs n'ont pas effectué d'analyses de sous-groupes pour en déterminer l'influence sur les résultats. De plus, la notion de « tabagisme » n'était pas toujours définie de manière cohérente, ce qui signifie que certains participants ont pu consommer d'autres formes de tabac que la cigarette. De plus, des populations très diverses ont été incluses, comme des personnes faisant une consommation abusive de substances, des personnes atteintes de troubles mentaux, des patients pendant ou après un traitement contre le cancer, des personnes de différents statuts socio-économiques… mais aussi avec différentes intensités de tabagisme au départ et provenant de pays très différents (États-Unis, Pays-Bas, Thaïlande, Philippines, Afrique du Sud…). Même si cela signifie que les résultats pourraient être applicables à de nombreuses personnes, il aurait tout de même été intéressant de connaître l'effet dans différents sous-groupes. Une analyse de sous-groupes a été réalisée seulement pour la consommation abusive de substances, et elle a montré des résultats similaires. Le résultat de cette intervention ignore une question plus large, à savoir si la société accepte (ou non) le fait de proposer une incitation pour modifier un comportement à risque. Cette possible conséquence négative a été insuffisamment explorée dans la plupart des études. On peut se demander si l'octroi d'une rétribution est équitable pour les non-fumeurs qui n'adoptent pas le comportement nocif. De plus, la faisabilité de telles mesures est également sujette à caution, notamment lorsqu'il s'agit de rétributions en espèces (c'est-à-dire de profits), plutôt que de remboursement des interventions de sevrage tabagique (c'est-à-dire une simple réduction des coûts).

Que disent les guides de pratique clinique ?

La proposition d'une incitation financière à titre de renforcement positif, que ce soit pour la participation à des programmes de sevrage tabagique ou en fonction d'une abstinence validée par une analyse biologique, n'est pas explicitement incluse dans les guides de pratique nationaux et internationaux.

L'OMS plaide pour la suppression des coûts financiers pour les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer (9). Le NICE (Royaume-Uni) recommande d'accorder une rétribution financière, sous réserve d'une abstinence validée par une analyse biologique, afin d'obtenir l'abstinence pendant la grossesse (10).

Conclusion de Minerva

Cette mise à jour d'une synthèse méthodique Cochrane confirme avec une grande certitude l'impact bénéfique des incitations financières sur le sevrage tabagique dans différentes populations et chez les femmes enceintes. Une analyse de sous-groupes indique que l'effet persiste après l'arrêt de l'incitation. Cependant, les rechutes et les effets à long terme n'ont pas été étudiés de manière suffisamment systématique pour permettre de tirer une conclusion définitive à ce sujet. De plus, l'applicabilité de l'intervention est compromise par une hétérogénéité significative en termes de populations incluses et d'interventions de sevrage tabagique. De plus, les questions qui subsistent quant à l'acceptabilité sociale, la faisabilité et les effets possibles sur la motivation intrinsèque limitent l'extrapolation de cette intervention.

Références

1. Boudrez H. Efficacité et sécurité d'emploi de diverses formes de substitution nicotinique thérapeutique dans l'arrêt du tabagisme. Minerva Analyse 15/10/2019.
   Une analyse de Lindson N, Chepkin SC, Ye W, et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019, Issue 4. DOI: 10.1002/14651858.CD013308
2. Boudrez H. La varénicline et le bupropion sont-ils sûrs et efficaces pour les fumeurs atteints d'une affection psychiatrique ? MinervaF 2017;16(2):48-51.
   Une analyse de Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet 2016;387:2507-20. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30272-0
3. Boudrez H., Poelman T. L'utilité des interventions comportementales dans le sevrage tabagique : une méta-analyse en réseau par composantes. MinervaF 2022;21(2):26-30.
   Une analyse de Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Ordonez-Mena JM, et al. Behavioral interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2021, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD013229.pub2
4. Boudrez H. La cigarette électronique est-elle un moyen plus efficace que la substitution nicotinique pour arrêter de fumer ? Minerva Analyse 15/05/2019.
   Une analyse de Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, et al. A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. N Engl J Med 2019;380:629-37. DOI: 10.1056/NEJMoa1808779
5. Haff N, Patel MS, Lim R, et al. The role of behavioral economic incentive design and demographic characteristics in financial incentive-based approaches to changing health behaviors: a meta-analysis. Am J Health Promot 2015;29:314-23. DOI: 10.4278/ajhp.140714-LIT-333
6. Reda A, van Schayck CP. Financial incentives could help in smoking cessation. Future Medicine 2013;143-51. DOI: 10.2217/EBO.12.184
7. Notley C, Gentry S, Livingston-Banks J, et al. Incentives for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019, Issue 7. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub6
8. Notley C, Gentry S, Livingstone-Banks J, Perera R, et al. Incentives for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2025, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858. CD004307.pub7
9. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. WHO 2024.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. NICE guideline (NG 209). NICE Published: 2021, Last updated: 2025.