



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Quelle est la prise de poids acceptée a priori
au cours d'un sevrage tabagique
pour une population majeure
suivie en consultation de tabacologie hospitalière?**

Présentée et soutenue publiquement le 23 juin 2015 à 18h00
Au Pôle Formation
Par Marine Dehecq

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Arnaud Scherpereel

Monsieur le Docteur Nassir Messaadi

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Béatrice Sannier-Leclerc

**Travail du Service de Pneumologie et des Explorations Fonctionnelles,
Consultation de Tabacologie à l'hôpital Saint-Philibert.**

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Je remercie Anne-Laure, Camille.P, Jean-Nicolas, Julie, Khalil, Lucie.W, Marion, Mustapha et Régine qui ont rendu les années de médecine moins longues et mes amis de l'impro sans qui le quotidien ne serait pas le même.

Liste des abréviations

AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
CNCT	Comité National Contre le Tabagisme
COCHRANE Collaboration	Organisation internationale, indépendante à but non lucratif, qui a pour but d'apporter des informations actualisées de haute qualité sur l'efficacité des interventions en santé (fondée en 1993).
EVA	Echelle Visuelle Analogique
HAS	Haute Autorité de Santé
IDM	Infarctus Du Myocarde
IMC	Indice de Masse Corporelle
INC	Institut National du Cancer
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
NS	Non Significatif
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
RHD	Règles Hygiéno-Diététiques
SEITA	Société Nationale d'Exploitation Industrielle des Tabacs et Allumettes

TNS	Traitement Nicotinique de Substitution
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction.....	3
I. De la découverte du tabac à nos jours.....	3
A. Historique et connaissance du tabac.....	3
B. Législation et politique de santé publique concernant le tabac.....	4
C. Morbi-mortalité due au tabac et économie de la santé.....	5
D. Prise en charge de la substitution du tabac.....	6
II. Le sevrage tabagique et le poids.....	8
III. L'importance de la médecine générale dans le sevrage tabagique.....	10
IV. Objectifs de l'étude.....	11
Matériels et méthodes.....	12
I. Recherche bibliographique.....	12
II. Conception de l'étude.....	13
A. Type d'étude et période d'inclusion.....	13
B. Population étudiée.....	13
III. Procédure.....	14
VI. Mesures.....	15
A. Description socio-démographique.....	15
B. Comportement vis-à-vis du tabac.....	15
1. Consommation de tabac et dépendance.....	15
2. Tentative de sevrage au tabac.....	16
3. Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac.....	16
C. Comportement vis-à-vis du poids.....	16
D. Thérapeutique.....	17
E. Evaluation à 6 mois.....	17

1.	Evaluation à 6 mois du sevrage tabagique.....	17
2.	Evaluation à 6 mois du poids.....	17
3.	Evaluation à 6 mois de la thérapeutique.....	18
F.	Comorbidités.....	18
V.	Analyses des données.....	19
Résultats.....		20
I.	Description de la population.....	20
A.	Données socio-démographiques.....	20
1.	Age.....	21
2.	Sexe.....	21
3.	Catégorie socioprofessionnelle.....	22
4.	Etayage familial.....	22
5.	Hospitalisation récente (moins de 3 mois).....	23
B.	Importance du poids.....	23
1.	IMC initial.....	23
2.	EVA préoccupation pondérale.....	24
3.	« Quel poids maximal accepteriez-vous de prendre en arrêtant de fumer ? ».....	25
C.	Thérapeutique lors de l'initiation du sevrage tabagique.....	26
D.	Comorbidités : IDM et diabète de type 2.....	27
II.	Histoire du tabagisme.....	28
A.	Evaluation de la dépendance à la nicotine : test de Fagerström.....	28
B.	Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac.....	29
1.	Test de Richmond.....	29
2.	EVA motivationnelle.....	29
C.	Sevrage tabagique antérieur.....	30
1.	Tentative de sevrage tabagique.....	30
2.	Durée maximale du sevrage tabagique.....	30
III.	Evaluation à 6 mois.....	31
A.	Evaluation à 6 mois du sevrage tabagique.....	31
B.	Evaluation à 6 mois du poids.....	31
1.	IMC à 6 mois.....	31
2.	Variation pondérale à 6 mois.....	32
3.	Pensez-vous avoir pris du poids depuis 6 mois ?.....	33
C.	Evaluation à 6 mois du comportement face à la prise de poids.....	33

1.	Chez les patients poursuivant le sevrage tabagique et ayant pris du poids.....	33
2.	Chez les patients ayant repris le tabac.....	34
D.	Evaluation à 6 mois de la thérapeutique.....	35
IV.	Facteurs limitant la prise de poids.....	36
A.	Antécédents : IDM et diabète de type 2.....	36
B.	TNS à 6 mois.....	36
C.	Etayage familial.....	36
D.	Hospitalisation récente.....	37
V.	Facteurs favorisant la rechute.....	38
A.	Compraison univariée.....	38
B.	Comparaison multivariée.....	39
	Discussion.....	40
I.	Validité des résultats.....	40
A.	Limite et force de l'étude.....	40
B.	Représentativité de l'échantillon.....	41
1.	Les données socio-démographiques.....	41
2.	Les données des questionnaires.....	42
II.	Les données actuelles de la science.....	43
III.	Principaux résultats.....	45
A.	Evaluation du poids.....	45
B.	Un profil de patient dit « à risque ».....	45
IV.	Vers un protocole de soins personnalisé.....	46
A.	Questionnaire avant l'initiation d'un sevrage tabagique.....	46
B.	Protocole de soins personnalisé.....	47
1.	Profil de patient dit « à risque ».....	47
2.	Profil de patient sans risque particulier.....	48
3.	Quel que soit le profil de patient.....	48
	Conclusion.....	49
	Références bibliographiques.....	50
	Annexes.....	53
Annexe 1 :	Questionnaire numéro un : Initiation du sevrage tabagique.....	53
1.	Evaluation de la dépendance à la nicotine.....	53
2.	Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac.....	55
3.	Evaluation de l'importance du poids au cours de la démarche de	

sevrage tabagique.....	57
4. Données personnelles et thérapeutique.....	58
Annexe 2 : Questionnaire numéro deux : Evaluation à 6 mois.....	60
Annexe 3 : Directives pour le consentement libre et éclairé.....	63
Annexe 4 : Courrier pour le consentement de contrôle téléphonique.....	65

RÉSUMÉ

Contexte :

Les conséquences socio-économiques du tabagisme sont importantes. Les études actuelles déterminent le poids pris par les patients après le sevrage. Pourtant il faut anticiper : la prise de poids maximale acceptable par les patients a priori et un profil dit « à risque » de refumer doivent être définis. Ces derniers doivent permettre une prise en charge rapide et adaptée des patients initiant un sevrage tabagique.

Méthode :

Il s'agissait d'une étude quantitative, prospective, descriptive et observationnelle.

Le questionnaire numéro un était posé lors d'une consultation de tabacologie hospitalière initiant le sevrage tabagique. Il relevait l'âge, le sexe, la motivation, la dépendance, la préoccupation pondérale et l'IMC, les antécédents (IDM et diabète de type 2), une hospitalisation récente (moins de 3 mois), les sevrages antérieurs et leur durée maximale, la catégorie socioprofessionnelle, l'étayage familial et l'initiation d'un éventuel traitement de substitution.

Six mois plus tard, les patients étaient recontactés par téléphone. Le questionnaire numéro deux contrôlait le poids objectif et ressenti, le sevrage tabagique, les causes d'un éventuel échec, les RHD et la poursuite ou non d'un traitement.

Résultats :

La médiane de la prise de poids maximale acceptable était de 4 kg. Les facteurs favorisant la rechute étaient : être une femme (OR : 0,072), avoir une dépendance nicotinique chiffrée forte (OR : 0,758), avoir une motivation chiffrée au sevrage faible (OR : 1,493) et ne pas avoir été hospitalisé récemment ($p=0,025$). Il existait une corrélation significative entre la prise de poids évoquée comme raison de rechute et la prise de poids maximale acceptable ($p=0,007$). Il existait une corrélation significative entre la prise de poids évoquée comme raison de rechute et la prise de poids réelle ($p=0,010$). Il existait une bonne concordance ($kappa=0,65$) entre la perception subjective de la prise de poids et le poids réel des patients ($p<10^{-3}$).

Conclusion :

Le profil de patient est dit « à risque » de refumer si au moins un des critères suivant est positif : être une femme, avoir une dépendance nicotinique forte, avoir une motivation au sevrage faible et/ou ne pas avoir été hospitalisé récemment. Ce profil peut être défini à chaque initiation de sevrage tabagique, en posant un questionnaire rapide reprenant ces critères. Selon le profil, un protocole de soins personnalisé centré sur la prise de poids maximale acceptable est mis en place.

INTRODUCTION

I. De la découverte du tabac à nos jours

A. Historique et connaissance du tabac

Le tabac est découvert en 1492, en même temps que l'Amérique par Christophe Colomb. Ce dernier prend connaissance de l'utilisation de cette plante par les Amérindiens pour ses propriétés magiques et médicamenteuses. Sa culture se développe alors en Europe, tout d'abord comme simple plante d'ornement puis comme « médicament universel » à la cour d'Espagne et du Portugal pendant le XVIème siècle. Elle est importée en France grâce au moine cordelier André Thevet dès 1556.

Au XIXème siècle, les médecins commencent à étudier scientifiquement la nicotine et les extraits de tabac utilisés pour soigner les patients. Ils montrent leur dangerosité, la dépendance et l'accoutumance au tabac dès la fin du siècle. En 1901, l'office du travail déclare le tabac comme étant un « poison industriel » face aux nombreux cancers et pathologies cardio-vasculaires déclarés par les travailleurs de l'industrie du tabac. (1)

Dans les années 1990, l'OMS prend progressivement en considération la toxicité du tabac en acceptant la définition de l'addiction comportementale du psychiatre américain Aviel Goodman (envie répétée et irrésistible en dépit des efforts et de la motivation du sujet à s'y soustraire) (2). Mais l'addiction et la « tabacomanie » ayant une connotation péjorative, ces termes seront plus récemment remplacés par le syndrome de dépendance (ensemble des phénomènes comportementaux cognitifs et psychologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substance entraîne un désinvestissement progressif des autres activités).

Dans le cas particulier de la France, le rapport Roques (3) déposé auprès du secrétaire d'Etat à la Santé Bernard Kouchner en 1998, permet une prise de conscience claire de la dangerosité du tabac. Ce dernier est enfin reconnu comme

une substance provoquant une dépendance physique forte, une dépendance psychique et une toxicité générale très fortes.

B. Législation et politique de santé publique concernant le tabac

Les interdictions vis-à-vis du tabac sont très récentes. Longtemps l'Etat a permis, voire même favorisé sa consommation.

Jusqu'en 1972, l'Etat pousse à fumer du tabac et fournit des paquets gratuits aux conscrits.

C'est seulement en 1995 que la SEITA, monopole de la culture de tabac en France, est privatisée. Jusqu'alors l'Etat français siégeait au conseil d'administration.

La loi Veil le 9 juillet 1976 (4) débute réellement les politiques de lutte anti-tabac. Pour la première fois en France, la publicité est strictement réglementée et la promotion des produits du tabac est limitée à la presse écrite. Un avertissement sanitaire est présent sur l'emballage : « abus dangereux » ainsi que la composition intégrale des cigarettes. Des interventions informatives concernant les méfaits du tabac ont lieu dans les écoles et l'armée. Le parrainage lors des grandes manifestations publiques, notamment sportives, est désormais interdit. Enfin, la loi évoque timidement l'interdiction de fumer « dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé ».

La loi Evin promue le 10 juillet 1991 (5) renforce les interdits de la loi Veil. La publicité est totalement interdite, quel qu'en soit le média. La hausse des prix des paquets de cigarettes est favorisée. Il est la norme de ne pas fumer, il est donc interdit de fumer dans tous les lieux collectifs sauf dans les fumeurs. La notion de « fumeur » reste relativement floue jusqu'aux années 2000.

A compter du 1^{er} février 2007, l'interdiction se précise : il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent le public ou qui constituent des lieux de travail, les établissements de santé, dans toute l'enceinte des écoles, collèges et lycées. Puis à partir du 1^{er} juin 2008, l'interdiction entre en vigueur pour les restaurants, débits de boissons, discothèques, bars, hôtels, casinos, cercles de jeux.

En parallèle, les politiques de santé publique suivent le mouvement anti-tabac. Cette démarche est inscrite dans le plan triennal 1999-2002 de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances.

En 2002, « la guerre au tabac » est déclarée par le président de la République Jacques Chirac dans le cadre du premier plan cancer (6).

En 2004, l'Institut National du Cancer est créé par la loi de santé publique du 9 août.

De 2009 à 2013 (7), le deuxième plan cancer poursuit la volonté de « dénormaliser » le tabagisme.

Pour en contrôler l'efficacité, l'impact des politiques de santé publique est régulièrement évalué par l'OFDT ainsi que l'évolution du tabagisme en France (8) (9).

C. Morbi-mortalité due au tabac et économie de la santé

Selon le dernier rapport de l'OMS (10) datant de 2013, le tabac est une des plus grandes menaces n'ayant jamais pesé sur la santé publique mondiale.

Il tue la moitié de ceux qui en consomment. L'épidémie due au tabac tue 6 millions de personnes chaque année dont 5 millions de consommateurs ou anciens consommateurs et 600 000 exposés aux fumées.

D'après l'INPES (11) et le CNCT (12), les pathologies dues au tabac sont multiples puisqu'il se diffuse dans tout l'organisme. La présentation suivante ne cite que les plus fréquentes dans chaque sphère anatomique et n'est pas exhaustive. Sur le plan cardiovasculaire, il provoque : accident vasculaire cérébral, maladie coronarienne, anévrisme de l'aorte, artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Il est également responsable sur le plan pulmonaire, de bronchopneumopathie chronique obstructive et de syndrome d'apnée du sommeil. Sur le plan gastro-intestinal, il génère des ulcères, des reflux gastro-oesophagiens. Les cancers imputés au tabac sont nombreux : pulmonaire, bronchique, du larynx, du pharynx, de la bouche, de la vessie, de l'œsophage, du rein, du pancréas, de l'utérus, du sein. Il provoque aussi la décompensation de nombreuses pathologies : asthme, hépatite, maladie de Crohn... Au cours de la grossesse, il est responsable entre autres d'un poids de naissance moyen plus faible du bébé et d'une probabilité augmentée de mort subite du nourrisson.

Concernant l'économie de la santé, selon l'OFDT (13), contrairement aux idées reçues, le tabac coûte plus d'argent à l'Etat qu'il ne lui en procure. Sur le plan des bénéfices, l'Etat perçoit les taxes à hauteur de 13 milliards d'euros par an et les retraites non versées dues au décès prématuré des fumeurs, soit 5 milliards d'euros par an. Néanmoins, le coût net du tabagisme en France est de 47 milliards d'euros en 2005, soit un impôt indirect annuel de 772 euros par citoyen.

Le sevrage tabagique permet de diminuer les coûts bruts des soins de santé entraînés par la consommation de tabac dont l'estimation varie entre 0,1 et 2% du produit intérieur brut.

La réduction du tabagisme est également bénéfique pour l'emploi, car le tabac détourne une partie des revenus des particuliers des autres secteurs de consommation.

D. Prise en charge de la substitution du tabac

Avec la prise de conscience du risque sanitaire lié au tabac, des substituts nicotiniques apparaissent sur le marché français dès 1984.

L'AFSSAPS (14) classe en premier lieu les TNS comme thérapeutiques ayant prouvé leur efficacité. Ces derniers existent sous différentes galéniques : gomme à mâcher, spray nasal, système transdermique (patch), comprimé sublingual ou pastille à sucer et inhalateur. Leur choix varie en fonction de la consommation tabagique, des effets secondaires et des préférences du patient.

Ensuite, l'HAS (15) préconise en cas d'échec des TNS la varénicline (Champix®), agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cérébraux à l'acétylcholine ($\alpha 4\beta 2$) utilisé seul et antagoniste partiel en présence de nicotine. Il bloque alors partiellement le relargage de la dopamine, neurotransmetteur essentiel au circuit de la récompense, permettant à la fois de limiter le syndrome de manque et le plaisir de fumer. Compte tenu des effets indésirables les plus fréquents (troubles du sommeil (cauchemars), nausées, troubles dyspeptiques, asthénie, céphalée) et les plus graves (la majoration du risque suicidaire et de l'état dépressif), il n'est prescrit qu'en deuxième intention.

Enfin, le bupropion LP (Zyban®), utilisé comme antidépresseur dans certains pays, fait également la preuve de son efficacité. Il agit en inhibant la recapture de

dopamine et de noradrénaline au niveau présynaptique dans le système nerveux central. L'intérêt de son association avec les TNS n'est pas démontré.

Concernant les thérapeutiques non médicamenteuses, seules les TCC sont validées par l'AFSSAPS. Elles résultent de l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. Les TCC sont basées sur des paradigmes issus des théories de l'apprentissage et des modèles cognitifs centrés sur l'étude du traitement de l'information. Elles se révèlent intéressantes car le tabagisme serait un trouble de l'apprentissage qui aboutit à une perte de contrôle de la consommation.

Cette prise en charge est à associer aux traitements pharmacologiques au cours du sevrage tabagique. La consultation de tabacologie est construite en grande partie autour des TCC, sa pratique est donc systématique lors du suivi par un tabacologue.

Le patient doit fixer une date pour arrêter de fumer avec le professionnel de santé qui l'encadre. En effet, cette échéance engage concrètement et à court terme le patient dans un processus de soin.

Les dernières recommandations de l'AFSSAPS conseillent de ne pas utiliser la cigarette électronique. D'ailleurs, aucune d'entre elles n'a obtenu d'autorisation de mise sur le marché, ni ne peut être vendue en pharmacie. Néanmoins, de plus en plus de patients se servent de ce nouveau produit comme outil de sevrage, il est donc impossible de ne pas l'évoquer.

Selon l'ANSM (16), la « vapoteuse » est un dispositif électronique générant un aérosol. La vapeur inhalée contient moins de substances cancérigènes que le tabac. Cette dernière est finalement une alternative moins nocive que le tabac mais dont les effets secondaires sont encore largement méconnus.

II. Le sevrage tabagique et le poids

Le sevrage tabagique est une démarche complexe. Le rapport Roques de 1998 (3), montre l'importance de la dépendance physique et surtout psychique. Le sevrage fait donc appel à une désaccoutumance globale où le patient doit changer ses habitudes, perdre la gestuelle propre au fumeur, comprendre pourquoi il fume et l'importance de chaque cigarette. En effet, les stimuli sont nombreux : évènementiels (rituels journaliers), émotionnels ou sensoriels (odeurs, vue, sons, saveurs). Il existe également des mécanismes qui sont des « récompenses à fumer » pour le patient tabagique. Le tabac amène une sensation de bien-être, de relaxation, de détente et est connu pour ses vertus antalgiques. Il est également un régulateur de l'humeur (thymorégulateur et anti-dépresseur). Il stimule le tonus, les fonctions cognitives et la vigilance. Il est utilisé dans la gestion du stress (même si c'est un stresser biologique). Il régule aussi l'appétit et le transit intestinal. Tous ces bénéfices secondaires expliquent physiologiquement pourquoi le patient renouvelle son comportement pour retrouver les récompenses, comme lors d'un conditionnement Pavlovien. L'installation d'un syndrome de sevrage chez plus d'un patient sur deux s'explique donc assez aisément (17).

L'AFSSAPS (14) cite la crainte de la prise de poids comme l'une des principales causes d'échec à la poursuite du sevrage. La prise de poids moyenne est de 2 à 4 kg, même si 10% des patients prennent plus de 10 kg. Globalement les femmes sont plus concernées que les hommes. En définitive, les patients retrouvent le poids qu'ils devraient avoir s'ils ne fumaient pas (18). En effet, la nicotine modifie le système endocannabinoïde : elle augmente les catécholamines dans le sang qui inhibent en partie la sécrétion d'insuline et limitent la fabrication de masse grasse (majoration de la lipolyse). En diminuant le taux d'insuline, la nicotine limite les variations trop importantes de la glycémie (majoration de la glycémie discrète et momentanée après chaque cigarette). C'est l'effet « anorexigène » : la cigarette agit comme coupe-faim. Les patients auront donc tendance à connaître un attrait plus important pour les aliments sucrés au cours du sevrage. De plus, le métabolisme énergétique est majoré en postprandial lors de la thermogénèse obligatoire, avec une dépense

énergétique quotidienne supérieure de 10% (soit environ 200 à 300 calories/jour) chez un fumeur par rapport à un non-fumeur, à activité physique, ration alimentaire et IMC égaux.

Par ailleurs, les apports caloriques sont souvent augmentés pour compenser le manque de l'oralité (aliment que l'on mâche ou grignote) et de la gestuelle (porter les aliments à la bouche). Parallèlement à l'arrêt du tabac, le patient redécouvre certains plaisirs car sa sensibilité olfacto-gustative n'est plus altérée par l'action de la fumée sur les récepteurs de la langue et du nez. Enfin, la sensation de plénitude gastrique peut être apaisante et aider à gérer le stress entraîné par le sevrage.

L'AFSSAPS (14) a bien pris conscience de l'importance de prendre en charge à la fois le sevrage tabagique et une éventuelle majoration pondérale. Elle évoque dans les grandes lignes la gestion « idéale » d'un patient qui souhaite se sevrer en tabac. La prise en charge propose d'abord l'association des TCC avec les TNS ou la varénicline si les TNS sont inefficaces ou le bupropion LP s'il existe une dépendance physique. Puis, elle rappelle les règles hygiéno-diététiques avec l'évocation d'une possible prise de poids modérée tout de suite ou à l'arrêt des TNS.

III. L'importance de la médecine générale dans le sevrage tabagique

La théorie de Prochaska (19) montre l'échec comme faisant partie intégrante du sevrage d'une addiction. La répétition et le suivi au long cours sont alors la clef d'une prise en charge réussie.

Les dernières recommandations de l'AFSSPAS (14) mettent en avant l'importance des TCC mais il faut reconnaître que peu de praticiens y sont formés.

La prise en charge du sevrage tabagique nécessite une approche psychologique qui privilégie une individualisation des conseils. Le processus est long et nécessite plusieurs consultations approfondies. Insister sur le rôle des TCC, c'est aussi reconnaître que le travail s'inscrit dans la durée et que les rencontres doivent être rapprochées entre praticien et malade.

Même s'il ne peut en aucun cas se substituer à une prise en charge par un professionnel formé à ces thérapies, le médecin généraliste a une place centrale dans le bon déroulement du sevrage tabagique. Une étude publiée en 2006 dans la revue *Exercer* (20), montre que le médecin généraliste, à condition de travailler en réseau, obtient les mêmes résultats qu'un centre spécialisé de tabacologie. Le suivi très régulier des patients permet de créer une relation de confiance. Le contrôle du poids et de l'état du sevrage peut être facilement réalisé. Le suivi par le médecin généraliste peut favoriser l'évocation par le patient d'une autre consommation toxique comme le cannabis ou l'alcool, souvent associés au tabac. Le médecin généraliste fonctionne dans ce cadre comme une plaque tournante et permet de maintenir le lien en réseau avec psychiatre, addictologue/tabacologue et diététicien. Le tabagisme dans cette configuration est traité comme il se doit, c'est-à-dire, une « toxicomanie », une pharmacodépendance.

La connaissance du patient et son suivi sur le long terme permettent également de savoir quand il est nécessaire de proposer une prise en charge rapprochée et pluridisciplinaire concernant une éventuelle prise de poids au cours du sevrage tabagique.

IV. Objectifs de l'étude

Il n'existe pas de données concernant la tolérance vis-à-vis de la prise de poids au cours du sevrage tabagique. De même, la prise de poids maximale acceptable à partir de laquelle la grande majorité des patients en cours de sevrage va se remettre à fumer n'est pas connue. Le protocole de prise en charge du sevrage tabagique pour qu'il soit efficace doit être personnalisé. Il est donc essentiel de mieux connaître les patients les plus à risque de refumer s'ils prennent du poids.

Bien connaître les patients en cours de sevrage tabagique, c'est être à même de proposer une prise en charge adaptée, sans perte de temps ni de chance.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I Recherche bibliographique

Le moteur de recherche utilisé pour mener la recherche bibliographique préliminaire était PubMed dans la base de données en ligne Medline de la National Health Library et Google Scholar. Les mots clefs et termes MESH utilisés étaient : « Stop Smoking » ou « Smoking Cessation », « Weight Gain », « Nicotine » et « Dependance ».

II Conception de l'étude

A Type d'étude et période d'inclusion

Il s'agissait d'une étude quantitative, prospective, descriptive et observationnelle. Le questionnaire numéro un a été posé aux patients en consultation de tabacologie à l'hôpital Saint-Philibert de Lomme. Cette première étape de l'étude a débuté le 14 janvier 2014 pour se terminer le 2 décembre 2014.

Puis, six mois après cet interrogatoire, les patients ont été recontactés par téléphone pour un deuxième entretien via un questionnaire numéro deux. Cette étape de l'étude a eu lieu du 14 juin 2014 au 2 mai 2015.

B Population étudiée

Lors de la première étape de l'étude, le questionnaire numéro un a été posé systématiquement par le même médecin en consultation de tabacologie à l'hôpital Saint-Philibert de Lomme. Il a été proposé à tous les patients qui avaient rendez-vous avec ce médecin pour initier un sevrage tabagique. Les patients qui n'étaient pas suivis par ce dernier n'étaient pas inclus dans l'étude. Les patients suivis en consultation de tabacologie à l'hôpital Saint-Philibert venaient de différents services (hospitalisation récente de moins de 3 mois) : principalement la médecine ou la chirurgie vasculaire et les soins intensifs puis la pneumologie, la neurologie et la gastro-entérologie ou étaient adressés par leur médecin généraliste. Les critères d'exclusion étaient la grossesse en cours, les patients mineurs et la mauvaise compréhension de la langue française. Les questionnaires numéro un ont été remplis par le médecin lors de la consultation initiale de sevrage tabagique.

Lors de la deuxième étape, le questionnaire numéro deux a été proposé systématiquement à tous les patients ayant remplis le questionnaire numéro un. Un appel téléphonique a eu lieu six mois après l'initiation du sevrage tabagique. Les questionnaires numéro deux ont été remplis par moi-même lors de l'entretien.

V. Procédure

Le questionnaire numéro un a été posé par un médecin à tous les patients initiant un sevrage tabagique qui lui étaient affectés au cours d'une consultation de tabacologie à l'hôpital Saint-Philibert.

Six mois plus tard, les patients étaient recontactés par appel téléphonique à leur domicile. Le questionnaire numéro deux était posé par moi-même.

Les patients ont été informés oralement et par écrit du recueil anonymisé des données des deux questionnaires. Il leur a été signalé leur droit de retrait de l'étude sans aucune justification et sans répercussion sur leur prise en charge.

Les patients étaient également prévenus oralement et par un courrier qu'un deuxième contact aurait lieu dans six mois au cours d'un appel téléphonique.

Le consentement du patient a été recueilli oralement.

La CNIL a donné son accord pour cette étude.

VI. Mesures

Les questions de l'étude avaient pour objectif d'explorer : le profil socio-démographique des patients, le comportement vis-à-vis du tabac et la préoccupation pondérale à l'initiation du sevrage et six mois plus tard.

En l'absence de référentiel spécifique à la prise de poids chez les patients en cours de sevrage tabagique, des outils simples et fréquemment utilisés en médecine générale ont été choisis. Il s'agissait du calcul de l'IMC et d'une EVA concernant la préoccupation pondérale.

A Description socio-démographique

L'âge, le sexe, la situation professionnelle ont été recueillis selon les catégories utilisées par l'INSEE. Une éventuelle hospitalisation récente (moins de 3 mois) était relevée dans les dossiers des patients. Pour connaître l'importance de l'entourage du patient, l'étayage familial était évalué. Ce concept était principalement utilisé en psychiatrie. Il a été défini, entre autres, par le psychologue américain Jérôme Brunner Seymour en pédagogie comme étant « l'ensemble des interactions d'assistance de l'adulte permettant à l'enfant d'apprendre à organiser ses conduites afin de pouvoir résoudre seul un problème qu'il ne savait pas résoudre au départ » (21). Par extension et en reprenant le sens premier du verbe étayer, soit donc : soutenir et fortifier, ce concept a pu être étendu à l'adulte. Il permettait donc de connaître le soutien et la solidité des liens entre le patient et ses proches. Dans ce but, une question simple était posée au patient : « Votre entourage est-il un soutien au sevrage tabagique ? ». Les réponses des patients étaient soit « oui » soit « non ».

B Comportement vis-à-vis du tabac

1. Consommation de tabac et dépendance

L'évaluation de la dépendance à la nicotine a été réalisée par l'intermédiaire du test de Fagerström à 6 items (Annexe 1 :1). Il s'interprétait ainsi :

- Score de 0 à 2 : non dépendant(e),
- Score de 3 à 4 : dépendance faible,
- Score de 5 à 6 : dépendance moyenne,
- Score de 7 à 10 : dépendance forte à très forte.

Le score total était compris entre 0 et 10.

2. Tentative de sevrage du tabac

Pour connaître les expériences d'arrêt du tabac, il a été demandé aux patients s'ils avaient déjà essayé de ne plus fumer. Si la réponse était positive, il leur fallait préciser la durée la plus longue de sevrage tabagique.

3. Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac

L'évaluation de la motivation à l'arrêt du tabac a été réalisée par l'intermédiaire du test de Richmond à 4 items (Annexe1 :2). Il s'interprétait ainsi :

- Score de 10 à 8 : bonne motivation,
- Score de 7 à 5 : motivation moyenne,
- Score de 4 à 0 : motivation faible.

Le score total était compris entre 0 et 10.

Une EVA permettait également de compléter la question. Elle allait de 1 à 10, ces valeurs correspondant respectivement à « je ne suis pas du tout motivé(e) » et « je suis extrêmement motivé(e) ».

D. Comportement vis-à-vis du poids

Le poids et la taille du patient étaient demandés afin de calculer son IMC.

Une EVA évaluait la préoccupation pondérale. Elle allait de 1 à 10, ces valeurs correspondant respectivement à « je ne suis pas du tout préoccupé(e) » et « je suis extrêmement préoccupé(e) ».

Puis, la tolérance de la prise de poids du patient était chiffrée. C'est-à-dire que si cette valeur était dépassée, le patient pensait qu'il se remettrait à fumer. Pour évaluer cette tolérance, le patient devait donner la prise de poids maximale acceptable au cours du sevrage tabagique.

En accord avec les patients qui n'avaient aucune limite, il a été fixé arbitrairement à 100 kg la prise de poids maximale acceptable.

E. Thérapeutique

La prise en charge du patient était détaillée suivant les recommandations actuelles de l'AFSSAPS. Ce dernier pouvait donc bénéficier de TNS, varénicline ou bupropion LP sur un plan chimique. La consultation de tabacologie comportant de grandes similitudes avec les TCC, tous les patients étaient considérés comme en bénéficiant.

F. Evaluation à 6 mois

1 Evaluation à 6 mois du sevrage tabagique

L'avancée du sevrage tabagique était contrôlée à six mois par une question.

Il était demandé de répondre par oui ou par non aux patients pour savoir si leur sevrage depuis la consultation de tabacologie était non débuté, débuté mais arrêté ou toujours en cours actuellement.

4. Evaluation à 6 mois du poids

Il était évalué tout d'abord subjectivement. Il était demandé aux patients s'ils pensaient avoir pris du poids au cours des six derniers mois. La réponse était soit « oui » soit « non ».

Puis, ce dernier était mesuré objectivement à six mois, toujours grâce au calcul de l'IMC. Seul le poids était demandé aux patients, la taille donnée au cours de la consultation pour initier le sevrage servant de référence pour éviter les erreurs.

5. Evaluation à 6 mois de la thérapeutique

La prise en charge à six mois était demandée. Tout comme lors de l'initiation du sevrage tabagique, le patient pouvait bénéficier de TNS, varénicline ou bupropion LP.

G. Comorbidités

Les antécédents du patient concernant deux pathologies souvent associées à la prise de poids et au tabagisme étaient demandés. Il s'agissait de l'infarctus du myocarde et du diabète de type 2. Le choix a été fait de ne relever que ces deux antécédents. De nombreux patients qui bénéficiaient de consultation en tabacologie à Saint-Philibert étaient adressés par les soins intensifs cardiologiques où ils étaient traités pour un infarctus du myocarde. Le profil typique de ces patients a été bien défini par la Fédération Française de Cardiologie. Les principaux facteurs de risque acquis étaient: tabagisme, sédentarité, obésité abdominale, non-respect des règles hygiéno-diététiques et stress (notamment dans le cadre professionnel). Ces patients remettaient généralement en cause la quasi-totalité de leurs habitudes de vie après cet épisode aigu, principalement vis-à-vis du tabagisme et du poids. Dans le cadre de l'étude, il était donc important de connaître cet antécédent qui influait fortement sur les deux principales données étudiées. De même concernant le diabète de type 2, les patients avaient l'habitude de gérer leur alimentation, principalement les sucres et les graisses, et leur poids quotidiennement.

VII. Analyse des données

Le recueil des données a été fait sur un tableur excel.

Les analyses statistiques ont été réalisées par le logiciel Pasw Statistics 18.

Les données qualitatives sont décrites par leur effectif et fréquence.

Les données quantitatives sont décrites par la médiane et les quartiles.

Les comparaisons ont été réalisées par les tests du Khi 2 ou Fischer pour les données qualitatives.

Les comparaisons ont été réalisées par les tests U de Mann et Whitney ou Wilcoxon pour les données quantitatives.

RÉSULTATS

I Description de la population

A Données socio-démographiques

Près de 80% des 67 patients (soit 52 patients) initiant un sevrage tabagique en consultation à l'hôpital Saint-Philibert durant la période de l'étude ont répondu au questionnaire.

Une patiente a été exclue lors du contrôle téléphonique à six mois car elle était en cours de grossesse. La prise de poids n'était donc pas exploitable.

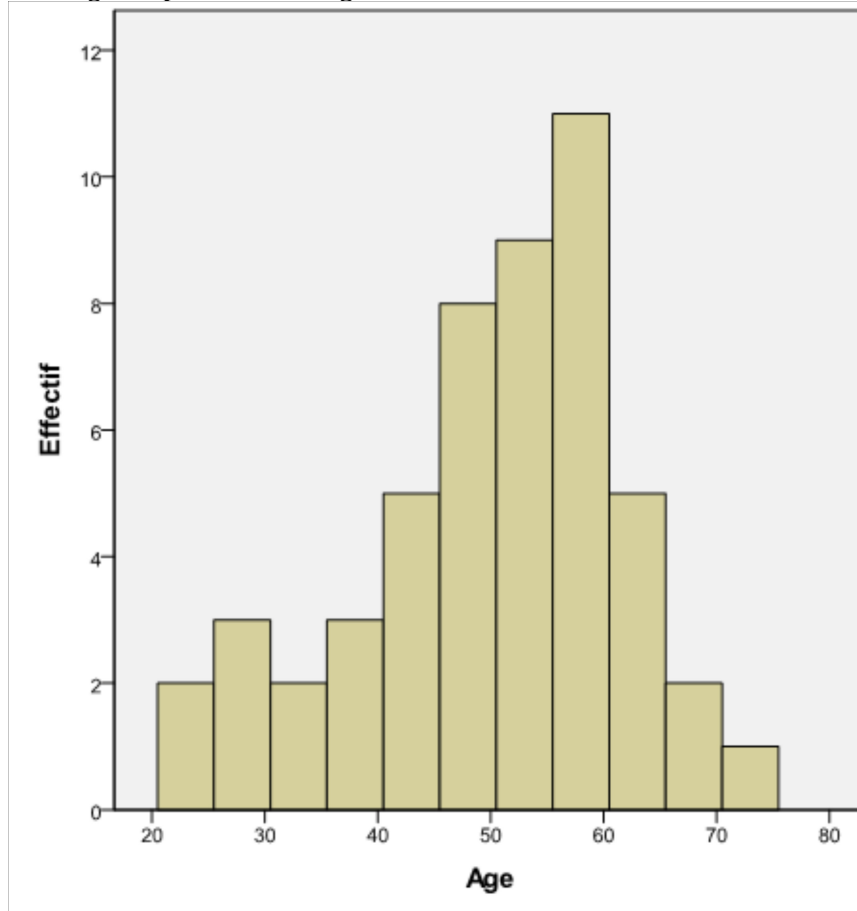
Tous les patients recontactés par téléphone à six mois ont répondu.

Au total, 51 patients ont pu être inclus dans l'étude.

Aucun patient n'a bénéficié d'un traitement par bupropion LP, cette donnée n'a donc pu être traitée.

1 Age

Figure 1 : L'âge des patients interrogés.

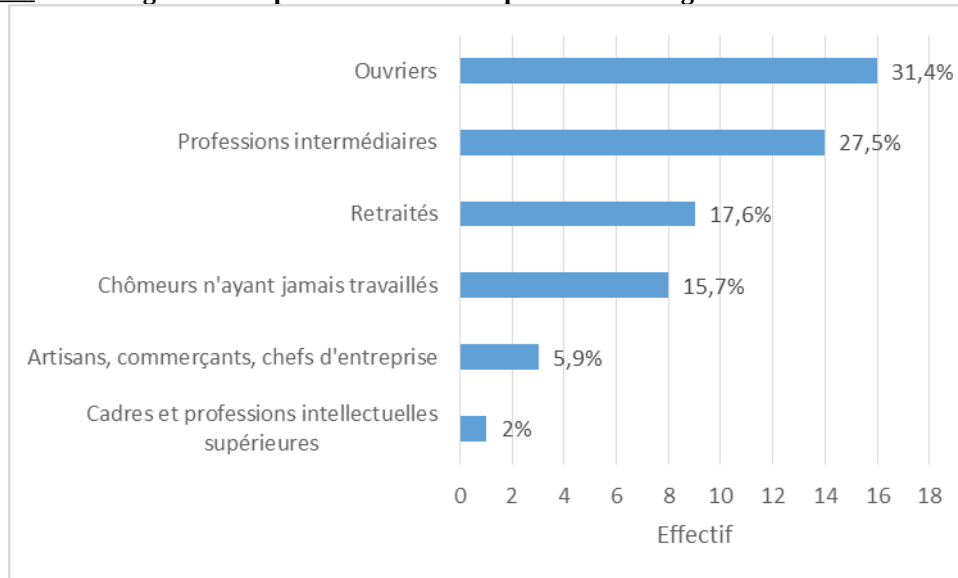


L'âge médian était de 52 ans. Le patient le plus jeune inclus avait 23 ans et le plus âgé, 71 ans. 60,8% des patients étaient âgés de 45 à 60 ans.

6. Sexe

L'échantillon interrogé était composé de 27 femmes (52,9%) et de 24 hommes (47,1%).

7. Catégories socioprofessionnelles

Figure 2 : Les catégories socioprofessionnelles des patients interrogés.

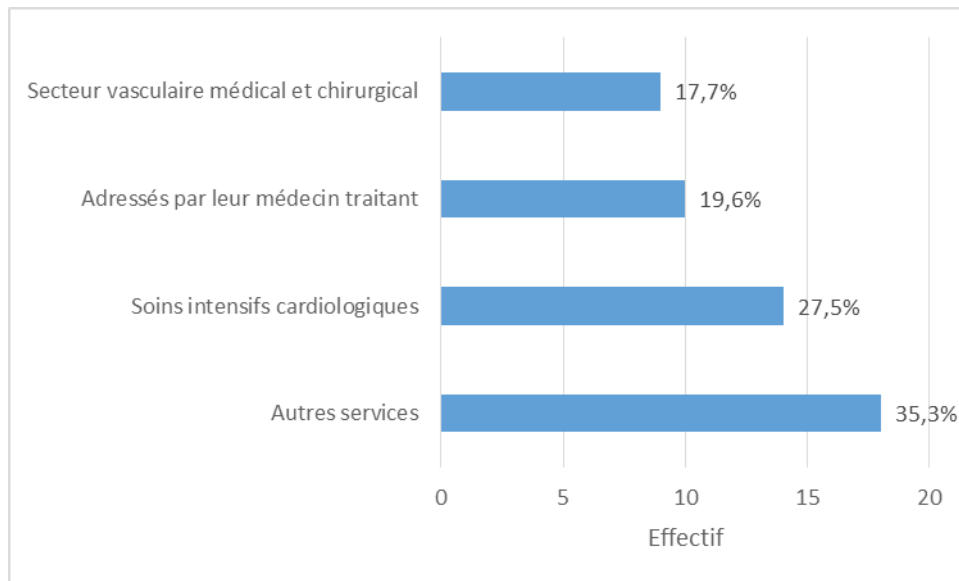
Il n'a pas été tenu compte des catégories socioprofessionnelles pour les comparaisons car les effectifs étaient trop faibles.

8. Etayage familial

42 patients (82,4%) bénéficiaient d'un étayage familial satisfaisant.

9. Hospitalisation récente (moins de 3 mois)

Figure 3 : Origine des patients



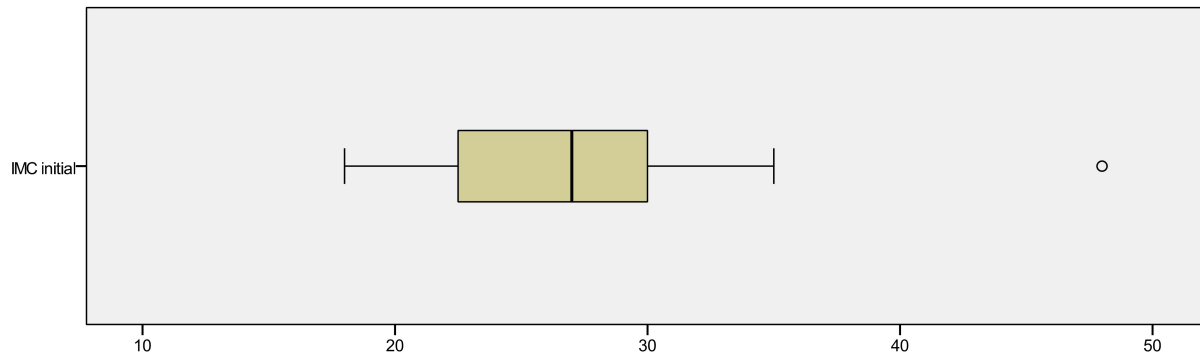
Au total, les patients hospitalisés récemment représentaient 80,4% de l'échantillon (soit 41 patients).

B Importance du poids

1 IMC initial

Le poids médian des patients interrogés était de 74 kg. La taille médiane des patients interrogés était de 1,70 m.

Figure 4 : L'IMC initial des patients interrogés.

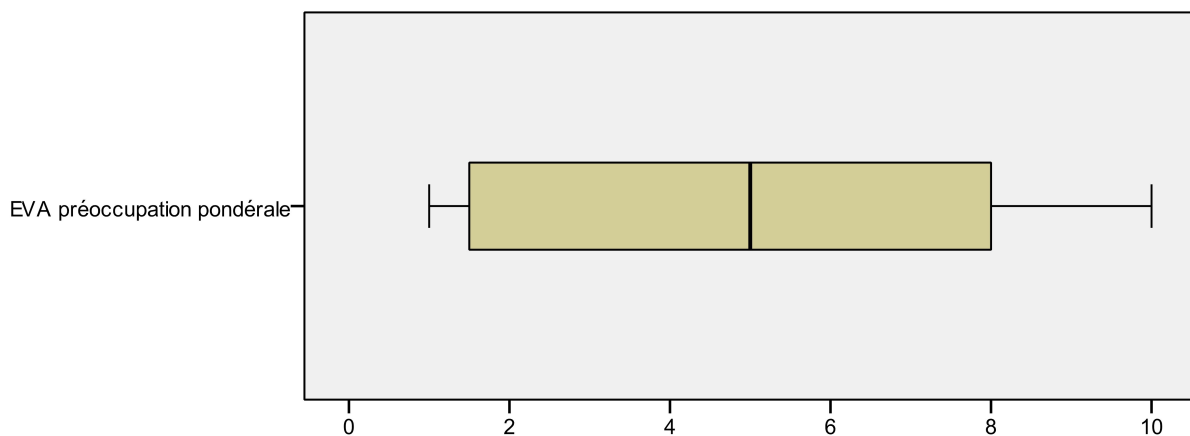


- 1 (2%) patient était maigre (IMC <18,5),
- 19 (37,3%) patients avaient un IMC normal (IMC 18,5-25),
- 18 (35,3%) patients étaient en surpoids (IMC 25-30),
- 11 (21,6%) patients avaient une obésité modérée (IMC 30-35),
- 1 (2%) patient souffrait d'obésité sévère (IMC 35-40),
- 1 (2%) patient souffrait d'obésité morbide (IMC \geq 40) et avait bénéficié d'un by-pass.

L'IMC médian des patients interrogés était de 27, ce qui correspondait à un surpoids.

1. EVA préoccupation pondérale

Figure 5 : L'EVA préoccupation pondérale des patients interrogés.



L'EVA préoccupation pondérale des patients interrogés était très étalée et plutôt homogène avec 25% des patients entre 1 et 1,5, 25% entre 1,5 et 5, 25% entre 5 et 8 et 25% entre 8 et 10.

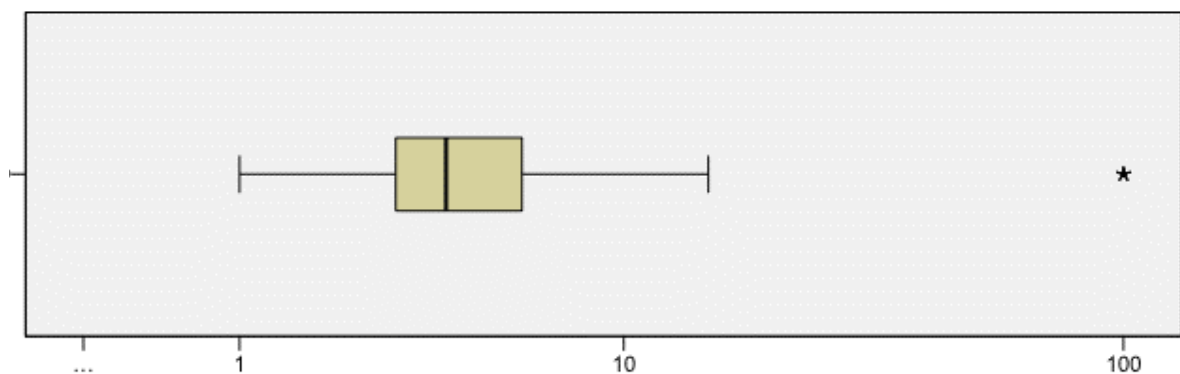
10. « Quel poids maximal accepteriez-vous de prendre en arrêtant de fumer? »

La médiane de la prise de poids maximale acceptable par les hommes interrogés était de 5,5 kg et par les femmes interrogées, de 4 kg.

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre la prise de poids maximale acceptable des hommes et celle des femmes ($p=0,08$), probablement par manque de puissance du test.

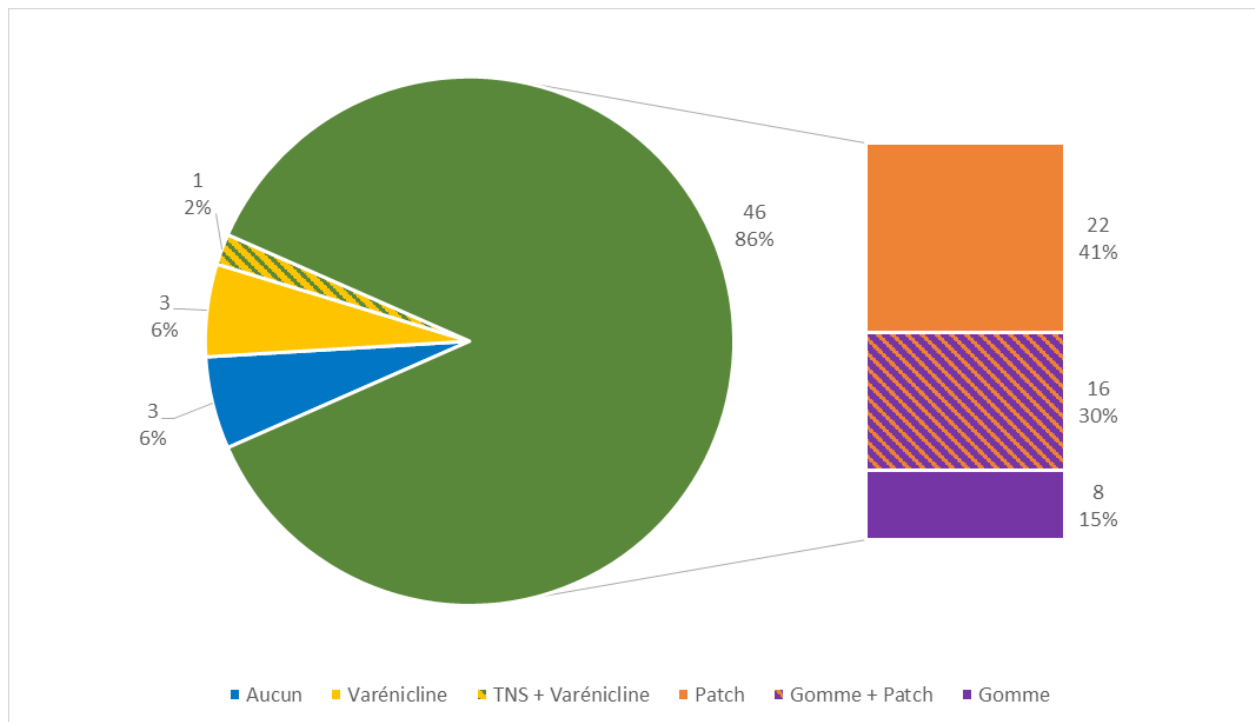
Figure 6 : « Quel poids maximal accepteriez-vous de prendre en arrêtant de fumer ? »

La prise de poids maximale acceptable était assez resserrée avec 50% de la



population étudiée qui acceptait de prendre entre 3 et 7 kg.

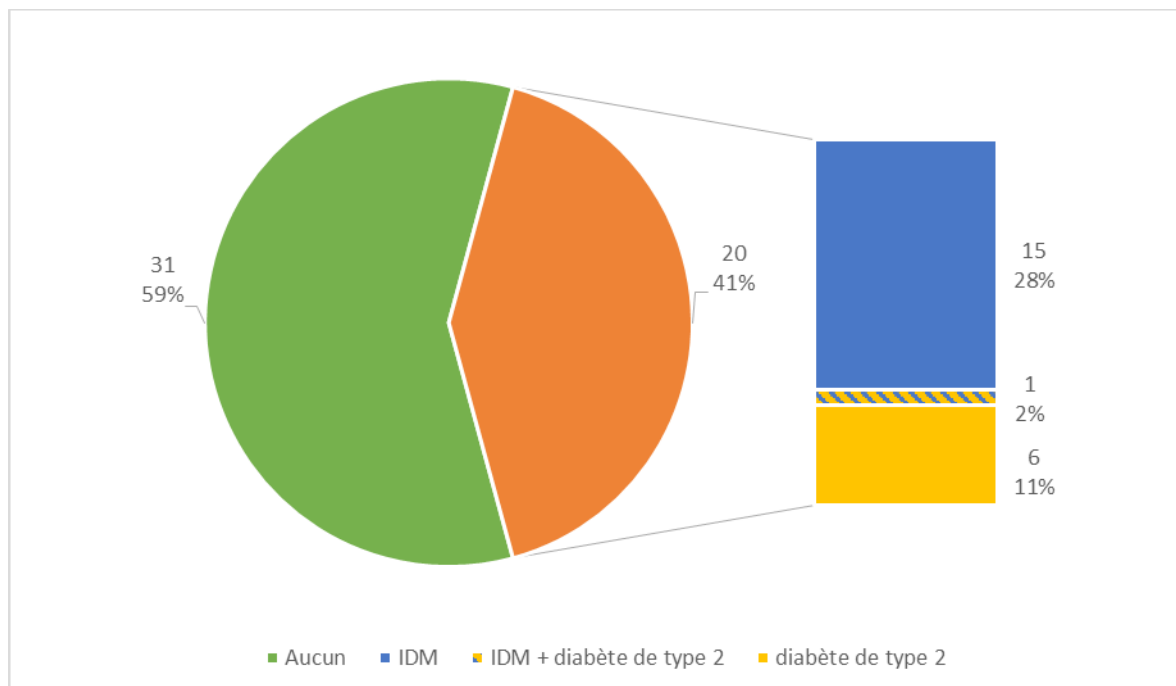
C Thérapeutique lors de l'initiation du sevrage tabagique

Figure 7 : Thérapeutique lors de l'initiation du sevrage tabagique.

Seul un patient (2%) bénéficiait d'un traitement par varénicline et TNS : patch nicotinique. Cette prescription était hors AMM et n'a pas été faite lors de l'initiation du sevrage tabagique. Cette donnée a été obtenue lors du contrôle téléphonique à 6 mois et a été corrigée a posteriori pour être le plus précis possible dans la thérapeutique réellement suivie.

D Comorbidités : IDM et diabète de type 2.

Figure 8 : Antécédents des patients interrogés : IDM et diabète de type 2.



59% des patients n'avaient pas d'antécédents médicaux amenant à suivre un régime particulier (avec surveillance du poids, réduction des graisses et du sel...).

VIII. Histoire du tabagisme

A Evaluation de la dépendance à la nicotine : test de Fagerström

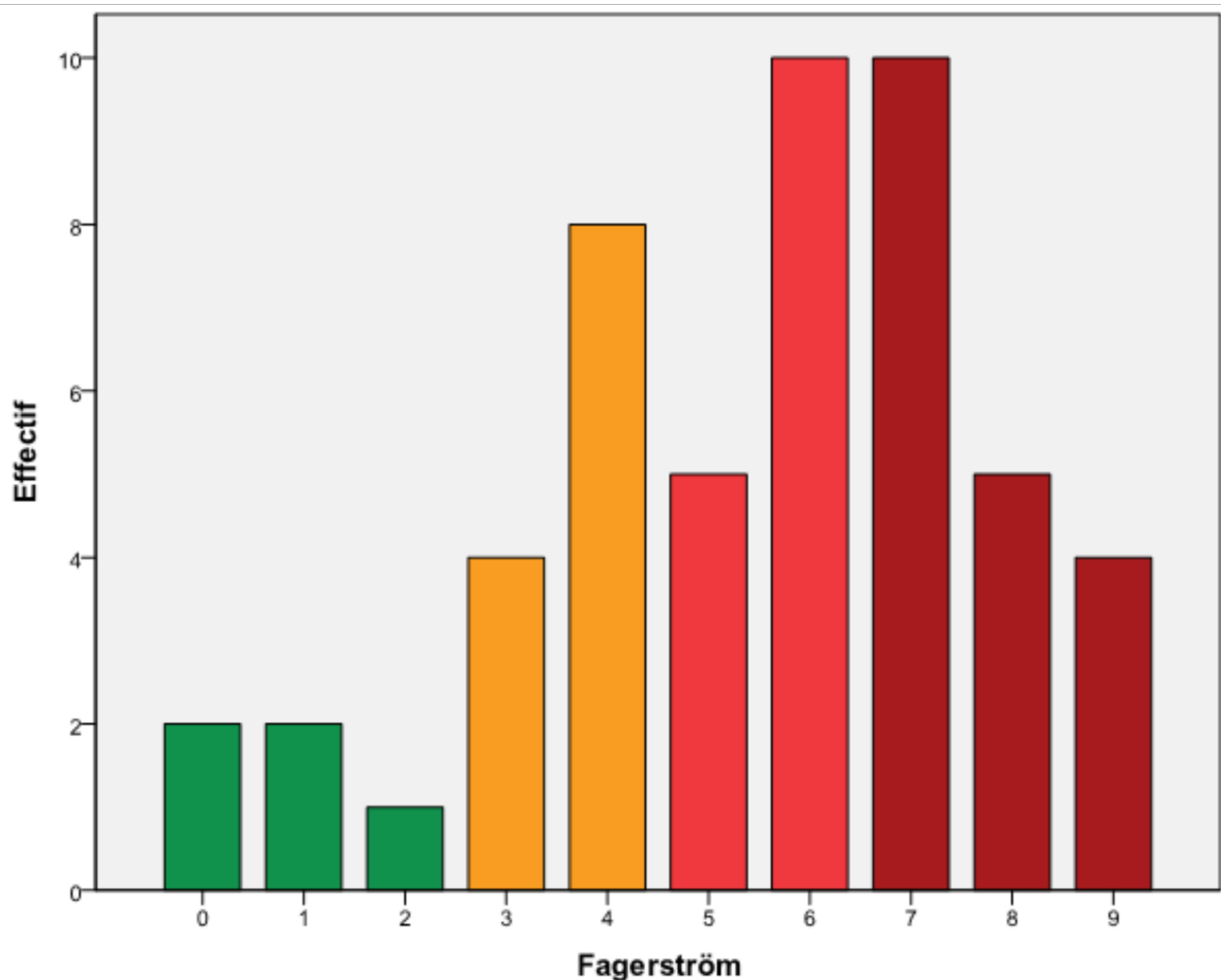
Figure 9 : La dépendance à la nicotine chez les patients interrogés.

Score de 0 à 2 : Non dépendant(e),

Score de 3 à 4 : Dépendance faible,

Score de 5 à 6 : Dépendance moyenne,

Score de 7 à 10 : Forte ou très forte dépendance.



La médiane de la dépendance chiffrée des patients interrogés était de 6 ce qui correspondait à une dépendance moyenne à la nicotine.

H. Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac

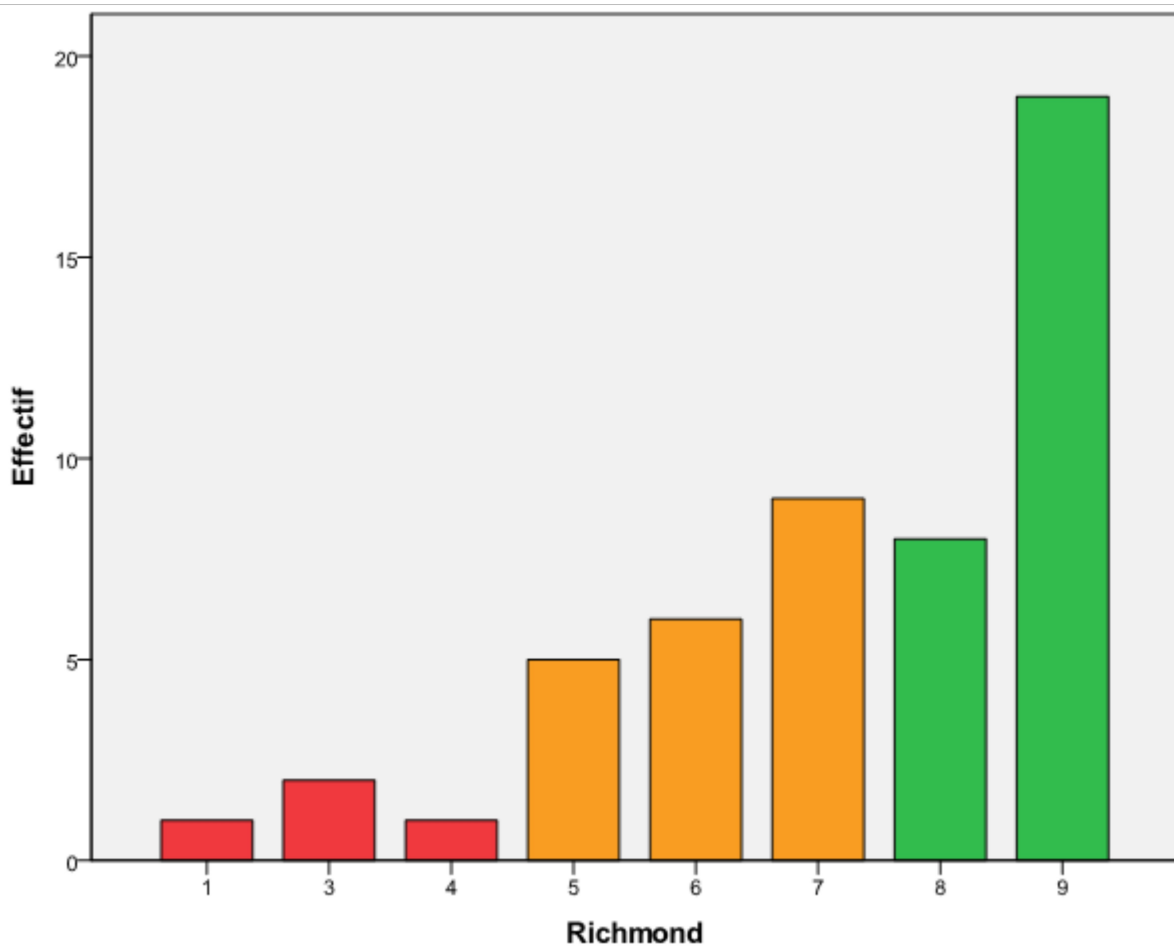
1 Test de Richmond

Figure 10 : La motivation à l'arrêt du tabac chez les patients interrogés.

Score de 0 à 4 : Motivation faible,

Score de 5 à 7 : Motivation moyenne,

Score de 8 à 10 : Bonne motivation.



La médiane de la motivation chiffrée des patients interrogés était de 8 ce qui correspondait à une bonne motivation à l'arrêt du tabac.

2 EVA motivationnelle

La médiane de l'EVA motivationnelle des patients interrogés était de 8 ce qui correspondait à une bonne motivation à l'arrêt du tabac.

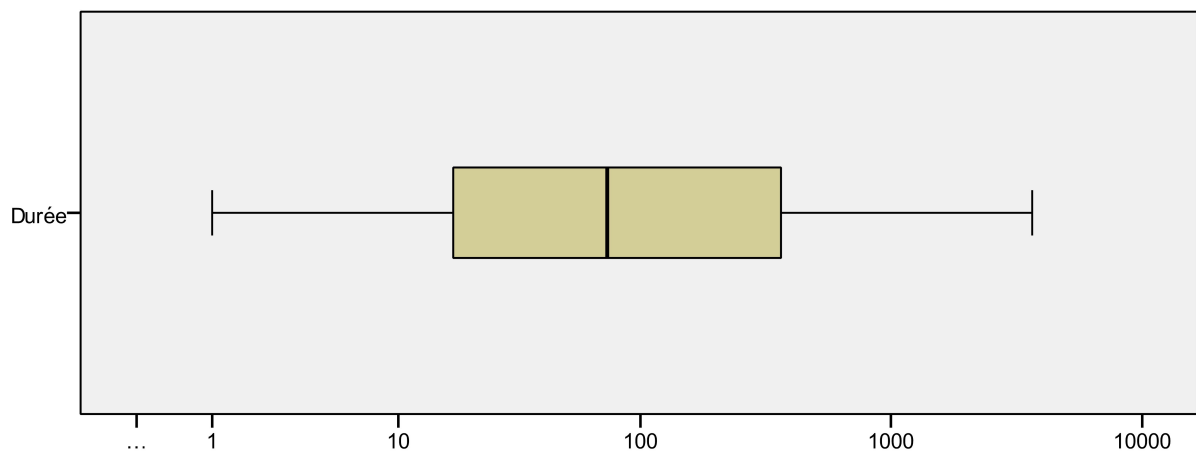
I. Tentative de sevrage tabagique

1 Tentative de sevrage antérieur

36 (70,6%) patients avaient déjà tenté de se sevrer en tabac.

2 Durée maximale du sevrage tabagique

Figure 11 : La durée maximale de sevrage des patients interrogés.



La médiane de durée du sevrage tabagique le plus long des patients interrogés était de 75 jours (soit 2 mois $\frac{1}{2}$).

IX. Evaluation à 6 mois

A Evaluation à 6 mois du sevrage tabagique

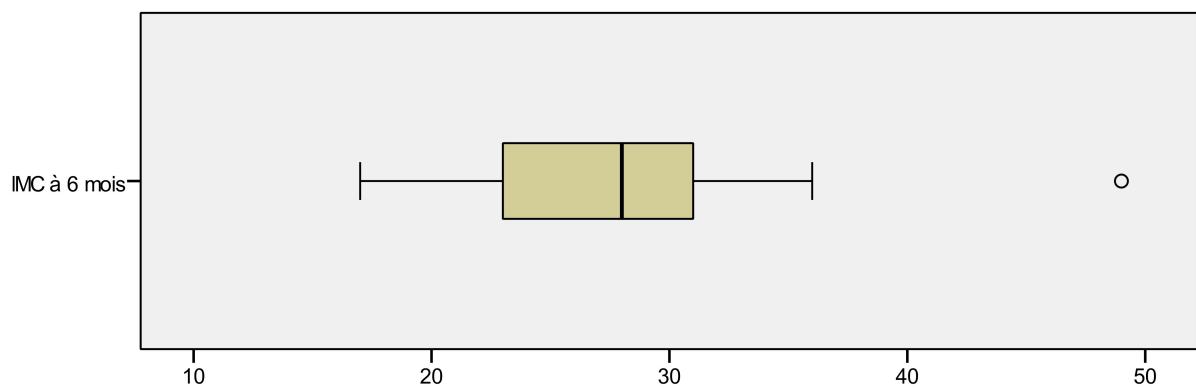
23 (45,1%) poursuivaient leur sevrage tabagique à 6 mois.

J. Evaluation à 6 mois du poids

1 IMC à 6 mois

Le poids médian des patients interrogés était de 80 kg (le poids médian initial était de 74 kg).

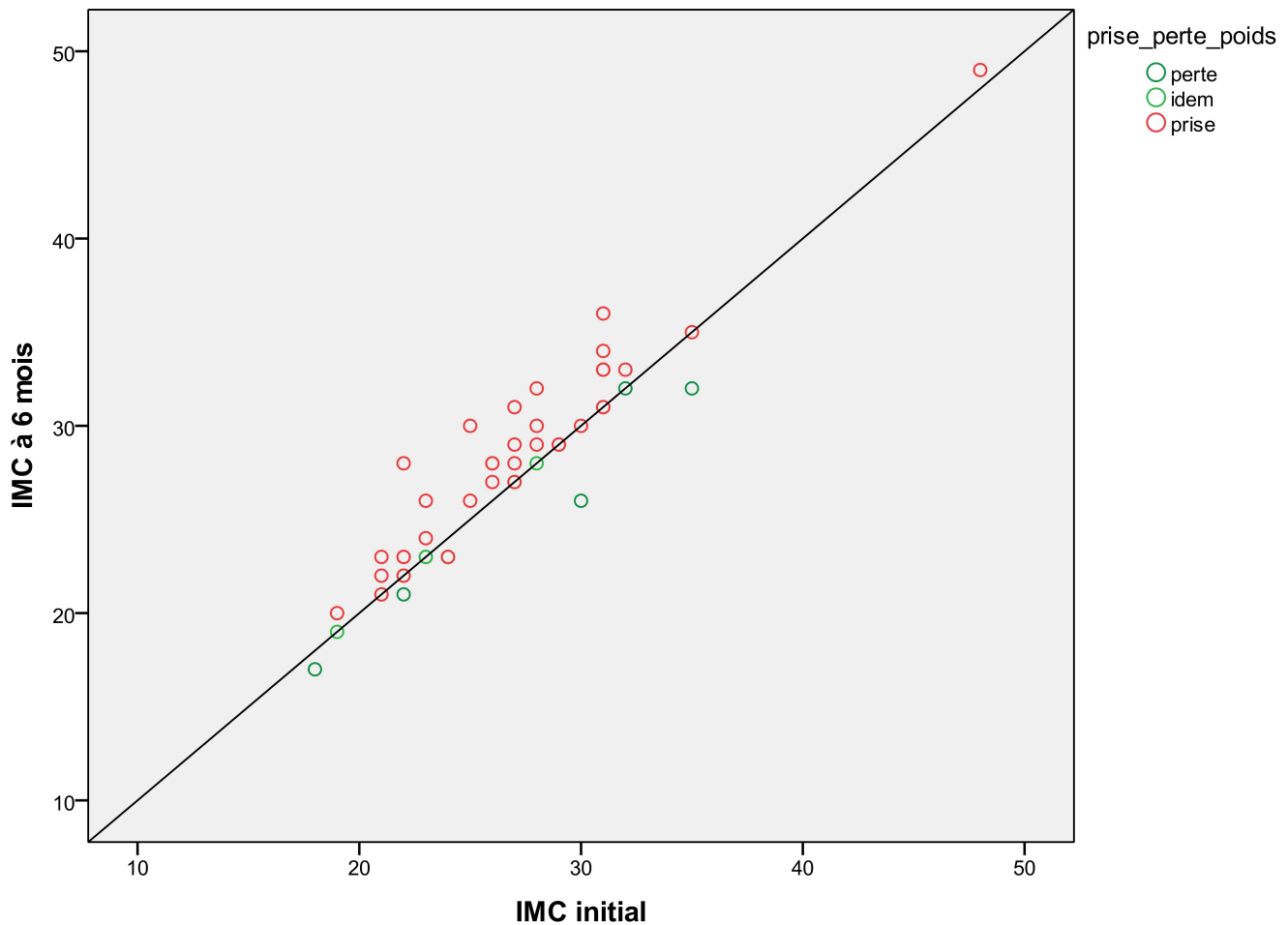
Figure 12 : L'IMC à 6 mois des patients interrogés.



L'IMC médian des patients interrogés était de 28, ce qui correspondait à un surpoids.

2 Variation pondérale à 6 mois

Figure 13 : La variation pondérale à 6 mois des patients interrogés.



A 6 mois :

- 36 patients (70,6%) avaient pris du poids,
- 9 patients (17,6%) avaient perdu du poids,
- 6 patients (11,8%) avaient conservé le même poids.

A 6 mois, pour les patients ayant perdu du poids :

- La médiane de la perte de poids était de 2 kg,
- la perte de poids maximale était de 15 kg,
- la perte de poids minimale était de 1 kg.

A 6 mois, pour les patients ayant pris du poids:

- la médiane de la prise de poids était de 3,5 kg,

- la prise de poids maximale était de 17 kg,
- la prise de poids minimale était de 1 kg.

A 6 mois, il existait une prise de poids significative tous patients confondus ($p=0,001$).

11. Pensez-vous avoir pris du poids depuis 6 mois ?

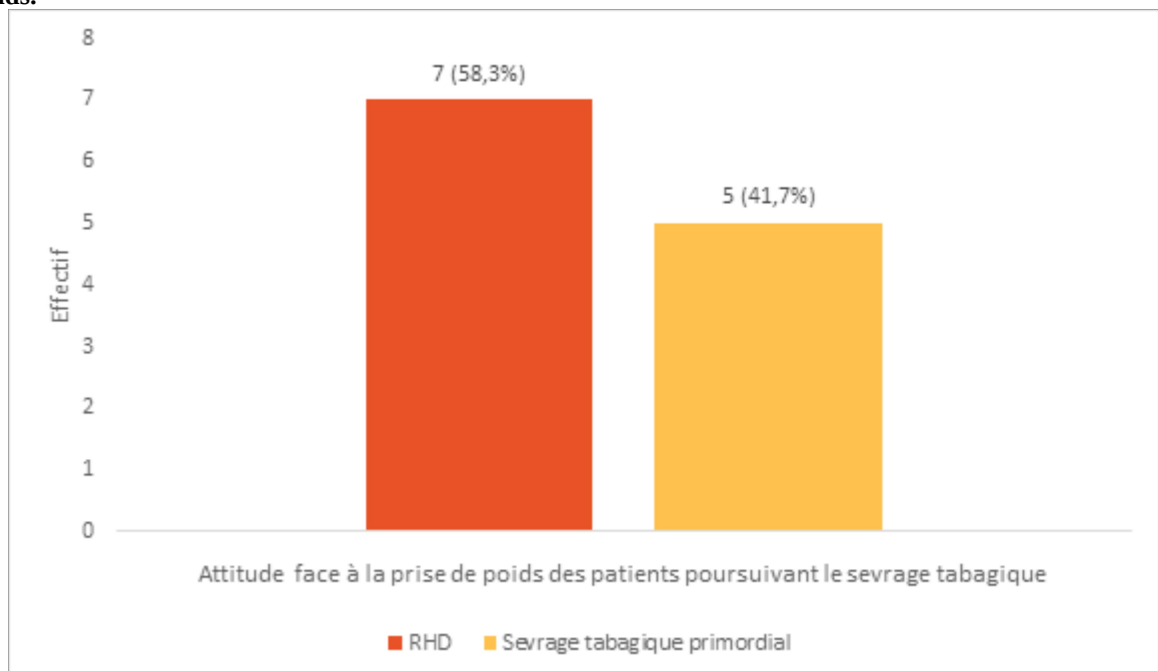
20 patients (39,2%) croyaient ne pas avoir pris de poids.

Il existait une concordance significative ($\kappa=0,65$) entre la perception subjective de la prise de poids et le poids réel des patients ($p<10^{-3}$).

K. Evaluation à 6 mois du comportement face à la prise de poids

1 Chez les patients poursuivant le sevrage tabagique et ayant pris du poids

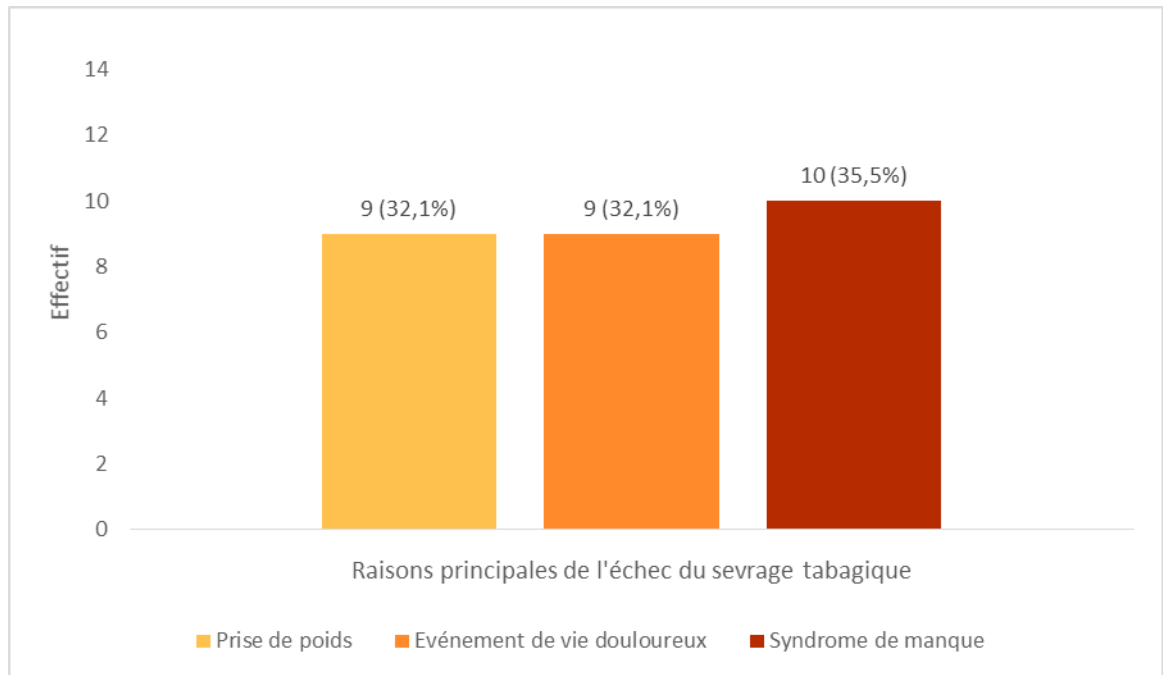
Figure 14 : L'attitude face à la prise de poids des patients poursuivant le sevrage tabagique et ayant pris du poids.



La répartition était plutôt homogène entre les patients initiant de nouvelles RHD et ceux conservant leurs habitudes de vie.

12. Chez les patients ayant repris le tabac

Figure 15 : Principales raisons citées de l'échec au sevrage tabagique.

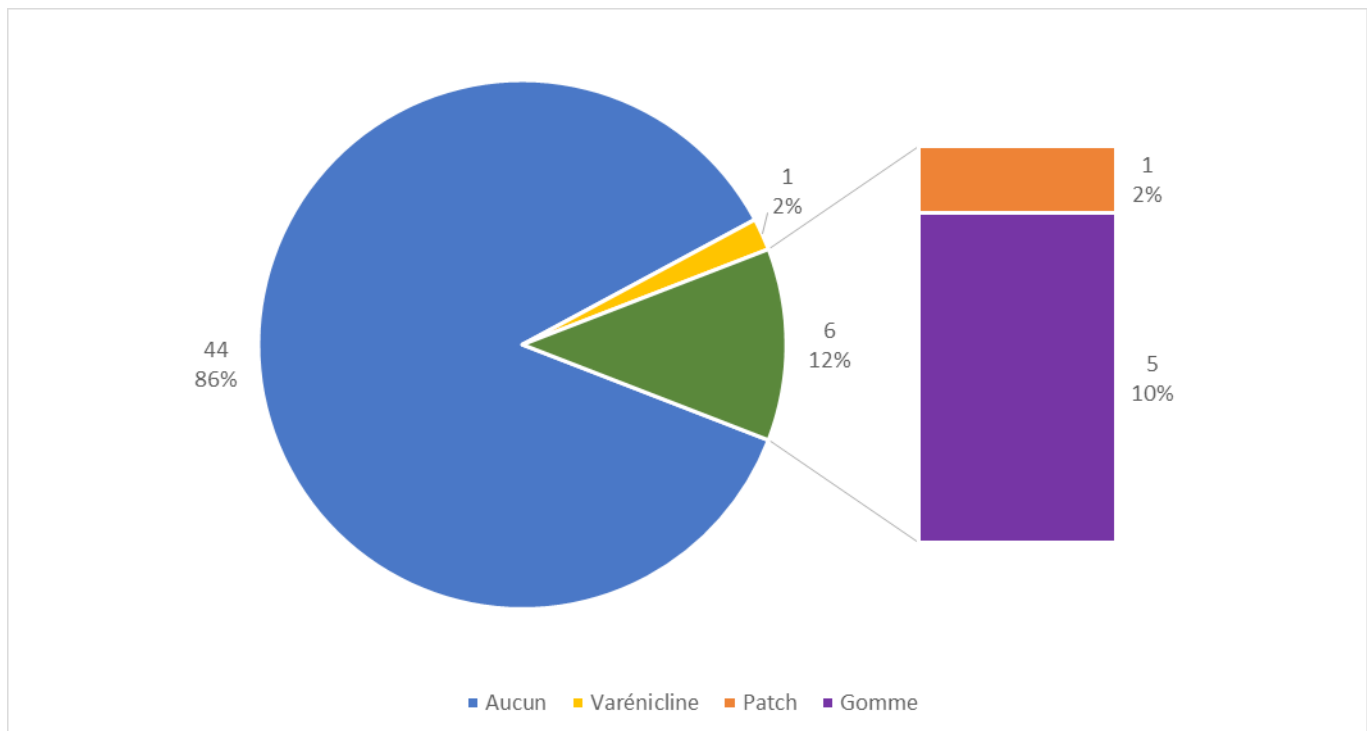


La répartition était plutôt homogène entre les différentes causes de rechute citées par les patients.

Il existait un lien significatif ($p=0,010$) entre la raison de rechute évoquée par les patients : la prise de poids et la prise de poids réelle.

Les patients qui refumaient à 6 mois et dont la raison principale de rechute citée était la prise de poids avaient significativement dépassé la prise de poids maximale qu'ils s'étaient fixée ($p=0,007$).

E Evaluation à 6 mois de la thérapeutique

Figure 11 : La thérapeutique à 6 mois des patients interrogés.

Les gommes étaient les TNS les plus consommés à 6 mois de sevrage tabagique. Les patients les mâchant évoquaient une utilisation limitée (une à cinq gommes par semaine) et surtout sa dimension contraphobique (toujours en avoir une boîte sur soi en cas de tentation).

X. Facteurs limitant la prise de poids

A Antécédents : IDM et diabète de type 2

Tableau 1 : L'impact des antécédents (IDM et diabète de type 2) sur la prise de poids.

	Prise de poids n=26 (51%)	Pas de prise de poids n=25 (49%)	p
Antécédents oui	7 (35%)	13 (65%)	0,067 NS
non	19 (61,3%)	12 (38,7%)	

Même si les patients souffrant d'IDM et/ou de diabète de type 2 étaient incités à surveiller leur alimentation, ils n'étaient pas favorisés dans le contrôle de leur poids ($p=0,067$).

L. TNS à 6 mois

Tableau 2 : L'impact des TNS sur la prise de poids.

	Prise de poids n=9 (42,9%)	Pas de prise de poids n=12 (57,1%)	p
TNS à 6 mois oui	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0,125 NS
non	8 (53,3%)	7 (46,7%)	

La poursuite des TNS 6 mois après l'initiation du sevrage tabagique ne permettait pas de décaler la prise de poids dans cet échantillon ($p=0,125$).

M. Etayage familial

L'étayage familial n'était finalement pas une aide pour limiter la prise de poids au cours du sevrage tabagique ($p=0,737$).

N. Hospitalisation récente

Le fait d'avoir été hospitalisé récemment (moins de 3 mois), donc d'avoir eu un problème de santé aigu, ne limitait pas la prise de poids au cours du sevrage tabagique ($p=0,474$).

XI. Facteurs favorisant la rechute

A Comparaison univariée

Tableau 3 : Comparaison univariée concernant le sevrage tabagique à 6 mois.

Les femmes poursuivaient significativement moins le sevrage tabagique à 6 mois que les hommes ($p < 10^{-3}$).

		Sevré n=23 (45.1%)	Nonsevré n=28 (54.9%)	p
Antécédents	oui	12 (60%)	8 (40%)	0,086 NS
	non	11 (35.5%)	20 (64.5%)	
Limite de poids maximale acceptable dépassée	oui	4 (30.8%)	9 (69.2%)	0,229 NS
	non	19 (50%)	19 (50%)	
Sexe	homme	18 (75%)	6 (25%)	<10 ⁻³
	femme	5 (18.5%)	22 (81.5%)	
Sevrages antérieurs	oui	15 (41.7%)	21 (58.3%)	0,446 NS
	non	8 (53.3%)	7 (46.7%)	
Blavage familial	oui	18 (42.9%)	24 (57.1%)	0,487 NS
	non	5 (55.6%)	4 (44.4%)	
Hospitalisation récente (moins de 3 mois)	oui	19 (46.3%)	22 (43.7%)	0,013
	non	9 (90%)	1 (10%)	
Age		médiane: 53	médiane: 51	0,410 NS
IMC initial		médiane: 27	médiane: 25	0,275 NS
EVA motivationnelle		médiane: 7	médiane: 8	0,185 NS
Motivation chiffrée		médiane: 8	médiane: 7	0,295 NS
Dépendance chiffrée		médiane: 4	médiane: 6.5	0,022

Le fait d'être hospitalisé récemment (moins de 3 mois), donc d'avoir eu un problème de santé aigu, favorisait la poursuite du sevrage tabagique à 6 mois ($p=0,013$).

Plus la dépendance chiffrée était élevée moins les patients poursuivaient le sevrage tabagique à 6 mois ($p=0,022$).

Par contre, la limite de poids maximale acceptable lorsqu'elle était dépassée ne favorisait pas la rechute à 6 mois ($p=0,229$).

C Comparaison multivariée

Les données présentées dans le tableau 3 ci-dessus ont été incluses dans un modèle de régression logistique.

Tableau 4 : Comparaison multivariée concernant le sevrage tabagique à 6 mois.

	Sevrage en cours à 6 mois OR
Sexe: femme	0,072
Motivation chiffrée	1,493
Dépendance chiffrée	0,758

Les facteurs suivant augmentaient la probabilité de refumer à 6 mois :

- être une femme,
- avoir une motivation chiffrée faible au sevrage tabagique,
- avoir une dépendance chiffrée forte à la nicotine.

DISCUSSION

I Validité des résultats

A Limite et force de l'étude

Le recrutement des patients a été réalisé dans un lieu unique en périphérie d'une grande ville. L'échantillon étudié était donc exclusivement citadin. Les patients avaient été pour la majorité récemment hospitalisés (moins de 3 mois) et avaient un bon suivi. La population pouvait donc être sensiblement identique à celle d'un cabinet de ville.

Presque toutes les données étaient déclaratives. Seuls les antécédents, les traitements et une hospitalisation récente étaient contrôlés dans les dossiers médicaux lorsque cela était possible.

Le questionnaire a été proposé à tous les patients en capacité de répondre : les déficients mentaux, les patients avec des pathologies psychiatriques lourdes et les patients ne comprenant pas le Français ont été exclus de l'étude.

Aucun patient n'a refusé de participer à l'étude. Près de 80% des patients initiant un sevrage tabagique pendant la période de l'étude ont répondu au questionnaire.

Trois biais ont été relevés dans cette étude :

- le biais de sélection qui apparaissait chaque fois que la probabilité qu'un patient entre dans une étude était liée à un (ou plusieurs) facteur(s) étudiés (principalement concernant la représentativité des services d'hospitalisation et des antécédents des patients, ce biais est détaillé dans la partie B. Représentativité de l'échantillon),

- le biais de subjectivité de l'enquêteur, même si ce dernier était le plus neutre possible, qui pouvait orienter les réponses,

- le biais de mémorisation/valorisation du patient, qui pouvait minimiser plus ou moins volontairement sa prise de poids ou sa consommation de tabac.

F Représentativité de l'échantillon

1 Les données socio-démographiques

L'âge : la tranche des fumeurs la plus représentée dans l'échantillon était celle des [45;54] ans (19,6%). Dans la population générale, la tranche des [45;54] ans représente 34,5% des fumeurs. La tranche la plus importante des fumeurs dans la population générale est celle des [20;25] ans avec 44,8%.

La tranche des fumeuses la plus représentée dans l'échantillon était celle des [55;64] ans (19,6%). Dans la population générale, la tranche des [55;64] ans représente 18,6% des fumeuses. La tranche la plus importante des fumeuses dans la population générale est celle des [20;25] ans avec 32,5%. (22)

Le sexe : l'échantillon était constitué majoritairement de femmes fumeuses (52,9%). Même si le tabagisme se féminise, les femmes fument moins que les hommes dans la population générale (22).

Les catégories socioprofessionnelles : l'échantillon comportait une représentation des catégories socioprofessionnelles propre à une zone urbaine et défavorisée (Nord/Pas-De-Calais : cinquième département dont l'intensité de la pauvreté est la plus élevée : indicateur qui permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté) (23).

Les cadres, artisans, commerçants, chefs d'entreprises et les agriculteurs étaient sous-représentés par rapport aux fumeurs dans la population générale. Les proportions d'ouvriers, de professions intermédiaires et de chômeurs étaient sensiblement identiques à celles des fumeurs dans la population générale (22).

L'étayage familial : l'échantillon bénéficiait globalement d'un bon étayage familial car les patients n'étaient pas désocialisés comme lors de la consommation d'autres drogues et n'avaient pas d'antécédents psychiatriques invalidants.

L'hospitalisation récente (moins de 3 mois) : l'échantillon comportait peu de patients provenant du service de pneumologie (7,8%) car ces derniers étaient directement pris en charge par un pneumologue/tabacologue. Il s'agissait d'un biais de sélection.

2 Les données des questionnaires

Les antécédents (IDM et diabète de type 2): l'échantillon sur-représentait les patients ayant pour antécédents un IDM et/ou un diabète de type 2 par rapport aux patients fumeurs de la population générale (24). Cette différence s'expliquait principalement par l'hospitalisation récente (moins de 3 mois) de nombreux patients dans le service de cardiologie (27,5%) et dans le service de médecine ou de chirurgie vasculaire (17,7%). Il s'agissait d'un biais de sélection.

L'IMC: l'échantillon comportait majoritairement des patients en surpoids ou obèses. Cette catégorie de patients ne représentait que 32,3% de la population générale (24). Cette forte représentation de patients en surpoids s'expliquait car le Nord/Pas-De-Calais était le département comptant le plus d'obèses (21,3%) (24).

Les sevrages antérieurs: l'échantillon était représentatif des tentatives d'arrêt du tabac dans la population générale (22).

II Les données actuelles de la science

La Revue du Praticien (25) propose un protocole de soins concernant la prise en charge des patients fumeurs. Cet article expose le modèle des 5 A. Il fonctionne en cinq étapes :

- Ask : évoquer le tabac le plus souvent possible,
- Advise : expliquer l'importance d'arrêter de fumer et en rappeler les méfaits,
- Assess : caractériser l'histoire du tabagisme et rechercher d'éventuelles pathologies associées,
- Assist : aider le patient sur un plan pharmacologique et psychologique,
- Arrange : mettre en place un suivi régulier du patient souhaitant initier un sevrage tabagique.

Cette thèse complète le protocole de soins en proposant un questionnaire réalisable par tous. Elle y ajoute l'importance de surveiller le poids et la définition d'un profil de patient dit « à risque » de refumer pour personnaliser la prise en charge au maximum.

La Revue des Maladies Respiratoires (26) définit précisément les facteurs influençant le pronostic du sevrage tabagique. Les déterminants favorables liés au patient sont : être dans sa 3^{ème} ou 4^{ème} décennie de vie, avoir un niveau de formation et socioprofessionnel élevés, exercer une activité professionnelle, avoir une vie de couple et une situation affective stable, avoir une faible consommation et une faible dépendance tabagiques, ne pas avoir de maladie somatique ou psychiatrique, avoir un faible niveau de consommation d'alcool et de café, avoir un poids stable et un attachement à sa stabilité, avoir déjà tenté de se sevrer et que les durées de sevrage soient longues (supérieures à 6 mois).

Cette thèse cherche à définir beaucoup plus sommairement un profil de patient dit « à risque » de refumer. L'objectif étant de proposer un questionnaire facilement utilisable par un grand nombre de professionnels sans perte de temps. Les questions ont été réduites au maximum et recentrées autour de la problématique pondérale.

L'étude publiée par la Cochrane Collaboration (27) situe la prise de poids moyenne dans l'année du sevrage tabagique à 4,7 kg. Elle précise qu'il existe de grandes disparités avec $\frac{1}{4}$ des patients qui prennent moins de 1 kg et un autre $\frac{1}{4}$ qui prennent plus de 8 kg. La Cochrane Collaboration souligne également que la baisse des risques cardio-vasculaires grâce à l'arrêt du tabac est bien supérieure aux conséquences liées à la prise de poids.

Dans cette thèse, il est intéressant de noter que la prise de poids médiane maximale acceptable des patients est de 4 kg, soit sensiblement la prise de poids effectivement prise par les patients dans la réalité.

Cette thèse a pour but d'aider à dépister un facteur favorisant la reprise du tabac. Même si la prise de poids est moins néfaste pour la santé que la poursuite du tabagisme, elle est à prendre en compte surtout parce qu'elle est l'une des principales causes d'échec au sevrage.

XII. Principaux résultats

A L'importance du poids

L'IMC varie significativement entre le début du sevrage tabagique et six mois plus tard, avec une prise de poids médiane de 3,5 kg. Les patients y accordent de l'importance et surveillent ce critère car il existe une bonne concordance entre la prise de poids objective et le ressenti.

Quand la cause citée pour expliquer l'échec du sevrage tabagique est la prise de poids, les patients prennent effectivement plus de poids que la médiane de l'échantillon et dépassent significativement la limite maximale acceptable qu'ils s'étaient fixée.

Par contre, la limite de poids maximale acceptable lorsqu'elle est dépassée ne favorise pas la rechute à 6 mois ($p=0,229$).

La limite maximale acceptable de prise de poids médiane (4 kg) et surtout celle propre à chaque patient sont essentielles pour le suivi.

Le poids a donc un impact réel sur la poursuite ou non du sevrage tabagique dans cet échantillon.

D Un profil de patient dit « à risque »

Le profil de patient est dit « à risque » de refumer si au moins un des critères suivant est positif:

- être une femme et/ou
- avoir une dépendance à la nicotine forte et/ou
- avoir une motivation au sevrage faible et/ou
- ne pas avoir été hospitalisé récemment (moins de 3 mois).

XIII. Vers un protocole de soins personnalisé

A Questionnaire avant l'initiation d'un sevrage tabagique

Le questionnaire réalisé à l'issue de cette étude se veut pragmatique : déterminer rapidement lors de l'initiation d'un sevrage tabagique un profil de patient pour proposer un suivi personnalisé. Le questionnaire doit être utilisable par tous les professionnels de santé, en libéral comme en hospitalier, sans perte de temps pour le praticien ni de chances pour le patient.

Le questionnaire permet d'être systématique et de ne rien oublier mais il ne bouleverse pas le déroulement habituel d'une consultation d'initiation au sevrage tabagique.

Le questionnaire recense le sexe et une hospitalisation récente (moins de 3 mois) ou non. Au cours de l'interrogatoire, les antécédents du patient sont facilement évoqués.

Il reprend également des tests déjà connus et éprouvés : les tests de Fagerström et de Richmond en quatre questions, pour évaluer respectivement la dépendance et la motivation.

Puis il relève l'IMC et la limite maximale acceptable de prise de poids. Il est rapide de recenser le poids et la taille du patient. La limite maximale acceptable doit être bien expliquée, sans inquiéter le patient. Elle permet de connaître d'éventuelles appréhensions concernant le poids et de suivre précisément le patient.

Questionnaire avant l'initiation d'un sevrage tabagique:

Sexe :

Homme.....

Femme.....

Hospitalisation :

Avez-vous récemment été hospitalisé (moins de 3 mois) ?

Oui 0

Non 1

Evaluation de la dépendance à la nicotine Fagerström : annexe 1.1

Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac Richmond: annexe 1.2

Poids :

Poids Taille IMC

Quel poids maximal accepteriez-vous de prendre en arrêtant de fumer?

O. Protocole de soins personnalisé

1 Profil de patient dit « à risque »

Un suivi rapproché est proposé avec :

Le médecin généraliste / tabacologue: au moins une fois/mois pour surveiller le poids, recentrer les objectifs et adapter les TNS. Le médecin généraliste est le référent pour permettre une bonne coordination des différents intervenants en réseau.

- Le rappel des RHD de base est fait : respecter la prise de trois repas/jour, ne pas grignoter, avertir le patient du risque d'appétence majorée pour le sucre,

- L'importance de la pratique d'une activité sportive est soulignée (après bilan cardio-vasculaire si besoin).

- La tolérance et l'efficacité des TNS sont évoquées à chaque consultation et éventuellement réadaptées.

- Le suivi du poids est bien entendu central et est évalué systématiquement pendant l'interrogatoire.

Le diététicien : au moins une consultation initiale est programmée pour anticiper d'éventuelles compensations alimentaires et poser de bonnes bases hygiéno-diététiques.

Si la prise de poids du patient s'approche de la limite maximale acceptable qu'il s'était fixée, il faut que le praticien soit vigilant, rappelle les RHD de bases et s'assure qu'au moins une consultation a été prise chez le diététicien.

Concernant la limite de prise de poids maximale acceptable médiane (4 kg) : cette donnée est surtout utile pour le suivi des patients qui ne se fixent pas de réelle limite de prise de poids. Si le patient s'en approche, la démarche est identique à celle proposée pour la limite propre au patient.

Les consultations sont ensuite rapprochées ou espacées selon l'évolution du patient.

13. Patient hors profil dit « à risque »

Le suivi par le médecin généraliste reste important avec au moins une consultation/mois. La surveillance systématique du poids est appliquée. Le praticien reste également vigilant sur l'efficacité des TNS.

14. Quel que soit le profil du patient

Ce questionnaire est aussi l'occasion de faire le point sur l'état de santé du patient.

Un bilan pneumologique et cardiologique doit être fait si besoin. Ces deux spécialités font partie intégrante de la prise en charge de patients présentant un facteur de risque cardio-vasculaire et pneumologique majeur.

Le suivi psychiatrique ne doit pas être négligé. Le sevrage tabagique peut être une période à risque de décompensation chez certains patients fragiles avec des troubles psychiatriques ou peut aussi révéler une dépression larvée.

D'autres spécialistes peuvent être amenés à intervenir notamment l'urologue et le gastro-entérologue.

CONCLUSION

Les politiques de santé publique ont amené à une diminution de la prévalence du tabagisme en France mais des efforts restent à faire concernant le sevrage.

La thèse a permis de confirmer l'importance de la prise de poids sur la réussite du sevrage tabagique et la nécessité d'en déterminer une limite maximale acceptable a priori.

Un questionnaire incluant l'importance de la prise de poids a pu être rédigé. Il peut être posé lors de l'initiation de tout sevrage tabagique. L'objectif était qu'il soit facile à utiliser rapidement par tous les professionnels de santé et ne perturbe pas une consultation habituelle d'initiation au sevrage.

Ce questionnaire permet de déterminer un profil de patient dit « à risque » de refumer. Puis un protocole de soins personnalisé est mis en place dès l'initiation du sevrage tabagique.

Le médecin généraliste est le référent de cette prise en charge où participent entres autres : le tabacologue, le diététicien, le pneumologue, le cardiologue et le psychiatre selon le profil et l'état de santé du patient.

Cette thèse est un travail préliminaire. Elle nécessite d'être menée dans d'autres consultations hospitalières dédiées au tabac et en médecine libérale et avec des échantillons plus importants.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Goodman J. Tobacco in History and Culture : An Encyclopedia. Farmington Hills: Charles Scribners's sons; 2004 Aug.
2. Goodman A. Addiction : definition and implications. Brit T Addict. 1990 ;85(11) :1403-1408.
3. Roques B. La dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'Etat à la santé. Paris. 1999.
4. Loi Veil n°76-716 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme.
5. Loi Evin n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.
6. INC. Plan cancer 2003-2007 Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer.
7. INC. Plan cancer 2009-2013.
8. Lermenier A. Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac/ Tabagisme et arrêt du tabac en 2013. OFDT. 2013.
9. Lemernier A. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. Tendances OFDT. 2014 May ;92 :6.
10. OMS. Tabagisme Aide-mémoire n°339. 2013 Jul.
11. INPES. La santé en chiffres tabac. 1999.
12. Hill C. Conséquences du tabagisme sur la santé. Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme. Masson ;2004.p62-64.
13. Kopp P, Fenoglio P. Le coût social des drogues, les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues. OFDT. 2005.
14. AFSSAPS. Les Recommandations de Bonne Pratique les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. 2003 May.
15. HAS. Service des bonnes pratiques professionnelles « Arrêt de la consommation du tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». Nouvelle version. 2014 Oct.
16. ANSM. Cigarette électronique-Point d'information. 2011 May 30.

17. Errard-Lalande G. L'accompagnement d'un sevrage tabagique. *Rev Mal Respir.* 2005 Dec ;22(6) :15-26.
18. Chapelot D, Louis-Sylvestre J. Les comportements alimentaires. Lavoisier collection sciences et techniques agro-alimentaires. 2004 Aug 27 ; (17) :357-365.
19. Prochaska J, Velicer W. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997 ;12(1) :38-48.
20. Vannobel R, Dépinoy D, Masure M. L'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale. Etude pratique qualitative et prospective sur 24 patients. *Exercer.* 2006 May ;(77) :54-60.
21. Bruner Seymour J. Le développement de l'enfant, Savoir faire, savoir dire. Paris : PUF. 1981.
22. INPES OFDT. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Coll.Evolutions.* 2015 Jan ;(31).
23. INSEE. Revenus-Salaires-Pauvreté en 2011 : comparaisons régionales. 2011.
24. INSERM. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. 2012.
25. Aubin HJ. Sevrage tabagique. *Rev Prat.* 2013 Jui ;903 :449-50.
26. Perriot J, Raheison C, Carré P et al. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir.* 2006;23:3S85-3S105.
27. Aveyard P, Lycett D, Farley A et al. Managing smoking cessation-related weight gain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Sep 19;122(10):494-498.
28. Williamson DF, Madans J, Anda RF et al. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *N Engl J Med.* 1991 Mar;324(11):739-45.
29. Wee CC, Rigotti NA, Davis RB et al. Relationship between smoking and weight control efforts among adults in united states. *Arch Intern Med.* 2001 Apr;161(4):546-50.
30. Filozof C, Fernández Pinilla MC, Fernández-Cruz A. Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev.* 2004 May;5(2):95-103.
31. John U, Hanke M, Rumpf HJ et al. Smoking status, cigarettes per day, and their relationship to overweight and obesity among former and current smokers in a national adult general population sample. *Int J Obes Lond.* 2005 Oct;29(10):1289-94.
32. Leslie WS, Koshy PR, Mackenzie M et al. Changes in body weight and food choice in those attempting smoking cessation: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2012;12:389.
33. Schnoll RA, Wileyto EP, Lerman C. Extended Duration Therapy with Transdermal Nicotine may Attenuate Weight Gain Following Smoking Cessation. *Addict Behav.* 2012 Apr;37(4):565-568.

34. Luostarinen M, Tuovinen EL, Saarni SE et al. Weight Concerns Among Finnish Ever-Smokers : A Population-based Study. *Nicotine Tob Res.* 2013 Oct;15(10):1696-1704.
35. Einsenberg D, Quinn BC. Estimating the Effect of Smoking Cessation on Weight Gain: An Instrumental Variable Approach. *Health Serv Res.* 2006 Dec;41(6):2255-2266.
36. Spring B, Howe D, Berendsen M et al. Behavioral interventions to promote smoking cessation and prevent weight gain: A systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2009 Sep; 104(9):1472-1486.
37. Levine MD, Cheng Y, Kalarchian MA et al. Dietary intake after smoking cessation among weight concerned women smokers. *Psychol Addict Behav.* 2012 Dec;26(4):969-973.

ANNEXES

Annexe 1 :

Questionnaire numéro un : Initiation du sevrage tabagique

1) Evaluation de la dépendance à la nicotine:

1) Combien de temps après votre réveil, fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

2) Vous est-il difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

Oui	1
Non	0

3) Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

La première le matin	1
N'importe laquelle	0

4) Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

5) Fumez-vous plus le matin que l'après-midi ?

Oui 1

Non 0

6) Fumez-vous si une maladie vous oblige à rester au lit ?

Oui 1

Non 0

TOTAL

Score de 0 à 2 : Non dépendant(e)

Score de 3 à 4 : Dépendance faible

Score de 5 à 6 : Dépendance moyenne

Score de 7 à 10 : Forte ou très forte dépendance

Test de dépendance à la nicotine de Fagerström, les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac – Recommandations AFSSAPS Mai 2003.

2) Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac

7) Aimeriez-vous arrêter de fumer, si vous pouviez le faire facilement ?

Oui	0
Non	1

8) Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?

Pas du tout	0
Un peu	1
Moyennement	2
Beaucoup	3

9) Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?

Non	0
Peut-être	1
Vraisemblablement	2
Certainement	3

10) Pensez-vous être un (une) ex-fumeur (fumeuse) dans les 6 mois ?

Non	0
Peut-être	1
Vraisemblablement	2
Certainement	3

TOTAL

Score de 10 à 8 : Bonne motivation

Score de 7 à 5 : Motivation moyenne

Score de 4 à 0 : Motivation faible

11) EVA* :

Si vous deviez évaluer votre motivation sur une échelle allant de 1 à 10, en sachant que le 1 correspond à « je ne suis pas du tout motivé(e) » et le 10 correspond à « je suis extrêmement motivé(e) », où vous situeriez-vous ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne suis pas du tout motivé(e)				Je suis moyennement motivé(e)					Je suis extrêmement motivé(e)

Test de Richmond en 4 questions (traduction de G.Laguerre), Le Maître Béatrice, Ratte Sylviane, Stœbner-Delbarre Anne.

Sevrage tabagique Des clés indispensables pour les praticiens. Collection Conduites. Doin Editeurs 2005.

3) Evaluation de l'importance du poids au cours de la démarche de sevrage tabagique :

12) Poids Taille IMC

13) EVA* :

Si vous deviez évaluer votre préoccupation concernant le gain de poids éventuel au cours du sevrage tabagique sur une échelle allant de 1 à 10, en sachant que le 1 correspond à « je ne suis pas du tout préoccupé(e) » et le 10 correspond à « je suis extrêmement préoccupé(e) », où vous situeriez-vous ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne suis				Je suis				Je suis	
pas du tout				moyennement				extrêmement	
préoccupé(e)				préoccupé(e)				préoccupé(e)	

14) Quel poids maximal accepteriez-vous de prendre en arrêtant de fumer?*

4) Données personnelles et thérapeutique :

15) Antécédents :

Infarctus du myocarde :

Oui 1

Non 0

Diabète de type 2 :

Oui 1

Non 0

16) Sevrages antérieurs :

Oui 1

Non 0

Si oui durée en jours :

17) Catégories socioprofessionnelles :

1. Agriculteurs exploitants
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures
4. Professions Intermédiaire
6. Ouvriers
7. Retraités

81. Chômeurs

84. Élèves, étudiants

18) Etayage familial :

Votre entourage est-il un soutien au sevrage tabagique ?

Oui 1

Non 0

19) Avez-vous une prise en charge médicamenteuse actuellement pour votre sevrage tabagique ?

TNS	Oui	1
	Non	0
Varénicline	Oui	1
	Non	0
Bupropion LP	Oui	1
	Non	0

* Professeur Dodin Vincent chef de service de Psychiatrie au CH Saint-Vincent de Paul de Lille, équipe d'accueil 1059, laboratoire URECA, groupe « Famille, Santé, Emotion ».

Annexe 2 :**Questionnaire numéro deux : Evaluation à 6 mois****20) Poids.....**

Taille..... (taille initialement donnée il y a 6 mois)

IMC.....

21) Où en êtes-vous concernant le sevrage tabagique ?

-Non débuté	Oui	1
	Non	0
-Débuté mais arrêté	Oui	1
	Non	0
-Toujours en cours actuellement	Oui	1
	Non	0

22) Pensez-vous avoir pris du poids depuis 6 mois ?

Oui	1
Non	0

23) Avez-vous une prise en charge médicamenteuse actuellement pour votre sevrage tabagique ?

TNS	Oui	1
	Non	0
Varénicline	Oui	1
	Non	0

24) A POSER UNIQUEMENT SI LE PATIENT REFUME :

Quelle est la raison principale citée par le patient expliquant la reprise du tabac ?

Prise de poids	Oui	1
	Non	0
Evénement de vie douloureux	Oui	1
	Non	0
Syndrome de manque trop difficile à gérer	Oui	1
	Non	0

25) A POSER UNIQUEMENT SI LE PATIENT POURSUIT LE SEVRAGE TABAGIQUE ET A PRIS DU POIDS :

Comment les patients qui poursuivent le sevrage tabagique mais qui prennent du poids appréhendent-ils cette situation ?

Peu importe, le sevrage tabagique est primordial

Oui	1
Non	0

Mise en place de RHD pour lutter contre la prise de poids

Oui	1
Non	0

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à réaliser une étude concernant *le sevrage tabagique et la prise de poids*. Les destinataires des données sont le Dr Sannier-Leclerc Béatrice et l'interne Dehecq Marine.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service des explorations fonctionnelles de l'Hôpital Saint Philibert, rue du Grand But 59462 Lomme.

Chaque patient sera informé oralement au sujet de l'étude. Les patients auront le choix d'accepter ou de refuser d'y participer.

Pour l'ensemble des évaluations, les réponses aux questionnaires et échelles, toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles. Elles seront recueillies selon des modalités de nature à garantir une stricte confidentialité et le respect du secret professionnel.

Les données médicales et socio-démographiques ne seront transmises qu'aux responsables de la recherche ainsi que, le cas échéant, aux autorités sanitaires habilitées dans des conditions garantissant leur confidentialité.

De fait, ne seront considérés systématiquement qu'un numéro d'inclusion, les initiales du prénom et du nom et la date de l'enregistrement, de la passation du questionnaire, la réception des échelles et la date des entretiens téléphoniques. Le numéro d'inclusion identifiera le patient pendant toute l'étude.

Les données médicales et sociodémographiques concernant les patients, nécessaires compte tenu de l'objet de la recherche, font l'objet d'un traitement informatique et resteront également strictement confidentielles. Les patients pourront exercer leurs droits d'accès et de rectification auprès des responsables de l'étude. Ils pourront également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.

Annexe 3 :**Directives pour le consentement libre et éclairé**

Quelle est la prise de poids acceptée a priori au sein d'une population majeure au cours d'un sevrage tabagique pris en charge en consultation de tabacologie hospitalière?

Dr Sannier-Leclerc Béatrice/Interne Marine Dehecq

Le présent formulaire de consentement, dont une copie vous sera remise, ne constitue qu'une partie du processus de consentement libre et éclairé. Vous devriez pouvoir y trouver l'objectif principal de la recherche et la nature de votre participation à ce projet. N'hésitez pas à demander de plus amples renseignements concernant ce formulaire ou sur des informations qui n'y figurent pas. Veuillez le lire attentivement et vous assurer de bien saisir la signification de toute autre information qui l'accompagne.

Le chercheur doit fournir les éléments suivants :

1. Une brève description du but de la recherche.
2. Une description des procédures qui exigeront la participation du sujet, y compris la fréquence et la durée prévues.
3. Une description des risques (les éventuels inconvénients sont plus importants que ceux auxquels les participants s'exposent dans les aspects de leur vie quotidienne).
4. Une description de tout dispositif enregistreur dont les chercheurs se serviront.
5. Une description du niveau de confidentialité qui sera assuré. Dites qui aura accès aux données recueillies et à l'identité des participants, en incluant une description de la façon dont la confidentialité sera assurée. Si la confidentialité et l'anonymat ne peuvent pas être assurés, les participants devraient être informés des conséquences possibles. Il est entendu que les données recueillies peuvent être

diffusées si les participants accordent leur permission de procéder à une telle démarche.

6. À la suite de la recherche, il est souhaitable d'offrir un compte rendu. Donner des détails concernant le compte rendu de la recherche et comment celui-ci sera offert aux sujets.

7. Une description des modalités de rémunération des sujets.

En signant ce formulaire, vous indiquez que vous avez bien compris l'information concernant votre participation au projet de recherche et que vous acceptez d'y participer. Ce faisant, vous ne renoncez aucunement à vos droits reconnus par la loi et les chercheurs, les commanditaires et les établissements concernés ne sont pas dégagés de leurs responsabilités professionnelles et légales.

Vous pouvez, sans préjudices ni conséquences, vous retirer de cette étude en tout temps ou refuser de répondre à certaines questions. Votre participation soutenue devrait être aussi éclairée que l'était votre consentement initial. N'hésitez pas à demander des précisions ou des renseignements supplémentaires en tout temps au cours de votre participation.

Signature du participant :

Date :

Annexe 4 :**Courrier pour le consentement de contrôle téléphonique**

Madame, Monsieur,

Il y a six mois environ, nous nous sommes rencontrés dans le cadre d'une consultation d'aide au sevrage tabagique.

Vous aviez alors répondu à un questionnaire concernant votre motivation à l'arrêt, votre dépendance au tabac ainsi qu'à un questionnaire concernant la prise de poids au cours du sevrage tabagique.

Dans quelques jours, vous allez être contacté par téléphone par Melle Marine Dehecq étudiante en médecine préparant une thèse sur le sevrage tabagique qui vous posera quelques questions complémentaires.

Les réponses que vous voudrez bien lui donner seront utilisées sous forme de statistiques anonymes pour sa thèse.

Si vous souhaitez des renseignements complémentaires vous pouvez me joindre par l'intermédiaire du secrétariat au 03 20 22 50 54.

Vous remerciant pour votre participation, je vous prie de croire Madame, Monsieur, en mes sentiments les meilleurs.

Docteur Béatrice SANNIER-LECLERC

AUTEUR : Dehecq Marine

Date de Soutenance : 23 juin 2015.

Quelle est la prise de poids acceptée a priori au cours d'un sevrage tabagique pour une population majeure suivie en consultation de tabacologie hospitalière?

Thèse - Médecine - Lille 2015.

Cadre de classement : Addictologie/Tabacologie.

DES Médecine Générale.

Mots-clés : Sevrage tabagique, Préoccupation pondérale, IMC, Prise en charge, Patients dit « à risque ».

Résumé :

Contexte : Les conséquences socio-économiques du tabagisme sont importantes. Les études actuelles déterminent le poids pris par les patients après le sevrage. Pourtant il faut anticiper : la prise de poids maximale acceptable par les patients a priori et un profil dit « à risque » de refumer doivent être définis. Ces derniers doivent permettre une prise en charge rapide et adaptée des patients initiant un sevrage tabagique.

Méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative, prospective, descriptive et observationnelle.

Le questionnaire numéro un était posé lors d'une consultation de tabacologie hospitalière initiant le sevrage tabagique. Il relevait l'âge, le sexe, la motivation, la dépendance, la préoccupation pondérale et l'IMC, les antécédents (IDM et diabète de type 2), une hospitalisation récente (moins de 3 mois), les sevrages antérieurs et leur durée maximale, la catégorie socioprofessionnelle, l'étayage familial et l'initiation d'un éventuel traitement de substitution.

Six mois plus tard, les patients étaient recontactés par téléphone. Le questionnaire numéro deux contrôlait le poids objectif et ressenti, le sevrage tabagique, les causes d'un éventuel échec, les RHD et la poursuite ou non d'un traitement.

Résultats : La médiane de la prise de poids maximale acceptable était de 4 kg. Les facteurs favorisant la rechute étaient : être une femme (OR : 0,072), avoir une dépendance nicotinique chiffrée forte (OR : 0,758), avoir une motivation chiffrée au sevrage faible (OR : 1,493) et ne pas avoir été hospitalisé récemment ($p=0,025$). Il existait une corrélation significative entre la prise de poids évoquée comme raison de rechute et la prise de poids maximale acceptable ($p=0,007$). Il existait une corrélation significative entre la prise de poids évoquée comme raison de rechute et la prise de poids réelle ($p=0,010$). Il existait une bonne concordance ($kappa=0,65$) entre la perception subjective de la prise de poids et le poids réel des patients ($p<10^{-3}$).

Conclusion : Le profil de patient est dit « à risque » de refumer si au moins un des critères suivant est positif : être une femme, avoir une dépendance nicotinique forte, avoir une motivation au sevrage faible et/ou ne pas avoir été hospitalisé récemment. Ce profil peut être défini à chaque initiation de sevrage tabagique, en posant un questionnaire rapide reprenant ces critères. Selon le profil, un protocole de soins personnalisé centré sur la prise de poids maximale acceptable est mis en place.

Composition du Jury : Président : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin. Assesseurs : Monsieur le Professeur Arnaud Scherpereel, Monsieur le Docteur

Nassir Messaadi, directrice : Madame le Docteur Béatrice Sannier-Leclerc.