

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Le sevrage tabagique en consultation pré-anesthésique : enquête
auprès des patients et élaboration d'outils d'aide à l'arrêt.**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 3 octobre 2023 à 18h
au Pôle Formation
par Mary BULTÉ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Benoit TAVERNIER

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Audrey JOLY

Liste des abréviations:

AIT : Accident ischémique transitoire

ARS : Agence Régionale de Santé

AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

ASA : American Society of Anesthesiologists

AVC : Accident vasculaire cérébral

BPCO : Broncho-pneumopathie obstructive

CPA : Consultation pré-anesthésique

EN : Echelle numérique

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : paquet-année

PNLT : Programme national de lutte contre le tabagisme

PNRT : Programme national de réduction du tabagisme

P2RT : Plan Régional de Réduction du Tabagisme

RFE : Recommandations formalisées d'experts

RPIB : Repérage précoce intervention brève

SFAR : Société Française d'Anesthésie-Réanimation

TSN : Traitement de substitution nicotinique

Table des matières

Introduction

I. Bilan épidémiologique du tabagisme en France.....	5
a) Données nationales.....	5
b) Données régionales.....	6
II. La lutte anti-tabac au niveau national et régional.....	7
III. Le tabac pendant la période péri-opératoire.....	12
IV. Objectifs.....	14

Matériels et méthodes

I. État des lieux.....	15
a) Type d'étude.....	15
b) Critères d'inclusion.....	15
c) Déroulement.....	15
d) Analyses statistiques.....	17
e) Cadre réglementaire et éthique.....	17
II. Création des outils.....	18

Résultats

I. Diagramme de flux de l'étude.....	19
II. Description de la population.....	19
III. Résultats des questionnaires usagers.....	21
a) Sevrage pré-opératoire.....	21
b) Niveau de dépendance.....	22
c) Niveau motivationnel.....	23
d) Accompagnement.....	24
e) Abord du tabagisme.....	24
IV. Conception et validation de la boîte à outils.....	25

Discussion

I. Succès du sevrage.....	29
II. Accompagnement.....	31
III. Informations au patient.....	33
IV. Évaluation de la dépendance.....	34
V. Motivation à l'arrêt.....	35
VI. Limites de l'étude.....	37
VII. Perspectives.....	38

Références bibliographiques	40
------------------------------------	----

Annexes	44
----------------	----

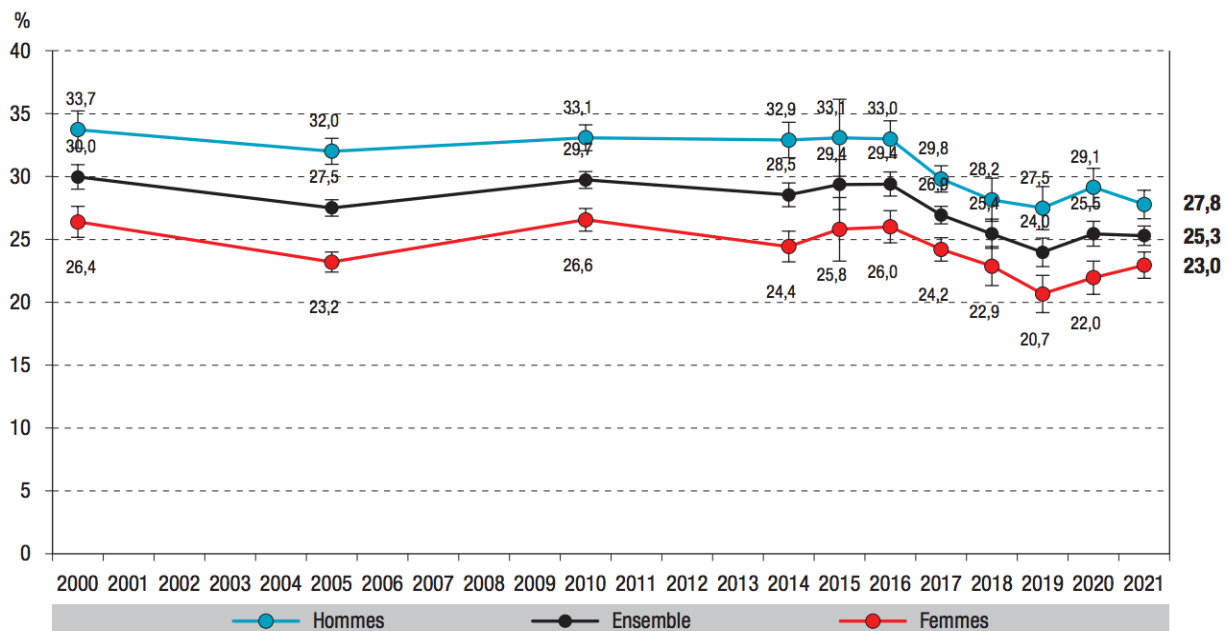
Introduction :

I. Bilan épidémiologique du tabagisme en France

a) Données nationales

Selon l'Observatoire Français des Drogues et Tendances addictives, en 2022, sur les 51 millions de français âgés de 11 à 75 ans, on dénombre 12 millions de fumeurs quotidiens ^[1]. Parallèlement, il y a eu 75 320 décès estimés attribuables au tabagisme sur les 580 000 décès enregistrés en France métropolitaine en 2015 ^[2].

Alors que la prévalence du tabagisme quotidien a connu une période de diminution entre 2014 (28,5 %) et 2019 (24 %) ^[3], on note une stagnation des chiffres depuis 2020 (25,5 %) ^[4].



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.

Figure 1. Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans en France métropolitaine entre 2000 et 2021.

Une hausse du tabagisme quotidien est même observée entre 2019 et 2021 dans certaines populations notamment les femmes (hausse de 20,7 % à 23 %) et les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat (hausse de 29 % à 32 %). En 2021, le Baromètre de Santé Publique France révèle que plus de 3 personnes sur 10 déclaraient fumer (31,9 %) et ¼ quotidiennement (25,3 %). La quantité de tabac fumé

connaît une légère diminution avec 13,3 cigarettes par jour en moyenne pour les fumeurs quotidiens en 2017 contre 12,7 en 2021^[4].

En matière de tabagisme, la France métropolitaine est sujette à des disparités régionales avec des prévalences de tabagisme quotidien variant de 21,7 % à 29,1 % selon les territoires. Deux régions ont des prévalences plus élevées que le reste de la France : l'Occitanie (28,5 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (29,1 %) ^[5].

b) Données régionales

En 2017, avec 30,5 % de fumeurs quotidiens, les Hauts-de-France occupaient la deuxième place du podium des régions en terme de prévalence tabagique.

Récemment, ces chiffres sont entrés dans la moyenne nationale et l'on dénombre 26,4 % d'utilisateur quotidien du tabac ^[6].

Prévalence du tabagisme quotidien par région parmi les 18-75 ans en France métropolitaine et dans les DROM en 2021

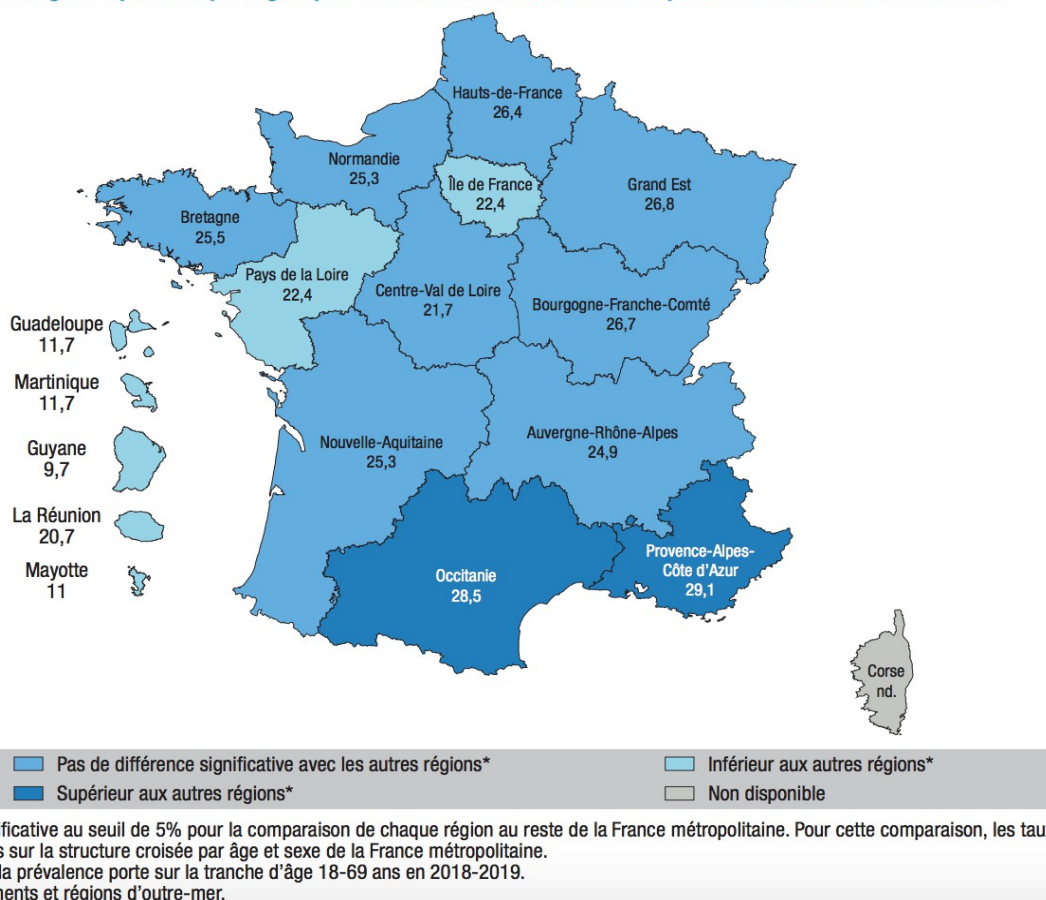


Figure 2. Prévalence nationales et régionales du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le baromètre de Santé Publique France.

De manière similaire aux autres régions, le niveau socio-économique influe sur la prévalence des fumeurs quotidiens puisque celle-ci augmente chez les personnes à faible niveau de revenu ainsi que chez les moins diplômés.

L'impact sur la mortalité n'est pas moindre puisque l'on décomptait en 2015 dans la région, 8 040 décès attribuables au tabagisme ce qui représentait 14,5 % du total des décès ^[7].

II. La lutte anti-tabac au niveau national et régional

En regard de ces constatations, les pouvoirs publics ont mis en place depuis plusieurs années des mesures à différentes échelles afin de diminuer la consommation de tabac sur tout le territoire.

Prenant ces débuts en 1976 via la loi Veil, la lutte anti-tabac a depuis connu plusieurs stratégies nationales notamment de façon plus récente, sur la période 2014-2019, le premier programme national de réduction du tabagisme (PNRT). Ses objectifs ont été articulés autour de 3 axes ^[8] :

- « Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme » :
 - en rendant le tabagisme moins attractif via une standardisation des paquets de cigarettes en 2016 ;
 - en encadrant l'utilisation de la cigarette électronique ;
 - en interdisant de fumer en voiture en présence d'un enfant de moins de 12 ans ainsi que dans les aires de jeux pour enfants.
- « Aider les fumeurs à arrêter de fumer » :
 - via la diffusion de campagnes d'information ou de prévention telles que le « Mois sans Tabac » chaque mois de novembre depuis 2016 ;

- en augmentant l'implication des médecins traitants et des autres professionnels de santé ;
 - en améliorant le remboursement des substituts nicotiniques.
- « Agir sur l'économie du tabac » :
- par la création d'un fond dédié aux actions de lutte contre le tabagisme (prévention, sevrage, information) ;
 - en renforçant la transparence sur les activités de lobbying de l'industrie du tabac ;
 - en luttant contre le commerce illicite de tabac.

Ces stratégies s'avèrent encourageantes puisqu'une baisse du tabagisme global de 3,9 points et de 4,5 points pour le tabagisme quotidien a été mesurée cinq ans après leurs mises en place ^[3].

Lui faisant suite, le Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) lancé sur la période 2018-2022 a permis une amplification des mesures déjà adoptées via 28 actions articulées autour de 4 axes :

- « Éviter l'entrée dans le tabagisme et protéger les enfants » :
- en entreprenant de débanaliser le tabac au cinéma ou dans les médias afin de le rendre moins attractif.
- « Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage » :
- en proposant le remboursement des substituts nicotiniques (TSN) à hauteur de 65 % par l'Assurance maladie ;
 - en mobilisant les professionnels de santé en leur proposant des formations pouvant augmenter leurs compétences dans ce domaine ;
 - via l'intensification du marketing social contre le tabac à l'échelle locale ;
 - via le développement d'actions ciblées pour les publics les plus vulnérables ;

- en déployant la démarche des « Lieux de Santé Sans Tabac » qui a pour objectif de faire des établissements sanitaires et médicosociaux des lieux modèles en ce qui concerne la lutte contre le tabac.

Cette dynamique s'appuie particulièrement autour de 3 axes d'interventions précis : tout d'abord les patients, en leur proposant systématiquement à l'occasion d'un passage à l'hôpital une offre d'accompagnement vers l'arrêt. Puis les professionnels de santé, en prônant un environnement aidant et en les accompagnant tout au long du cheminement car on dénombre de nombreux fumeurs parmi leurs effectifs pouvant ainsi entraver leur exemplarité et leur motivation à aborder ce sujet auprès des patients. Et enfin, l'aménagement des locaux notamment extérieurs des établissements qui sera repensé afin de débanaliser le tabac.

- « Agir sur l'économie du tabac pour protéger la santé publique » :
 - via l'augmentation du prix du paquet de cigarettes à 10€ ;
 - en harmonisant les prix à l'échelle européenne pour éviter l'importation notamment dans les régions frontalières comme les Hauts-de-France ;
 - en apportant un soutien aux buralistes pour transformer leur activité.
- « Surveiller, évaluer, chercher et diffuser les connaissances relatives au tabac » :
 - en apportant un soutien à la recherche, à l'amélioration des connaissances autour du tabac et à la lutte contre la sous-information et la désinformation ^[9].

En cohérence avec les plans nationaux, les Agences Régionales de Santé (ARS) assurent la mise en œuvre à l'échelle régionale des objectifs précédemment cités.

Au sein de notre région, l'ARS Hauts-de-France mène via son Schéma Régional de Santé 2018-2023, une stratégie de réduction du tabagisme. Pour répondre aux objectifs

nationaux tout en s'adaptant aux particularités et aux besoins de la population locale, un Plan Régional de Réduction du Tabagisme (P2RT) a été développé.

Actuellement toujours en cours de déploiement, il s'appuie majoritairement sur les 2 premiers axes du PNLT :

- « Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme » :

Une stratégie de communication adaptée aux jeunes publics est mise en place sur des événements de sensibilisation aux risques du tabagisme.

De même, un soutien est apporté au développement des compétences psychosociales des jeunes. Regroupant un ensemble de compétences sociales, émotionnelles et cognitives, elles ont pour but de favoriser un état d'équilibre chez une personne afin de faciliter l'adoption de comportements favorables face aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. « UNPLUGGED » est un exemple de programme innovant permettant de développer ce type de compétences. Il vise à prévenir les conduites addictives en milieu scolaire par le biais de séances interactives avec des enseignants formés au sujet. L'objectif fixé est de retarder l'entrée dans les consommations, en effet, plus la consommation est précoce plus le risque de développer une conduite addictive augmente [10].

Le programme TABADO est également développé dans la région. Il vise à organiser des séances d'information, des consultations et des séances de suivi motivationnel auprès des apprentis et des lycéens professionnels.

Enfin, pour éviter l'entrée dans le tabagisme, une débanalisation du tabagisme dans la société est nécessaire. Elle commence par les milieux professionnels où des actions de prévention des conduites addictives sont entreprises.

L'implication des collectivités territoriales sur le tabagisme sera également renforcée.

- « Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage »:

Le bon déroulé de cet axe passe par la mise en œuvre du dispositif « *Lieux de santé sans tabac* » à l'échelle locale. En complément des centres hospitaliers, l'ARS Hauts-de-France étend ce projet aux maisons de santé pluri-professionnelles, aux établissements et services médico-sociaux ainsi qu'aux structures de Protection judiciaire de la Jeunesse. Ce travail de thèse s'inscrit d'ailleurs dans cette démarche.

Le PNRT prévoit d'améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charge du sevrage en soutenant notamment le déploiement du dispositif « *Mois sans tabac* ». Les résultats sont encourageants et l'on dénombre 17 116 inscrits au cours de l'édition 2022, chiffre en hausse par rapport aux 12 463 participants de l'année précédente ^[11]. Des sessions de formations sont organisées auprès des professionnels de santé afin d'accroître leurs compétences dans le repérage et l'accompagnement des usagers vers le sevrage.

Une attention particulière est portée à l'égard de certains publics considérés comme prioritaires de par leurs caractéristiques intrinsèques (jeunes, femmes y compris les femmes enceintes, les personnes en situation de handicap, de précarité et sous main de justice) ou par leur territoire de résidence.

Les projets sont nombreux et pour mener à bien ces objectifs, l'ARS Hauts-de-France s'appuie notamment sur des porteurs de projets ou encore sur l'association Hauts-de-France Addictions pour accompagner et soutenir les acteurs de la lutte contre le tabac.

Un récent rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indique qu'en France l'accès à l'aide au sevrage et l'interdiction de la publicité ne seraient pas mis en œuvre au plus haut niveau soulignant que des efforts restent à fournir ^[12].

III. Le tabac pendant la période péri-opératoire

Les méfaits du tabac sur la santé en général sont bien connus. La période péri-opératoire ne fait pas figure d'exception, puisqu'au moment d'une intervention chirurgicale, un patient fumeur s'expose à de nombreux risques. En effet, la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) a estimé lors de ses dernières recommandations formalisées d'experts (RFE) à ce sujet en 2016, après revue de la littérature, que le tabagisme actif accroît la mortalité post-opératoire de 20 % et l'incidence des complications majeures post-opératoires de 40 %^[13].

La morbidité respiratoire est au premier plan et la littérature scientifique met en évidence l'augmentation de l'incidence de survenue de complications telles qu'une pneumopathie, une intubation non prévue et une durée de ventilation mécanique supérieure à 48h chez les patients fumeurs en comparaison avec les non-fumeurs.^[14-16]

Le tabagisme expose le patient à des complications cardio-vasculaires puisque l'on relève davantage d'infarctus du myocarde, d'accidents vasculaires cérébraux et d'arrêts cardiaques dans cette population^[14,16].

Ces patients sont également plus sujets aux complications d'ordre neurologique ou infectieuses (sepsis, choc septique), ainsi qu'aux événements thrombotiques. Le recours à la transfusion sanguine (pour une quantité supérieure à 5 unités) est plus fréquent. Les admissions en unité de soins intensifs sont également plus fréquentes^[16].

D'un point de vue chirurgical, l'intoxication tabagique est à l'origine de multiples complications telles que : les infections de site opératoire, les hématomes, un retard de cicatrisation ou de consolidation osseuse ainsi que le lâchage d'anastomose digestive. Au cours des études, les reprises chirurgicales interviennent plus fréquemment dans les groupes de patients fumeurs^[17-21].

Tout ceci concourt à une augmentation de la durée de séjour et du coût hospitalier^[22].

Face à ces constatations, il paraît indispensable de soutenir le sevrage tabagique d'un patient devant subir une intervention chirurgicale. D'autant plus que les bénéfices de l'arrêt du tabac sur les complications post-opératoires sont nombreux : une méta-analyse d'essais randomisés datant de 2012 a rapporté une réduction du taux de complications post-opératoires de 41 % avec amplification de l'effet à mesure que la durée d'arrêt augmente ^[23]. Interrompre l'intoxication plus de 8 semaines avant l'intervention diminue de près de 50% les complications respiratoires, ce chiffre baisse à 25% si l'interruption date de plus de 4 semaines. Le bénéfice de l'arrêt sur les troubles de la cicatrisation est quant à lui démontré après 3-4 semaines. Quoi qu'il en soit, un arrêt peu importe le délai dans lequel il intervient avant la chirurgie est toujours bénéfique ^[24].

Le concept récent de réhabilitation accélérée après chirurgie (ou ERAS : Enhanced Recovery After Surgery), consistant en une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie, comprend dans ses mesures pré-opératoire l'arrêt du tabac avant la chirurgie ^[25].

Pour toutes ces raisons, la SFAR a émis en 2016 des recommandations préconisant « *que tous les professionnels du parcours de soins (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, soignants) informent les fumeurs des effets positifs de l'arrêt du tabac et leur proposent une prise en charge dédiée et un suivi personnalisé* ». La société savante propose d'offrir une prise en charge double : comportementale et médicamenteuse via la prescription d'un substitut nicotinique, ces méthodes ayant montré leur intérêt dans le cadre de la chirurgie programmée que ce soit pour obtenir un sevrage ou pour diminuer l'incidence des complications ^[26,27].

Ces propositions viennent en complément des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé datant de 2014 ^[28] rappelant que n'importe quel professionnel de santé devrait s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac.

IV. Objectifs

La consultation d'anesthésie représente un moment stratégique dans le parcours de soin d'un fumeur pour initier un sevrage tabagique. La mise en place d'un tel processus peut s'avérer difficile en l'absence de protocole ou de circuits dédiés. Ces difficultés ont été mises en évidence au cours d'anciennes études ^[29]. Peu de données sont disponibles depuis les recommandations parues en 2016.

Ainsi, nous avons souhaité réaliser un état des lieux de la prise en charge du sevrage tabagique pré-opératoire axé sur les usagers en :

- Quantifiant la proportion de sevrage tabagique abouti avant une chirurgie ;
- Recherchant le niveau de motivation à l'arrêt des usagers ainsi que leur niveau de dépendance pendant la période pré-opératoire ;
- Réalisant un dépistage de l'abond du tabagisme et de la prise en charge du sevrage au cours d'une CPA.

Ces éléments constituent l'objectif principal de notre étude.

L'objectif secondaire est de concevoir des outils pratiques et pédagogiques à destination des patients et des anesthésistes-réanimateurs afin de standardiser et faciliter la démarche de sevrage tabagique pré-opératoire.

Matériels et méthodes :

I. État des lieux

a) Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale quantitative descriptive monocentrique menée par questionnaires au sein du centre de consultation d'anesthésie de l'hôpital Claude Huriez du Centre Hospitalier Universitaire de Lille.

L'étude a été réalisée au mois d'août 2022.

b) Critères d'inclusion

Les patients répondants aux critères suivants étaient inclus :

- Majeurs sans régime de protection
- Chirurgie programmée non urgente
- Consommation tabagique active relevée le jour de la CPA

Les patients qui répondaient à ces critères étaient exclus :

- Consultation d'anesthésie pré-transplantation
- Mineurs

c) Déroulement

• **Création du questionnaire**

La première étape a été la réalisation du questionnaire (**Annexe 1**).

Le questionnaire, composé de 7 questions, est divisé en 4 parties.

La première partie recherchait la poursuite de la consommation de tabac et définissait le niveau de dépendance au tabac évalué par le Test de Fagerström adapté au format facile à lire et à comprendre (FLAC).

Un score de 0 à 2 signifiait l'absence de dépendance à la nicotine. Un score de 3 à 4 signifiait une faible dépendance. Une dépendance moyenne correspondait à un score de 5 à 6 et la forte dépendance à un score de 7 à 10.

La deuxième partie s'attachait à rechercher la présence ou non d'une motivation à l'arrêt et à l'impact de la chirurgie à venir dans l'envie de diminuer ou d'interrompre la consommation de tabac. Le niveau motivationnel était coté grâce à une échelle numérique allant de 0 à 10.

La troisième partie visait à évaluer le besoin d'aide ressenti par le patient dans la démarche d'un sevrage et, si besoin, quel accompagnateur il privilégierait.

Enfin, la dernière partie du questionnaire recensait les informations reçues par le patient au cours de la CPA: conseils d'arrêt du tabac, informations sur les bénéfices/risques du tabagisme pendant la période péri-opératoire, propositions d'aide à l'arrêt faites au décours. Cette dernière question était à choix multiples et le patient pouvait choisir entre l'orientation vers un spécialiste, l'orientation vers son médecin traitant, la prescription d'un TSN ou aucune de ces propositions.

- **Recueil des données**

La liste des patients consultants au sein du service d'anesthésie était récupérée quotidiennement avec l'aide du logiciel SILLAGE ®.

Grâce à cette information, les compte-rendus de CPA pouvaient être visualisés le jour même sur le logiciel informatique DIANE ® qui les recense. Les patients tabagiques étaient donc identifiés le jour de leur CPA via la lecture de la case « addictions et divers » remplie par l'anesthésiste au cours de cette même consultation. Une liste de l'ensemble

des patients fumeurs au cours de la période d'étude était donc disponible et reporté dans un tableau Excel ®.

Un recueil de données a été fait concernant les principales caractéristiques démographiques, les antécédents médicaux les plus fréquemment retrouvés, les consommations d'autres substances psycho-actives, le score ASA (score d'évaluation du risque anesthésique allant de 1 - patient en bonne santé - à 6 - patient en état de mort cérébrale -), le type de chirurgie programmée et le risque chirurgical selon la classification proposée par la SFAR disponible en **Annexe 2**. Toutes les données des patients recueillies étaient extraites des logiciels DIANE® et SILLAGE ® (dossier patient informatisé).

Puis, le questionnaire était distribué sous format papier à chaque patient au moment de son hospitalisation qui pouvait survenir soit la veille, soit le jour même de son intervention.

La participation s'est effectuée sur la base du volontariat mais il n'y a pas eu de refus au cours de cette étude.

Les résultats étaient reportés de façon anonymisée dans un tableur Excel ®.

d) Analyses statistiques

Les données qualitatives sont présentées en effectif et en pourcentage arrondis à l'entier près.

Les données quantitatives sont exprimées par la moyenne et l'écart-type si l'histogramme révèle une distribution d'allure normale et/ou la médiane et l'intervalle interquartile dans le cas contraire.

e) Cadre réglementaire et éthique

Le recueil et le traitement des données mis en œuvre dans le cadre de cette étude ont fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés portant le numéro 2022-1529.

Un encarté d'information sur l'utilisation des données figurait sur les questionnaires remis aux usagers. Conformément à la législation française, l'obtention du consentement écrit des participants n'était pas requise dans le cadre de cette étude.

II. Création des outils

En parallèle, nous avons élaboré plusieurs outils dans le but d'informer et de guider le patient et l'anesthésiste-réanimateur vers une prise en charge du sevrage simple et reproductible.

Un groupe de travail avec l'association Hauts-de-France Addictions, spécialiste dans l'outillage des acteurs de l'accompagnement dans l'arrêt du tabac, a été formé. Plusieurs entrevues ont abouti à la création de divers supports ayant pour objectif de :

- Permettre à chaque patient de réfléchir à sa consommation de tabac ;
- Faciliter la divulgation d'informations sur les bénéfices à l'arrêt ;
- Proposer une prise en charge et un suivi ;
- Augmenter les compétences des anesthésistes-réanimateurs dans ce domaine ;
- Faciliter les prescriptions de substituts nicotiques.

La phase de développement de ces outils s'est étendue entre les mois de septembre 2022 et mars 2023. Les informations présentes sur l'intégralité des supports s'appuient sur les données de la littérature scientifique et les recommandations actuelles des sociétés savantes.

La validation définitive a été suivie par une présentation sous forme de formation auprès de l'équipe d'anesthésie de notre pôle avant son lancement lors de la journée mondiale sans tabac le 31 mai 2023.

Résultats

I. Diagramme de flux de l'étude

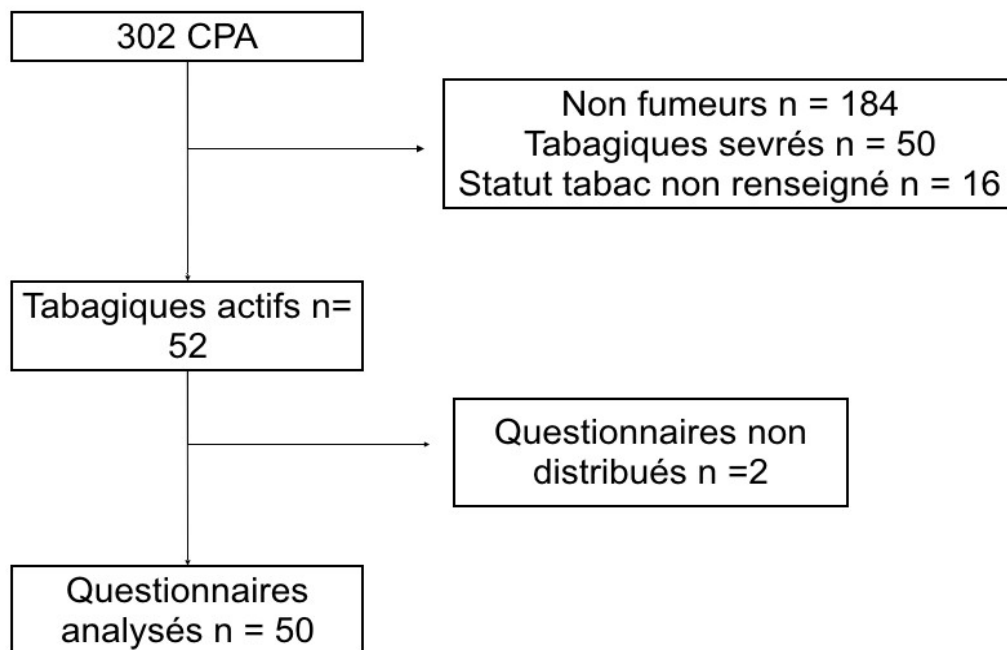


Figure 3. Diagramme de flux

Au cours de l'étude, un total de 302 CPA pour chirurgie programmée ont été réalisées dans le centre de consultation. Chacune de ces CPA a été consultée afin d'identifier le statut tabagique du patient. 16 consultations (5 %) ne comportaient pas l'information sur la consommation de tabac. 52 tabagiques actifs ont été identifiés correspondant à une prévalence de 17,2 %. 50 questionnaires ont pu être distribués et analysés. Les 2 questionnaires non distribués correspondaient à 2 patients de chirurgie ambulatoire qui n'ont pas pu être rencontrés avant leur intervention.

II. Description de la population

Les caractéristiques de la population étudiée sont décrites dans le **Tableau 1**.

L'effectif était composé de 19 femmes (37 %) et 33 hommes (63 %). L'âge médian est de 54,5 ans. Le relevé de la classification ASA disponible dans la conclusion de la CPA a révélé une majorité de patients ASA 2.

Effectif (n = 52)	
Données démographiques	
Sexe, n (%)	
Homme	33 (63)
Femme	19 (37)
IMC (kg/m ²)	25 [22 ; 31]
Age (années)	54,5 [45,5 ; 62]
Catégorie ASA	
ASA 1, n (%)	5 (10)
ASA 2, n (%)	27 (52)
ASA 3, n (%)	18 (34)
ASA 4, n (%)	2 (4)
Comorbidités	
Antécédent de cancer, n (%)	25 (48)
dont cancer pouvant être induit par le tabac, n (%)	22 (42)
HTA, n (%)	20 (38)
Dyslipidémie, n (%)	17 (33)
BPCO, n (%)	10 (20)
Syndrome anxio-dépressif, n (%)	8 (15)
Cardiopathie ischémique, n (%)	7 (13)
Diabète, n (%)	7 (13)
MTEV, n (%)	7 (13)
AVC/AIT, n (%)	6 (11)
AOMI, n(%)	5 (10)
Consommation substances psycho-actives	
Alcool, n (%)	7 (13)
Cannabis, n (%)	1 (2)
Benzodiazépines, n (%)	1 (2)
Catégorie de chirurgie	
Digestive générale, n(%)	20 (38)
Urologie, n (%)	15 (29)
Endocrinienne, n (%)	6 (11)
Hépatique, n (%)	5 (10)
Vasculaire, n (%)	5 (10)
Oesophagienne, n(%)	1 (2)
Risque chirurgical	
Faible, n(%)	14 (27)
Intermédiaire, n (%)	19 (36,5)
Élevé, n (%)	19 (36,5)
Délai CPA-chirurgie (jours)	13 [8 ; 15,5]

Tableau 1. Descriptif de la population

IMC: Indice de masse corporelle; ASA : American Society of Anesthesiologists; HTA : Hypertension artérielle ; BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive ; MTEV : Maladie thromboembolique veineuse; AVC : Accident vasculaire cérébral; AIT: Accident ischémique transitoire; AOMI: Artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

Les variables qualitatives sont représentées en nombre d'évènements (pourcentage de l'effectif du groupe). Les variables quantitatives sont représentées en médiane [25^{ème} interquartile ; 75^{ème} interquartile].

Le relevé des principales comorbidités met en évidence une majorité de pathologies en lien avec la consommation de tabac : antécédent de cancer pour 48 % des patients (reconnu pouvant être induit ou favorisé par le tabac pour 22 des 25 patients concernés), BPCO, cardiopathie ischémique, maladies vasculaires tels que l'AOMI ou un antécédent d'accident vasculaire cérébral.

9 patients présentaient une consommation associée d'autres substances psycho-actives.

Parmi les 52 patients tabagiques repérés, 38 % devait bénéficier d'une chirurgie digestive générale (gastrique, pancréatique ou colique), 29 % d'une chirurgie urologique, 11 % d'une chirurgie endocrinienne, 10 % d'une chirurgie hépatique, 10 % d'une chirurgie vasculaire et 2 % d'une chirurgie oesophagienne.

Dans 27 % des cas, les interventions étaient considérées à risque chirurgical faible, dans 36,5 % des cas à risque intermédiaire et dans 36,5 % des cas à haut risque chirurgical.

Le bloc opératoire était programmé sous un délai médian de 13 jours après la CPA.

III. Résultats des questionnaires

a) Sevrage pré-opératoire

92 % des patients avaient poursuivi leur consommation de tabac lorsqu'ils se présentaient en hospitalisation avant leur intervention (**Tableau 2, Figure 3**).

	Effectif (n=50)
Oui, n(%)	46 (92)
Non, n(%)	4 (8)

Tableau 2 – Poursuite de l'intoxication tabagique

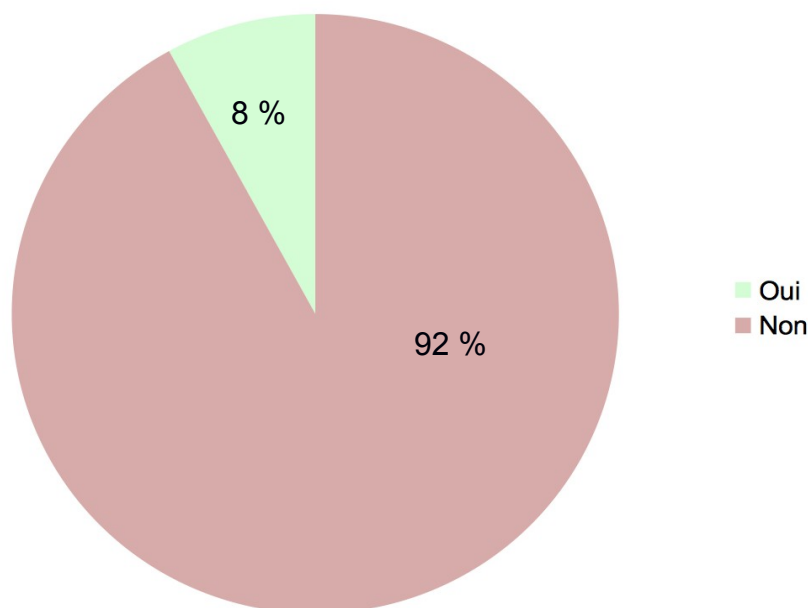


Figure 4. Proportion de patients ayant interrompu leur consommation de tabac dans l'intervalle de temps entre la CPA et le bloc opératoire.

b) Niveau de dépendance

	Effectif (n=50)
Test de Fagerström	3 [1,25 ; 4]
Pas de dépendance, n (%)	22 (44)
Dépendance faible, n (%)	16 (32)
Dépendance moyenne, n (%)	7 (14)
Dépendance forte, n (%)	5 (10)

Tableau 3 - Niveau de dépendance au tabac
 Les variables qualitatives sont représentées en nombre d'évènements (pourcentage de l'effectif du groupe). La variable quantitative « Test de Fagerström » est représentée en médiane [25^{ème} interquartile ; 75^{ème} interquartile].

Le niveau de dépendance a été évalué à l'aide du test de Fagerström (disponible en

Annexe 1) et a permis de relever (**Tableau 3**) :

- Pas de dépendance (score de 0 à 2) dans 44 % des cas ;

- Dépendance faible (score de 3 à 4) pour 32 % des patients ;
- Dépendance moyenne (score 5 ou 6) pour 14 % des patients ;
- Dépendance forte (score 7 à 10) pour 10 % des patients.

c) Niveau motivationnel

	Effectif (n=50)
<u>EN motivation à l'arrêt</u>	7 [5 ; 8]
Absence de motivation, n (%)	4 (8)
Motivation faible, n (%)	4 (8)
Motivation modérée, n (%)	14 (28)
Motivation élevée, n (%)	6 (12)
Forte motivation, n (%)	22 (44)
<u>Influence de l'intervention sur la motivation</u>	
Oui n (%)	34 (68)
Non, n (%)	16 (32)

Tableau 4 - Motivation à l'arrêt
 Les variables qualitatives sont représentées en nombre d'évènements (pourcentage de l'effectif du groupe). La variable quantitative « EN motivation à l'arrêt » est représentée en médiane [25^{ème} interquartile ; 75^{ème} interquartile].

Les patients ont estimé leur degré motivation à l'arrêt via une échelle numérique. La valeur médiane se situait à 7/10, et se décomposait ainsi (**Tableau 4**):

- Pas de motivation (EN à 0) pour 4 patients soit 8 % ;
- Motivation faible (EN 1 à 3) : pour 4 patients soit 8 % ;
- Motivation modérée (EN 4 à 5) pour 14 patients soit 28 % ;
- Motivation élevée (EN 6 et 7) pour 6 patients soit 12 % ;
- Forte motivation (EN 8 à 10) pour 22 patients soit 44 %.

L'approche de l'intervention était considérée comme un facteur motivationnel pour entrer dans une démarche de sevrage tabagique pour 68 % des patients (n= 34).

d) Accompagnement

	Effectif (n=50)
Non nécessaire, n(%)	40 (80)
Médecin traitant, n(%)	7 (14)
Tabacologue, n (%)	1 (2)
Ne sais pas, n (%)	2 (4)

Tableau 5 – Accompagnement dans le sevrage

80 % des patients ne ressentait pas le besoin d'être accompagnés dans l'objectif d'un sevrage. Pour les 10 patients (20 %) qui souhaitaient obtenir une aide, 7 ont désigné leur médecin traitant, 1 un tabacologue et 2 ne savaient pas qui pouvait les aider (**Tableau 5**).

e) Abord du tabac pendant la CPA

Au moment de la CPA, l'arrêt du tabac avant la chirurgie n'était pas suggéré dans 46 % des cas (**Tableau 6**).

50 % des patients ont déclarés ne pas avoir reçu d'information sur les bénéfices à l'arrêt et sur les complications liées au tabagisme pendant la période péri-opératoire.

Effectif (n = 50)	
Conseils d'arrêt	
Oui, n (%)	27 (54)
Non, n (%)	23 (46)
Informations délivrées	
Bénéfices de l'arrêt, n (%)	25 (50)
Propositions	
Orientation vers le médecin traitant, n (%)	2 (4)
Orientation vers le tabacologue, n (%)	2 (4)
Prescription de substituts nicotiniques, n (%)	3 (6)
Aucune, n (%)	43 (86)

Tableau 6 - Abord de la consommation de tabac pendant la CPA

La proposition d'une aide au sevrage quel qu'en soit la modalité ne concernait que 14 % des patients :

- 4% ont été orienté vers leur médecin traitant ;
- 4% ont été orienté vers un tabacologue ;
- 6% sont sortis de consultation avec une prescription de substituts nicotiniques.

IV. Conception et validation de la boîte à outils

L'ensemble des éléments constituant la boîte à outils sont disponibles en **Annexe 3**.

Les outils ont été pensés pour un usage double : d'une part pour les patients et d'autre part pour les médecins anesthésistes-réanimateurs. Les éléments créés visent donc chacun de ces publics de façon séparée ou mutuelle selon les outils.

Pour regrouper les divers documents, 2 livrets ont été créés. Un format numérique via un QR code apposé sur la 1ère de couverture est disponible.

- Le livret à destination des patients comprend:
 - Une fiche d'information sur les bénéfices à l'arrêt avant une intervention chirurgicale. Elle contient une frise chronologique des bénéfices attendus selon la date d'interruption de consommation de tabac ;
 - Un questionnaire d'auto-évaluation permettant au patient de quantifier et de réfléchir à sa consommation de tabac ;
 - Une fiche d'aide au sevrage répertoriant les différents traitements possibles dans le cadre d'une démarche d'arrêt : substituts nicotiques sous plusieurs formes, autres aides médicamenteuses ou cognitivo-comportementales. Un encarté sur la cigarette électronique y est présenté.

- Le livret à destination des professionnels comprend :
 - Un guide à la rédaction d'ordonnance de TSN permettant au professionnel d'évaluer le niveau de motivation et de dépendance du patient et prodiguant des conseils en cas de refus;
 - Une carte de poche d'aide au dosage initial et à l'adaptation posologique des TSN ;
 - Un feuillet de plusieurs ordonnances pré-remplies ;
 - Un modèle pré-rempli de lettre de liaison avec le médecin traitant ;
 - Une fiche d'aide au sevrage (identique au livret patient).

En complément de ces livrets et dans l'optique de susciter l'intérêt du plus grand nombre, une série d'affiches disposées en salle d'attente ainsi que dans les cabinets de consultation, ont été élaborées. Elles déploient des messages de prévention sur les conséquences du tabagisme dans un mode de communication positive. De par leur emplacement, elles représentent le premier élément de la campagne visualisé par le patient. L'objectif est de pouvoir ouvrir la discussion sans adopter d'attitude moralisatrice.



Figure 5. Affiche de la campagne « Anesthésie sans tabac » destinée aux bureaux de consultations.





Figure 6. Affiches de la campagne « Anesthésie sans tabac » destinées à la salle d'attente.

Discussion :

I. Succès du sevrage

Nous avons pu constater une proportion très élevée (92 %) de patients n'interrompant pas leur consommation de tabac au préalable de leur intervention chirurgicale.

Ce phénomène n'est pas rare et s'explique de plusieurs façons : tout d'abord, le délai entre le rendez-vous de consultation d'anesthésie et le bloc opératoire est court. En effet, il semble difficile d'obtenir un sevrage complet en sachant que le délai médian entre la rencontre avec l'anesthésiste et la chirurgie que nous avons mis en évidence est seulement de 13 jours. Augmenter ce délai afin d'obtenir de meilleurs taux de sevrage pourrait être une solution mais s'avère difficilement réalisable dans certaines situations (urgence carcinologique par exemple).

Afin de rectifier ce constat, une participation des chirurgiens - qui rencontrent les patients bien en amont de l'anesthésiste - dans le processus de sevrage semble indispensable.

De plus, il apparaît au cours de notre étude que dans le cas de la majorité des patients consultants (54 %), aucune suggestion d'arrêt du tabac n'est entreprise alors que l'information sur la consommation de tabac est relevé au cours de 95% des CPA.

Des résultats similaires ont été obtenus au Canada au cours de l'étude conduite par *Bottorff et Al* en 2015 où l'information d'interrompre la consommation avant l'intervention n'avait été délivrée par un professionnel de santé qu'à la moitié des patients ^[30]. Sur le territoire national, une enquête de pratique réalisée au sein du CHU de Nancy en 2012 a quant à elle retrouvé que l'arrêt de l'intoxication tabagique avant l'intervention chirurgicale n'était suggéré au cours de la CPA que dans 36 % des cas ^[31]. L'absence de prise en considération de l'intoxication tabagique associée à un délai très court entre la

consultation et la chirurgie pourrait en partie expliquer ce taux de 92 % de patients non sevrés.

Il faut alors rappeler que l'impact favorable des conseils dispensés par un médecin sur la réussite d'un sevrage tabagique a déjà été étudié, notamment en 2013 par *Stead et al* ^[32]. Dans cette méta-analyse composée d'essais randomisés, l'abstinence était évaluée au moins 6 mois après le conseil donné par le médecin. Même quand un médecin ne fournit qu'un conseil bref, cela augmente la probabilité de sevrage tabagique et la maintenance de l'arrêt au bout de 12 mois. Des mesures plus intensives comme des conseils plus appuyés ou un conseil accompagné d'une proposition de suivi peuvent entraîner des taux de sevrage légèrement plus élevés. Cette méta-analyse entre toutefois dans un cadre non-chirurgical, principalement composée de patients relevant des soins primaires.

Dès qu'un fumeur est identifié, il est donc primordial de l'inciter à arrêter. Ce simple conseil d'arrêt, concerne tous les professionnels de santé y compris les anesthésistes-réanimateurs. Pour toutes ces raisons, la HAS propose, pour guider les professionnels, d'utiliser une méthode facile à mettre en œuvre de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB) visant à :

- Repérer les consommations à risque ;
- Intervenir auprès de ces consommateurs pour qu'ils réduisent leurs risques de dommages ;
- Accompagner et soutenir leurs efforts vers un changement de comportement durable.

Plusieurs ressources sont disponibles pour aider le professionnel à aborder le sujet ou à guider le patient notamment la fiche « *Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève* », sur laquelle peut s'appuyer le praticien ^[33]. Le développement des outils de la campagne « Anesthésie sans tabac » suit cette approche.

II. Accompagnement

Un autre facteur d'échec du sevrage est l'absence d'accompagnement.

86 % des patients de notre étude quittent la consultation sans aucune aide pour parvenir à stopper le tabac. En particulier, seulement 4 % sont orientés vers une structure de tabacologie ou vers leur médecin traitant. Ces résultats ne sont pas étonnants au regard de ce qui a pu déjà être mis en évidence par l'équipe de Nancy où la proposition d'une aide au sevrage tabagique quelle qu'en soit la modalité n'était effectuée que dans 17 % des cas ^[31].

Du côté des usagers, 80 % ont exprimés ne pas ressentir le besoin d'obtenir une aide pour se sevrer. Nous ne nous sommes pas attachés à repérer les éventuels freins à l'origine de cette conclusion. Une des possibles explications à cette constatation, après l'absence d'envie d'initier un sevrage, serait qu'une partie des usagers préfèrent avoir recours à un sevrage autonome non-assisté. Ce phénomène a bien été décrit notamment en Australie, où en 2015, une revue de la littérature a estimé que 54 % à 69 % des ex-fumeurs ont arrêté sans aide et que 41 % à 58 % des fumeurs actuels ont tenté d'arrêter sans aide ^[34]. Au cours de la même période sur le territoire national, 69,1 % des anciens fumeurs ont déclaré n'avoir utilisé aucune aide selon une analyse rétrospective des données du Baromètre de Santé publique France ^[35].

Pourtant les données de la littérature suggèrent qu'un accompagnement spécifique a un intérêt dans le succès du sevrage, y compris pendant la période péri-opératoire. Pour exemple une étude américaine de 2008 dans laquelle les patients qui recevaient une intervention dans le but d'arrêter de fumer avaient un taux de sevrage à court terme plus élevé que ceux qui n'en recevaient pas ^[36]. Plus récemment, en 2017, une méta-analyse d'essais randomisés contrôlés a suggéré que les interventions préopératoires de sevrage tabagique réduisaient de près de moitié l'incidence du tabagisme avant la chirurgie ^[37]. La HAS rappelle dans le cadre de ses recommandations de bonne pratique « *qu'il est*

recommandé de conseiller d'arrêter de fumer à tout patient fumeur devant subir une intervention chirurgicale, et de lui proposer une aide à l'arrêt du tabac par son médecin généraliste ou un autre professionnel formé au sevrage tabagique ». [28].

La campagne « Anesthésie sans tabac » que nous avons développée s'inscrit pleinement dans cet objectif. Les outils créés pourraient permettre d'obtenir des résultats similaires à ceux de *Lee and Al* en 2013. Cette équipe canadienne a développé un parcours pré-opératoire simple comprenant de brefs conseils, la distribution de brochures sur le sevrage tabagique, un approvisionnement gratuit de 6 semaines de TSN et une orientation vers une ligne téléphonique nationale spécialisée. Le taux d'abstinence le jour de la chirurgie était significativement 4 fois plus élevé dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin, et 2,6 fois plus important à 30 jours [38].

Concernant les 20 % d'usagers de notre étude souhaitant obtenir une aide :

- 14 % pensent à leur médecin traitant : il paraît indispensable d'inclure ces derniers dans le processus car ils assurent un suivi sur le long terme et personnalisé. Ces deux derniers points étant primordiaux dans l'arrêt du tabac.

Nous avons donc choisi d'intégrer, dans les outils, une lettre type de liaison avec le médecin traitant. Le but est de faciliter le relais avec la médecine de ville et de poursuivre, auprès du professionnel de santé de premier recours, les initiatives engagées.

- 2 % pensent à un tabacologue : la méconnaissance de cette spécialité pourrait en partie expliquer ce faible taux.
- 4 % ont exprimé ne pas savoir qui pourrait les accompagner dans la démarche : en effet, les possibilités d'accompagnement existantes sont peut-être en partie méconnues du public. D'autres intervenants du parcours de soins comme les pharmaciens n'ont pas

été cités pouvant témoigner également des lacunes sur la connaissance des aides disponibles.

III. Informations au patient

Au cours de la CPA, nous constatons que 50 % des patients affirment ne pas avoir été informés des bénéfices à l'arrêt du tabac avant la chirurgie et des complications reliées à la poursuite de l'intoxication. D'autres publications font état de conclusions tout à fait similaires^[30 ; 31].

Le but de la CPA est de recueillir toutes les informations pertinentes afin d'assurer la sécurité du patient et de proposer la meilleure stratégie anesthésique possible. L'information du patient est une obligation légale faisant pleinement partie des objectifs de la CPA. Elle doit concerner tant la stratégie envisagée que les complications potentielles prévisibles en regard des comorbidités du patient et du geste opératoire prévu.

La transmission de ces informations est d'autant plus essentielle car il semblerait qu'une partie des patients ignorent les risques encourus. C'est en tout cas la conclusion d'une investigation menée par le Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD) qui a récemment proposé aux établissements de santé de réaliser une enquête sur le tabagisme dans le cadre de la politique « Lieu de santé sans tabac ». Celle-ci conclut que 42 % des 2 785 patients interrogés ne savaient pas qu'arrêter de fumer avant une intervention chirurgicale diminue le risque de complication opératoire^[39].

Les conseils pour arrêter de fumer avant la chirurgie doivent spécifiquement intégrer le message que le tabagisme augmente les risques de complications per- et postopératoires et que cesser de fumer peut réduire ces risques surtout quand on sait qu'informer directement le patient des complications chirurgicales liées au tabac mais également des bénéfices du sevrage augmente les chances d'arrêt^[40].

Les affiches portant des messages de prévention dans les salles d'attente ainsi que la frise des bénéfices à l'arrêt au sein du livret patient ont été déployés dans le but de faciliter l'information faite au patient.

Afin d'ajouter davantage de valeur au propos, les autres intervenants du parcours de soins, notamment les chirurgiens, doivent également souligner aux patients que l'arrêt du tabac peut diminuer le risque de complications.

IV. Évaluation de la dépendance

Afin de dépister une dépendance au tabac, essentiel pour guider l'arrêt, nous avons utilisé le Test de Fagerström. Rapide et simple d'exécution, il doit être envisagé lors de l'évaluation initiale mais sa validité est limitée par le fait que certains aspects de la dépendance ne sont pas pris en compte. En effet, la dépendance au tabac associe plusieurs mécanismes :

- la dépendance physique : secondaire à la présence de nicotine plasmatique, elle est responsable des symptômes de sevrage (irritabilité, envie obsessionnelle de fumer, anxiété, difficultés de concentration) ;
- la dépendance psychologique: en lien avec les effets psychoactifs de la nicotine qui procure plaisir, stimulation intellectuelle ou encore une anxiolyse ;
- la dépendance comportementale : liée à l'environnement ou aux habitudes générant des automatismes à l'origine de la prise d'une cigarette.

La prescription de TSN en permettant de lutter contre les symptômes physiques de sevrage facilite l'abord ultérieur des autres types de dépendance via la mise en place de nouveaux comportements pour réapprendre à vivre sans tabac.

Bien qu'incomplet, le test de Fagerström demeure tout de même un élément d'évaluation fiable pour classer le niveau de dépendance des usagers. En plus de faire prendre

conscience au patient de l'intensité de sa dépendance vis-à-vis du tabac (entraînant éventuellement une motivation au sevrage), il permet au praticien d'être guidé dans la prescription de TSN.

Cette prescription est reconnue utile lorsque la dépendance est avérée correspondant à un score à ce test supérieur ou égal à 3. Il ressort de notre étude que 56 % des patients auraient pu bénéficier d'une telle aide. Or, cela a concerné seulement 6 % d'entre eux.

Dans le but de pouvoir améliorer les pratiques, nous avons donc choisi de l'intégrer au sein du livret patient, l'interprétation du résultat du test étant disponible dans l'ordonnancier créé pour les praticiens.

V. Motivation

L'élément clé dans toute démarche de sevrage est la motivation intrinsèque de l'usager. Notre étude montre qu'une grande partie des consommateurs de tabac interrogés sont motivés à entamer un arrêt. Les données épidémiologiques locales récentes rendent également compte d'un taux de motivation élevé quant à l'amorçage d'une tentative de sevrage : dans la région Hauts-de-France l'envie d'arrêter de fumer est rapportée par 58,2 % des fumeurs quotidiens et 27,8 % ont fait une tentative d'arrêt dans l'année ^[41]. Les trois principales motivations à l'arrêt du tabac déclarées en 2020 et 2021 étaient :

1. La santé : les arguments avancés étaient d'avantage axés sur les conséquences immédiates du tabagisme sur la santé plutôt que sur celles à long terme ;
2. Le coût ;
3. La volonté de retrouver une forme de liberté ^[42].

Les conclusions de *Villanti et al* en 2016 font également état que la santé demeure la principale source de motivation des fumeurs pour arrêter ^[43].

La chirurgie apparaît de plus comme étant un moment propice puisque 68% des patients reconnaissent être influencé par l'approche de leur intervention pour changer leurs attitudes vis-à-vis du tabac. Ce résultat n'est pas surprenant en regard de ceux déjà obtenus aux États-Unis par *Shi and al* en 2010. Cette étude mettait déjà en évidence que le fait de devoir subir une intervention chirurgicale majeure doublait les chances d'arrêt. Dans ce pays, 8 % des sevrages annuels aboutis ont eu lieu pendant la période péri-opératoire ^[44].

Tout ceci concourt à donner une place privilégiée à la consultation pré-anesthésique pour initier un arrêt du tabac, l'utilisateur se trouvant dans une période où sa motivation peut être très élevée. Le rôle de l'anesthésiste-réanimateur est à ce moment central et il pourra repérer d'éventuels freins au sevrage pour les patients qui n'expriment aucune envie d'arrêter le tabac:

- anxiété vis-à-vis des symptômes du sevrage,
- méconnaissance des dispositifs d'accompagnements disponibles,
- absence de soutien,
- peur de l'échec,
- peur de perte d'un lien social.

Toutefois, apporter une réponse à chacune de ces réticences n'est pas un exercice aisé si l'on n'est pas formé en tabacologie. Le faible temps disponible en CPA est une deuxième contrainte. Les outils contenus dans notre pochette à destination des usagers fournissent des informations sur les différentes aides possibles et la consultation peut servir de porte d'entrée vers un circuit spécialisé en tabacologie auquel il est facile d'adresser le patient.

En complément, des instruments inducteurs de motivation peuvent être déployés. Par exemple, la mesure du monoxyde de carbone expiré par un appareil de mesure (CO testeur) est une piste qui pourrait permettre au patient de prendre conscience de l'importance de son intoxication et ainsi déclencher une envie de l'interrompre ^[45].

VI. Limites

Dans le cadre de notre enquête, notre population comportait 17,2 % de patients tabagiques alors que l'on dénombre - comme décrit précédemment dans l'introduction - 26,4 % de fumeurs dans les Hauts-de-France. Notre étude étant transversale, le recueil des données représente une photographie de la population à un instant donné, pouvant entraîner des discordances avec les chiffres retrouvés dans la littérature ou dans les relevés épidémiologiques officiels.

La discordance de ces chiffres peut être également expliquée par la présence d'un biais de recrutement : notre pôle d'anesthésie étant inclus au sein d'un centre de chirurgie lourde dont l'activité repose essentiellement sur la chirurgie viscérale (67 % des patients de notre enquête consultaient avant une chirurgie viscérale générale ou urologique).

Le tabac est la cause directe ou un facteur favorisant de nombreux cancers : 8 cancers du poumon sur 10, près de 70 % des cancers des voies aérodigestives supérieures et certains cancers gynécologiques. Ces spécialités chirurgicales n'étant pas pratiquées au sein de l'établissement, il en découle que le nombre de fumeurs est plus faible que dans la population générale.

De plus, certains patients, tabagiques actifs au moment d'entrer dans le parcours chirurgical, ont pu initier un sevrage dans les suites de la consultation de chirurgie et ne sont plus comptabilisés dans l'effectif de consommateurs actifs au moment de la CPA.

Notre enquête ne comporte pas de données manquantes mais les questionnaires étant complétés pour des raisons pratiques à distance de la consultation (avec un délai médian de 13 jours), un oubli des informations reçus au cours de CPA est possible entraînant un biais de mémorisation.

Nos résultats sont certes limités de par la faible population et le caractère unicentrique de l'étude, mais ils sont confortés par les résultats similaires dans la littérature.

VII. Perspectives

Ce travail s'inscrit pleinement dans le cadre de la politique nationale de lutte anti-tabac. Il vient en complément d'une thèse d'évaluation des pratiques professionnelles portant l'intitulé « Enquête de pratique sur le repérage, l'accompagnement et la prise en charge du tabagisme en péri-opératoire auprès des anesthésistes du Nord- Pas-de-Calais ».

La campagne « Anesthésie sans tabac » a été lancée au sein du service de consultations pré-anesthésiques de l'hôpital Claude Huriez le 31 mai 2023 à l'occasion de la journée mondiale sans tabac. Il s'agit à notre connaissance de la première campagne de ce type dans la région Hauts-de-France. La faisabilité et l'efficacité de tels dispositifs ont été constatées dans d'autres pays avec des résultats encourageants puisqu'on retrouve au décours une augmentation significative de la proportion de patients ayant réduit ou interrompus leur intoxication ^[46].

Avec plus de 10 millions d'actes d'anesthésies par an en France, les répercussions de procédures plus standardisées de sevrage tabagique pré-opératoire sont potentiellement non négligeables. En plus de diminuer la morbidité péri-opératoire, le sevrage au moment d'une chirurgie ouvre la porte à l'abstinence à plus long terme ^[47].

Après une phase de test et d'éventuels ajustements, la volonté de l'ARS est d'élargir le dispositif au sein d'autres établissements de la région. Dans ce but, une enquête de satisfaction adressée aux patients est en cours au sein du CHU de Lille. Les premiers résultats n'étaient pas encore disponibles lors de la rédaction de cette thèse.

En complément de ces prochaines informations, une future étude s'attachant à évaluer l'impact de la campagne tant sur le succès du sevrage que sur l'amélioration de sa prise en charge et des pratiques professionnelles est nécessaire.

Références bibliographiques :

1. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Drogues et addictions, chiffres clés. Paris: OFDT; 2022. 8 p. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/drogues-etaddictions-chiffres-cles/drogues-et-addictions-chiffres-cles9eme-edition-2022/>
2. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull Epidemiol Hebd. 2019; (15):278-84.
3. Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, NguyenThanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. BullEpidémiolHebd.2020(14):2738. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html
4. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Gautier A, Richard JB, et al. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France. Bull Epidemiol Hebd. 2021;(8):132-9. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/8/2021_8_1.html
5. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Soullier N, Richard JB, et al. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. Bull Épidémiol Hebd. 2022;(26):470-80.
6. Santé Publique France. Bulletin de santé publique Tabac dans les Hauts-de-France. Février 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2021/bulletin-de-sante-publique-tabac-dans-les-hauts-de-france.-fevrier-2021>
7. Santé Publique France. Bulletin de santé publique Tabac dans les Hauts de France. Janvier 2019. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/hauts-de-france/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-tabac-dans-les-hauts-de-france.-janvier-2019>
8. Plan Cancer 2014-2019. Objectif 10 : Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2015. 55 p.Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
9. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Action et des Comptes publics; 2018. 45 p. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlrt_def.pdf
10. Vigna-Taglianti FD, Galanti MR, Burkhart G, Caria MP, Vadrucci S, Faggiano F; EU-Dap Study Group, "Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial" in *New directions for youth development*, 2014
11. COPIL P2RT, Mois sans Tabac 2023 en Hauts-de-France, 30 mai 2023

12. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2023.
13. S. Pierre, C. Rivera, B. Le Maitre, AM Ruppert, B. Chaput, H. Bouaziz, N. Wirth, J. Saboye, A. Sautet, AC. Masquelet, JJ. Tournier, Y. Martinet, B. Dureuil. Recommandations sur la prise en charge du tabagisme en période péri opératoire. SFAR 2016.
14. Turan A, Mascha EJ, Roberman D, Turner PL, You J, Kurz A, et al. Smoking and perioperative outcomes. *Anesthesiology* 2011;114:837–46.
15. Grønkjær M, Eliassen M, Skov-Ettrup LS, Tolstrup JS, Christiansen AH, Mikkelsen SS, et al. Preoperative smoking status and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg* 2014;259:52–71.
16. Musallam K, Rosendaal F, Zaatari G, Soweid A, Hoballah J, Sfeir P, et al. Smoking and the Risk of Mortality and Vascular and Respiratory Events in Patients Undergoing Major Surgery. *JAMA Surgery* 2013
17. Neumayer L, Hosokawa P, Itani K, El-Tamer M, Henderson W, Khuri S. Multivariable Predictors of Postoperative Surgical Site Infection after General and Vascular Surgery: Results from the Patient Safety in Surgery Study. *J Am Coll Surg* 2007;204:1178-1187.
18. Hawn M, Houston T, Campagna E, Graham L, Singh J, Bishop M, et al. The Attributable Risk of Smoking on Surgical Complications. *Ann Surg* 2011;254:914–20
19. Sørensen L. Wound Healing and Infection in Surgery: The Clinical Impact of Smoking and Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Surg* 2012;147:373–83
20. He Y, Omar M, Feng X, Neunaber C, and Jagodzinski M, Impact of smoking on the incidence and post-operative complications of total knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Bosn Basic Med Sci* 2022 ; 22:353-365
21. Crippen MM, Patel N, Filimonov A, Brady JS, Merchant AM, Baredes S, Park RCW. Association of smoking tobacco with complications in head and neck microvascular reconstructive surgery. *JAMA Facial Plast Surg.* 2019;21:20–6.
22. Warner DO, Borah BJ, Moriarty J, Schroeder DR, Shi Y, Shah ND. Smoking status and health care costs in the perioperative period: a population-based study. *JAMA Surg.* 2014;149:259–66.
23. Mills E, Eyawo O, Lockhart I, Kelly S, Wu P, Ebbert J. Smoking cessation reduces postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med* 2011;124:144-154.e8.
24. Wong J, Lam DP, Abrishami A, Chan MT, Chung F. Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth* 2012;59:268–79.

25. Guidelines for Perioperative Care for Liver Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations 2022 *World J Surg* . 2023 Jan;47(1):11-34. doi: 10.1007/s00268-022-06732-5. Epub 2022 Oct 30.
26. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;3:CD002294.
27. Lindström D, Sadr Azodi O, Wladis A, Tønnesen H, Linder S, Nåsell H, Ponzer S, Adami J: Effects of a perioperative smoking cessation intervention on postoperative complications: A randomized trial. *Ann Surg* 2008; 248:739–45.
28. Recommandation HAS - Arrêt de la consommation du tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-de-tabac-du-dépistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
29. Warner DO, Sarr MG, Offord KP, Dale LC. Anesthesiologists, General Surgeons, and Tobacco Interventions in the Perioperative Period. *Anesthesia & Analgesia*. de c 2004;99(6):1766.
30. Bottorff JL, Seaton CL, Lamont S. Patients' awareness of the surgical risks of smoking: implications for supporting smoking cessation. *Can Fam Physician*. 2015;61:e562-9.
31. Derlon V, Wirth N, Martinet PY, McNelis U, Minary L, Boileau S, et al. Prise en charge du tabagisme périopératoire : enquête de pratiques en région Lorraine. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1 févr 2013;32(2):89- 93.
32. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013:CD000165
33. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève – Alcool, cannabis, tabac, chez l'adulte. Recommandation de bonne pratique HAS 2021. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-02/reco403_fiche_outil_2021_alcool_cannabis_tabac_cd_2021_02_11_v0.pdf
34. Smith A.L., Chapman S., Dunlop S.M. (2015b) What do we know about unassisted smoking cessation in Australia? A systematic review, 2005-2012. *Tobacco Control*, Vol. 24, n° 1, p. 18-27.
35. Guignard R, Verrier F, Quatremère G, Andler R, El Khoury F, El Aarbaoui T, et al. Tentatives d'arrêt du tabac, aides utilisées et maintien de l'abstinence tabagique : une analyse rétrospective des données du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2021;(1):2-11.
36. The effectiveness of smoking cessation interventions prior to surgery: a systematic review Mark Cropley 1, Alice Theadom, Gabriella Pravettoni, Gemma Webb *Nicotine Tob Res* . 2008 Mar;10(3):407-12. doi: 10.1080/14622200801888996.

37. How Can Smoking Cessation Be Induced Before Surgery? A Systematic Review and Meta-Analysis of Behavior Change Techniques and Other Intervention Characteristics Andrew Prestwich 1, Sally Moore 2, Alwyn Kotze 3, Luke Budworth 1, Rebecca Lawton 1 2, Ian Kellar 1 doi: 10.3389/fpsyg.2017.00915. eCollection 2017.
38. Lee SM, Landry J, Jones PM, Buhrmann O, Morley-Forster P. The effectiveness of a perioperative smoking cessation program: a randomized clinical trial. *Anesth Analg*. 2013;117:605–13.
39. RESPADD. Enquête Tabagisme en blouse blanche – Analyse nationale de l'enquête sur le tabagisme en établissement de santé. Questionnaire destinés aux personnels hospitaliers [Internet]. 2020 . Disponible sur: 37. <https://www.respadd.org/hopital-sans-tabac-lieu-de-sante-sans-tabac/enquetetabagisme-en-blouse-blanche>.
40. Feasibility of Tobacco Interventions in Anesthesiology Practices: A Pilot Study. David O. Warner, M.D.; The American Society of Anesthesiologists Smoking Cessation Initiative Task Force. *Anesthesiology* June 2009, Vol. 110, 1223–1228.
41. V. Pontières, P. Bernillon, V. De Lauzun, R. Guignard, D. Jeannel, M. Martel, V. Nguyen Thanh, A. Pasquereau, J.B. Richard, M. Rivière, A. Thabuis. Tabac et vapotage - Indicateurs de consommation 2021 en région Hauts-de-France. Juillet 2023.
42. Guignard, R.; Quatremère, G.; Pasquereau, A.; Jartoux, C.; Salvaing, L.; Caline, G.; Beck, F.; Nguyen Thanh, V. Barriers against and Motivations for Quitting Smoking during the COVID-19 Health Crisis: Results of a Qualitative Study in France. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 13051
43. Villanti AC, Bover Manderski MT, Gundersen DA, Steinberg MB, Delnevo CD. Reasons to quit and barriers to quitting smoking in US young adults. *Fam Pract*. 2016;33(2):133-9.
44. Shi, Warner. Surgery as a teachable moment for smoking cessation. *Anesthesiology* 2010; 112:102-7.
45. Sejourne C, Parot-Schinckel E, Rouquette A, Pare F, Delcroix M, Fanello S. Évaluation de l'impact de la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré. Étude randomisée effectuée auprès de 578 fumeurs consultant en médecine générale. *Rev Mal Respir*. 1 mars 2010;27(3):213-8
46. Bottorff JL, Seaton CL, Viney N, Stolp S, Krueckl S, Holm N. The Stop Smoking Before Surgery program: impact on awareness of smoking-related perioperative complications and smoking behavior in Northern Canadian communities. *J Prim Care Community Health*. 2016;7:16–23.
47. Lee SM, Landry J, Jones PM, Buhrmann O, Morley-Forster P Long-term quit rates after a perioperative smoking cessation randomized controlled trial. , *Anesth Analg*. 2015;120:582–587.







Annexes :

Annexe 1 - Questionnaire tabac

QUESTIONNAIRE TABAC

1. Etes-vous fumeur ?

2. Evaluez votre dépendance au tabac

 Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?	<input type="checkbox"/> Moins de 5 minutes	3
	<input type="checkbox"/> 6 à 30 minutes	2
	<input type="checkbox"/> 31 à 60 minutes	1
	<input type="checkbox"/> Plus de 60 minutes	0
 Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?	<input type="checkbox"/> Oui	1
	<input type="checkbox"/> Non	0
 A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?	<input type="checkbox"/> A la première de la journée	1
	<input type="checkbox"/> A une autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	<input type="checkbox"/> 10 ou moins	0
	<input type="checkbox"/> 11 à 20	1
	<input type="checkbox"/> 21 à 30	2
	<input type="checkbox"/> 31 ou plus	3
 →  Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	<input type="checkbox"/> Oui	1
	<input type="checkbox"/> Non	0
 Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?	<input type="checkbox"/> Oui	1
	<input type="checkbox"/> Non	0
TOTAL		

3. A quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ?

Placez vous sur une échelle de 0 à 10 : 0 signifie « Ce n'est pas important du tout » et 10 signifie « C'est extrêmement important ». Entourez le chiffre correspondant à votre réponse :



4. L'approche de votre opération vous a-t-elle encouragé à diminuer ou à interrompre votre consommation de tabac ?

- Oui Non

5. Souhaitez-vous obtenir une aide pour arrêter votre consommation de tabac ?

- Oui Non

6. Si oui : Par qui souhaiteriez-vous être accompagné dans cette démarche (médecin traitant, chirurgien, anesthésiste, tabacologue ...) ?

7. Lors de votre consultation avec le médecin anesthésiste :

Vous a-t-on conseillé d'interrompre votre consommation de tabac ?

- Oui Non

Vous a-t-on informé des complications possibles de votre intervention pouvant être liées au tabac et des bénéfices à interrompre votre consommation ?

- Oui Non

Que vous a-t-on proposé pour vous aider à arrêter votre consommation de tabac ? (plusieurs réponses possibles)

- Orientation vers un tabacologue
- Orientation vers votre médecin traitant
- Prescription de substitut à la nicotine (type patches, gommes à mâcher, pastilles...)
- Rien
- Autre :

Merci pour votre participation

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé à des fins de recherche.



Conformément à la réglementation en vigueur, vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'opposition, d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation de traitement des données vous concernant.

Annexe 2 – Algorithme SFAR/ Société Française de Cardiologie d'évaluation du risque chirurgical selon la prévalence observée des complications cardiaques postopératoires

Low-risk: < 1%	Intermediate-risk: 1-5%	High-risk: > 5%
Superficial surgery	Intraperitoneal: splenectomy, hiatal hernia repair, cholecystectomy	Aortic and major vascular surgery
Breast	Carotid symptomatic (CEA or CAS)	Open lower limb revascularization or amputation or thromboembolism
Dental	Peripheral arterial angioplasty	Duodeno-pancreatic surgery
Endocrine: thyroid	Endovascular aneurysm repair	Liver resection, bile duct surgery
Eye	Head and neck surgery	Oesophagectomy
Reconstructive	Neurological or orthopaedic: major (hip and spine surgery)	Repair of perforated bowel
Carotid asymptomatic (CEA or CAS)	Urological or gynaecological: major	Adrenal resection
Gynaecology: minor	Renal transplant	Total cystectomy
Orthopaedic: minor (meniscectomy)	Intrathoracic: non-major	Pneumonectomy
Urological: minor (transurethral resection of the prostate)		Pulmonary or liver transplant

Annexe 3 – Contenu de la boîte à outils créée avec l'association Hauts-de-France Addictions :

Figure 7. Questionnaire à destiné des patients rédigé en langage FALC.

 Mon livret patient 

Mon rendez-vous avec un médecin anesthésiste :

- Je dois avoir une opération chirurgicale
- Pour être opéré, je dois avoir un rendez-vous avec un **médecin anesthésiste-réanimateur**

Un **médecin anesthésiste-réanimateur** c'est un médecin spécialiste des **anesthésies**.

Un **médecin anesthésiste-réanimateur** suit le patient :


- Avant l'opération
- Pendant l'opération
- Après l'opération

Une **anesthésie** c'est être endormi pendant une opération chirurgicale
Être endormi permet de ne pas avoir mal.

Pour une meilleure anesthésie


↓

Il faut arrêter de fumer.


1

QUESTIONNAIRE

A REMPLIR EN SALLE D'ATTENTE





Madame, Monsieur,


Ce questionnaire permet de :

- Connaître votre consommation de cigarette
- Préparer votre opération chirurgicale


Le questionnaire est à rendre au médecin anesthésiste-réanimateur


La cigarette 


Je ne fume pas 


Je fume 

➤ **Je suis fumeur, je fume :**

Des cigarettes en paquet 

Des cigarettes en tubes 

Des cigarettes à rouler 

Des cigares 

La chicha



La pipe



➤ **Combien de cigarettes je fume par jour :**

un peu



moyen



beaucoup



énormément



➤ **Je fume ma première cigarette :**

juste après le réveil



après le petit déjeuner



après le repas du midi



après le repas du soir



Avec un café



3



➤ **Je vais être opéré, je veux :**

Réfléchir pour arrêter de fumer



Fumer moins de cigarette



Arrêter de fumer



Prendre rendez-vous avec un médecin pour m'aider à arrêter de fumer



➤ **Je veux continuer de fumer car :**

Je vais être stressé



Fumer me manque



J'ai peur de grossir



Quand je m'ennuie, j'ai envie de fumer



J'ai l'habitude de fumer



J'aime fumer avec mes amis



.....



4



- Je veux arrêter de fumer car :
- La cigarette ça coute beaucoup d'argent
 - C'est bon pour ma santé
 - Je veux mieux dormir
 - Je veux protéger ma famille
 - Je veux me sentir mieux
 -



Figure 8. Frise chronologique des bénéfices à l'arrêt dans le livret patient.

Les bénéfices de l'arrêt du tabac

Avant une opération chirurgicale

A PARTIR DE 8 SEMAINES

- Disparition du risque de complications opératoires.

ENTRE 2 ET 4 SEMAINES

- Réduction du risque de complications opératoires ;
- Meilleure cicatrisation ;
- Diminution des complications respiratoires.

ENTRE J-1 ET J-2

- Baisse du taux de monoxyde de carbone ;
- Meilleure oxygénation.

Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer.

Source : Bénéfices liés des recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAAR) 2016
 P. DOR (BENAMOU) - Département d'Anesthésie-Réanimation - Groupe Hospitalier et Faculté de Médecine Paris-Sud

Figure 9. Fiche d'aide au sevrage disponible dans les livrets patients et professionnels.



LES AIDES AU SEVRAGE

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION NICOTINIQUE

LE PATCH OU DISPOSITIF TRANSDERMIQUE

Il délivre une quantité contrôlée de nicotine par voie transdermique à partir de 30 minutes. Le plateau de nicotine est délivré dès 2 heures de pose. Selon la version et les habitudes de consommation, il a une durée d'action de 16 ou 24 heures. Il doit être posé sur une peau propre, glabre et changé quotidiennement. Il faut varier le site d'application quotidiennement.

LES PASTILLES À SUCER

Elles ont l'avantage de délivrer l'intégralité de la nicotine par simple contact avec la muqueuse buccale et sans nécessité de mastication. Il ne faut ni les croquer, ni les avaler.

LES GOMMES À MÂCHER

L'absorption de la nicotine se fait par la muqueuse buccale de façon régulière. Il faut les mâcher une fois puis les garder contre la joue. Il y a une déperdition de moitié de la dose délivrée et elles peuvent ne pas être adaptées aux porteurs de prothèses dentaires.

LE SPRAY BUCCAL

Il délivre rapidement la dose de nicotine par pulvérisation directement sur les muqueuses buccales (intérieur de la joue et non au fond de la gorge).

LES AUTRES TRAITEMENTS

MEDICAMENTEUX

La varénicline n'est plus disponible à la vente (Champix®). Elle diminue les signes de manque physique et atténue la sensation de plaisir quand la personne fume. Il peut y avoir des effets secondaires et elle ne peut être prescrite que par un médecin.
Le bupropion n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale (Zyban®).

LES THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES (TCC)

Elles reposent sur l'apprentissage et l'analyse des pensées pour acquérir ou modifier des comportements. Elles sont centrées sur les problèmes actuels (ici et maintenant) du patient.

LA VAPE

Le HCSP* souligne que les connaissances fondées sur les preuves sont insuffisantes pour proposer la vape comme aides au sevrage tabagique dans la prise en charge des fumeurs par les professionnels de santé.
Pour accompagner un fumeur dans une démarche de sevrage tabagique, la HAS préconise en premier recours l'utilisation des traitements de substitution nicotinique, ayant prouvé leur efficacité.

Le HCSP conclut que les preuves sur l'utilisation de la vape, y compris les femmes enceintes, sont insuffisantes, et la balance des bénéfices-risques ne peut pas être déterminée.

Pour les usagers à forte dépendance nicotinique,
Pour les usagers les plus vulnérables qui n'accèdent pas aux traitements ou qui n'en souhaitent pas,
Pour les fumeurs en soutien aux traitements validés (TSN).
Elle n'amène pas de combustion, donc pas de production de dioxyde de carbone.

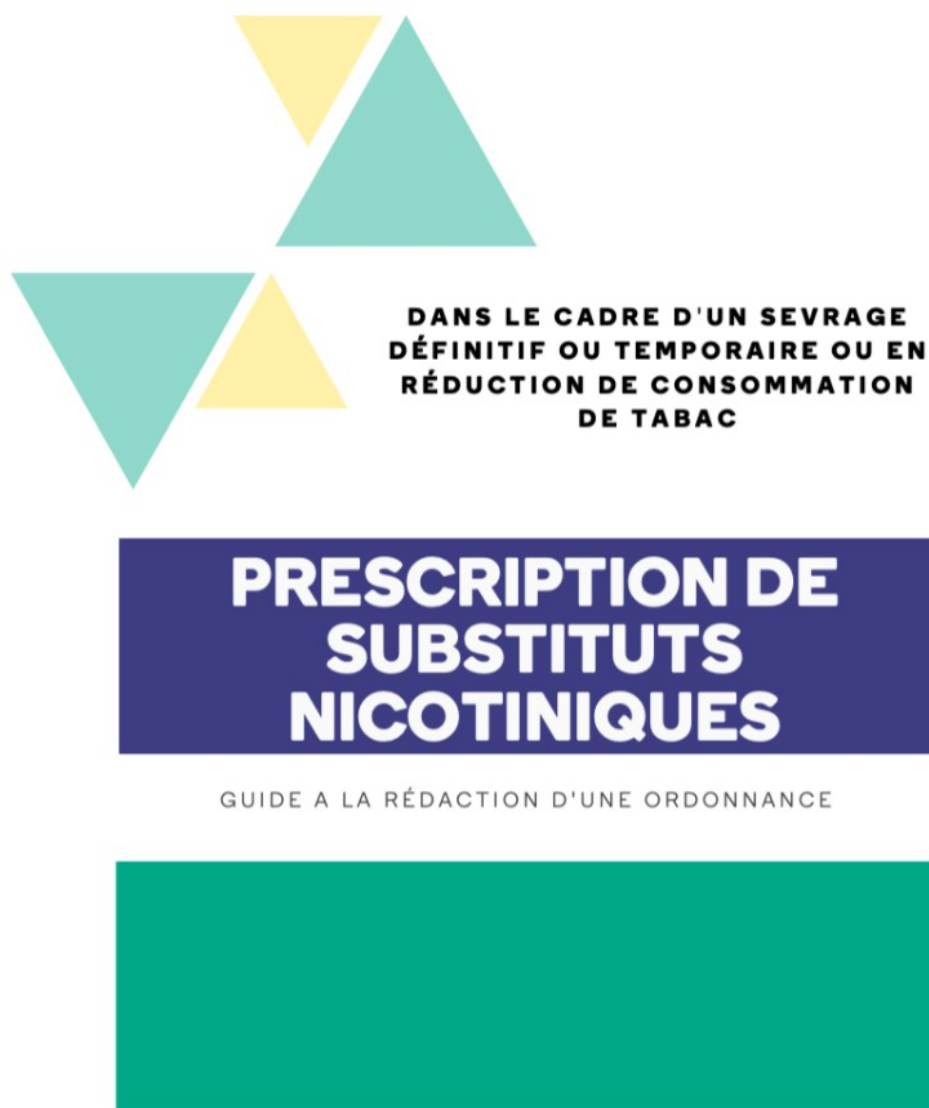
Les substances toxiques contenues dans la vape sont beaucoup moins nombreuses que dans la fumée du tabac.
Elle doit être à usage personnel pour éviter les risques infectieux.
Le propylène glycol asséchant les muqueuses il est nécessaire de bien s'hydrater en buvant de l'eau.

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique. Avis rendu, date du document : 26/1/2021. Date de mise en ligne : 04/01/2022
* Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale. Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2016-02-22, 26pe HCSP



Janvier 2023 - Conception : Hauts-de-France Addictions. Impression : Hauts-de-France Addictions

Figure 10. Guide de prescription de substituts nicotiques dans le livret professionnel.



La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a élargi l'autorisation de prescription de substituts nicotiques à de nombreux professionnels de santé : médecins du travail, sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes.

Depuis le 1er janvier 2019, les substituts nicotiques sont remboursés à 65% par l'Assurance Maladie. La liste des spécificités pharmaceutiques et de leur conditionnement remboursable est évolutive et disponible sur le site ameli.fr

Le reste à charge peut-être pris en charge par la mutuelle, la complémentaire santé et la complémentaire santé solidarité.

Déterminer l'intérêt de la substitution nicotinique

La motivation à l'arrêt

Évaluer la motivation de votre patient à l'aide de cette échelle visuelle analogique



La dépendance physique

Évaluer le degré de dépendance avec le test de Fagerström simplifié à partir des résultats de l'auto-évaluation patient.

Interprétation des résultats

Pas de dépendance : 0-1
Dépendance modérée : 2-3
Dépendance forte : 4-5-6



Si la dépendance est avérée, la substitution nicotinique est utile.

Proposition de prescription de TNS

Si refus, quelques informations sur son intérêt

Elle rend le sevrage plus confortable si le dosage est approprié

Associée à un changement d'habitudes de vie, elle multiplie par 2 la réussite

Elle ne présente aucun risque y compris pour la femme enceinte ou la personne cardiaque

Si accord



cf. Ordonnance

Ordonnance

Identification

Identification structure

Structure :

Adresse :

N° Finess ou SIRET :

Identification du patient

Nom / Prénom du bénéficiaire :

Age :

Identification du prescripteur / cachet du professionnel

Nom / Prénom du prescripteur :

N° de téléphone :

Adresse :

N° d'identification (RPPS et/ou ADELI) :

Profession / Qualification :

Lieu et date :

⚠ La liste des substituts nicotiniques remboursés est évolutive (cf. amel.fr)

Dosage journalier

Dispositif transdermique sur

16h 10 mg 15 mg 25 mg

24h 7 mg 14 mg 21 mg

Nombre de patchs par jour / nom de la marque :
.....

Nombre de boîte / quantité par boîte :
.....

A renouveler fois

Quantité à la demande

Gomme à mâcher

Comprimés à sucer

Pastilles

Spray

Inhalateur

Nom de la marque / dosage en mg :
.....

Nombre de boîte / quantité par boîte :
.....

A renouveler fois

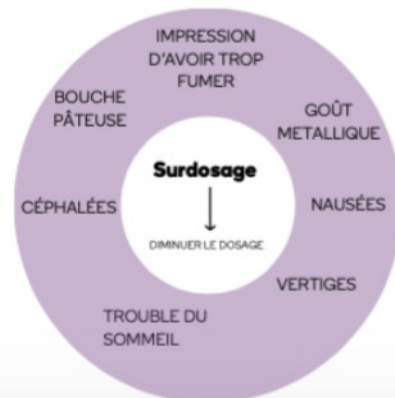
Signature :

La loi du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre système de santé a élargi l'autorisation de prescription de substituts nicotiniques à de nombreux professionnels de santé : médecins du travail, sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les substituts nicotiniques.

**Devenez acteur de votre santé :
évaluez vous-même l'efficacité de votre traitement**

Reprenez contact avec votre prescripteur pour vous y aider

Si vous percevez un ou plusieurs de ces signes, il est nécessaire d'ajuster la dose



Déterminer la posologie

Le dosage idéal
(dosage initial +/- réajustement)

Dosage initial en mg/j = nombre de cig/j

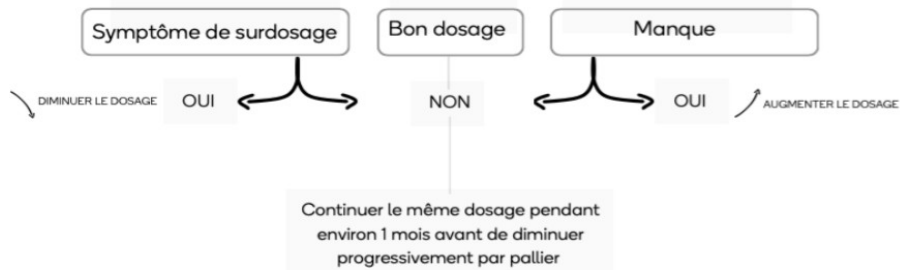
Variation possible en fonction du produit fumé ou du fumeur (auto-titrage)

1 cig = 1mg

Prescription Forme orale (FO) +/- patch

Cf. Tableau du RESPADD

Evaluation de l'efficacité du traitement dans les 7 jours



Le traitement dure de 3 à 6 mois voire plus surtout si le dosage initial est élevé

Aide pour prescrire le dosage initial

La dose à proposer dépend du :

- nombre de cigarettes fumées par jour (dosage)
- délai entre le réveil et la première cigarette (sur 16h ou 24h)

Statut tabagique et TNS : patchs en mg + formes orales (FO) 2 mg					
Nbr de cig/jour		< 10 cig/j	11-20 cig/j	21-30 cig/j	>30 cig/j
Délai entre le lever et la 1ère cig	> 60 min	Rien + FO	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+21) + FO
	31-60 min	Rien + FO	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+21) + FO
	6-30 min	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+21) + FO	25 ou (14+21) + FO
	0-5 min	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+21) + FO	25 +10 + FO ou (14+21+14) + FO

Tableau : 1er gestes en tabacologie du RESPADD (page 12)



Les études scientifiques* ont montré que les substituts nicotiniques sont efficaces dans l'aide à l'arrêt du tabac : ils augmentent les chances de réussir des patients de 50% à 70%.

Les substituts nicotiniques sont des médicaments à base de nicotine que l'on utilise pour soulager les symptômes liés au manque des fumeurs après évaluation de leur dépendance physique.

Ils existent sous plusieurs formes : patchs (à diffusion lente) ou formes orales d'action rapide (gommes, pastilles, comprimés à sucer...). Ils contiennent un dosage en nicotine plus ou moins important. Il est recommandé d'associer plusieurs formes pour potentialiser l'efficacité**.

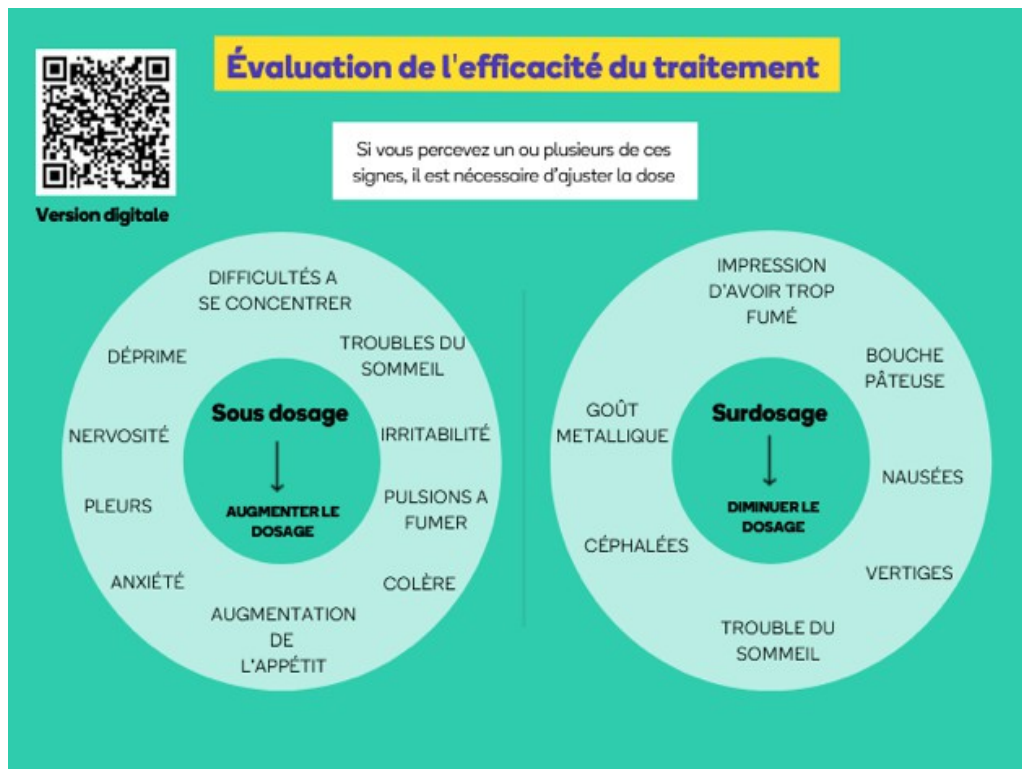
L'utilisation de Traitements nicotiniques de substitution (TNS) avant l'arrêt du tabac peut améliorer le taux de réussite au sevrage par rapport à son utilisation seulement à partir de la date d'arrêt**.

Études Cochrane

*Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T - Groupe de Revue Principale : Tobacco Addiction Group - 14 novembre 2012

**Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J - Groupe de Revue Principale : Tobacco Addiction Group - 18 avril 2019

Figure 11. Carte de poche d'aide à la prescription de TSN pour les professionnels.



Aide pour prescrire le dosage initial

La dose à proposer dépend du :

- nombre de cigarettes fumées par jour (dosage)
- délai entre le réveil et la première cigarette (sur 16h ou 24h)

1 cigarette	1 tubée/roulée	Cannabis + tabac
1 mg de nicotine en sevrage	2 mg de nicotine en sevrage	Contacteur service d'addictologie

Statut tabagique et TSN* (patchs en mg) + formes orales (FO) 2 mg à la demande

*TSN: Traitement Substitut Nicotinique

Nbr de cig./jour		< 10 cig/j	11-20 cig/j	21-30 cig/j	>30 cig/j
Délai entre le lever et la 1ère cig	> 60 min	Rien + FO	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+21) + FO
	31-60 min	Rien + FO	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+21) + FO
	6-30 min	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+21) + FO	25 ou (14+21) + FO
	0-5 min	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+21) + FO	25 +10 + FO ou (14+21+14) + FO

Tableau : 1er gestes en tabacologie du RESPADO (page 12)

Figure 12. Lettre de liaison avec le médecin traitant dans le livret professionnel.



Clinique d'Anesthésie Réanimation

Chirurgicale
Hôpital Claude HURIEZ
N° FINESS 590811279

Lille, le

Pr. Gilles LEBUFFE
Chef de Pôle Adjoint
Coordonnateur de Clinique

**Secrétariat Clinico-
universitaire :**
Isabelle SIMPOL

03.20.44.45.08

Dr. Jean-Michel WATTIER
Responsable Consultation
Anesthésie et Douleur

**Secrétariat Consultations
D'Anesthésie et Douleur :**
Margaux KESTELOOT
Céline BONNET

03.20.44.51.97

**Clinique d'Anesthésie
en
Chirurgie Viscérale
Adulte**

**Responsable du Secteur
d'Activité d'Anesthésie en
Chirurgie Viscérale**
Dr. Grégoire ANDRIEU

Praticiens Hospitaliers
Dr Houcine AMROUNI
Dr Grégoire ANDRIEU
Dr Benoît CAPRON
Dr Nathalie CHALONS
Dr Cédric CIRENEI
Dr Marion FAJARDY
Dr Jérémy FALCONE
Dr Emeline GIRARDET
Dr Patrice PETILLOT
Dr virginie SANDERS
Dr Anne-Laure VERBEKE

Assistant Hospitalier
Dr Samia ASSADIKI
Dr Lucie BENETAZZO
Dr Mathilde MASSON

Secrétariat de Consultation
Consultations sur rendez-vous

03.20.44.41.12
Fax : 03.20.44.63.65
consaneshuriez@chru-lille.fr

Cher Confrère, Chère Consœur,

Je vois ce jour en consultation d'anesthésie votre patient Monsieur,
Madame.....
avant son intervention chirurgicale.

Dans ce cadre il a pu bénéficier de la prescription de substituts nicotiniques.

- Dispositifs transdermiques mg/ h
- Gommages à mâcher mg
- Comprimés à sucer mg
- Comprimés sublinguaux mg
- Pastilles mg
- Spray buccal 1mg/dose

Nous vous l'adressons pour qu'il puisse poursuivre avec vous le sevrage
tabagique déjà débuté.

Très confraternellement,

L'équipe d'Anesthésie Réanimation du CHRU de Lille

AUTEURE : Nom : BULTÉ

Prénom : Mary

Date de soutenance : mardi 3 octobre 2023

Titre de la thèse : Le sevrage tabagique en consultation pré-anesthésique : enquête auprès des patients et élaboration d'outils d'aide à l'arrêt.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Anesthésie-Réanimation

DES + FST/option : Anesthésie-Réanimation

Mots-clés : Sevrage tabagique, anesthésie, pré-opératoire

Résumé :

Contexte: Le tabagisme est une problématique de santé publique dont la prévalence stagne. Les pouvoirs publics ont mis en oeuvre des politiques successives dans le cadre de la lutte anti-tabac. À l'échelle locale, l'ARS Hauts-de-France via son Plan Régional de Réduction du Tabagisme déploie la démarche « Lieux de santé sans tabac ». L'objectif principal est de réaliser un état des lieux de la prise en charge du sevrage tabagique pré-opératoire et de sa réussite associée à l'étude du niveau de motivation et de dépendance des usagers pendant cette période. L'objectif secondaire est de concevoir des outils afin de standardiser et de faciliter la démarche de sevrage tabagique pré-opératoire.

Matériel et méthode: Étude transversale quantitative descriptive mono-centrique menée par questionnaires auprès des patients fumeurs au sein du centre de consultation d'anesthésie de l'hôpital Claude Huriez du CHU de Lille au mois d'août 2022. La phase de développement des outils, en collaboration avec l'association Hauts-de-France Addictions, s'est étendue entre les mois de septembre 2022 et mars 2023.

Résultats: Cinquante-deux patients tabagiques actifs ont été repérés en CPA au cours de l'étude (correspondant à une prévalence de 17,2 %). Parmi eux, 4 ont sevré leur consommation dans l'intervalle de temps entre la CPA et le bloc opératoire. Au sein de notre population, la dépendance à la nicotine était faible. Les patients ont exprimés ressentir une motivation élevée (EN médian à 7/10) quant à l'arrêt du tabac pré-opératoire. 80 % des patients ne souhaitaient pas être accompagnés dans la démarche de sevrage. L'information sur les bénéfices à l'arrêt n'était transmise par l'anesthésiste que dans 50 % des cas. 86 % des patients ressortaient de CPA sans aucune aide pour parvenir à interrompre le tabac.

L'aboutissement de ces travaux a permis le développement de divers supports à destination des anesthésistes-réanimateurs et des usagers le tout constituant une boîte à outils intégrant la campagne « Anesthésie sans tabac » lancée le 31 mai 2023.

Conclusion: Notre étude souligne les difficultés de la démarche de sevrage tabagique pré-opératoire. Des efforts restant à faire, nous avons proposé un outillage aux professionnels et aux usagers afin de systématiser la prise en charge. Une évaluation de l'impact de ce dispositif reste nécessaire.

Composition du Jury :

Président : Professeur LEBUFFE Gilles

Assesseurs : Professeur TAVERNIER Benoît, Professeur COTTENCIN Olivier

Directeur de thèse : Docteur JOLY Audrey