



**HAL**  
open science

**Évaluation des caractéristiques bio-psycho-sociales  
associées à l'arrêt du tabac en Médecine Générale :  
étude transversale descriptive initiale et à plus de 6 mois  
d'une tentative d'arrêt de 230 patients**

Yann Le Claire

► **To cite this version:**

Yann Le Claire. Évaluation des caractéristiques bio-psycho-sociales associées à l'arrêt du tabac en Médecine Générale : étude transversale descriptive initiale et à plus de 6 mois d'une tentative d'arrêt de 230 patients. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01069657

**HAL Id: dumas-01069657**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01069657>**

Submitted on 29 Sep 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Année 2014  
N° 80

Thèse pour l'obtention du  
**DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR en MÉDECINE**  
**Spécialité : Médecine Générale**

Présentée et soutenue publiquement le 9 juillet 2014 par

**Yann LE CLAIRE**  
Né le 28 août 1983 à Cagnes-sur-Mer (06)

**Évaluation des caractéristiques bio-psycho-sociales associées à  
l'arrêt du tabac en Médecine Générale**  
*étude transversale descriptive initiale et à plus de 6 mois d'une tentative  
d'arrêt de 230 patients*

**Directeur de Thèse**  
Docteur Philippe CASTERA

**Membres du Jury**

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX  
Monsieur le Docteur Drissa ZONGO  
Monsieur le Professeur Hervé DOUARD  
Madame le Professeur Chantal RAHERISON

Président du Jury  
Rapporteur  
Juge  
Juge

# REMERCIEMENTS

---

**A notre président,**

**Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX**

Professeur des Universités, Université de Bordeaux

Directeur adjoint du Département de Médecine Générale. Coordonnateur régional du DES de Médecine Générale

*Pour nous faire l'honneur de présider ce jury, et l'attention portée à ce travail*

*Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance*

**A notre rapporteur,**

**Monsieur le Docteur Drissa ZONGO**

Docteur en Médecine

Praticien au Centre Hospitalier de Blaye

*Pour avoir accepté de juger ce travail et pour vos remarques utiles*

*Pour votre soutien et vos précieux conseils lors de mon internat*

*Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance*

**A notre directeur de Thèse,**

**Monsieur le Docteur Philippe CASTERA**

Maître de conférences associé de médecine générale, Université de Bordeaux

Maître de stages des universités

Coordinateur médical d'AGIR 33 AQUITAINE

*Pour avoir été à l'origine de ce projet*

*Pour vos remarques constructives et pertinentes*

*Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance*

**A nos juges,**

**Monsieur le Professeur Hervé DOUARD**

Professeur des Universités, Université de Bordeaux

Praticien Hospitalier, Unité de Maladie coronarienne et réadaptation, Hôpital Haut-Lévêque

*Pour avoir accepté de juger ce travail*

*Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance*

**Madame le Professeur Chantal RAHERISON-SEMJEN**

Professeur des Universités, Université de Bordeaux

Praticien hospitalier, Service des Maladies Respiratoires, Hôpital Haut-Lévêque

*Pour avoir accepté de juger ce travail*

*Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance*

## **Remerciements particuliers,**

À mes parents

À mon frère Vincent

À mes grands-mères

À Lucie

À ces patients qui sont devenus des amis : à Jean-Pierre, au vieux chimpanzé de Gaillan et son épouse

À mes co-internes : Matthieu, Nam, Manu, Céline et le ninja de Lesparre

Au Docteur Bernard GUENOUN, pour sa bienveillance

Au Commandant de bord John CAFÉ

Au Professeur NEL, et son service de neurochirurgie ambulatoire

À Thib' le surfeur de Mascarets

À Arthibus... et à ses douches

À Philippe MONTRÉCHERFRERT

Aux triplets et aux autres frangins

À Domo

Aux pirates de l'OCO

À Xavier mon libraire, pour les BD qui ont accompagnées mon internat

Aux colonels du 4<sup>ème</sup> Régiment de Dragons de Carpiagne

À Audrey et Nathalie de l'équipe d'AGIR-33.

À l'équipe de AQUIRESPI

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>REMERCIEMENTS</b>	3
<b>ABRÉVIATIONS</b>	8
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b>	10
<b>INTRODUCTION</b>	13
<b>INTÉRÊT ET JUSTIFICATION</b>	14
I. Contexte général de la thématique de l'étude.....	14
1.1. Données épidémiologiques .....	14
1.2. Historique des actions de santé publique .....	15
1.2.1. Cadre législatif.....	15
1.2.2. Plans cancer.....	16
1.2.3. Le décret BERTRAND .....	18
1.2.4. Autres mesures .....	18
1.3. Les professionnels de santé et le tabagisme, en France .....	19
1.3.1. Positionnement de la médecine générale.....	19
1.3.2. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé .....	21
1.4. Le fumeur et le tabagisme.....	22
1.4.1. La dépendance tabagique.....	22
1.4.2. Quels changements attendre d'une intervention ? .....	23
1.4.3. La « rechute » .....	24
II. Question de recherche .....	24
III. Hypothèses.....	25
IV. Objectifs.....	25
4.1. Objectif principal .....	25
4.2. Objectifs secondaires .....	25
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODE</b>	26
I. Type d'étude.....	26
II. Environnement de l'étude (Setting) .....	26
2.1. La structure accueillante de l'étude : AGIR 33 – Aquitaine .....	26

2.2.	Le Programme d'Accompagnement au Changement du fumeur de Tabac (PACT) .....	27
2.2.1.	L'étude PACT – MOTIVAT .....	28
2.2.2.	Mise en place de l'étude .....	29
III.	Population de l'étude.....	30
3.1.	Population cible.....	30
3.2.	Population source.....	30
3.3.	Critères d'inclusion dans l'étude.....	31
3.4.	Critères de non inclusion dans l'étude .....	31
3.5.	Critères d'exclusion de l'étude.....	32
IV.	Critères de jugement.....	32
4.1.	Critère de jugement principal .....	32
4.2.	Critères de jugement secondaires .....	32
4.3.	Les changements de comportement tabagique choisis .....	33
4.4.	Autres types de changements du comportement tabagique .....	33
4.5.	Choix des populations à comparer.....	33
V.	Recueil des données.....	34
5.1.	Questionnaire initial.....	34
5.2.	Questionnaire de suivi à plus de 6 mois de l'inclusion.....	35
5.3.	Items des questionnaires utilisés lors de l'étude.....	36
5.3.1.	Items des questionnaires utilisés lors de l'étude .....	36
5.3.2.	Items recherchés uniquement dans le questionnaire téléphonique .....	38
5.3.3.	Items communs aux deux questionnaires.....	39
5.4.	Procédure d'appel des patients .....	48
5.4.1.	Présentation téléphonique préalable.....	48
5.5.	Test de compréhension et d'acceptabilité du questionnaire de suivi .....	50
VI.	Saisie des données .....	50
VII.	Analyse statistique.....	51
VIII.	Mesures règlementaires.....	52

## **RÉSULTATS** 53

---

I.	Recrutement.....	53
1.1.	Médecins.....	53
1.2.	Patients .....	53
1.3.	Qualité de remplissage du QAA initial .....	53
II.	Analyse descriptive initiale.....	54
2.1.	Caractéristiques des patients inclus.....	54
2.1.1.	Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus .....	54
2.1.2.	Bilan tabagique .....	57
2.1.3.	Autres consommations.....	61
2.1.4.	Pathologies.....	62

III.	Enquête à plus de 6 mois de l'inclusion.....	67
3.1.	Recrutement des patients pour l'enquête à plus de 6 mois de l'inclusion.....	67
3.1.1.	Patients exclus pour l'enquête .....	67
3.1.2.	Patients n'ayant pas répondu à l'enquête téléphonique.....	68
3.2.	Comparaison des populations « répondeurs » versus « non répondeurs » .....	68
3.3.	Analyse descriptive des répondeurs à l'enquête téléphonique.....	76
3.3.1.	Modifications du comportement tabagique à plus de 6 mois de l'inclusion .....	76
3.3.2.	Comparaisons « avant/après » de l'ensemble du groupe des répondeurs sur les différents critères .....	77
3.3.3.	Comparaisons « tentative d'arrêt réalisée » versus « tentative d'arrêt non réalisée » .....	82
3.3.4.	Comparaisons « abstinents continus de plus de 6 mois » versus « autres fumeurs » .....	87
3.3.5.	Comparaisons « abstinents » versus « rechuteurs » .....	92
3.3.6.	Comparaisons « changement durable » versus « absence de changement durable » .....	97

## **DISCUSSION** 102

---

I.	Principaux résultats .....	102
1.1.	Le taux d'abstinence.....	102
1.2.	L'âge.....	102
1.3.	Le sexe .....	103
1.4.	La précarité professionnelle .....	103
1.5.	Bilan tabagique .....	104
1.6.	Confiance et importance dans l'arrêt.....	107
1.7.	Autres consommations .....	108
1.8.	Prise de poids .....	111
1.9.	Dépistage d'un état dépressif.....	111
1.10.	Repérage précoce de la BPCO.....	112
II.	Principaux résultats .....	114
2.1.	Évolution du poids .....	114
2.2.	Dépistage initial d'un état dépressif.....	115
2.3.	Abus occasionnels .....	116
III.	Limites du travail .....	117
3.1.	Limites intrinsèques.....	117
3.2.	Limites liées à la population étudiée.....	117
3.3.	Limites liées aux non-répondeurs.....	117
3.4.	Limites liées aux variables initialement étudiées.....	117
3.5.	Limites liées aux variables étudiées lors du questionnaire téléphonique.....	118
3.5.1.	Limites liées au biais de déclaration.....	118
3.5.2.	Typologie du tabagisme .....	118

	3.5.3. Limites liées à l'échantillonnage initial .....	120
	3.5.4. Limites méthodologiques .....	122
	3.5.5. Limites liées aux « catégories » de populations étudiées .....	122
IV.	Apports de l'étude .....	123
V.	Recommandations possibles pour une amélioration de la prise en charge .....	125
	5.1. Améliorations relatives à une meilleure prise en compte de la confiance des patients et de l'importance de l'arrêt du tabac.....	125
	5.2. Objectiver l'amélioration de la fonction respiratoire .....	126
	5.3. Exploiter les résultats du repérage précoce de la BPCO.....	126
	5.4. Amélioration de l'évaluation des co-addictions : cannabis, alcool et tabac .....	126
	5.4.1. Données sur la consommation d'alcool.....	126
	5.4.2. Données sur la consommation de cannabis .....	127
	5.5. Améliorations par le recueil de la cause d'une reprise de la consommation tabagique.....	127
	5.5.1. Évaluation de l'impact du coût de la substitution du tabac.....	127
	5.5.2. Évaluation et prise en charge de la consommation tabagique du conjoint .....	128
	5.6. Améliorations par le recueil des bénéfices ressentis pouvant être attribués à la cessation du tabagisme.....	128
	5.7. Etudes ultérieures .....	128
<b>CONCLUSION</b>		<b>129</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		<b>131</b>
<b>ANNEXES</b>		<b>139</b>
	<i>Annexe 1 – Auto-questionnaire « sevrage » Projet PACT .....</i>	<i>139</i>
	<i>Annexe 2 – Questionnaire téléphonique PACT (Avril 2013) .....</i>	<i>142</i>
	<i>Annexe 3 – Pathologies déclarées par les patients .....</i>	<i>144</i>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b>		<b>146</b>



# ABRÉVIATIONS

---

AGIR 33 : réseau addictions Gironde

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANOVA : Analyse Of Variance

ARS : Agence Régionale de Santé

ATCD : antécédent

BMI : Body Mass Index, ou IMC (Indice de Masse Corporelle), ou Indice de Quetelet

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

CAPCV : Collège Aquitain de Prévention Cardio Vasculaire

cig. : cigarettes

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

EFR : Épreuve Fonctionnelle Respiratoire

ENS : Échelle Numérique Simple

FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation

DATIS : Drogues Alcool Tabac Info Service

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DSP : Délégué Santé Prévention®

EFR : Épreuve Fonctionnelle Respiratoire

HAS : Haute Autorité de Santé

HCS : Hard Core Smokers

HTA : hypertension artérielle

IC95 : Intervalle de confiance à 95%

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ISPED : Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement

ITC : International Tobacco Control

MIDLT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

moy. : moyenne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACT : Programme d'Accompagnement au Changement du fumeur de Tabac

PPS : Plan Personnalisé de Santé

QAA : questionnaire auto-administré

RPIB : repérage précoce et de l'intervention brève

RSA : Revenu de Solidarité Active

THC : tétrahydro-cannabinol

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

---

## I. Encadrés

---

<i>Encadré 1</i> – Présentation téléphonique abandonnée car inadaptée. ....	49
<i>Encadré 2</i> – Présentation téléphonique définitive .....	49

## II. Figures

---

<i>Figure 1</i> – Choix des populations à comparer.....	34
<i>Figure 2</i> – Répartition des patients selon leur sexe et leur âge .....	55
<i>Figure 3</i> – Répartition du nombre de tentatives d'arrêts par patient.....	58
<i>Figure 4</i> – Comparaison des résultats des ENS « importance » et « confiance » .....	60
<i>Figure 5</i> – Inclusion des patients à l'enquête téléphonique .....	68

## III. Tableaux

---

<i>Tableau 1</i> – Qualité de remplissage des variables qualitatives.....	53
<i>Tableau 2</i> – Qualité de remplissage des variables quantitatives.....	54
<i>Tableau 3</i> – Répartition des patients selon leur sexe et leur âge .....	55
<i>Tableau 4</i> – Répartition discrétisée des patients selon leur âge à l'inclusion.....	56
<i>Tableau 5</i> – Répartition des patients selon l'aire urbaine et le sexe.....	56
<i>Tableau 6</i> – Répartition des patients selon la précarité de leur statut.....	56
<i>Tableau 7</i> – Répartition du nombre de démarches de sevrage antérieures par patient .....	58
<i>Tableau 8</i> – Consommation tabagique déclarée lors du QAA .....	59
<i>Tableau 9</i> – Répartition de la consommation d'alcool à l'inclusion .....	61
<i>Tableau 10</i> – Abus occasionnel d'alcool chez les « réponders » au QAA initial .....	61
<i>Tableau 11</i> – Consommation de cannabis chez les « réponders » au QAA initial .....	62
<i>Tableau 12</i> – Répartition des différents facteurs de risque cardio-vasculaires chez les hommes et les femmes.....	63
<i>Tableau 13</i> – Repérage des patients à haut risque de morbidité en lien avec le tabac.....	64
<i>Tableau 14</i> – Résumé des variables qualitatives recueillies par le QAA initial.....	65
<i>Tableau 15</i> – Résumé des variables quantitatives et de leurs déclinaisons qualitatives recueillies par le QAA initial .....	66
<i>Tableau 16</i> – Caractéristiques sociodémographiques selon la participation ou non à l'enquête téléphonique .....	69
<i>Tableau 17</i> – Comparaison des caractéristiques motivationnelles selon la participation ou non à l'enquête téléphonique .....	69
<i>Tableau 18</i> – Caractéristiques comparées du tabagisme selon la participation ou non à l'enquête téléphonique.....	70

<b>Tableau 19</b> – Consommations tabagiques comparées selon la participation ou non à l'enquête téléphonique .....	70
<b>Tableau 20</b> – Comparaisons des abus occasionnels d'alcool selon la participation ou non à l'enquête téléphonique.....	71
<b>Tableau 21</b> – Consommations de cannabis comparées selon la participation ou non à l'enquête téléphonique .....	71
<b>Tableau 22</b> – Caractéristiques staturo-pondérales comparées selon la participation ou non à l'enquête téléphonique .....	71
<b>Tableau 23</b> – Comparaison des répartitions du nombre de facteurs de risque cardiovasculaires en fonction de la participation ou non au questionnaire téléphonique.....	72
<b>Tableau 24</b> – Comparaison du repérage initial de la dépression en fonction de la participation ou non au questionnaire téléphonique.....	72
<b>Tableau 25</b> – Comparaison du repérage BPCO initial en fonction de la participation ou non au questionnaire téléphonique.....	73
<b>Tableau 26</b> – Résumé des variables quantitatives et de leurs déclinaisons qualitatives en fonction de la participation ou non au questionnaire téléphonique .....	74
<b>Tableau 27</b> – Résumé des variables qualitatives en fonction de la participation ou non au questionnaire téléphonique .....	75
<b>Tableau 28</b> – Comparaison « avant/après » des caractéristiques sociodémographiques chez les réponders à l'enquête téléphonique .....	78
<b>Tableau 29</b> – Comparaison « avant/-après » des caractéristiques motivationnelles chez les réponders à l'enquête téléphonique toujours fumeurs.....	78
<b>Tableau 30</b> – Caractéristiques de la consommation tabagique comparées « avant/après » des patients réponders.....	79
<b>Tableau 31</b> – Caractéristiques de la consommation d'alcool comparées « avant/après » des patients réponders.....	79
<b>Tableau 32</b> – Caractéristiques de la consommation de cannabis comparées « avant/après » des patients réponders.....	79
<b>Tableau 33</b> – Evolution du poids chez les patients réponders .....	80
<b>Tableau 34</b> – Comparaison « avant/après » du nombre de facteurs de risque cardiovasculaires chez les patients réponders.....	81
<b>Tableau 35</b> – Comparaison « avant/après » du repérage BPCO chez les patients réponders.....	81
<b>Tableau 36</b> – Résumé des variables quantitatives et de leurs déclinaisons qualitatives de la comparaison des populations « tentative d'arrêt.....	85
<b>Tableau 37</b> – Résumé des variables qualitatives de la comparaison des populations .....	86
<b>Tableau 38</b> – Résumé des variables quantitatives et de leurs déclinaisons qualitatives pour la comparaison des populations « abstinents continus à plus de 6 mois » et « autres fumeurs ».....	90
<b>Tableau 39</b> – Résumé des variables qualitatives pour la comparaison des populations « abstinents continus à plus de 6 mois » et « autres fumeurs » .....	91
<b>Tableau 40</b> – Comparaison des patients ayant un repérage positif de la BPCO avant et après la tentative selon la rechute ou la non rechute.....	94

<b>Tableau 41</b> – Résumé des variables quantitatives et de leurs déclinaisons qualitatives pour la comparaison des populations « abstinents continus à plus de 6 mois » et « rechuteurs ».....	95
<b>Tableau 42</b> – Résumé des variables qualitatives pour la comparaison des populations « abstinents continus à plus de 6 mois » et « rechuteurs » .....	96
<b>Tableau 43</b> – Résumé des variables quantitatives et de leurs déclinaisons qualitatives pour la comparaison des populations « changement durable » versus « absence de changement durable » .....	100
<b>Tableau 44</b> – Résumé des variables qualitatives pour la comparaison des populations « changement durable » versus « absence de changement durable ».....	101

# INTRODUCTION

---

Le tabagisme, deuxième cause de mortalité mondiale, tue un adulte sur dix sur la planète. Il est notamment à l'origine de pathologies cardiovasculaires, respiratoires et cancéreuses. Selon l'OMS, le tabac, qui a fait 100 millions de morts au XX<sup>ème</sup> siècle, pourrait en faire 1 milliard au XXI<sup>ème</sup> siècle(1). En France, première cause de mortalité évitable, il est considéré comme responsable de 90% des cancers du poumon et de 73 000 décès prématurés par an. Malgré ce constat alarmant, la lutte contre le tabagisme, clamée comme priorité de santé publique, peine à obtenir des résultats durables(1).

Les diverses propriétés de la nicotine, substance au pouvoir addictogène majeur(2), ne suffisent pas à expliquer la totalité du phénomène complexe de l'addiction. En France, le gouvernement tente depuis des années de dissuader le consommateur en proposant des lois(3), en taxant la vente de cigarettes(3)(4), et en finançant des actions de prévention(5). La littérature montre que plus l'arrêt du tabac survient tôt, plus l'espérance de vie et la morbidité des fumeurs rejoignent celles des non-fumeurs(6). Il importe d'aider les fumeurs à arrêter le plus tôt possible, avant qu'ils n'en trouvent, spontanément, la motivation.

Les médecins généralistes ont ici un rôle prépondérant à jouer, car ils rencontrent les fumeurs dont près de deux tiers désirent arrêter, mais seulement entre 3 et 5% y arrivent chaque année(7). C'est sur ce principe qu'a été mis en place le Programme d'Accompagnement au Changement du fumeur de Tabac (PACT) par le réseau AGIR 33 : un questionnaire auto-administré (QAA), est remis par son médecin généraliste à tout patient venant pour une aide au sevrage tabagique. Le réseau établit un Plan Personnalisé de Santé à partir des caractéristiques bio-psycho-sociales ainsi recueillies.

**Le but de notre travail sera donc d'étudier « quelles sont les caractéristiques bio-psycho-sociales recueillies dans PACT semblant associées à un changement du comportement tabagique ? »**

Après la justification de cette recherche, nous présenterons séparément la méthode et les résultats. L'analyse et la discussion feront la synthèse de ces derniers, et des perspectives seront proposées.

# INTÉRÊT ET JUSTIFICATION

---

## I. Contexte général de la thématique de l'étude

---

Nous allons résumer ici certaines données utiles à la compréhension du contexte général de l'étude, en partant du plus général (la population) et en terminant sur le plus particulier (le fumeur).

### 1.1. Données épidémiologiques

Le tabagisme est le premier facteur de morbi-mortalité, en Europe.

Après une baisse du tabagisme quotidien observée entre 2000 et 2008 à 17 ans, on observe une hausse de 10% entre 2008 et 2011. Cet usage quotidien concerne 32,7% des garçons et 30,2% des filles(8). En 2011, les jeunes Français âgés de 15-16 ans se situaient au 6<sup>ème</sup> rang européen pour l'usage de tabac dans le mois(9). La consommation quotidienne de tabac chez les 18-75 ans est en hausse entre 2005 et 2010, passant de 28% à 30%. Cette augmentation est plus importante chez les femmes que chez les hommes(10)(11).

Une estimation du nombre annuel de décès attribués au tabac prenant en compte les principaux cancers liés au tabac (poumon, VADS, etc.), les maladies respiratoires (dont les bronchites chroniques obstructives) et les maladies cardio-vasculaires a été conduite pour 2004(12). Environ 73 000 décès seraient imputables au tabac, dont 59 000 chez les hommes.

En 2006, le nombre de décès par cancer attribuables au tabac est estimé à 36 990, dont 22 645 par cancer du poumon(13). Même si la situation masculine s'améliore alors que celle des femmes se détériore, les hommes touchés sont quatre fois plus nombreux que les femmes(14).

## **1.2. Historique des actions de santé publique**

### **1.2.1. Cadre législatif**

La première loi française de lutte contre le tabagisme est la **loi du 9 juillet 1976(15)** ou "loi Veil". Cette loi limite la publicité en faveur du tabac à la seule presse écrite. Elle interdit le parrainage des manifestations sportives par les cigarettiers. Les emballages doivent comporter un message sanitaire. Des interdictions de fumer doivent être établies dans tous les lieux à usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé.

**La loi du 10 janvier 1991** ou "loi Evin"(3) renforce l'intervention dans la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en mettant l'accent sur la prévention et l'information du public et en renforçant le caractère restrictif de la loi de 1976 :

- Interdiction de la publicité et du parrainage en faveur du tabac, sauf dans quelques cas précis ;
- Affichage d'un message sanitaire sur les paquets de cigarettes ;
- Interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif sauf dans les lieux où cela est explicitement autorisé ;
- Diminution de la teneur maximale en goudrons des cigarettes ;
- Les associations de lutte contre le tabagisme peuvent se constituer partie civile, comme pour l'alcoolisme ;
- Le tabac n'est plus pris en compte dans l'indice des prix.

Depuis, la loi Evin de 1991(3) a fait l'objet de quelques modifications :

- La **loi du 27 janvier 1993(16)** module l'interdiction sur la publicité en introduisant des dérogations pour la retransmission télévisée des compétitions de sport mécanique se déroulant à l'étranger ainsi que pour des publications professionnelles ;



- La **loi du 18 janvier 1994(17)** généralise l'obligation de porter le message spécifique à caractère sanitaire sur tous les emballages des produits du tabac et non plus sur les seuls paquets de cigarettes ;
- La **loi du 24 juillet 2003 article 3(18)** interdit la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans. En cas d'infraction, les buralistes sont passibles d'une amende de 150 euros ;
- Elle interdit également la vente de paquets de moins de 20 cigarettes plus facilement achetés par les mineurs. Cette loi prévoit également, dans le cadre de l'éducation à la santé, une sensibilisation obligatoire au risque tabagique dans les classes du primaire et du secondaire ;
- La **loi 2009-879 du 21 juillet 2009(19)** modifie la loi précédente en interdisant la vente de tabac aux mineurs **de moins de 18 ans**. Son décret d'application est paru en mai 2010.

**Toutes ces lois sont transcrites dans le Code de la Santé Publique.**

Enfin le **décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006(20)** « *fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif* » paru au Journal Officiel n° 265 du 16 novembre 2006 renforce l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif dans le but de lutter contre le tabagisme passif.

### **1.2.2. Plans cancer**

Dans le cadre du **plan cancer 2003**, la mesure 10 a pour objectif de réduire :

- La prévalence du tabagisme de 30% à 20% dans la population française ;
- Les incitations multiples à la consommation de tabac, afin de limiter la demande, en prenant également en compte la nécessité de s'attaquer aux inégalités sociales et régionales face au tabac.

Pour cela 5 axes sont donnés :

- Réduire l'attractivité des produits du tabac ;
- **Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique ;**
- Rendre plus régulière la publication de données sur la consommation de tabac ;
- Mettre en œuvre les mesures de protection des mineurs face au tabagisme adoptées dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » ;
- Aboutir à l'interdiction de la vente des produits du tabac par Internet.

Le **Plan cancer 2009-2013(21)** identifie un certain nombre de mesures antitabac visant à réduire la prévalence du tabagisme de 30% à 20% en 2013, notamment :

- Mettre en place des avertissements sanitaires graphiques sur les paquets de cigarettes (obligatoires à compter d'avril 2011) ;
- Mettre fin à la publicité sur les lieux de vente et lors des retransmissions sportives à la télévision ;
- Développer l'accès aux substituts nicotiques pour les femmes enceintes et les personnes bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire (CMUC) ;
- Interdire la vente de cigarettes par Internet ;
- Créer des campagnes d'information sur les risques du tabagisme ;
- Assurer l'effectivité de l'extension de l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de 16 à 18 ans.

Le **Plan cancer 2014-2019(22)** identifie un certain nombre de mesures antitabac, notamment par le programme national de réduction du tabagisme (objectif 10) :

- Éviter l'entrée dans le tabagisme, en priorité chez les jeunes ;
- Faciliter l'arrêt du tabagisme, notamment en renforçant l'implication des professionnels de santé libéraux (médecins traitants, pharmaciens, infirmiers, sages-femmes) et salariés (médecins du travail, infirmières scolaires), ainsi que des établissements de santé (notamment via la charte « hôpital sans tabac ») dans la démarche d'arrêt du tabagisme.

### **1.2.3. Le décret BERTRAND**

Le décret du 15 novembre 2006(20), dit décret BERTRAND institue l'interdiction de fumer :

- dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail ;
- dans les établissements de santé ;
- dans l'ensemble des transports en commun ;
- dans les écoles, collèges, lycées publics et privés ainsi que dans les établissements destinés à l'accueil, la formation ou à l'hébergement des mineurs.

### **1.2.4. Autres mesures**

**Drogues Alcool Tabac Info Service (DATIS)** est un service téléphonique français d'accueil, d'information et d'orientation concernant les addictions aux drogues, à l'alcool et au tabac. Il s'agit d'un groupement d'intérêt public rattaché à la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MIDLT). Son objectif est de renforcer la prévention sur la consommation de ces produits, notamment en direction des jeunes, en informant et en aidant 7 jours sur 7 de manière anonyme et confidentielle. Il a été créé en décembre 1990.

**Des campagnes institutionnelles** ont cherché à informer les publics :

- 2004 : aide à l'arrêt et protection contre le tabagisme passif
- 2006 : protection à l'égard du tabagisme passif
- 2009 : sensibilisation aux conséquences du tabagisme
- 2010 : informer sur les risques du tabagisme actif notamment chez la femme.

**La convention-cadre pour la lutte anti-tabac de l'Organisation Mondiale de la Santé**, a été signée par la France en 2004. Il s'agit du premier traité négocié sous les auspices de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle représente une évolution fondamentale dans la mesure où elle met au point une stratégie visant à réglementer des substances engendrant la dépendance : elle affirme l'importance des stratégies de réduction de la demande au même titre que de réduction de l'offre.

La création de **DU/DIU de tabacologie**, de **centres d'aide au sevrage tabac**, et la possibilité **d'achat sans ordonnance des produits de substitution nicotinique** sont venues compléter les mesures.

Malgré tout ceci, nous avons vu que les résultats semblent modestes, la proportion des fumeurs demeurant très élevée, en France.

### **1.3. Les professionnels de santé et le tabagisme, en France**

#### **1.3.1. Positionnement de la médecine générale**

La médecine générale présente des fonctions spécifiques importantes de premier recours (prise en charge globale, continuité de suivi, coordination des soins). Toutefois, le médecin généraliste, sous l'effet de la pression du quotidien est souvent amené à prioriser les versants diagnostique et de soins de son activité. Dans ce cadre, même s'il insiste couramment sur les effets négatifs du tabac, il attend une demande d'aide au sevrage clairement formulée du patient. Ainsi, selon Michaud et al.(23), si 88% des patients trouvaient que leur médecin était légitime pour aborder avec eux la question du tabac, seulement 25% avaient été interrogés sur ce sujet par leur médecin. De même, en 1998-1999, selon Baudier et al.(24), pendant que les médecins généralistes prenaient en charge 7% des fumeurs pour leur sevrage tabagique, les consultations spécialisées en prenaient en charge 0,3%.

Le médecin généraliste dispose cependant d'atouts importants dans la lutte contre le tabagisme : il a appris à connaître ses patients, leur statut social et économique, leur état psychique, leurs autres dépendances, leurs problèmes familiaux et surtout, souvent, plus finement, leurs valeurs et les leviers motivationnels possibles.... Toute cette connaissance de la personne, accumulée au cours des années, associée à l'expérience relationnelle, à l'alliance thérapeutique, sont le socle d'une efficacité potentielle majeure, judicieusement utilisée. Il existe cependant des obstacles, des difficultés, dont il convient de tenir compte. Parmi les réticences les plus fréquentes identifiées dans la littérature(25), on retrouve en premier le manque de temps (91,4 % des médecins)(26). Le manque de rémunération est

avancé en dernière explication, mais tout de même par 64 % des médecins interrogés dans le baromètre INPES(26). Enfin, 81,5 % des médecins souhaiteraient un rôle mieux reconnu dans le domaine de la prévention(26). Sont également souvent mis en avant le sentiment d'inefficacité de la prise en charge et le sentiment d'incompétence(25). Ainsi, les médecins réclament plus de formations par le biais des revues médicales, dont on connaît cependant le faible impact sur les changements de pratiques. 80% des médecins aimeraient être en contact avec des tabacologues dans certaines situations cliniques : patients avec des comorbidités somatiques lourdes, souffrants de co-addictions ou pour bénéficier de l'aide de paramédicaux (psychologue, diététicien, infirmier)(27). Seulement un quart des médecins souhaiterait déléguer tous les sevrages à des consultations spécialisées. Les généralistes souhaiteraient donc, malgré des réticences clairement formulées, être des acteurs de la prise en charge du sevrage tabagique en aidant une majorité de patients dans leurs sevrages(26).

Le dernier rapport ITC (International Tobacco Control) France publié en octobre 2011(28) souligne la nécessité de renforcer le rôle du médecin traitant concernant l'arrêt du tabac, comme le recommandent les nouvelles lignes directrices de l'article 14 de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac(29).

Le rapport TOURAINE pour le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée Nationale, de Février 2013, préconise de mieux associer les professionnels de santé, en particulier les généralistes(30) :

- Amélioration de la formation initiale et continue, mise à disposition d'outils d'information adaptés, en sensibilisant les professionnels ;
- Expérimentation d'un indicateur sur le tabac dans la rémunération sur objectifs de santé publique (P4P) et de consultations de prévention dédiées ;
- Mise en place d'un parcours d'aide au sevrage coordonné, associant les paramédicaux, les pharmaciens et les médecins traitants ;
- Renforcement des consultations d'addictologie dans les structures hospitalières et médico-sociales, en identifiant des compétences en tabacologie.

### 1.3.2. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (27)(31)

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé : tous les patients devraient être interrogés sur leur consommation de tabac, et leur statut tabagique devrait être documenté de façon régulière. Cette pratique augmente de façon significative les taux d'intervention d'aide au sevrage tabagique (grade A).

Tout professionnel de santé devrait donc appliquer le conseil à l'arrêt du tabac. Simple et rapide, cette méthode consiste à encourager les tentatives d'arrêt et soutenir le patient dans sa démarche. En pratique, il s'agit de poser à chaque patient qui consulte deux questions : « **Fumez-vous ?** » puis « **Voulez-vous arrêter de fumer ?** »

Ces deux questions posées par un médecin doublent le taux de succès à l'arrêt, après un an, par rapport à l'arrêt spontané dans un groupe témoin(32). La dernière mise à jour de la revue Cochrane sur le conseil bref, réalise une méta-analyse de 42 essais contrôlés randomisés et inclue 31000 fumeurs(33), mais elle conclut que le conseil bref a une efficacité faible qui pourrait rajouter 1% à 3% d'efficacité par rapport à l'arrêt spontané (estimé à 2% à 3%). En dehors de l'effet significatif en terme de santé publique, on peut, face à ce constat, imaginer le sentiment de faible efficacité du conseil bref vécu par les médecins généralistes. Une intervention un peu plus intensive, avec suivi, permettrait une meilleure efficacité.

L'HAS recommande également des thérapeutiques non médicamenteuses, qui ne font pas l'objet d'une prise en charge pour l'instant.

À la demande du ministre de la Santé et des Solidarités, la Haute autorité de santé s'est prononcée sur l'efficacité et l'efficience de l'ensemble des thérapeutiques disponibles dans l'aide au sevrage tabagique et sur les stratégies thérapeutiques à privilégier (avis du 23 janvier 2007). L'HAS recommande également la prise en charge de l'accompagnement médicamenteux en proposant un remboursement forfaitaire des médicaments d'aide à l'arrêt. Elle a notamment identifié des groupes à risque prioritaires. Des mesures complémentaires pourraient éventuellement être envisagées au vu de cette recommandation.

## **1.4. Le fumeur et le tabagisme.**

### **1.4.1. La dépendance tabagique.**

Selon l'OMS, « *la dépendance est un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence. La tolérance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter progressivement les doses, peut ou non être présente* »(34). La dépendance correspond donc à un trouble du comportement caractérisé par la perte du contrôle de la consommation du produit par le sujet.

Le tabagisme s'inscrit pleinement dans cette définition. En effet, il s'agit d'un comportement renforcé par une dépendance, dont la nicotine est en grande partie responsable. Il persiste cependant encore des zones d'ombre dans la compréhension des mécanismes de dépendance au tabac, qui n'impliquent sans doute pas uniquement la seule action de la nicotine(7). Le fort pouvoir addictif de la nicotine résulte de plusieurs facteurs. Les effets positifs de la nicotine sur l'humeur et le fonctionnement cognitif (augmentation de la concentration) constituent des éléments renforçateurs importants de la dépendance.

**Si l'entrée dans le tabagisme est la conséquence de pressions sociologiques et culturelles (phénomènes d'imitation, de rites, contagion de groupe),** sa persistance est favorisée par l'installation progressive d'une double dépendance, impliquant des phénomènes de renforcement positif et négatif (7) :

- Une dépendance pharmacologique, liée à la nicotine authentifiée par l'apparition d'une tolérance et de symptômes de sevrage en cas d'arrêt ;
- Une dépendance non pharmacologique : le fumeur continue de fumer en dépit des risques et malgré une pression sociale et environnementale négative.

À la suite de l'initiation tabagique, apparaissent, chez certains fumeurs, des sensations ressenties comme positives, apportées par le tabac : sensations de plaisir, de satisfaction, de détente, de stimulation intellectuelle. La cigarette peut également être perçue comme un soutien dans les **situations de stress** ou un moyen d'affirmation de soi en cas d'anxiété sociale. Le renforcement positif correspond au renouvellement du comportement tabagique à la recherche de ces effets positifs.

Les dépendances pharmacologique et non pharmacologique peuvent ou non coexister chez un même fumeur. La compréhension de ces phénomènes a permis de proposer des approches thérapeutiques complémentaires, pharmacologiques et comportementales.

#### **1.4.2. Quels changements attendre d'une intervention ?**

La finalité des interventions proposées dans la lutte contre le tabagisme est d'obtenir une réduction des risques et/ou dommages liés à ce comportement.

Il a été établi que la durée du tabagisme était potentiellement plus nocive que son intensité, sans que ceci ne remette totalement en cause le principe des « années-tabac » (nombre de paquets par jour x nombre d'années de consommation). Il s'agit donc de réduire la durée et/ou l'intensité du tabagisme sur une vie.

Plusieurs critères de jugement de l'impact des interventions sont ainsi retrouvés dans la littérature(10) :

- Le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour ;
- Une tentative d'arrêt aboutie, correspondant à un nombre de jour d'abstinence déterminé, par exemple au moins 7 jours d'abstinence continue ;
- Une abstinence continue de minimum de 3 mois à plusieurs années.

Ces critères de jugement sont recueillis le plus simplement à partir de la déclaration des patients. Toutefois, la plupart des essais contrôlés randomisés actuels explorant l'efficacité de nouveaux traitements pharmacologiques, utilisent des méthodes objectives de contrôle de l'abstinence (taux de CO dans l'air expiré, taux de nicotine urinaire...). Il est également admis que les déclarations des patients sont proches de la réalité.



### **1.4.3. La « rechute »**

Seulement 2,5 millions de personnes sur les 30 millions qui essaient chaque année d'arrêter de fumer dans le monde y parviennent vraiment(35). Les rechutes ont lieu dans 80% des cas dans les 8 jours qui suivent l'arrêt du tabac. Une rechute est dite précoce jusqu'à 3 mois. Avec les aides, on arrive à des taux d'abstinence à 6 mois de l'ordre de 25 à 30%, ce qui multiplie au minimum par 5 les pourcentages de réussite.

Dans certaines versions du modèle transthéorique, la rechute est considérée comme le sixième stade de la progression de la personne en sevrage. Dans d'autres sources, le sixième stade serait plutôt celui de la « résolution » de l'addiction : les tentations ne marchent plus, et il n'y a plus théoriquement de rechute possible. Le modèle transthéorique peut donc tourner en spirale en passant par des rechutes(36), mais dans ce cas on ne considère pas que le sujet retourne au départ. Même en cas d'échec, le cheminement qui a déjà été accompli permet au sujet de reprendre son sevrage plus efficacement la fois suivante.

S'attendre à des rechutes permet au patient, plutôt que de culpabiliser, d'en analyser les raisons contextuelles, comportementales et cognitives, avec éventuellement l'aide de son soignant. Il pourra d'autant mieux les anticiper et les prévenir.

## **II. Question de recherche**

---

**« Quelles sont les caractéristiques bio-psycho-sociales, semblant associées avec des changements du comportement tabagique dans une population de patients inclus pour une tentative de sevrage par les Médecins Généralistes du programme PACT ? »**

### **III. Hypothèses**

---

La seule réponse possible sur cette étude concernera l'association possible entre des caractéristiques explorées par le questionnaire (QAA) déjà en place et un changement du comportement tabagique déclaré. Nous n'aurons bien sûr pas de réponse pour des caractéristiques non explorées. De plus du fait qu'il s'agit d'une étude descriptive, la relation causale ne pourra pas être établie, et nous ne pourrons pas parler de déterminants.

### **IV. Objectifs**

---

#### **4.1. Objectif principal**

Explorer les associations possibles entre des caractéristiques bio-psycho-sociales et les changements de comportements tabagiques suite à une tentative de sevrage menée en Médecine Générale, dans le cadre du Programme d'Accompagnement au Changement du fumeur de Tabac (PACT).

#### **4.2. Objectif secondaire**

Etudier l'évolution à plus de 6 mois des caractéristiques bio-psycho-sociales des patients consultant initialement pour un sevrage tabagique auprès de leur Médecin Généraliste.

*Notamment ceci peut permettre d'identifier des caractéristiques évoluant favorablement et encourageant le maintien de l'abstinence (souffle, toux...). Ceci peut permettre également d'identifier des caractéristiques évoluant défavorablement suite au sevrage et favorisant la rechute (poids...)*

# MATÉRIELS ET MÉTHODE

---

## I. Type d'étude

---

Nous sommes dans le cadre d'une étude de cohorte descriptive historique. Une enquête descriptive transversale (cross-sectional study) reprend, de façon rétrospective, les données des QAA à l'inclusion des patients dans la cohorte. Une deuxième étude descriptive transversale est réalisée pour les patients inclus depuis plus de 6 mois.

Indépendamment de l'étude décrite dans cette thèse, une étude qualitative est réalisée en parallèle par Mademoiselle Audrey GONNEAU, une étudiante en Master 2 de Santé Publique. Cette étude cherche à explorer d'autres caractéristiques non recueillies par le QAA. Elle cherche également à ajouter des arguments en faveur de la relation causale des caractéristiques avec la réussite du sevrage. Les caractéristiques semblant les plus solides pour constituer des déterminants pourront ensuite faire l'objet d'études de cohorte prospectives exposés/non exposés, par exemple.

## II. Environnement de l'étude (Setting)

---

### 2.1. La structure accueillante de l'étude : AGIR 33 – Aquitaine

Le réseau Addictions Gironde (AGIR 33) a été créé en 1996 avec pour objectif principal une amélioration de la qualité des soins en addictologie. Depuis 2012, l'association a pris une dimension régionale, devenant AGIR 33 – Aquitaine, autour de 3 missions financées en 2013 par l'Agence Régionale de Santé :

- La coordination régionale du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) ;
- La coordination régionale de la visite de santé publique (Délégué Santé Prévention® ou DSP) ;
- Le Programme d'Accompagnement au Changement du fumeur de Tabac (PACT).

Ces 3 missions recrutent tout particulièrement les professionnels de premier recours et en tout premier lieu les Médecins Généralistes. Le réseau cherche à favoriser les liens entre ceux-ci et les professionnels spécialisés en addictologie.

Ainsi, il s'agit de mettre en place des moyens et des actions susceptibles de favoriser, en addictologie et en Aquitaine :

- Une meilleure circulation des informations ;
- Une prise en charge facilitée des addictions en soins primaires ;
- Une optimisation et simplification des parcours de soins ;
- Une meilleure coordination, évaluation et visibilité des actions.

De nombreuses études et évaluations sont ainsi développées(25 ; 37-51)

## **2.2. Le Programme d'Accompagnement au Changement du fumeur de Tabac (PACT)**

Ce projet est porté par l'association AGIR 33 – Aquitaine depuis 2011, en relais d'un projet de prise en charge du sevrage tabagique par les médecins généralistes débuté en 2006. Il est financé par l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine (ARS).

Si les bénéfices démontrés de l'arrêt du tabac en termes de mortalité comme de morbidité confortent l'intérêt d'un sevrage tabagique, les caractéristiques particulières de la dépendance tabagique justifient la nécessité d'une aide individuelle à l'arrêt du tabac, notamment chez certains fumeurs(7). C'est dans cette optique, que les Médecins Généralistes du réseau se sont impliqués.

Une des faiblesses identifiée dans la prise en charge des sevrages tabagiques par les médecins du réseau, est une évaluation initiale souvent limitée et un suivi insuffisant dans la durée. Un des objectifs de l'accompagnement doit être, non seulement, le sevrage durable, mais également, une réduction des risques et/ou dommages, chez les fumeurs persistants. PACT est ainsi né de la réflexion d'un groupe de Médecins Généralistes dont certains diplômés en tabacologie ou addictologie.

Dans le projet PACT ils proposent aux patients souhaitant faire une tentative d'arrêt un questionnaire auto-administré (QAA). Ce dernier permet le recueil des données personnelles, du bilan tabagique, de la motivation et des facteurs de risque en lien avec le

tabac. Il est adressé par le patient à AGIR 33 - Aquitaine qui en assure le traitement et produit un Plan Personnalisé de Santé (PPS). Ce dernier consiste en un bilan de la situation décrite par le patient à travers ses réponses au questionnaire. Il évoque les risques personnels liés à son tabagisme, et produit des encouragements en insistant plus particulièrement sur les atouts identifiés dans sa situation particulière. Il utilise les méthodes de l'entretien motivationnel.

Le PPS est adressé au médecin traitant pour recueillir son avis sur le contenu, puis, dans un délai d'un mois, est adressé au patient, en même temps qu'un nouveau questionnaire d'évaluation du bilan tabagique à plus d'un mois de la tentative. Des questionnaires complémentaires (HAD, AUDIT, Facteurs de risque cardio-vasculaires....) peuvent être proposés au médecin traitant, si les réponses du patient justifient qu'il explore plus précisément certains problèmes.

Le patient reçoit ensuite un QAA identique tous les ans, afin de le motiver et de lui proposer un PPS actualisé. Les patients disposent d'un document d'information et leur consentement éclairé est recueilli par la signature du QAA.

L'accord de la CNIL a été obtenu sous le numéro 1505682, pour le recueil, la saisie, le traitement, la conservation et l'utilisation des données.

Cette démarche est complémentaire et ne se substitue pas à l'accompagnement du sevrage tabagique réalisé par le médecin, selon les modalités qu'il aura choisi. Ce projet se base sur le principe que l'association de plusieurs formats d'aide au sevrage en renforce l'efficacité. Il s'agit également de permettre un suivi sur plusieurs années des fumeurs ayant opéré une tentative de sevrage. Enfin, on part de l'hypothèse que la réception du QAA peut favoriser une nouvelle tentative en cas de poursuite du tabagisme.

### **2.2.1. L'étude PACT - MOTIVAT**

Il s'agit d'une étude développée en 2011 afin d'évaluer la faisabilité de la remise systématique d'un QAA motivationnel à tout fumeur, en l'absence de demande d'aide explicite au sevrage du tabac(37).

Le médecin devait effectuer un conseil minimal et remettre au patient un questionnaire auto-administré motivationnel, susceptible d'amener le patient vers une tentative d'arrêt. Un des objectifs était de favoriser la pratique du conseil minimal, grâce à la remise d'un support utile, plus impliquant qu'un livret informatif. Cette étude a montré une motivation plus élevée des personnes suite à la démarche, avec 12,1% de tentatives d'arrêt et 2,75% d'abstinence à 3 mois. 40 % des patients disent avoir changer leur habitudes. 26,2% ont essayé de diminuer et 19,8% consomment moins. Surtout, cette étude montre qu'une proportion importante des patients, 58 %, pensent à arrêter. Ils attendent souvent une opportunité, que l'incitation du médecin peut constituer.

Finalement, l'avantage de l'étude est d'avoir permis la pratique d'un conseil minimal sur 182 patients et l'arrêt du tabac pour 5 d'entre eux, sans, probablement, que l'on puisse démontrer un effet suffisant sur le passage à l'action, même si la motivation a avancé.

### **2.2.2. Mise en place de l'étude**

Suite à PACT-MOTIVAT et à plus de 2 ans du début de PACT, il a été décidé de procéder à toute une série d'études, dans la perspective d'évaluer, dans la mesure du possible, les atouts et limites du programme.

La prise en charge du tabagisme a récemment progressé du fait d'une meilleure connaissance des **mécanismes biologiques de la dépendance tabagique**. Ceci a abouti à de nouveaux traitements susceptibles d'aider l'arrêt(52). En même temps, nous constatons les limites de ces prises en charge avec des taux d'arrêts initiaux ne dépassant pas les 50% dans les meilleures conditions, et des taux d'abstinence à 5 ans tombant à moins de 10%.

Il est donc important d'identifier des **caractéristiques bio-psycho-sociales** contribuant à l'initiation au tabagisme, à son maintien et à sa récurrence. De la même façon il faudrait identifier des variables favorables **au développement des motivations pour l'arrêt et au maintien de l'abstinence(53-60)**.

L'optimisation de la prise en charge du tabagisme en Médecine Générale passe par la prise en compte de ces facteurs, notamment dans le questionnaire (QAA).

La recherche proposée ici est une étude des caractéristiques bio-psycho-sociales en lien avec le tabagisme, recueillies dans le QAA lors de l'inclusion de chaque patient dans PACT. Ces mêmes caractéristiques sont ensuite explorées à plus de 6 mois de suivi. Ces caractéristiques et leur évolution pourront ainsi être mis en relation avec la réussite ou l'échec relatif du sevrage tabagique.

Cette étude quantitative est associée à une étude qualitative menée sur un échantillon de patients de la cohorte PACT, afin d'explorer des caractéristiques ne figurant pas dans le QAA, et de préciser l'influence des caractéristiques étudiées. Cette étude est menée parallèlement par une étudiante en Master 2 promotion de la santé de l'ISPED(43).

### **III. Population de l'étude**

---

#### **3.1. Population cible**

La population ciblée est constituée de tout fumeur venant consulter en Médecine Générale pour une aide au sevrage tabagique.

#### **3.2. Population source**

La population source est constituée des patients de la cohorte PACT : fumeurs de plus de 18 ans, inclus depuis le 1 Janvier 2011, jusqu'au 31 Décembre 2012, ainsi que les fumeurs inclus selon une autre procédure antérieurement, mais ayant répondu au nouveau QAA dans la même période. L'inclusion dans la cohorte est réalisée par un Médecin Généraliste adhérent du réseau et ayant suivi une formation (soirée et/ou visite du Délégué Santé Prévention®).

### **3.3. Critères d'inclusion dans l'étude**

#### **Enquête descriptive transversale à l'inclusion dans la cohorte PACT :**

- Tout patient inclus dans la cohorte PACT, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 décembre 2012 ;
- Ayant remis le QAA initial ;
- Ayant consenti au suivi PACT par la signature du document.

#### **Enquête descriptive transversale à plus de 6 mois de l'inclusion :**

- Tout patient fumeur inclus dans l'enquête initiale ;
- Acceptant de répondre à l'enquête téléphonique proposée à plus de 6 mois du QAA initial.

### **3.4. Critères de non inclusion dans l'étude**

#### **Enquête descriptive transversale à l'inclusion dans la cohorte PACT :**

- Patients dont le QAA initial n'est pas retrouvé ;
- Patients ne correspondant pas aux critères d'inclusion après analyse ;
- Patients ayant demandé à sortir du suivi ;
- Patients perdus de vue.

#### **Enquête descriptive transversale à plus de 6 mois de l'inclusion :**

- Patients perdus de vue au moment de l'enquête téléphonique ;
- Patients refusant de répondre à l'enquête ;
- Patients dans l'incapacité de répondre à l'enquête ;
- Patients ne répondant pas aux sollicitations.



### **3.5. Critères d'exclusion de l'étude**

#### **Enquête descriptive transversale à l'inclusion dans la cohorte PACT :**

- Patients dont le QAA initial ne contient pas des données indispensables à l'étude (nom, numéro de téléphone, par exemple)

#### **Enquête descriptive transversale à plus de 6 mois de l'inclusion :**

- Patients ayant testé le questionnaire d'enquête téléphonique.

## **IV. Critères de jugement**

---

Il s'agit d'étudier les caractéristiques bio-psycho-sociales semblant associées avec une évolution du comportement tabagique des patients de la cohorte PACT.

### **4.1. Critère de jugement principal**

Caractéristiques bio-psycho-sociales identifiées avant la tentative de sevrage tabagique, au moment de l'inclusion (QAA initial), associées à un changement du comportement tabagique (in/out).

### **4.2. Critères de jugement secondaires**

- Evolution des caractéristiques bio-psycho-sociales « avant/après » (QAA initial/enquête téléphonique), selon les changements de comportement tabagique.
- Caractéristiques bio-psycho-sociales après la tentative de sevrage tabagique, au moment de l'enquête téléphonique, associées à un changement de comportement tabagique (in/out).

### 4.3. Les changements de comportement tabagique étudiés

Ceux qui nous paraissent les plus pertinents sont :

- **Tentative d'arrêt réalisée ou pas**, définie comme un arrêt du tabac de plus de 7 jours (définition d'une tentative d'arrêt souvent retenue)(61) ;
- **Arrêt du tabagisme ou pas**, définie comme une abstinence continue déclarée supérieure à 6 mois lors de l'enquête téléphonique (arrêt retardé possible) ;
- **Rechute**, définie comme reprise de la consommation après un arrêt de plus de 7 jours ;
- **Diminution du tabagisme**, définie comme une consommation déclarée moindre, lors de l'enquête téléphonique par rapport au QAA initial ;
- **Echec de tentative de changement de comportement** : absence d'arrêt et de diminution déclarée, lors de l'enquête téléphonique.

### 4.4. Autres types de changements du comportement tabagique

D'autres types de changements de comportements peuvent également survenir suite à l'inclusion dans PACT. La motivation au changement peut évoluer sans que la personne ne l'ait traduit en actes visibles. Ces changements, perceptibles ou non, montrent qu'il n'est pas possible de résumer l'impact d'une intervention de façon binaire : arrêt/non arrêt.

### 4.5. Choix des populations à comparer (figure 1)

Toutefois, il s'agit de définir un nombre limité de populations à comparer :

- **Arrêt supérieur à 7 jours.**
  - Le sous-groupe des *patients abstinentes à plus de 6 mois* faisant l'objet d'une étude particulière, que l'arrêt soit immédiat ou retardé. Il s'agit du critère le plus pertinent sur le plan sanitaire.
  - Le sous-groupe des *patients ayant rechuté* (avec ou sans réduction de la consommation).

- **Absence d'arrêt ou arrêt inférieur à 7 jours.**
  - Le sous-groupe des *patients ayant réduit la consommation de tabac de façon persistante à plus de 6 mois de l'inclusion*. Bien que l'effet bénéfique de cette réduction soit discuté, elle marque un effort de changement de comportement du fumeur. Cette catégorie peut comprendre des rechuteurs et des fumeurs n'ayant pas réussi à arrêter.

Arrêt ≥ 7 jours			Arrêt < 7 jours	
Abstinentes ≥ 6 mois	Rechute		Réduction ≥ 6 mois	Pas de réduction
	Pas de réduction	Réduction ≥ 6 mois		
Changement visible				Pas de changement visible

**Figure 1 - Choix des populations à comparer**

Des associations pourront être identifiées entre certaines caractéristiques bio-psycho-sociales (QAA initial) et certains changements de comportement tabagique (identifiés par l'enquête téléphonique) = comparaisons entre les populations choisies (in/out) lors du QAA initial = critère de jugement principal.

Les critères de jugement secondaires permettront une validation interne de certaines de ces associations. Ainsi seront étudiées les évolutions des caractéristiques bio-psycho-sociales, entre avant (QAA initial) et après (enquête téléphonique) au sein d'une population donnée, et les différences de ces caractéristiques entre les populations comparées, lors de l'enquête téléphonique.

## V. Recueil des données

### 5.1. Questionnaire initial

Le questionnaire initial (QAA) est commun à tous les patients inclus. Il est rempli par le patient volontaire et adressé au réseau. Il s'agit du QAA habituel utilisé dans PACT par AGIR 33, avec accord de la CNIL.

A J0 : au cabinet médical

- Mise en place du traitement d'aide au sevrage par le médecin ;
- Remise du QAA et du document information ;
- Signature du consentement éclairé.

Outre les données administratives, le QAA effectue un bilan du tabagisme, un bilan des facteurs de risques cardio-vasculaires et pathologies en cours de traitement, un repérage de la consommation d'alcool et de cannabis, un test de dépistage de la BPCO et de la dépression (Annexe 1).

## **5.2. Questionnaire de suivi à plus de 6 mois de l'inclusion**

Ce deuxième questionnaire a été établi spécifiquement pour l'étude développée ici, à partir du QAA initial et des objectifs retenus (Annexe 2).

Les questions sont choisies de façon à être :

- simples, facilement compréhensibles par la personne, notamment par téléphone ;
- en nombre limité et toutes utiles aux objectifs de l'étude ;
- faciles à interpréter pour étudier les critères de sélection des populations à comparer.

Notre objectif n'est pas de réaliser un questionnaire validé pour repérer les différents niveaux de motivation, ou les différents stades du processus de changement. Nous nous sommes inspirés du questionnaire utilisé pour la cohorte PACT, afin de pouvoir :

- Limiter le nombre de questions à poser ;
- Comparer les caractéristiques bio-psycho-sociales avec celles recueillies dans le QAA initial.

Le questionnaire a été ensuite élaboré, avec l'aide du Docteur Philippe CASTERA, directeur de thèse, Médecin Généraliste, Maître de conférences associé de médecine générale et coordinateur médical du réseau addictions Gironde (AGIR 33), et de Mademoiselle Audrey GONNEAU, étudiante en Master 2 Promotion de la Santé de l'ISPED. Nous avons échangé

par mails sur les modifications successives du 5 au 13 avril 2013, avec une validation du questionnaire téléphonique, en réunion, le 16 avril 2013.

**Le questionnaire est constitué de blocs logiques regroupés par thèmes, permettant d'améliorer la compréhension globale par l'enquête ainsi que la fluidité et l'enchaînement des questions.**

### **5.3. Items des questionnaires utilisés lors de l'étude**

Nous allons rapidement reprendre ici les questions dont les réponses seront analysées dans l'étude.

#### **5.3.1. Items recherchés uniquement dans le questionnaire initial (QAA)**

##### ***Données administratives : sexe, âge et adresse.***

Les tranches d'âges ont été discrétisées selon la classification des générations sociologiques de Neil et Strauss(62)(63). En effet, une génération est un concept sociologique utilisé en socio-démographie pour désigner une sous-population dont les membres, ayant à peu près le même âge ou ayant vécu à la même époque historique, partagent un certain nombre de pratiques et de représentations du fait de ce même âge ou de cette même appartenance à une époque. La matérialisation des générations par la discrétisation en tranches d'âge est donc intéressante étant donné le sujet de cette thèse.

Le recueil de ces données ne figure pas dans le second questionnaire. Le seul renseignement recherché est un éventuel déménagement depuis l'inclusion dans le réseau.

##### ***Précocité du tabagisme :***

Deux paramètres sont habituellement explorés dans des études et sont présents dans le QAA initial : l'âge de la première cigarette et l'âge de début du tabagisme quotidien.

Les données sont recueillies dans le QAA initial par les questions suivantes : « *A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?* » ; « *A quel âge environ, avez-vous commencé à fumer tous les jours ?* ».

**Nombre de tentatives d'arrêts :**

Cet indicateur est un des moyens de repérer la motivation au changement du fumeur(61)(64). En effet, le fumeur ayant déjà fait une tentative est déjà au moins au stade d'intention. De plus, la personne apprend de chaque tentative. Cette donnée est recueillie dans le QAA initial par la question : « *Combien de fois avez-vous essayé d'arrêter de fumer ?* ».

**Nombre d'années de tabagisme :**

« *Le risque de complications associées au tabagisme est lié à la durée et à la quantité fumée, sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans risque. Même les petits fumeurs ont un taux de mortalité significativement augmenté* »(27). Il a été retenu ici 20 années de tabagisme, quelle que soit la quantité fumée, comme un seuil d'augmentation important des risques (1 ; 14 ; 27 ; 65-67). La question est : « *Pendant combien d'années avez-vous fumé ?* »

**Repérage de la dépression :**

Un questionnaire abrégé en 3 questions permet de repérer les patients à risque de dépression devant bénéficier d'une évaluation spécifique. Le repérage est considéré comme positif, si une des deux premières questions est positive, avec une valeur prédictive positive plus élevée si la troisième est également positive. La sensibilité de ce questionnaire étant de 79% avec une spécificité de 94%(68).

Nous n'avons pas réalisé de repérage de la dépression lors du questionnaire téléphonique, notre but n'étant pas d'étudier l'impact du sevrage sur la survenue d'une dépression mais plutôt l'impact de la dépression sur la réussite du sevrage tabagique. En effet, la survenue d'un épisode dépressif étant multifactorielle, nous nous sommes posés la question de l'intérêt de réitérer ce repérage, à plus de 6 mois de l'inclusion, dans notre étude.

### 5.3.2. Items recherchés uniquement dans le questionnaire téléphonique

#### **Tabagisme effectif**

La première question concerne la consommation tabagique actuelle. Sa place en début d'entretien téléphonique était importante afin d'impliquer au mieux le patient. Une question « brise-glace » de ce genre, était utilisée afin d'accrocher l'enquêté, et rentrer tout de suite dans le vif du sujet :

Fumez-vous actuellement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
---------------------------	------------------------------	------------------------------

Cette question représente également une « question filtre » conditionnant l'accès aux questions suivantes en fonction de la réponse donnée, permettant ainsi d'alléger le questionnaire en évitant des questions inutiles aux non-fumeurs tout en analysant plus en détail la consommation des fumeurs.

#### **Score de Fagerström**

Nous ne disposons pas du score de Fagerström pour le QAA initial, car cette information était recueillie par le médecin dans le cadre de la mise en place du protocole de sevrage. Il a été recueilli lors du questionnaire téléphonique pour les patients toujours fumeurs. Nous avons considéré pour le calcul du nombre de cigarettes fumées quotidiennement qu'un cigare ou un cigarillo équivalent à 2 cigarettes, et qu'une pipe équivalait à 5 cigarettes(35).

<b>Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?</b>			
<input type="checkbox"/> 10 ou moins 3 pt	<input type="checkbox"/> De 11 à 20 2 pt	<input type="checkbox"/> De 21 à 30 1 pt	<input type="checkbox"/> Plus de 30 0 pt
<b>Le matin, combien de temps après votre réveil allumez-vous votre première cigarette ?</b>			
<input type="checkbox"/> Dans les 5 min 3 pt	<input type="checkbox"/> Entre 6 et 30 min 2 pt	<input type="checkbox"/> Entre 31 et 60 min 1 pt	<input type="checkbox"/> Au-delà de 60 min 0 pt

*Les deux questions proposées correspondent à une version abrégée du test de Fagerström(69) et permettent d'approcher le niveau de dépendance à la nicotine(70).*

*Plusieurs tests ou questionnaires ont été proposés pour mesurer quantitativement la dépendance. Les enquêtes en population générale utilisent souvent le HSI (Heaviness of Smoking Index), qui est une version simplifiée de l'échelle FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence = Test de dépendance à la nicotine de Fagerström) en deux questions : « Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ? » et « Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? ». C'est donc un score simplifié pour évaluer le degré de dépendance de l'individu (pas ou peu de dépendance, dépendance moyenne et dépendance forte)(69). L'utilisation de ce test pour évaluer la dépendance est très répandue mais ne fait pas consensus auprès des professionnels.*

*L'interprétation du Test de Fagerström abrégé se fait de la façon suivante, ceci ne constituant qu'une orientation diagnostique à confirmer :*

- *0 à 2 points : pas de dépendance à la nicotine ;*
- *3 à 4 points : il existe une dépendance à la nicotine ;*
- *5 à 6 points : il existe une forte dépendance à la nicotine.*

### **5.3.3. Items communs aux deux questionnaires**

#### **Taille, poids et indice de masse corporelle (IMC ou BMI)**

Le poids était recueilli lors des deux questionnaires et la taille lors du premier questionnaire.

En effet, **l'évolution du poids est à surveiller après un sevrage tabagique**, mais également chez tout fumeur persistant. La prise de poids est un effet secondaire classique de l'arrêt du tabagisme et reste une préoccupation d'une femme sur deux et d'un homme sur quatre dans cette situation.



**Le BMI qui est le rapport entre le poids (exprimé en kilogrammes) sur la taille au carré (exprimé en mètres), était interprété selon les normes OMS(71) :**

- <16,5 (dénutrition) ;
- 16,5 à 18,5 (maigreur) ;
- 18,5 à 25 (corpulence normale) ;
- 25 à 30 (surpoids) ;
- 30 à 35 (obésité modérée) ;
- 35 à 40 (obésité majeure) ;
- > 40 (obésité morbide).

Le BMI était recalculé à la lumière des nouvelles données sur le poids, la taille étant supposée constante dans le temps pour une population adulte (>18 ans).

#### **Repérage de la précarité du statut socio-professionnel**

Si le tabagisme concerne l'ensemble de la population, il existe de gros écarts connus de consommation entre personnes en situation de précarité et personnes socialement insérées. La précarité est un facteur connu favorisant le tabagisme et limitant son arrêt(72). Le patient avait la possibilité de cocher dans le QAA : recherche d'emploi ; invalidité ; RSA/CMU.

Lors du questionnaire téléphonique, nous avons choisi d'explorer d'autres critères afin de compléter les données disponibles sur ce critère : emploi stable, recherche d'emploi, étudiant, retraité.

#### **Évaluation la réalité d'une tentative d'arrêt**

Cette question était nécessaire afin d'évaluer si la tentative d'arrêt avait été effective : arrêt supérieur à 7 jours. Nous avons choisi d'utiliser « mois » ou « semaines » afin de fiabiliser la réponse. Il était important de limiter l'effort de mémoire dans ce recueil rétrospectif où la période pouvait être longue.

**Avez-vous réussi à arrêter au moins 7 jours ?**  Oui  Non  
Si oui, combien de temps avez-vous arrêté ?  I \_ I \_ I \_ I  semaines  mois

Si le patient ne fumait plus, nous cherchions à déterminer depuis combien de temps il avait arrêté.

**Nombre de cigarettes par jour :**

Le nombre de cigarettes consommées par jour était recueilli sous formes d'une variable continue lors du premier questionnaire et sous forme discrétisée lors du second questionnaire dans le calcul du score de Fagerström abrégé.

Nous avons considéré pour le calcul du nombre de cigarettes fumées quotidiennement qu'un cigare ou un cigarillo équivalent à 2 cigarettes, et qu'une pipe équivalait à 5 cigarettes(35).

Le risque est très variable selon la façon de fumer la cigarette. Malgré un impact moins fort du nombre par rapport aux années, il s'agit d'un facteur de gravité(73). La diminution du nombre de cigarettes est un indicateur des efforts du fumeur. Cette donnée est recueillie dans le QAA initial par la question: « *Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?* ». Ces données numériques ont été discrétisées afin de pouvoir être utilisées dans notre analyse, étant donné que cette donnée était recueillie sous formes discrétisée lors du test de Fagerström abrégé présent dans le questionnaire téléphonique.

**Evaluation de l'importance de l'arrêt du tabac et de la confiance dans les chances d'y arriver :**

Nous avons opté pour une évaluation de ces deux facettes de la motivation par une échelle numérique simple (ou ENS), afin que toutes les nuances puissent être exprimées.

Pour l'ENS importance, nous avons donné la possibilité au patient de placer sa note entre 0 : « *il n'est pas important du tout pour moi d'arrêter de fumer* » et 10 : « *il est extrêmement important pour moi d'arrêter de fumer* ». De la même façon, le patient a pu s'exprimer sur sa confiance en lui dans la deuxième ENS, où 0 signifiait « *je n'ai aucune confiance en moi pour arriver à arrêter de fumer* » et 10 « *j'ai une totale confiance en moi pour arriver à arrêter de fumer* ».

Pour l'étude, la comparaison des ENS pourra permettre de différencier différentes catégories de patients. Des comparaisons entre les résultats à l'inclusion et à plus de 6 mois seront possibles, à titre individuel, et par moyennes sur l'ensemble des patients.

**A combien chiffrez-vous l'importance, pour vous, d'arrêter de fumer, entre 0 et 10  
(0 = pas important du tout et 10 = importance maximale)**

**A combien chiffrez-vous votre confiance dans les chances d'y arriver, entre 0 et 10  
(0 = pas confiance du tout et 10 = confiance maximale)**

*La motivation s'appuie sur les deux leviers fondamentaux du changement décrits par PROCHASKA : l'importance et la confiance (74)(75), qui conditionnent la « volonté de changement ». Nous avons voulu mettre en évidence ces deux aspects et les différencier.*

*Dans les nombreuses études sur le sevrage tabagique, l'importance de l'arrêt du tabac est souvent évaluée et souvent très forte chez les fumeurs qui sont tout à fait conscients des risques encourus. Ce n'est pas le cas de la confiance en soi pour y arriver. Elle est rarement exprimée par les patients, mais influe pourtant en grande partie sur les chances de réussite d'un sevrage.*

### **Spécificités féminines :**

Deux paramètres étés recueillis lors du questionnaire initial :

- Grossesse en cours et désir actuel de grossesse ;
- Association pilule, migraines et tabac, qui constitue une contre-indication absolue (risque d'AVC encore plus élevé en cas de migraines avec aura)(76).

Lors du questionnaire téléphonique nous avons choisi d'explorer d'autres éléments afin de compléter les données disponibles sur ce critère :

<b>Pour les femmes : Présentez-vous une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?</b>		
• Prenez-vous la pilule pour une contraception ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Êtes-vous actuellement enceinte ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
• Cherchez-vous à avoir un enfant ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Avez-vous des migraines ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Avez-vous un traitement hormonal de la ménopause ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

*L'arrêt du tabagisme maternel est recommandé dès le début de la grossesse en prévention des complications obstétricales liées au tabac et du risque de mort subite du nourrisson. De même l'association de migraines, de tabagisme et la prise de la pilule augmente de façon très significative le risque d'accident vasculaire cérébral. La prise de traitements oestro-progestatifs par une fumeuse augmente également le risque thromboembolique(77).*

**Facteurs de risque cardiovasculaires :**

Sont retenus par le Collège Aquitain de Prévention Cardio Vasculaire (CAPCV), à partir des recommandations de la Haute Autorité de Santé, comme facteurs de risque cardiovasculaires :

- Le tabagisme (actuel ou arrêté il y a moins de 3 ans) ;
- L'âge : supérieur à 50 ans chez les hommes et supérieur à 60 ans chez les femmes ;
- Les antécédents familiaux : Au moins un décès par infarctus du myocarde ou mort subite chez le père ou les frères (avant 55 ans) ou chez la mère ou les sœurs (avant 65 ans). Un accident vasculaire cérébral chez l'un d'entre eux avant 45 ans ;
- Le diabète traité ou non ;
- L'HTA traitée ou non ;
- LDL cholestérol supérieur à 1,60 g/l (le HDL cholestérol supérieur à 0,60 g/l étant protecteur). Le QAA évoque un excès de cholestérol ne permettant pas la discrimination précise du profil lipidique.

Les patients inclus ont donc au moins un facteur de risque, le tabac. Les deux premiers facteurs sont solidement évalués, les quatre suivants étant déclaratifs et sujets à caution. Le facteur de risque n'est compté qu'en présence de la réponse « *oui* », et non compté en cas d'absence de réponse, de réponse « *non* » ou « *je ne sais pas* ».

**Avez-vous un des facteurs de risque cardio-vasculaire suivants ?**

- |                             |                              |                              |                                      |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| • Hypertension artérielle : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| • Diabète :                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| • Excès de cholestérol :    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

Au moins un décès par infarctus du myocarde ou mort subite chez mon père ou mes frères (avant 55 ans) ou chez ma mère ou mes sœurs (avant 65 ans). Un accident vasculaire cérébral chez l'un d'entre eux avant 45 ans.  Oui  Non  Ne sait pas

*L'arrêt du tabac fait partie des conseils de prévention cardiovasculaire aussi bien en prévention primaire que secondaire. Il s'agit d'un des facteurs de risque utilisé dans les scores d'évaluation du risque cardio-vasculaire.*

**Repérage des patients à haut risque de morbidité en lien avec le tabac :**

PACT cherche à repérer les patients à plus haut risque, à partir de 3 critères :

- Age supérieur à 45 ans ;
- Nombre d'années de tabagisme supérieur à 20 ;
- Nombre de cigarettes fumées supérieur à 20 ;

Les patients cumulant ces trois critères sont considérés comme à haut risque.

**Pathologies déclarées :**

Les fumeurs ont la possibilité de déclarer des pathologies en cours de traitement généralement connues comme en lien possible avec le tabac, ainsi qu'une intervention chirurgicale programmée (questions fermées). Une question ouverte (autres) laisse la possibilité de déclarer d'autres maladies.

Certaines pathologies en cours peuvent constituer une motivation à l'arrêt du tabac : infarctus du myocarde et angine de poitrine ; artérite des membres inférieurs ; accident vasculaire cérébral ; cancer ; bronchite chronique et asthme ; intervention chirurgicale.

Certaines pathologies en cours peuvent constituer des obstacles à l'arrêt du tabac :

- dépression ;
- troubles anxieux ;
- troubles psychiatriques.

Les pathologies « autres » sont classées éventuellement dans l'une ou l'autre de ces catégories quand ceci semble pertinent.

**Êtes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une ou plusieurs des maladies ci-dessous ?**

- Un Infarctus du myocarde ; une angine de poitrine :  Oui  Non  Ne sait pas
- Un accident vasculaire cérébral :  Oui  Non  Ne sait pas
- Une artérite des membres inférieurs :  Oui  Non  Ne sait pas
- Un cancer :  Oui  Non  Ne sait pas
- Une bronchite chronique ou de l'asthme :  Oui  Non  Ne sait pas
- Un trouble anxieux :  Oui  Non  Ne sait pas
- Envisagez-vous une intervention chirurgicale ?  Oui  Non  Ne sait pas
- Avez-vous eu d'autres problèmes de santé ?  Oui  Non

*En Europe, la fumée du tabac est impliquée dans 25 % à 30 % de la mortalité par cancer (poumon, larynx, vessie...). Elle favorise aussi la mort de cause cardiaque et vasculaire, et par insuffisance respiratoire(78)(79). Le tabagisme passif contribue à cet excès de mortalité. Le risque d'affections mortelles semble corrélé au nombre de cigarettes fumées quotidiennement. Il augmente dès 1 à 4 cigarettes par jour(79).*

**Repérage des consommations d'alcool :**

Le QAA initial, modifié depuis, ne permet pas d'identifier avec précision les patients en mésusage. Deux paramètres sont mesurables :

- La fréquence de consommation : tous les jours ou presque, plusieurs fois par semaine ; plusieurs fois par mois ; jamais.
- L'abus occasionnel : plus de 4 verres par occasion(80)(81).

La prise quotidienne d'alcool et/ou l'abus occasionnel déclenchent l'envoi d'un questionnaire FACE mais dont le retour est fait au médecin traitant.

<p><b>Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool (vin, bière, ....) ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Jamais (0 point)    <input type="checkbox"/> 1 fois /mois ou moins (1 point)    <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois / mois (2 points) <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois /semaine (3 points)    <input type="checkbox"/> 4 à 6 fois /semaine (4points)</p> <p><b>Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 ou 2 (0 point)    <input type="checkbox"/> 3 ou 4 (1 point)    <input type="checkbox"/> 5 ou 6 (2 points)    <input type="checkbox"/> 7 à 9 (3 points) <input type="checkbox"/> 10 ou plus (4 points)</p> <p><b>Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres ou davantage au cours d'une même occasion ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Jamais (0 point)    <input type="checkbox"/> Moins d'une fois /mois (1 point)    <input type="checkbox"/> Une fois /mois (2 points) <input type="checkbox"/> Une fois / semaine (3 points)    <input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque (4 points)</p>
---

*La consommation d'alcool est une variable importante favorisant la rechute tabagique. Le sevrage tabagique est également plus difficile chez les fumeurs qui ont des troubles liés à l'usage d'alcool, actuels ou passés. Une étude a rapporté que les taux d'abstinence étaient plus faibles chez les fumeurs anciens « alcooliques » et que quand ceux-ci tentent d'arrêter de fumer, ils sont plus irritables, plus anxieux, ont plus de difficultés de concentration et plus de sensation d'inconfort que ceux sans passé alcoolique(82).*

*Le questionnaire AUDIT est développé sous l'égide de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Il explore les comportements des douze derniers mois(83). Cet instrument, trop lourd pour la Médecine Générale, permet de repérer les sujets ayant des problèmes d'alcool : abus ou consommation excessive d'une part, et dépendance d'autre part. Cet instrument de repérage de l'abus-dépendance alcoolique comporte 10 questions, qui abordent successivement la consommation d'alcool (3 premières questions), puis la dépendance, les trous noirs et les conséquences sociales de l'alcoolisation (7 questions suivantes). L'analyse factorielle montre qu'il existe deux axes(84) et non un seul :*

- un axe de consommation (questions 1 à 3), l'AUDIT-C,*
- un axe des conséquences négatives de l'alcool sur la santé (questions 4 à 10).*

*De ce fait, on peut utiliser l'AUDIT-C uniquement, pour appréhender la consommation. Cette version courte de l'AUDIT est utilisée dans le baromètre santé, ainsi que dans les études de l'IRDES. Les seuils sont les suivants :*

- *score supérieur ou égal à 4 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 3 (chez la femme) pour une consommation d'alcool à risque pour la santé,*
- *score supérieur ou égal à 5 (chez l'homme) ou supérieur ou égal à 4 (chez la femme) pour une alcoolo-dépendance. La valeur-seuil de 6 permet de repérer le « binge drinking », avec une sensibilité de 95% et une spécificité de 81%(85).*

***Repérage des consommations de cannabis et autres drogues:***

La réponse binaire, oui/non, permet de repérer les patients ayant d'autres consommations de substances psychoactives.

Avez-vous consommé du cannabis ou une autre drogue au cours des 12 derniers mois ?	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

*Les personnes fumant des cigarettes consomment plus souvent du cannabis que les non-fumeurs. Les fumeurs de cannabis sont très souvent dépendants à la nicotine. L'association tabac-cannabis est répandue chez les jeunes en particulier.*

***Repérage de la BPCO :***

Cinq questions figurent dans les deux questionnaires réalisés. Les 3 premières questions correspondent au questionnaire retenu dans le dépistage de la BPCO par le réseau AQUIRESPI.

Outre ces 3 questions (toux, crachat, dyspnée d'effort), les deux autres critères sont l'âge supérieur à 40 ans et le tabagisme, que nous pouvons identifier par ailleurs. Tous les patients de notre étude étant fumeurs, il suffit qu'ils aient deux des autres paramètres (âge, toux, crachat, dyspnée), pour présenter un risque accru de troubles ventilatoires obstructifs, selon le questionnaire retenu(86).



Toussez-vous régulièrement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous régulièrement des expectorations et/ou des crachats ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous essoufflé(e), même lorsque vous accomplissez des tâches simples ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Votre expiration est-elle sifflante à l'effort ou la nuit ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous souvent des rhumes qui persistent plus longtemps que chez des personnes de votre entourage ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

*Dans le cadre de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'arrêt partiel ou total de la consommation de tabac est une des principales mesures à mettre en œuvre pour enrayer le déclin de la fonction pulmonaire. Nous avons conservé ici les questions initiales et montré comment interpréter les réponses dans le cadre du repérage de la BPCO lors de la présentation du questionnaire initial.*

#### **5.4. Procédure d'appel des patients**

Tous les patients étaient appelés dans l'ordre alphabétique et en fonction du nombre d'appels préalables passé à chacun.

##### **5.4.1. Présentation téléphonique préalable.**

Nous avons élaboré une première présentation téléphonique du questionnaire. Elle a très vite été abandonnée car elle était un peu trop centrée sur mon travail de thèse, et l'adhésion était très mauvaise avec un refus de participer à l'étude de 6 patients sur les 10 premiers appels. Nous avons donc choisi de modifier cette présentation téléphonique, et nous avons très vite observé une meilleure adhésion au questionnaire (voir encadrés 1 et 2).

---

Bonjour Madame/Monsieur,

Je suis Yann LE CLAIRE, Interne en Médecine Générale.

Je vous contacte aujourd'hui car vous avez adhéré en 201... au Programme d'Accompagnement au Changement du Fumeur de Tabac (PACT) du réseau AGIR 33 par l'intermédiaire de votre MT dans le cadre d'une démarche de sevrage tabagique.

Je réalise en ce moment un travail de suivi des patients ayant eu recours à notre réseau. Ce travail s'inscrit dans le cadre de mon travail de thèse en Médecine Générale et permettra d'améliorer la prise en charge des patients souhaitant se sevrer du tabac.

Je vous propose donc de m'accorder 5 à 10 minutes si vous le souhaitez afin de répondre à un questionnaire simple et rapide. Si vous le souhaitez, je peux vous rappeler à un autre moment où vous serez plus disponible.

---

***Encadré 1 - Présentation téléphonique abandonnée car inadaptée.***

---

Bonjour Madame/Monsieur,

Je suis Yann LE CLAIRE, Interne en Médecine Générale, et je vous appelle car vous aviez adhéré au réseau AGIR33 dans le cadre d'une démarche d'arrêt du tabac.

Je vous propose donc de m'accorder 5 à 10 minutes afin de répondre à un questionnaire simple et rapide qui me permettra de réaliser votre suivi, et dont les données seront exploitées pour ma thèse.

Si vous le souhaitez, je peux vous rappeler à un autre moment où vous serez plus disponible.

---

***Encadré 2 - Présentation téléphonique définitive.***

---

## **5.5. Test de compréhension et d'acceptabilité du questionnaire de suivi**

Le questionnaire a été testé, la dernière semaine d'avril 2013, sur 17 patients, avec le souci d'obtenir un échantillon de personnes ayant, autant que possible, des critères susceptibles d'affecter la variabilité de compréhension des questions :

- Sexe : hommes/femmes
- Âge :
  - inférieur à 25ans ;
  - entre 25 et 60ans ;
  - supérieur à 60ans.

Ces patients n'étaient bien sûr pas inclus dans l'analyse finale étant donné le biais que cela aurait pu induire.

Deux questions fermées et deux questions ouvertes étaient ajoutées, à la fin :

- « La formulation des questions est-elle claire et compréhensible ? (Oui/Non) » ;
- « Trouvez-vous ce questionnaire trop intrusif, trop indiscret ? (Oui/Non) » ;
- « Quand préféreriez-vous être joint pour un questionnaire téléphonique ? (Semaine/week-end ? Moment de la journée ?) » ;
- « Avez-vous des remarques pour améliorer le questionnaire ? ».

L'analyse des réponses a permis de valider une version définitive après avoir évalué la compréhension et la pertinence du questionnaire, par les patients.

## **VI. Saisie des données**

---

La saisie des données a été effectuée par deux personnes concernant les données du QAA initial (doctorant et étudiante en Master 2) et par le doctorant seulement pour ce qui concernait les données du questionnaire téléphonique.

Le questionnaire téléphonique a été dans un premier temps rempli sur papier puis retranscrit sur un formulaire informatique sur Microsoft WORD® lors des 15 premiers entretiens téléphoniques, puis rempli directement au moment de l'entretien téléphonique pour les suivants.

Ces données étaient stockées sur l'ordinateur du doctorant et transmis pour sauvegarde sur la messagerie sécurisée de l'étudiante en Master 2.

L'ensemble des données ont été saisies sur Microsoft EXCEL®, après codification exploitable en statistique. Cela m'a permis d'extraire un nombre important d'informations, notamment en termes d'observation empirique, à l'aide de pourcentages, moyennes, écart-type et intervalle de confiance. Notons que pour chaque item, nous avons calculé des pourcentages.

## **VII. Analyse statistique**

---

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentage, les comparaisons entre groupes ont été faites par le test du Chi<sup>2</sup> ( $\chi^2$ ) ou le test exact de Fisher selon les conditions d'application.

Les variables quantitatives ont été décrites en termes de médiane, moyenne avec minimum et maximum, ainsi que leur intervalle de confiance. Les comparaisons étaient faites par le test de Student. La technique ANOVA (« Analyse Of Variance ») était utilisée pour comparer les moyennes de plusieurs échantillons.

Le seuil de significativité retenu est  $p < 0.05$ .

Les outils utilisés pour la gestion des données et l'analyse ont été le logiciel de statistique SAS JMP® 10 permettant d'étendre les fonctions de base de Microsoft EXCEL® 2011, ainsi que le logiciel de test statistique en ligne BiostaTGV de l'Institut Pierre Louis (UMR S 1136).

## **VIII. Mesures réglementaires**

---

- Les patients reçoivent une information selon les standards habituels.
- Les patients signent un document faisant état de leur consentement éclairé.
- Les médecins et le promoteur signent une convention soumise à l'avis du CDOM.
- Les données personnelles sont gardées au local d'AGIR 33 selon des procédures approuvées par la CNIL sous le n° 1505682. La saisie des données est effectuée par deux personnes : le doctorant et la stagiaire en Master 2 qui saisit sur un tableau spécifique les données utiles à l'étude, avec un numéro d'anonymat.

Seules les données anonymes et agrégées sont externalisées et traitées par le doctorant ou sous sa supervision.

# RÉSULTATS

## I. Recrutement

### 1.1. Médecins

153 médecins ont participé à cette étude, soit en tant que médecins ayant inclus les patients dans PACT, soit en tant que médecin traitant, soit, les deux. Ils étaient principalement installés sur la Communauté Urbaine de Bordeaux.

### 1.2. Patients

230 patients ont été inclus dans l'étude, compte-tenu des critères d'inclusion et non inclusion. Les patients de la phase test ont été exclus. Tous les patients souhaitent effectuer une tentative de sevrage tabagique.

### 1.3. Qualité de remplissage du QAA initial

Les tableaux 1 et 2 présentent la qualité de remplissage des variables qualitatives et quantitatives recueillies initialement par le QAA.

*Tableau 1 - Qualité de remplissage des variables qualitatives*

	N	Remplissage du QAA initial (%)
<b>Variables qualitatives</b>	<b>Total = 230</b>	
<b>Sexe</b>	230	100
<b>Aire urbaine</b>	228	99,1
<b>Précarité</b>	228	99,1
<b>Fréquence de la consommation d'alcool</b>	198	86,1
<b>Abus occasionnel d'alcool, 149 retenus</b>	179	77,8
<b>Cannabis</b>	178	77,8
<b>Repérage dépression</b>	224	97,3
<b>Repérage précoce de la BPCO</b>	227	98,2
<b>Patients à haut risque de morbidité tabac</b>	177	76,9

**Tableau 2 – Qualité de remplissage des variables quantitatives**

Variables quantitatives	n	Remplissage du QAA initial (%)
	<b>Total=230</b>	
Âge	224	97,3
Âge de la première cigarette	202	87,8
Âge début conso. Quotidienne	202	87,8
Démarches de sevrage antérieures, 206 retenues	207	90,0
Consommation tabagique initiale	203	88,2
Nombre d'années de tabagisme	196	85,6
Importance	197	85,6
Confiance	197	85,6
Poids	212	92,2
Taille	202	87,8
Facteurs de risque cardiovasculaires	224	97,3

## **II. Analyse descriptive initiale**

230 QAA ont été recueillis initialement pour la cohorte PACT, pour 230 patients inclus. Nous allons proposer, ici, une description des réponses de l'ensemble de cette population.

### **2.1. Caractéristiques des patients inclus**

#### **2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients inclus**

##### *Âge et sexe (tableau 3 et figure 2)*

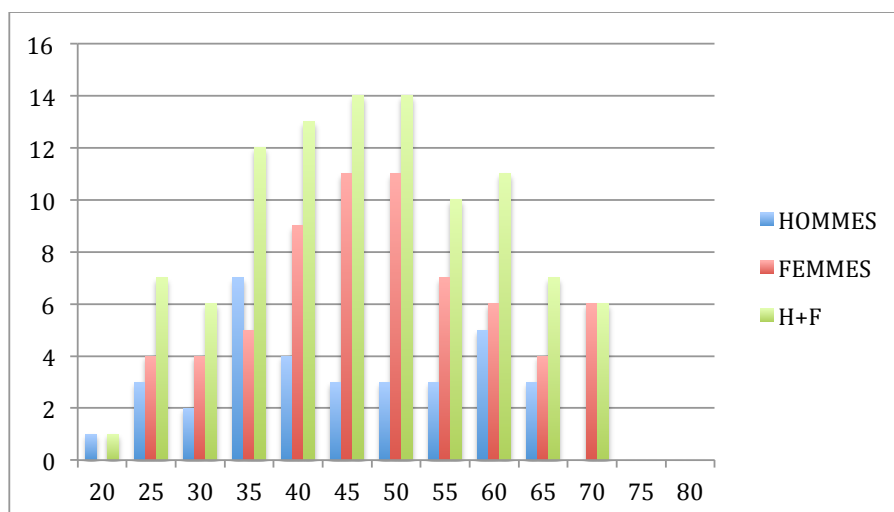
222 patients ont répondu à la question du genre, mais le prénom non ambigu a permis de compléter les données pour les 230 patients inclus. Nous trouvons ainsi 151 femmes (65,7%) et 79 hommes (34,3%).

L'âge n'est mentionné que pour 224 QAA. L'âge moyen est de 44,4 ans (IC95 [42,8; 46,0]). L'âge médian est de 44,0 avec un maximum à 80 et un minimum à 19.

L'âge moyen des hommes est de 44,7 ans (IC95 [41,8 ; 47,6]), les femmes étant âgées en moyenne de 44,3 (IC95 [42,4 ; 46,2]), différence non significative.

**Tableau 3 - Répartition des patients selon leur sexe et leur âge**

Âge - QAA initial	Hommes	Femmes	H+F
0 à 20	1	0	1
21 à 25	4	7	11
26 à 30	6	13	19
31 à 35	13	15	28
36 à 40	10	24	34
41 à 45	8	20	28
46 à 50	8	25	33
51 à 55	8	17	25
56 à 60	9	12	21
61 à 65	6	7	13
66 à 70	3	6	9
71 à 75	0	1	1
76 à 80	1	0	1
<b>TOTAL =</b>	<b>77</b>	<b>147</b>	<b>224</b>



**Figure 2 - Répartition des patients selon leur sexe et leur âge**



Dans le reste de l'étude, les âges seront discrétisés en 3 tranches selon les générations comme ceci est présenté dans le tableau 4.

**Tableau 4 - Répartition discrétisée des patients selon leur âge à l'inclusion (p=0.4852)**

Age au QAA initial	Hommes n (%)	Femmes n (%)	H+F n (%)
18 à 33	19 (24,7)	31 (21,1)	50 (22,3)
34 à 53	37 (48,0)	83 (56,5)	120 (53,6)
54 à 80	21 (27,3)	33 (22,4)	54 (24,1)
<b>TOTAL =</b>	<b>77 (100)</b>	<b>147 (100)</b>	<b>224 (100)</b>

#### Aire urbaine

Sur les 228 données exploitables, 219 patients (96,1%) vivent en zone urbaine, contre 7 (3,1%) en zone rurale et 2 (0,9%) en commune multipolarisée (Tableau 5).

**Tableau 5 - Répartition des patients selon l'aire urbaine et le sexe (p=0.7291)**

Aire urbaine	Hommes n (%)	Femmes n (%)	H+F n (%)
Urbaine	74 (94,9)	145 (96,7)	219 (96,0)
Rurale	3 (3,8)	4 (2,7)	7 (3,1)
Commune multipolarisée	1 (1,3)	1 (0,6)	2 (0,9)
<b>TOTAL =</b>	<b>78 (100)</b>	<b>150 (100)</b>	<b>228 (100)</b>

#### Précarité

Sur les 228 réponses recueillies, on retrouve 35 patients (15,4%) qui signalent un indicateur possible de précarité (Tableau 6).

**Tableau 6 - Répartition des patients selon la précarité de leur statut (p=0,8339)**

		Hommes n (%)	Femmes n (%)	H+F n (%)
Précarité	OUI	13 (16,5)	22 (14,8)	35 (15,4)
	NON	66 (83,5)	127 (85,2)	193 (84,6)
<b>TOTAL =</b>		<b>79 (100)</b>	<b>149 (100)</b>	<b>228 (100)</b>

### **2.1.2. Bilan tabagique**

#### ***Précocité du tabagisme :***

Nous avons recueilli 202 réponses sur **l'âge de la première cigarette**. On trouve **un âge moyen de consommation de la première cigarette à 16,6 ans** (IC95 [16,0 ; 17,2]) avec une médiane à 16 ans. Le patient ayant fumé sa cigarette le plus jeune avait 7 ans, celui qui a fumé sa première cigarette le plus tard avait 57 ans.

L'âge de consommation de la première cigarette est en **moyenne pour les femmes de 16,3 ans** (IC95 [15,6 ; 17,0]) **contre 17,0 ans** (IC95 [16,1 ; 17,9]) **pour les hommes** (**p=0,6210**).

#### ***Âge de début de la consommation quotidienne de tabac***

Nous avons recueilli 202 réponses sur **l'âge de début de la consommation quotidienne de tabac**. **57 (28,2%) patients ont commencé avant 17 ans contre 145 (71,8%) à 17 ans ou plus.**

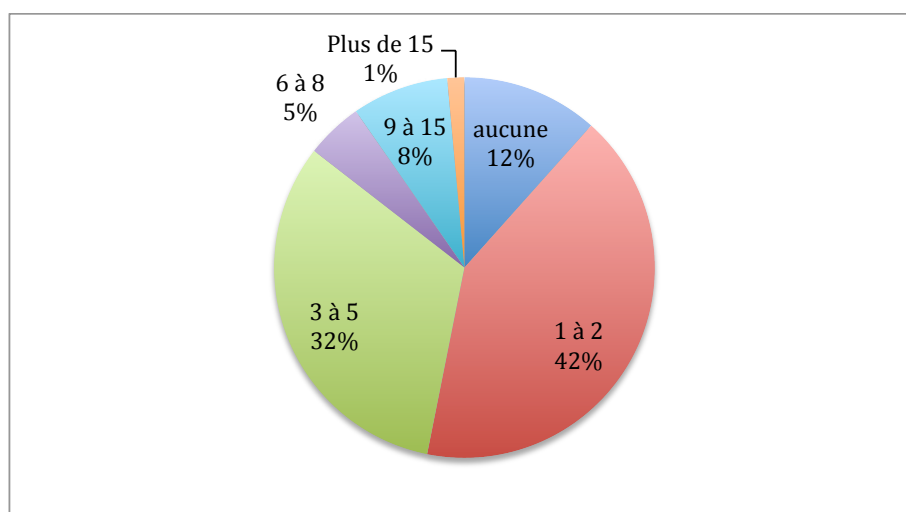
L'âge moyen de début de consommation quotidienne du tabac pour l'ensemble de la population initiale est de 18,6 ans (IC95 [18,0 ; 19,2]) : 18,8 ans (IC95 [17,8 ; 19,8]) pour les hommes et 18,5 ans (IC95 [17,8 ; 19,2]) pour les femmes, sans que la différence n'apparaisse significative.

#### ***Nombre de démarches de sevrage antérieures***

Une valeur aberrante de 100 tentatives faussant les résultats a été supprimée au moment de l'analyse, et nous n'avons donc retenu que 206 des 207 données recueillies initialement. Sur les 206 réponses sur le nombre de démarches de sevrage antérieures, **183 personnes soit 84,8% des patients ont déjà fait la démarche au moins une fois (figure 3)**. En moyenne, les patients ont fait 3,3 démarches (IC95 [2,8 ; 3,8]) avec une médiane à 2,0 ; un maximum à 30 et un minimum à 0. En moyenne, les hommes ont fait 3,7 démarches (IC95 [2,7 ; 4,7]) et les femmes 3,2 (IC95 [2,7 ; 3,7]). Il n'apparaît pas de différence significative entre les hommes et les femmes (tableau 7).

**Tableau 7 - Répartition du nombre de démarches de sevrage antérieures par patient (p=0,8560)**

Tentatives	Hommes n (%)	Femmes n (%)	H+F n (%)
Aucune	9 (12,5)	15 (11,1)	24 (11,6)
1 à 2	29 (40,3)	57 (42,2)	86 (41,6)
3 à 5	23 (31,9)	44 (32,6)	67 (32,4)
6 à 8	2 (2,8)	8 (5,9)	10 (4,8)
9 à 15	7 (9,7)	10 (7,4)	17 (8,2)
> 15	2 (2,8)	1 (0,7)	3 (1,4)
<b>TOTAL =</b>	<b>72 (100)</b>	<b>135 (100)</b>	<b>207 (100)</b>



**Figure 3 - Répartition du nombre de tentatives d'arrêts par patient.**

### **Consommation tabagique à l'inclusion**

Nous avons recueilli 203 réponses à cette question. On trouve une **consommation tabagique quotidienne moyenne à 17,0** cigarettes par jour (IC95 [15,9 ; 18,1]) ; avec une médiane à 15 cigarettes par jour.

La **consommation tabagique quotidienne moyenne pour les femmes est de 15,9** cigarettes par jour (IC95 [15,3 ; 16,5]) **contre 19** cigarettes par jour (IC95 [18,0 ; 20,0]) pour les hommes (p=0.0113).

Concernant la consommation des patients fumant plus de 20 cigarettes par jour, nous avons 15 hommes (21,1%) pour 13 femmes (9,8%), la différence étant significative ( $p=0,0262$ ) (tableau 8).

*Tableau 8 - Consommation tabagique déclarée lors du QAA.*

Conso tabac initiale	Hommes n (%)	Femmes n (%)	H+F n (%)
moins de 10 cig/jour	12 (16,9)	44 (33,3)	56 (27,6)
11 à 20	44 (62,0)	75 (56,8)	119 (58,6)
21 à 30	11 (15,5)	11 (8,4)	22 (10,8)
plus de 30 cig/jour	4 (5,6)	2 (1,5)	6 (3,0)
<b>TOTAL =</b>	<b>71 (100)</b>	<b>132 (100)</b>	<b>203 (100)</b>

#### Nombre d'années de tabagisme

Nous avons recueilli 197 réponses à cette question. On trouve **un nombre moyen d'années de tabagisme à 24,7 ans (IC95 [23,9 ; 25,5])**, avec une médiane à 24 ans, un minimum à 1 an, et un maximum à 56 ans.

En moyenne, les hommes fument depuis 25,5 ans (IC95 [24,6 ; 26,4]) et les femmes depuis 24,2 ans (IC95 [23,5 ; 24,9]) sans que la différence ne soit significative ( $p=0,5108$ ).

119 patients fument depuis plus de 20 ans (57,87%), 42 hommes (55,26%) versus 77 femmes (56,20%), la différence n'étant pas significative.

#### Motivation

**L'importance de l'arrêt** pour les fumeurs a été recueillie grâce à l'Échelle Numérique Simple (ENS) « importance », graduée de 0 à 10.

Sur 197 résultats exprimés, 6 sont inférieurs ou égaux à 5, soit 3,0%, et 191 sont supérieurs à 5, soit 97,0%.

On trouve **une ENS « importance » moyenne à 8,8 (IC95 [8,7 ; 8,9])** ; avec une médiane à 9, un minimum à 5 et un maximum à 10.

**L'ENS « importance » moyenne pour les hommes est de 8,9 (IC95 [8,7 ; 9,1]) contre 8,8 (IC95 [8,7 ; 8,9]) pour les femmes ( $p=0,4421$ ).**

**La confiance en soi pour arrêter de fumer** a été recueillie grâce à l'Échelle Numérique Simple (ENS) ou ENS confiance, graduée de 0 à 10.

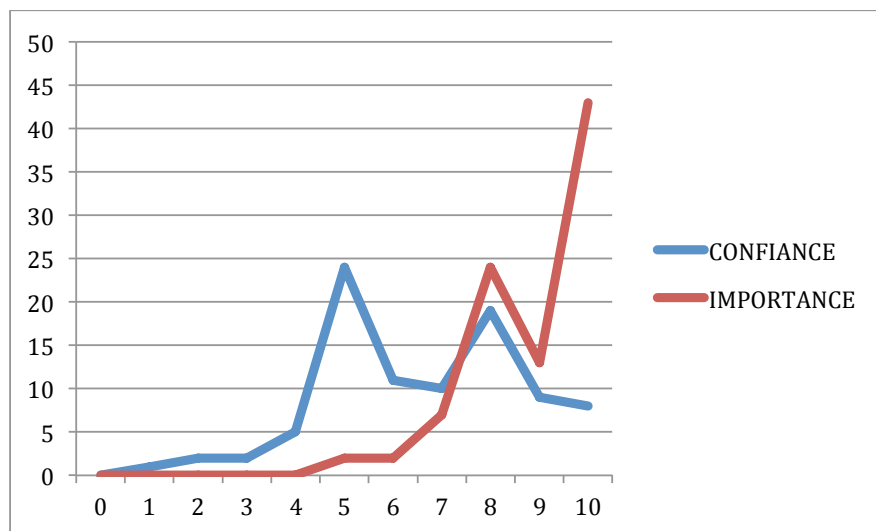
Sur 196 résultats exprimés, 64 sont inférieurs ou égaux à 5, soit 32,7%, et 132 sont supérieurs à 5, soit 67,3%.

On trouve **une ENS « confiance » moyenne à 6,8** (IC95 [6,6 ; 7,0]) avec une médiane à 7,0 ; un minimum à 0 et un maximum à 10.

**L'ENS « confiance » moyenne pour les hommes de 6,9** (IC95 [6,5 ; 7,3]) **contre 6,7** (IC95 [6,5 ; 6,9]) **pour les femmes** (p=0,9254).

**On retrouve une différence nettement significative entre les ENS confiance et importance (p<0,0001).**

Nous avons résumé la répartition des scores d'ENS importance et confiance de 0 à 10 dans la figure 4.



**Figure 4 – Comparaison des résultats des ENS « importance » et « confiance ».**

### 2.1.3. Autres consommations

#### ***Statuts des patients vis-à-vis de l'alcool***

Le tableau 9 résume la répartition de la fréquence de consommation initiale d'alcool à l'inclusion.

**Les hommes sont plus nombreux à consommer quotidiennement de l'alcool (22,9% versus 11,7%, p=0.0093).**

**Tableau 9 – Répartition de la consommation d'alcool à l'inclusion.**

<b>Conso OH initiale</b>	<b>Hommes n (%)</b>	<b>Femmes n (%)</b>	<b>H+F n (%)</b>
Jamais	15 (21,4)	15 (11,7)	30 (15,2)
moins d'une fois par mois	0 (0,0)	2 (1,6)	2 (1,0)
plusieurs fois par mois	20 (28,6)	65 (50,8)	85 (42,9)
plusieurs fois par semaine	19 (27,1)	31 (24,2)	50 (25,2)
tous les jours ou presque	16 (22,9)	15 (11,7)	31 (15,7)
<b>TOTAL =</b>	<b>70 (100)</b>	<b>128 (100)</b>	<b>198 (100)</b>

Parmi les 179 « réponders » au QAA initial, 60,1% (114) déclarent un abus occasionnel (tableau 10). **Les hommes déclarent plus fréquemment un abus occasionnel d'alcool (p=0.0126).**

**Tableau 10 – Abus occasionnel d'alcool chez les « réponders » au QAA initial.**

<b>Consommation OH à risque</b>	<b>Hommes n (%)</b>	<b>Femmes n (%)</b>	<b>H+F n (%)</b>
Abstinentes	15 (21,4)	15 (13,8)	30 (16,8)
OUI	16 (22,9)	47 (43,1)	63 (35,2)
NON	39 (55,7)	47 (43,1)	86 (48,0)
<b>TOTAL =</b>	<b>70 (100)</b>	<b>109 (100)</b>	<b>179 (100)</b>

#### ***Statuts des patients vis-à-vis du cannabis***

Parmi les 178 réponses recueillies, 15,7% (28) déclarent avoir une consommation de cannabis contre 84,3% (150) déclarant ne pas en consommer (tableau 11).

22,6% (14) des hommes déclarent consommer du cannabis, pour 12,1% (14) des femmes ( $p=0,0664$ ), à la limite du significatif.

*Tableau 11 - Consommation de cannabis chez les « réponders » au QAA initial.*

		Hommes n (%)	Femmes n (%)	H+F n (%)
<b>Consommation THC initiale</b>	<b>Oui</b>	14 (22,6)	14 (12,1)	28 (15,7)
	<b>Non</b>	48 (77,4)	102 (87,9)	150 (84,3)
<b>TOTAL =</b>		<b>62 (100)</b>	<b>116 (100)</b>	<b>178 (100)</b>

#### 2.1.4. Pathologies

##### *Poids et taille (avant le sevrage)*

Sur les 202 réponses exprimées :

- **Les patients** pèsent en moyenne 65,5 kg (IC95 [64,5 ; 66,5]) ; pour une taille moyenne de 167,6 cm (IC95 [167,0 ; 168,2]). Le BMI a une valeur moyenne de 23,3 (IC95 [23,0 ; 23,6]).
- Les **hommes** pèsent en moyenne 75,5 kg (IC95 [73,9 ; 77,1]) ; pour une taille de 175,1 cm (IC95 [171,7 ; 178,5]). Le BMI a une valeur moyenne de 24,6 (IC95 [24,3 ; 24,9]).
- Les **femmes** pèsent en moyenne 60,1 kg (IC95 [58,6 ; 61,6]) ; pour une taille moyenne de 163,4 cm (IC95 [159,2 ; 167,6]). Le BMI a une valeur moyenne de 22,5 (IC95 [22,2 ; 22,8]).
- **Les femmes de la cohorte PACT ont un BMI moyen significativement inférieur à celui des hommes ( $p=0,0128$ ).**

##### *Dépistage d'un état dépressif*

224 patients ont répondu au questionnaire de repérage de la dépression. 44,6% (100/224) présentent un repérage positif (au moins une question positive sur les trois).

**51,3% des femmes (76) présentent un repérage positif de la dépression contre 30,8% des hommes (24) ( $p=0,0022$ ).**

### ***Repérage précoce de la BPCO :***

Sur les 227 réponses concernant le repérage précoce de la BPCO, 91 patients (40,1%) ont un repérage considéré comme positif, 41,0% des hommes (32/78) et 39,6% des femmes (59/149) ( $p=0.8348$ ).

### ***Facteurs de risque cardiovasculaires***

Le nombre moyen de facteurs de risque cardiovasculaires est de 1,6 (IC95 [1,5 ; 1,7]) ; on retrouve en moyenne 1,9 (IC95 [1,8 ; 2,0]) facteurs de risque chez les hommes contre 1,5 (IC95 [1,4 ; 1,6]) chez les femmes, la différence n'étant pas significative ( **$p=0,8983$** ).

Le **tableau 12** mentionne le nombre d'hommes et de femmes ayant les différents facteurs de risque : âge ; antécédents familiaux, HTA, diabète, cholestérol.

Le facteur âge est moins présent chez les femmes (12,2%) comparé aux hommes (37,7%). En effet, l'âge est un facteur de risque au-delà de 60 ans chez celles-ci contre 50 ans chez les hommes.

Si on extrait les facteurs de risque « tabac », commun à tous, et « âge », la valeur seuil étant plus basse chez les hommes, le nombre moyen des autres facteurs de risque cardiovasculaires est de 0,4 (IC95 [0,3 ; 0,5]) ; on retrouve en moyenne 0,5 (IC95 [0,3 ; 0,7]) autres facteurs de risque chez les hommes contre 0,4 (IC95 [0,3 ; 0,5]) chez les femmes, la différence n'étant pas significative ( $p=0.7126$ ).

***Tableau 12 - Répartition des différents facteurs de risque cardio-vasculaires chez les hommes et les femmes ( $p=NS$ )***

<b>Facteurs de risque cardiovasculaires</b>	<b>Hommes n (%)</b>	<b>Femmes n (%)</b>	<b>H+F n (%)</b>
âge	29 (37,7)	18 (12,2)	47 (21,0)
HTA	4 (5,2)	7 (4,8)	11 (4,9)
Diabète	6 (7,8)	7 (4,8)	13 (5,8)
Cholestérol	15 (19,5)	20 (13,6)	35 (15,6)
ATCD familiaux cardiovasc.	8 (10,4)	14 (9,5)	22 (9,8)



***Repérage des patients à haut risque de morbidité en lien avec le tabac :***

Nous disposons des 3 items nécessaires à cette évaluation pour 177 patients. 16 patients (9,0%) sont considérés à haut risque de morbidité en lien avec le tabac, 8 hommes (12,3%) et 8 femmes (7,1%), la différence n'était pas significative ( $p=0.2480$ ) (tableau 13).

***Tableau 13 - Repérage des patients à haut risque de morbidité en lien avec le tabac***

<b>Haut risque de morbi-mortalité</b>	<b>Hommes n (%)</b>	<b>Femmes n (%)</b>	<b>H+F n (%)</b>
OUI	8 (12,3)	8 (7,1)	16 (9,0)
NON	57 (87,7)	104 (92,9)	161 (91,0)
<b>TOTAL =</b>	<b>65 (100)</b>	<b>112 (100)</b>	<b>177 (100)</b>

***Spécificités féminines :***

2 paramètres nous paraissent importants à relever :

- La déclaration d'une grossesse en cours ou d'un désir de grossesse représente 6,0% (9) des 151 patientes qui ont répondues à ces questions.
- L'association pilule, migraines et tabac, représente 8,6% (13) des 151 patientes.

***Pathologies déclarées :***

Les pathologies déclarées par les patients figurent en Annexe 3.

Les tableaux 14 et 15 regroupent les données recueillies par le QAA initial.

**Tableau 14 – Résumé des variables qualitatives recueillies par le QAA initial**

Variables qualitatives	n (%)
<b>Sexe</b>	230
<i>Male</i>	79 (34,4)
<b>Aire urbaine</b>	228
<i>Urbain</i>	219 (96,1)
<i>Rural</i>	7 (3,1)
<i>Commune multipolarisée</i>	2 (0,9)
<b>Précarité, 227 retenus</b>	228
<i>Repérage positif</i>	35 (15,4)
<b>Fréquence de la consommation d'alcool</b>	198
<i>Abstinents</i>	30 (15,2)
<i>&lt; 1 fois/mois</i>	2 (1,0)
<i>&gt; 1 fois/mois</i>	85 (42,9)
<i>&gt; 1 fois/semaine</i>	50 (25,3)
<i>tous les jours ou presque</i>	31 (15,7)
<b>Abus occasionnel d'alcool, 149 consommateurs</b>	179
<i>Repérage positif</i>	63 (35,2)
<b>Cannabis</b>	178
<i>Consommateurs réguliers</i>	28 (15,7)
<b>Repérage dépression</b>	224
<i>Positif</i>	100 (44,6)
<b>Repérage précoce de la BPCO</b>	227
<i>Positif</i>	91 (39,1)
<b>Patients à haut risque de morbidité tabac</b>	177
<i>Repérage positif</i>	16 (9,0)

**Tableau 15 – Résumé des variables quantitatives et de leurs déclinaisons qualitatives recueillies par le QAA initial**

<b>Variables quantitatives</b>	<b>n (%)</b>	<b>Moy.</b>	<b>Max</b>	<b>Min</b>	<b>IC95</b>
	<b>Total=230</b>				
Âge (ans)	224	44,4	19	80	[43,6 ; 45,2]
18 à 33 ans	50 (22,3)	-	-	-	-
34 à 53 ans	120 (53,6)	-	-	-	-
54 à 80 ans	54 (24,1)	-	-	-	-
Âge de la première cigarette (ans)	202	16,6	7	57	[16,2 ; 17,0]
Âge début conso. Quotidienne (ans)	202	18,6			[18,2 ; 19,0]
Démarches de sevrage antérieures, 206 retenues* (nb)	207	3,8	30	0	[3,3 ; 4,3]
Conso. tabagique initiale (cig/jour)	203	17,0	70	4	[16,4 ; 17,6]
Nombre d'années de tabagisme (ans)	196	24,7	1	56	[24,1 ; 25,3]
Importance (ENS)	197	8,8	5	10	[8,7 ; 8,9]
Confiance (ENS)	197	6,8	0	10	[6,7 ; 6,9]
Poids (kg)	212	65,5	110	41	[65,0 ; 66,0]
Taille (cm)	202	167,6	190	148	[167,0 ; 168,2]
Facteurs de risque cardiovasculaires (nb)	224	1,6	5	1	[1,5 ; 1,7]
Age (nb)	47 (21,0)	-	-	-	
HTA (nb)	11 (4,9)	-	-	-	
Diabète (nb)	13 (5,8)	-	-	-	-
Cholestérol (nb)	35 (15,6)	-	-	-	
ATCD familiaux (nb)	22 (9,8)	-	-	-	

\* Une valeur extrême (100 tentatives) était exclue au moment de l'analyse car elle faussait les résultats

### III. Enquête à plus de 6 mois de l'inclusion

---

#### 3.1. Recrutement des patients pour l'enquête à plus de 6 mois de l'inclusion.

##### 3.1.1. Patients exclus pour l'enquête

###### Enquête téléphonique impossible

Les patients exclus l'ont été principalement (28 patients) parce qu'ils **n'avaient pas communiqué leur numéro de téléphone** sur le QAA initial.

Sept patients avaient **changé de numéro de téléphone** et n'étaient plus joignables.

Deux patients ont été joints sans succès car **à l'étranger** pour des raisons professionnelles.

**Un patient malentendant** a été joint par téléphone, mais le questionnaire téléphonique ne pouvant être réalisé, il a été exclu de l'étude.

Soit **38 patients exclus pour impossibilité de l'enquête téléphonique**.

###### Patients ayant souhaité sortir du suivi depuis l'inclusion

Dix-huit patients ont souhaité sortir du suivi proposé par AGIR 33 lors de l'enquête. Nous n'avons donc pas réalisé le questionnaire téléphonique afin de respecter leur choix. La seule donnée cependant recueillie était leur statut vis-à-vis de leur consommation tabagique.

Parmi les raisons évoquées pour sortir du suivi :

- Six patients (5 femmes et 1 homme) **ne se rappelaient plus** avoir eu affaire au réseau AGIR 33 dans le cadre d'une démarche de diminution ou d'arrêt du tabac ;
- Sept patients (6 femmes et 1 homme) n'étaient **plus intéressés** par un suivi au sein du réseau ;
- Cinq patients (5 femmes) avaient **arrêté de fumer**, et ne voyait plus l'intérêt d'être suivies par le réseau.

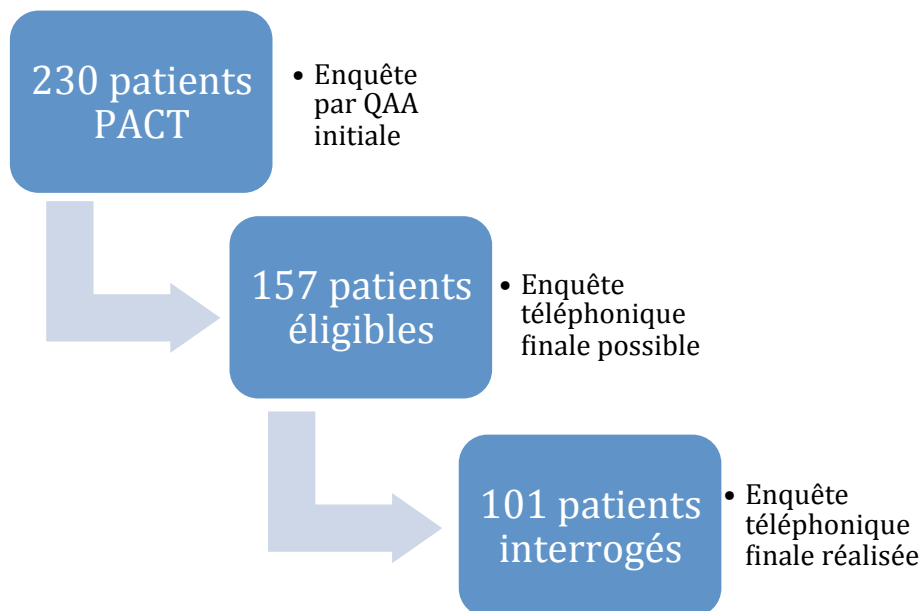
### *Patients de la phase test exclus de l'enquête téléphonique*

Le questionnaire téléphonique a fait l'objet d'un pré-test auprès de 17 patients de la cohorte PACT. Ils ont été exclus de l'enquête téléphonique finale.

**Nous avons ainsi 73 patients exclus de la cohorte PACT, soit 157 patients à enquêter par téléphone.**

#### **3.1.2. Patients n'ayant pas répondu à l'enquête téléphonique**

Les patients étaient considérés comme perdus de vue après avoir réalisé au moins 5 appels téléphoniques sans succès. 56 patients ont été ainsi exclus. L'enquête téléphonique finale concerne donc **101 patients, soit 64,3% des patients éligibles (figure 4).**



**Figure 5 - Inclusion des patients à l'enquête téléphonique**

### **3.2. Comparaison des populations « répondeurs » versus « non répondeurs »**

Il s'agit ici de comparer les caractéristiques des fumeurs, dans leurs réponses au QAA initial, selon qu'ils ont été répondeurs à l'enquête téléphonique ou pas. Ceci permettra de renforcer ou pas le caractère comparable des populations.

### ***Caractéristiques sociodémographiques et motivationnelles***

Les tableaux 16 et 17 réalisent une comparaison des caractéristiques sociodémographiques, tabagiques et de la motivation des patients, chez les répondants ou non à l'enquête téléphonique.

**Tableau 16 - Caractéristiques sociodémographiques selon la participation ou non à l'enquête téléphonique**

<b>Caractéristiques (Nb)</b>	<b>Répondants</b>	<b>Non répondants</b>	<b>P</b>
<b>Nombre total (230)</b>	101 (43,9%)	129 (56,1%)	-
<b>Femmes</b>	67 (66,3%)	84 (65,1%)	0.8892
<b>Hommes</b>	34 (33,7%)	45 (34,9%)	
<b>Âge moyen (101 + 123 = 224)</b>	44,9 ans IC95 [43,7 ; 46,1]	44,1 ans IC95 [43,1 ; 45,1]	0.4228
<b>Statut professionnel précaire (100 + 128 = 228)</b>	16 (16,0%)	19 (14,8%)	0.7584

**Tableau 17 - Comparaison des caractéristiques motivationnelles selon la participation ou non à l'enquête téléphonique**

<b>Caractéristiques (Nb)</b>	<b>Répondants</b>	<b>Non répondants</b>	<b>P</b>
<b>Importance moyenne de l'arrêt au QAA initial (91+106 = 197)</b>	8,9 IC95 [8,8 ; 9,0]	8,8 IC95 [8,6 ; 9,0]	0.5659
<b>Confiance moyenne dans l'arrêt au QAA initial (91+105 = 196)</b>	6,6 IC95 [6,4 ; 6,8]	6,9 IC95 [6,6 ; 7,2]	0.3241

### ***Typologie de la consommation tabagique***

Les tableaux 18 et 19 réalisent une comparaison des typologies de consommations tabagiques, selon la participation ou non à l'enquête téléphonique.

*Dépendance évaluée par le score de Fagerström abrégé lors de l'enquête téléphonique.*

Pour les 65 patients ayant répondu à l'enquête téléphonique et pour lesquels nous pouvions calculer ce score, 33,9% (22/65) ont 0,1 ou 2 (en faveur de l'absence de dépendance à la nicotine) ; 64,6% (42/65) ont 3 ou 4 (en faveur d'une dépendance moyenne à la nicotine),

et 1,5% (1/65) a 5 (en faveur d'une forte dépendance à la nicotine). Le score de Fagerström moyen est de 2,1 (IC95 [1,9 ; 2,3]), avec une médiane à 2, un maximum à 5 et un minimum à 0. Il n'y avait pas de différence significative entre hommes et femmes.

**Tableau 18 - Caractéristiques comparées du tabagisme selon la participation ou non à l'enquête téléphonique**

Caractéristiques (Nb)	Répondeurs	Non répondeurs	P
<b>Âge moyen 1ere cigarette (89+113 = 202)</b>	16,1 ans IC95 [15,6 ; 17,6]	16,9 ans IC95 [16,4 ; 17,4]	0.2606
<b>Âge moyen du début de la consommation quotidienne (89+113 = 202)</b>	18,2 ans IC95 [17,7 ; 18,7]	18,9 ans IC95 [18,4 ; 19,4]	0.2697
<b>Consommation moyenne de tabac à l'inclusion (96+107 = 203)</b>	17,8 cig./jour IC95 [17,0 ; 18,6]	16,2 cig./jour IC95 [15,1 ; 17,3]	0.1690
<b>Nombre moyen de tentatives antérieures (98 + 109 = 207)</b>	3,7* IC95 [3,2 ; 4,2]	3,0 IC95 [2,7 ; 3,3]	0.1916
<b>Nombre moyen d'années de tabagisme (89 + 108 = 197)</b>	25,1 ans IC95 [23,9 ; 26,3]	24,3 ans IC95 [23,3 ; 25,3]	0.6357

*\* Une valeur extrême (100 tentatives) était exclue au moment de l'analyse car elle faussait les résultats*

**Tableau 19 - Consommations tabagiques comparées selon la participation ou non à l'enquête téléphonique**

Consommation tabagique	Répondeurs n(%)	Non répondeurs n(%)	P
<b>Moins de 10 cig./jour</b>	20 (20,9)	36 (33,6)	0.2278
<b>De 11 à 20 cig./jour</b>	61 (63,5)	58 (54,2)	
<b>De 21 à 30 cig./jour</b>	12 (12,5)	10 (9,4)	
<b>Plus de 30 cig./jour</b>	3 (3,1)	3 (2,8)	
<b>TOTAL =</b>	96 (100)	107 (100)	-

### **Consommation d'alcool et de cannabis**

Les tableaux 20 et 21 réalisent une comparaison des consommations occasionnelles abusives d'alcool et de la consommation de cannabis, chez les patients répondeurs ou non. Nous constatons la présence d'une proportion significativement plus importante d'abstinents d'alcool chez les non répondeurs (21,6% versus 6,9% ;  $p = 0.0041$ ).

**Tableau 20 – Comparaisons des abus occasionnels d'alcool selon la participation ou non à l'enquête téléphonique**

<b>Abus occasionnels</b>	<b>Répondeurs n(%)</b>	<b>Non répondeurs n(%)</b>	<b>P</b>
<b>Abstinentes</b>	<b>6 (6,9)</b>	<b>24 (21,6)</b>	<b>0.0041</b>
<b>Non</b>	25 (28,7)	38 (34,2)	0.0864
<b>Oui</b>	56 (64,4)	49 (44,1)	
<b>TOTAL =</b>	<b>87 (100)</b>	<b>111 (100)</b>	-

**Tableau 21 – Consommations de cannabis comparées selon la participation ou non à l'enquête téléphonique**

<b>Consommation de cannabis</b>	<b>Répondeurs n(%)</b>	<b>Non répondeurs n(%)</b>	<b>P</b>
<b>OUI</b>	16 (19,5)	12 (12,5)	0.2206
<b>NON</b>	66 (80,5)	84 (87,5)	
<b>TOTAL =</b>	<b>82 (100)</b>	<b>96 (100)</b>	-

### **Poids, taille et BMI**

Les moyennes des caractéristiques staturo-pondérales des patients répondeurs et non répondeurs sont exposées dans le tableau 22.

**Tableau 22 – Caractéristiques staturo-pondérales comparées selon la participation ou non à l'enquête téléphonique**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Répondeurs</b>	<b>Non répondeurs</b>	<b>p</b>
<b>Poids (kg)</b>	63,6 IC95 [61,7 ; 65,5]	67,1 IC95 [65,5; 68,2]	0.0584
<b>Taille (cm)</b>	167,4 IC95 [164,8; 171,0]	167,8 IC95 [164,1; 171,5]	0.7359
<b>BMI</b>	22,8 IC95 [22,4 ; 23,2]	23,7 IC95 [23,1 ; 24,3]	0.0832



### **Facteurs de risque cardiovasculaires**

Les patients ayant répondu à l'enquête téléphonique présentaient en moyenne 1,7 (IC95 [1,6 ; 1,8]) facteurs de risque cardiovasculaires, contre 1,5 pour les non répondants (IC95 [1,3 ; 1,7]) sans que la différence ne soit significative ( $p=0.7359$ ).

Le tableau 23 présente la répartition du nombre de facteurs de risque cardiovasculaires en fonction de la participation ou non au questionnaire téléphonique.

**Tableau 23 - Comparaison des répartitions du nombre de facteurs de risque cardiovasculaires en fonction de la participation ou non au questionnaire téléphonique**

Facteurs de risque	Répondeurs n(%)	Non répondeurs n(%)	P
1	53 (52,4)	82 (49,5)	0.5776
2	31 (30,7)	26 (26,7)	
3	12 (11,9)	9 (17,8)	
4	4 (4,0)	4 (5,0)	
5	1 (1,0)	2 (0,0)	
6	0 (0,0)	0 (1,0)	
<b>TOTAL =</b>	<b>101 (100)</b>	<b>123 (100)</b>	-

### **Repérage d'éléments dépressifs**

La survenue d'une dépression au décours du sevrage n'a pas été explorée.

La répartition des repérages initiaux de la dépression en fonction de la participation ou non au questionnaire téléphonique est exposée dans le tableau 24.

**Tableau 24 - Comparaison du repérage initial de la dépression en fonction de la participation ou non au questionnaire téléphonique**

Repérage initial	Répondeurs n(%)	Non répondeurs n(%)	p
Positif	52 (52)	48 (38,7)	0.0583
Négatif	48 (48)	76 (61,3)	
<b>TOTAL =</b>	<b>100 (100)</b>	<b>124 (100)</b>	-

### **Repérage de la BPCO**

Le nombre de repérages positifs de la BPCO lors du QAA initial était moindre chez les non participants au questionnaire téléphonique (46,5% versus 34,9%) sans que cela ne soit significatif (tableau 25).

**Tableau 25 – Comparaison du repérage BPCO initial en fonction de la participation ou non au questionnaire téléphonique**

<b>Repérage positif BPCO</b>	<b>Répondeurs n(%)</b>	<b>Non répondeurs n(%)</b>	<b>P</b>
<b>Positif</b>	47 (46,5)	44 (34,9)	0.0759
<b>Négatif</b>	54 (53,5)	82 (65,1)	
<b>TOTAL =</b>	<b>101 (100)</b>	<b>126 (100)</b>	-

Les tableaux 26 et 27 regroupent les données comparatives répondeurs/non répondeurs.

**Tableau 26 – Résumé des variables quantitatives et de leurs déclinaisons qualitatives en fonction de la participation ou non au questionnaire téléphonique**

Variables quantitatives	Répondeurs			Non répondeurs			p
	n	Val.	IC95	n	Val.	IC95	
<b>Âge</b> (moy. ans)	101	44,9	[43,7 ; 46,1]	123	44,1	[43,0 ; 45,2]	0.4228
<b>Âge de la première cigarette</b> (moy. ans)	89	16,1	[15,6 ; 17,6]	113	16,9	[16,4 ; 17,4]	0.2606
<b>Âge début conso. Quotidienne</b> (moy. ans)	89	18,2	[17,7 ; 18,7]	113	18,9	[18,4 ; 19,4]	0.2697
<b>Démarches de sevrage antérieures</b> (moy. nb)*	98	3,7	[3,3 ; 4,1]	109	3,0	[3,3 ; 4,3]	0.1916
<b>Consommation tabagique initiale</b> (moy. cig./jour)	96	17,8	[17,0 ; 18,6]	107	16,2	[15,1 ; 17,3]	0.1690
< 10 cig./jour (%)	20	20,8	-	38	33,6	-	
11 à 20 cig./jour (%)	61	63,5	-	58	54,2	-	0.2278
21 à 30 cig./jour (%)	12	12,5	-	10	9,3	-	
> 30 cig./jour (%)	3	3,2	-	3	2,8	-	
<b>Nombre d'années de tabagisme</b> (moy. ans)	88	25,1	[23,9 ; 26,3]	108	24,3	[23,3 ; 25,3]	0.6357
<b>Fagerström abrégé</b> (moy.)	65	2,1	[1,9 ; 2,3]	-	-	-	-
non dépendant (%)	22	33,9	-	-	-	-	-
dépendants (%)	42	64,6	-	-	-	-	-
très dépendants (%)	1	1,5	-	-	-	-	-
<b>Importance</b> (ENS)							
Initiale (moy.)	91	8,9	[8,8 ; 9,0]	106	8,8	[8,6 ; 9,0]	0.5659
A plus de 6 mois (moy.)	65	7,2	[6,9 ; 7,5]	-	-	-	-
<b>Confiance</b> (ENS)							
Initiale (moy.)	91	6,6	[6,4 ; 6,8]	106	6,9	[6,6 ; 7,2]	0.3241
à plus de 6 mois (moy.)	65	5,0	[4,7 ; 5,3]	-	-	-	-
<b>Poids</b> (kg)	99	63,6	[62,7 ; 64,5]	113	67,1	[65,5 ; 68,2]	0.0584
<b>Taille</b> (cm)	89	167,4	[164,8 ; 171,0]	113	167,8	[164,1 ; 171,5]	0.7359
<b>Facteurs de risque cardiovasculaires</b> (nb)	101	1,7	[1,6 ; 1,8]	123	1,5	[1,3 ; 1,7]	0.7360

\* Une patiente ayant déclaré une valeur aberrante faussant les résultats (100 tentatives) a été exclue au moment de l'analyse.

Tableau 27 – Résumé des variables qualitatives en fonction de la participation ou non au questionnaire téléphonique

Variables qualitatives	Répondeurs		Non répondeurs		P
	n	%	n	%	
<b>Effectifs (nb)</b>	101	43,9	129	56,1	-
<i>Hommes (nb)</i>	34	33,7	45	34,9	0.8892
<b>Précarité (nb)</b>	100		128		
<i>Repérage positif (nb)</i>	16	16,0	19	14,8	0.7908
<b>Consommation d'alcool</b>	87	-	111	-	-
Abstinents (nb)	6	6,9	24	21,6	0.0041
Abus occasionnels (nb)	56	64,4	49	44,1	0.0864
<b>Cannabis (nb)</b>	82	-	96	-	-
Consommateurs réguliers (nb)	16	19,5	12	12,5	0.2206
<b>Repérage dépression (nb)</b>	100	-	124	-	-
Positif (nb)	52	52	48	38,7	0.0583
<b>Repérage précoce de la BPCO</b>	101	-	126	-	-
Positif (nb)	47	46,5	44	34,9	0.0759
<b>Patients à haut risque de morbidité tabac</b>	84	-	93	-	-
Repérage positif initial (nb)	10	11,9	6	6,5	0.2064

### **3.3. Analyse descriptive des réponders à l'enquête téléphonique.**

La durée moyenne de suivi au moment de l'enquête téléphonique est de  $11,5 \pm 0,9$  mois avec comme extrêmes 6 mois et 25 mois. La médiane est à 12,1 mois.

**Il s'agit, par cette enquête, d'étudier les caractéristiques bio-psycho-sociales semblant associées avec une évolution du comportement tabagique des patients de la cohorte PACT.**

#### **3.3.1. Modifications du comportement tabagique à plus de 6 mois de l'inclusion**

Les modifications de comportement tabagique nous paraissant pertinentes à relever ont été précisées dans la partie matériels et méthode :

##### **Arrêt du tabac supérieur à 7 jours :**

Dans notre étude, sont considérés comme ayant réalisé une tentative d'arrêt, les patients ayant arrêté de fumer depuis au moins 7 jours. Ceci comprend donc les patients ayant rechuté au-delà de 7 jours.

**83 patients sur 101 réponders, soit 82,2%, ont arrêté de fumer :**

- **34 patients sont abstinents à plus de 6 mois de suivi, soit 33,7 %, 14,8 % lorsque nous considérons l'ensemble des 230 patients (34/230).** Ce chiffre est sous-évalué puisque au moins 5 patients ayant souhaité sortir du suivi avaient arrêté de fumer ;
- **49 patients ont rechutés au-delà des 7 jours d'abstinence, soit 59,0% (49/83).**

##### **Absence d'arrêt du tabac ou arrêt inférieur à 7 jours :**

**18 patients n'ont pas réussi à arrêter de fumer, soit 17,8%**

### **Réduction persistante de la consommation au-delà de 6 mois :**

**24 patients maintiennent une consommation diminuée, soit 21,8%.**

Bien que l'effet bénéfique de cette réduction soit discuté, elle marque un effort de changement de comportement du fumeur. Cette catégorie peut comprendre des rechuteurs et des fumeurs n'ayant pas réussi à arrêter.

Ainsi 58 patients (34 abstinents + 24 réducteurs) ont modifié de façon durable leur comportement tabagique, soit 57,4% des réponders à plus de 6 mois (58/101) et 25,2% en intention de traiter (58/230).

Afin d'essayer de répondre à la question de recherche plusieurs comparaisons sont possibles :

- Patients ayant réalisé un arrêt d'au moins 7 jours versus patients n'y étant pas arrivés (83 versus 18) ;
- Patients abstinents à plus de 6 mois versus non abstinents (34 versus 67) ;
- Patients rechuteurs versus abstinents (49 versus 34) ;
- Patients ayant changé leur comportement plus de 6 mois, versus les autres (58 versus 43).

### **3.3.2. Comparaisons « avant/après » de l'ensemble du groupe des réponders sur les différents critères**

Il s'agit ici d'une comparaison « avant/après » tentative de sevrage, de l'ensemble des réponders à l'enquête téléphonique, quel que soit le résultat de la tentative.

#### **Caractéristiques sociodémographiques et motivationnelles**

Les tableaux 28 et 29 réalisent une comparaison des caractéristiques sociodémographiques, tabagiques et de la motivation des patients, chez les réponders lors des QAA initial et lors du questionnaire téléphonique.

**Tableau 28 – Comparaison « avant/après » des caractéristiques sociodémographiques chez les répondeurs à l'enquête téléphonique**

Caractéristiques (Nb)	Avant	Après
<b>Nombre total</b>	101	
<b>Femmes</b>	67 (66,3%)	
<b>Hommes</b>	34 (33,7%)	
<b>Âge moyen (101)</b>	42,7 ans IC95 [40,7 ; 44,7]	44,9 ans IC95 [43,6 ; 46,2]
<b>Statut professionnel précaire (100)</b>	16 (16,0%)	16 (16,0%)

**Tableau 29 – Comparaison « avant/après » des caractéristiques motivationnelles chez les répondeurs à l'enquête téléphonique toujours fumeurs**

Caractéristiques (Nb)	Avant	Après	p
<b>Importance moyenne de l'arrêt (91+65)</b>	8,9 IC95 [8,8 ; 9,0]	7,2 IC95 [6,9 ; 7,5]	<0.0001
<b>Confiance moyenne dans l'arrêt (91+65)</b>	6,6 IC95 [6,4 ; 6,8]	5,0 IC95 [4,7 ; 5,3]	<0.0001

On retrouve une baisse significative de l'importance (8,9 versus 7,2) et de la confiance (6,6 versus 5,0) moyennes chez les patients ayant répondu aux 2 questionnaires (QAA initial et enquête téléphonique).

### **Consommations de tabac, d'alcool et de cannabis**

Les tableaux 30 à 32 réalisent une comparaison « avant/après » des consommations tabagiques, d'alcool et de cannabis, chez les patients répondants à l'enquête téléphonique.

**Tableau 30 – Caractéristiques de la consommation tabagique comparées « avant/après » des patients répondants**

Consommation tabagique	Avant n(%)	Après n(%)	p
Abstinent	0 (0,0)	34 (33,7)	<b>&lt;0.0001</b>
Moins de 10 cig./jour	20 (20,9)	33 (32,7)	
De 11 à 20 cig./jour	61 (63,5)	28 (27,7)	
De 21 à 30 cig./jour	12 (12,5)	5 (4,9)	
Plus de 30 cig./jour	3 (3,1)	1 (1,0)	
<b>TOTAL =</b>	<b>96 (100)</b>	<b>101 (100)</b>	-

**Tableau 31 – Caractéristiques de la consommation d'alcool comparées « avant/après » des patients répondants**

Abus occasionnels OH	Avant n(%)	Après n(%)	p
Abstinent	6 (6,9)	12 (12,1)	0.2291
Non	25 (28,7)	52 (52,5)	<b>0.0001</b>
Oui	<b>56 (64,4)</b>	<b>35 (35,4)</b>	
<b>TOTAL =</b>	<b>87 (100)</b>	<b>99 (100)</b>	-

**Tableau 32 – Caractéristiques de la consommation de cannabis comparées « avant/après » des patients répondants**

Consommation de cannabis	Avant n(%)	Après n(%)	p
OUI	16 (19,5)	14 (14,4)	0.3646
NON	66 (80,5)	83 (85,6)	
<b>TOTAL =</b>	<b>82 (100)</b>	<b>97 (100)</b>	-



### **Poids, taille et BMI**

Le poids initial est de 63,6kg (IC95 [62,7 ; 64,5]), avec une prise de poids moyenne de 1,2kg (IC95 [0,6 ; 1,8] sans que la différence ne soit significative entre les 2 mesures (p= 0.5065).

Initialement et en moyenne, les hommes pèsent 71,2kg (IC95 [70,4 ; 72,0]) pour une taille de 173,5cm (IC95 [171,3 ; 175,7]). Les femmes pèsent initialement, en moyenne, 59,6kg (IC95 [58,4 ; 60,8]) pour 163,8 cm (IC95 [159,4 ; 168,2]).

La prise de poids moyenne est plus importante chez les femmes (+1,4kg ; IC95 [0,9 ; 1,9]) que chez les hommes (+0,9 ; IC95 [0,6 ; 1,2]) sans que cela ne soit significatif.

Le tableau 33 présente la répartition des patients en fonction de la prise de poids.

*Tableau 33 – Evolution du poids chez les patients répondeurs*

<b>Evolution du poids (kg)</b>	<b>Effectifs n(%)</b>
<b>perte &gt; 5 kg</b>	5 (5,0)
<b>perte de poids entre 1 et 5 kg</b>	17 (17,0)
<b>poids stable</b>	34 (34,0)
<b>prise de poids entre 1 et 5 kg</b>	34 (34,0)
<b>prise de poids entre 5 et 10 kg</b>	4 (4,0)
<b>prise de poids supérieure à 10 kg</b>	6 (6,0)
<b>TOTAL =</b>	<b>100 (100)</b>

### **Facteurs de risque cardiovasculaires**

Les patients présentaient en moyenne 1,7 (IC95 [1,6 ; 1,8]) facteur de risque cardiovasculaire lors du QAA, contre 1,8 (IC95 [1,7 ; 1,9]) lors du questionnaire téléphonique, sans que la différence ne soit significative (tableau 34).

**Tableau 34 – Comparaison « avant/après » du nombre de facteurs de risque cardiovasculaires chez les patients répondeurs**

Facteurs de risque	Avant n(%)	Après n(%)	p
1	53 (52,4)	50 (49,5)	1,0
2	31 (30,7)	27 (26,7)	
3	12 (11,9)	18 (17,8)	
4	4 (4,0)	5 (5,0)	
5	1 (1,0)	0 (0,0)	
6	0 (0,0)	1 (1,0)	
<b>TOTAL =</b>	<b>101 (100)</b>	<b>101 (100)</b>	

Le facteur de risque lié à l'âge s'est additionné pour 4 patients (2 femmes ayant dépassé 60 ans et 2 hommes ayant dépassé les 50 ans entre les 2 questionnaires) et les autres facteurs de risque, déclaratifs et donc peu fiables ont peu évolués. Les délais étant trop brefs (< 3 ans) pour enlever un facteur de risque aux abstinents, nous n'analyserons donc pas l'évolution des facteurs de risques par la suite.

### **Repérage de la BPCO**

Le nombre de repérages positifs de la BPCO était légèrement moindre lors du questionnaire téléphonique : 46,5% lors du questionnaire initial versus 44,6% lors du questionnaire téléphonique (tableau 35).

**Tableau 35 – Comparaison « avant/après » du repérage BPCO chez les patients répondeurs**

Repérage positif BPCO	Avant n(%)	Après n(%)	p
Positif	47 (46,5)	45 (44,6)	0.7775
Négatif	54 (53,5)	56 (55,4)	
<b>TOTAL =</b>	<b>101 (100)</b>	<b>101 (100)</b>	

### **3.3.3. Comparaisons « tentative d'arrêt réalisée » versus « tentative d'arrêt non réalisée »**

Dans cette partie nous comparons les caractéristiques, à l'inclusion, des patients ayant arrêté le tabac au moins 7 jours (83) versus les patients n'ayant pas réussi à arrêter (18). La comparaison « avant/après » entre le QAA initial et l'enquête téléphonique est également réalisée, sur les caractéristiques pertinentes.

#### **Caractéristiques sociodémographiques**

Nous ne retrouvons pas de différence significative concernant le sexe, l'âge moyen et la précarité du statut professionnel.

On peut cependant remarquer que chez les patients ayant réalisé un arrêt :

- les hommes étaient plus nombreux (34,9% versus 27,8%) ;
- l'âge moyen était inférieur (44,3 ans versus 47,3 ans) ;
- la précarité professionnelle moins fréquente (15,9% versus 16,7%).

#### **Typologie du tabagisme**

Nous retrouvons un **nombre moyen de démarches antérieures** significativement supérieur (**p=0.0081**) avec 4,1 démarches (IC95 [3,6 ; 4,6]) chez les patients ayant réalisé un arrêt, contre 2,0 pour les patients ayant échoué (IC95 [1,5 ; 2,5]).

Aucune différence significative n'est retrouvée que ce soit pour les âges moyens de consommation de la première cigarette et de début de la consommation quotidienne. Nous ne retrouvons pas de différence significative concernant la consommation tabagique moyenne à l'inclusion ou le nombre moyen d'années de tabagisme.

#### **Dépendance évaluée par le score de Fagerström lors de l'enquête téléphonique.**

Ce score n'a pas été réalisé chez les abstinents au moment de l'enquête téléphonique.

Les scores de Fagerström sont semblables en proportion, et nous ne retrouvons pas de différence significative que les patients aient réalisé ou non un arrêt (p=0.3442).

### **Caractéristiques motivationnelles**

Nous retrouvons une différence significative (**p=0.0316**) dans l'évaluation de la **confiance** initiale avec une moyenne à 6,8 (IC95 [6,6 ; 7,0]) pour les patients ayant réalisé un arrêt, contre 5,7 (IC95 [5,2 ; 6,2]) pour les patients ayant échoué.

Aucune différence significative entre les 2 groupes n'est retrouvée concernant l'importance moyenne initiale.

Pour les patients ayant échoué dans leur tentative d'arrêt, la différence entre les réponses au QAA initial et celle de l'enquête téléphonique ne sont pas significativement différentes que ce soit pour la confiance (p=0,3347) qui baisse légèrement ou pour l'importance (p=0,1875) qui augmente légèrement.

### **Statut des patients vis-à-vis de l'alcool**

**Nous retrouvons une baisse à la limite du significatif « abus occasionnels » (p=0.0575)** dans la comparaison « avant/après » des patients ayant réalisé un arrêt avec initialement 65,8% (48/73) des patients présentant des « abus occasionnels », contre 50,6% (41/81) à plus de 6 mois. Chez les patients n'ayant pas réussi leur tentative, la comparaison « avant/après » retrouvait initialement 57,1% (8/14) des patients présentant des « abus occasionnels », contre 33,3% (6/18) à plus de 6 mois.

Nous ne retrouvons pas de différence significative que nous considérons la comparaison de la consommation d'alcool initiale, ou l'évolution de la consommation d'alcool des patients, qu'ils aient réussi ou non leur tentative d'arrêt.

### **Statuts des patients vis-à-vis du cannabis**

Nous ne retrouvons pas de différence significative concernant la consommation de cannabis chez les patients interrogés, qu'ils aient réussi ou non une tentative d'arrêt.

### **Prise de poids**

La prise de poids moyenne, à plus de 6 mois, pour les patients ayant réussi leur tentative d'arrêt est de 1,6 kg (IC95 [0,9 ; 2,3]) et l'évolution moyenne du poids pour les patients ayant échoué est une perte de 0,6 kg (IC95 [-1,4 ; 0,2]), la différence étant significative (**p=0.0450**).

### **Repérage précoce de la BPCO**

Nous observons une diminution des repérages positifs de la BPCO entre les deux questionnaires pour les patients ayant réalisé un arrêt (47,0% initialement contre 42,2% à plus de 6 mois), alors que cette tendance s'inverse lorsque la tentative d'arrêt est un échec (44,4% initialement contre 55,6% à plus de 6 mois).

### **Dépistage initial d'un état dépressif**

Dans l'évaluation initiale, 42 des 82 patients (51,2%) ayant réalisé une tentative d'arrêt du tabac, présentaient un repérage positif versus 10 sur 18 (55,6%) des patients en échec de tentative d'arrêt, la différence étant non significative (p=0.6026).

D'autres caractéristiques ont pu être explorées mais n'apportent pas d'éléments contributifs.

Les tableaux 36 et 37 regroupent les données comparatives des « arrêt réalisé » et « arrêt non réalisé ».

**Tableau 36 – Résumé des variables quantitatives et de leurs déclinaisons qualitatives de la comparaison des populations « tentative d'arrêt réalisée » et « tentative d'arrêt non réalisée ».**

Variables qualitatives	n	Arrêt réalisé		Arrêt non réalisé			P
		Val.	IC95	n	Val.	IC95	
Âge moyen (moy. ans)	83	44,3	[42,9 ; 45,7]	18	47,3	[44,9 ; 49,7]	0.3234
Âge moyen de la première cigarette (moy. ans)	74	16,2	[15,6 ; 16,8]	15	15,9	[15,4 ; 16,4]	0.7373
Âge début conso. Quotidienne (moy. ans)	74	18,2	[17,6 ; 18,8]	15	18,5	[18,0 ; 19,0]	0.7921
Démarches de sevrage antérieures (moy. nb)*	<b>80</b>	<b>4,1</b>	[3,6 ; 4,6]	<b>18</b>	<b>2,0</b>	[1,5 ; 2,5]	<b>0.0081</b>
Consommation tabagique initiale (moy. cig./jour)	78	17,9	[17,1 ; 18,7]	18	17,4	[15,1 ; 19,7]	0.8379
Nombre d'années de tabagisme (moy. ans)	73	24,8	[24,1 ; 25,5]	15	26,8	[24,2 ; 29,4]	0.5130
Fagerström abrégé (moy.)**	47	2,2	[2,0 ; 2,4]	18	1,8	[1,4 ; 2,2]	0.3442
non dépendant (%)	15	31,9	-	7	38,9	-	0.8343
dépendants (%)	31	66,0	-	11	61,1	-	
très dépendants (%)	1	2,1	-	0	0	-	
<b>Importance (moy. nb)</b>							
Initial (ENS)	74	9,0	[8,8 ; 9,2]	17	8,6	[8,2 ; 9,0]	0.3242
A plus de 6 mois (ENS)***	-	-	-	18	7,7	[7,1 ; 8,3]	-
<b>Confiance (ENS)</b>							
Initial (moy.)	74	<b>6,8</b>	[6,6 ; 7,0]	17	<b>5,7</b>	[5,2 ; 6,2]	<b>0.0316</b>
A plus de 6 mois* (moy.)	-	-	-	18	4,8	[4,0 ; 5,6]	-
<b>Poids (kg)</b>							
Evolution moy. du poids sur plus de 6 mois (kg)	<b>82</b>	<b>+1,6</b>	[0,9 ; 2,3]	<b>18</b>	<b>-0,6</b>	[-1,4 ; 0,2]	<b>0.0450</b>

\* Une patiente ayant déclaré une valeur aberrante faussant les résultats (100 tentatives) a été exclue au moment de l'analyse.

\*\* Les patients abstinents ne sont pas pris en compte dans l'analyse car le score de Fagerström abrégé ne pouvait être calculé.

\*\*\* Les patients abstinents à plus de 6 mois n'ont pas été questionnés sur cet item, car leur réponse aurait été trop influencée par leur réussite.

**Tableau 37 – Résumé des variables qualitatives de la comparaison des populations « tentative d'arrêt réalisée » et « tentative d'arrêt non réalisée ».**

Variables qualitatives	Arrêt réalisé		Arrêt non réalisé		p
	n	%	n	%	
<b>Effectifs (nb)</b>	83	82,2	18	17,8	-
<i>Hommes</i>	29	34,9	5	27,8	0.5599
<b>Précarité (nb)</b>	82	-	18	-	-
<i>Repérage positif</i>	13	15,9	3	16,7	1,0
<b>Prise de poids (nb)</b>	82	-	18	-	-
Diminution	16	19,5	6	33,3	0.3946
Stable	28	34,1	6	33,3	
Majoration	38	46,3	6	33,3	
<b>Consommation d'alcool (nb)</b>	73	-	14	-	-
Abstinentes	6	8,2	0	0,0	0.0940
Abus occasionnels initial	<b>48</b>	<b>65,8</b>	<b>8</b>	<b>57,1</b>	0.2854
Abus occasionnels à plus de 6 mois	<b>29</b>	<b>35,8</b>	<b>6</b>	<b>33,3</b>	0.6435
<b>Evolution de la consommation d'alcool (nb)</b>	73	-	14	-	-
Diminution	20	27,4	6	42,9	0.3247
Stable	41	56,2	5	35,7	
Majoration	12	16,4	3	21,4	
<b>Cannabis (nb)</b>					
Consommateurs initialement	15	21,7	1	7,7	0.2126
Consommateurs à plus de 6 mois	11	13,9	3	16,7	0.7650
<b>Repérage dépression (nb)</b>	82	-	18	-	-
Positif	42	51,2	10	55,6	0.6026
<b>Repérage précoce de la BPCO (nb)</b>	-	-	-	-	-
Positif initialement	39	47,0	8	44,4	0.9051
Positif à plus de 6 mois	35	42,2	10	55,6	0.3002
<b>Patients à haut risque de morbidité en lien avec le tabac</b>	<b>61</b>	-	<b>15</b>	-	-
Repérage positif initial (nb)	<b>8</b>	<b>11,6</b>	<b>2</b>	<b>13,3</b>	1,0

### **3.3.4. Comparaisons « abstinents continus de plus de 6 mois » versus « autres fumeurs »**

Dans cette partie nous comparons les caractéristiques, à l'inclusion, des patients ayant arrêté le tabac depuis plus de 6 mois (34) versus les autres patients (67). L'évolution « avant/après » entre le QAA initial et l'enquête téléphonique est également réalisée, sur les caractéristiques pertinentes.

#### ***Caractéristiques sociodémographiques***

Les patients de la tranche des 34-53 ans sont significativement (**p=0,0334**) plus nombreux chez les abstinents 70,6% (24/34) que chez les non abstinents 43,3% (29/67).

Nous ne retrouvons pas de différences significatives concernant le sexe, l'âge moyen et la précarité du statut professionnel. On peut cependant remarquer que chez les abstinents :

- les hommes sont plus nombreux (44,1% versus 28,4%) ;
- l'âge moyen est supérieur (45,6 ans versus 44,5 ans) ;
- la précarité professionnelle moins fréquente (9,1% versus 19,4%).

#### ***Typologie du tabagisme***

Même si nous ne retrouvons pas de différence significative, chez les abstinents :

- l'âge moyen de la première cigarette est plus précoce (15,9 ans versus 16,3 ans) ;
- l'âge moyen de début consommation quotidienne est plus précoce (17,8 ans versus 18,5 ans) ;
- la consommation moyenne à l'inclusion est supérieure (17,8 cig./jour versus 17,1 cig./jour) ;
- le nombre de démarches antérieures est supérieur (4,7 versus 3,2) ;
- le nombre d'années de tabagisme est plus important (26,4 ans versus 24,4 ans).



### **Caractéristiques motivationnelles**

Nous retrouvons une importance et une confiance initiales plus élevées chez les abstinents comparativement aux non abstinents. Cette différence est significative entre ces deux sous-groupes ( $p=0.0025$ ) lorsque nous considérons la confiance initiale moyenne (7,6 chez les abstinents versus 6,1 chez les non abstinents).

Pour les patients non abstinents, les réponses à l'enquête sont significativement plus basses que ce soit pour la confiance ( $p=0.0109$ ) ou l'importance ( $p<0,0001$ ) comparativement à celles du QAA initial.

### **Nombre de démarches antérieures de sevrage tabagique**

Le nombre moyen de démarches antérieures chez les abstinents est de 4,7 ; 6,8 pour les hommes contre 3,5 pour les femmes, **la différence étant significative ( $p=0.0418$ )**.

### **Statuts des patients vis-à-vis de l'alcool**

Nous ne retrouvons pas de différence significative que ce soit lors des comparaisons des consommations d'alcool initiales, ou lors de l'évolution de la consommation d'alcool à plus de 6 mois. Nous ne retrouvons pas de différence significative concernant les proportions d' « abus occasionnels ».

### **Prise de poids**

La prise de poids moyenne pour les patients abstinents est de 1,1 kg. La prise de poids moyenne pour les patients non abstinents est de 1,2 kg sans que la différence ne soit significative ( $p=0.9299$ ).

### **Repérage précoce de la BPCO**

Il n'y a pas de différence significative dans la proportion de repérage positif à la BPCO entre les deux groupes lors de l'enquête initiale.

Nous retrouvons une proportion significativement supérieure ( $p=0.0024$ ) de repérage positif chez les non abstinents comparativement aux abstinents (55,2% versus 23,5%) lors de l'enquête téléphonique.

Une baisse significative (**p=0.0064**) de la proportion de repérage positif entre les deux questionnaires est également retrouvée chez les abstinents (55,9% initialement versus 23,5% à plus de 6 mois).

***Dépistage initial d'un état dépressif***

36,4% (12/33) des patients abstinents présentaient initialement un repérage positif au questionnaire « dépression » versus 59,7% (40/67) des non abstinents (**p=0,0280**).

D'autres caractéristiques ont pu être explorées mais n'apportent pas d'éléments contributifs.

Les tableaux 38 et 39 regroupent les données comparatives des répondeurs et des non répondeurs.

**Tableau 38 – Résumé des variables quantitatives et de leurs déclinaisons qualitatives pour la comparaison des populations « abstinentes continues à plus de 6 mois » et « autres fumeurs ».**

Variables quantitatives	Abstinentes			Autres fumeurs			p
	n	Val.	IC95	n	Val.	IC95	
Âge (moy. ans)	34	45,6	[43,7 ; 47,5]	67	44,5	[42,9 ; 46,1]	0.6478
Âge de la première cigarette (moy. ans)	32	15,9	[15,2 ; 16,6]	57	16,3	[15,7 ; 16,9]	0.6435
Âge début conso. Quotidienne (moy. ans)	32	17,8	[17,2 ; 18,4]	57	18,5	[17,9 ; 19,1]	0.3860
Démarches de sevrage antérieures (moy. nb)	31	4,7	[3,6 ; 5,8]	67	3,2	[2,8 ; 3,6]	0.2129
Consommation tabagique initiale (moy. cig/jour)	31	19,4	[17,9 ; 20,9]	65	17,1	[16,2 ; 18,0]	0.1995
Nombre d'années de tabagisme (moy. ans)	32	26,4	[24,5 ; 28,3]	56	24,4	[22,8 ; 26,0]	0.4382
Fagerström abrégé (moyenne)* (enquête tél.)	-	-	-	65	2,1	[1,9 ; 2,3]	-
non dépendant (%)	-	-	-	22	43,8	-	-
dépendants (%)	-	-	-	42	64,6	-	-
très dépendants (%)	-	-	-	1	1,5	-	-
<b>Importance (ENS)</b>							
Initiale (moy.)	28	9,2	[8,9 ; 9,5]	63	8,8	[8,6 ; 9,0]	0.1815
A plus de 6 mois (moy.)**	-	-	-	65	7,2	[6,9 ; 7,5]	-
<b>Confiance (ENS)</b>							
Initiale (moy.)	28	7,6	[7,2 ; 8,0]	63	6,1	[5,8 ; 6,4]	0.0025
à plus de 6 mois (moy.)	-	-	-	65	5,0	[4,7 ; 5,3]	-
<b>Poids (kg)</b>							
Evolution moyenne du poids sur plus de 6 mois (kg)	33	+1,1	[-0,1 ; 2,3]	62	+1,2	[0,6 ; 1,8]	0.9299
Diminution (%)	9	27,3	-	13	21,0	-	-
Stable (%)	6	18,2	-	23	37,1	-	0.0976
Majoration (%)	18	54,5	-	26	41,9	-	-

\* La dépendance n'est pas évaluée chez les patients abstinentes (faisant partie des patients ayant changé de comportement), et l'évaluation comparative n'est donc pas réalisable.

\*\*Les patients abstinentes à plus de 6 mois n'ont pas été questionnés sur cet item, car leur réponse aurait été trop influencée par leur réussite.

**Tableau 39 – Résumé des variables qualitatives pour la comparaison des populations « abstinentes continus à plus de 6 mois » et « autres fumeurs ».**

Variables qualitatives	Abstinentes		Autres fumeurs		p
	n	%	n	%	
<b>Effectifs (nb)</b>	34	33,7	67	66,3	-
<i>Hommes (nb)</i>	15	44,1	19	28,4	0.1132
<b>Précarité (nb)</b>	33	-	67	-	-
<i>Repérage positif (nb)</i>	3	9,1	13	19,4	0.2512
<b>Consommation d'alcool</b>					
Abstinentes (nb)	2	6,3	4	7,3	0.2022
Abus occasionnels initial (nb)	23	71,9	33	60,0	0.2604
Abus occasionnels à plus de 6 mois (nb)	12	35,3	23	35,4	0.9746
<b>Evolution de la consommation d'alcool (nb)</b>	32	-	55	-	
Diminution (nb)	11	34,4	15	27,3	0.4129
Stabilisation (nb)	14	43,8	32	58,2	
Majoration (nb)	7	21,9	8	15,1	
<b>Consommateurs Cannabis réguliers</b>					
Initialement (nb)	3	11,1	13	23,6	0.2413
A plus de 6 mois (nb)	4	11,8	10	15,9	0.7645
<b>Repérage dépression (nb)</b>	33	-	67	-	-
Positif (nb)	12	36,4	40	59,7	<b>0.0280</b>
<b>Repérage positif précoce de la BPCO (nb)</b>					
Initial (nb)	19	<b>55,9</b>	28	41,8	0.1797
A plus de 6 mois (nb)	8	23,5	37	55,2	<b>0.0024</b>
<b>Patients à haut risque de morbidité tabac</b>	29		55		
Repérage positif initial (nb)	5	17,2	5	9,1	0.3030

### 3.3.5. Comparaisons « abstinents » versus « rechuteurs »

Dans cette partie nous comparons les caractéristiques, à l'inclusion, des patients ayant arrêté le tabac depuis plus de 6 mois (34) versus les « rechuteurs » ayant réussi une tentative (arrêt plus de 7 jours) et ayant recommencé à fumer ensuite (49). L'évolution « avant/après » entre le QAA initial et l'enquête téléphonique est également examinée, sur les caractéristiques pertinentes.

#### Caractéristiques sociodémographiques

Nous ne retrouvons pas de différence significative concernant le sexe, l'âge moyen et la précarité du statut professionnel. On peut cependant remarquer que chez les abstinents :

- la proportion d'hommes est plus élevée (44,1% versus 28,6%) ;
- l'âge moyen est supérieur (45,6 ans versus 43,4 ans) ;
- la précarité professionnelle moins fréquente (9,1% versus 20,4%).

Les patients de la tranche des 34-53 ans sont significativement (**p=0.0152**) plus nombreux chez les abstinents (24/34 soit 70,6%) que chez les rechuteurs (19/49 soit 38,8%).

#### Typologie du tabagisme

Même si nous ne retrouvons pas de différence significative, chez les abstinents :

- la première cigarette est moins précoce (15,9 ans versus 16,4 ans) ;
- l'âge moyen de début de la consommation quotidienne est plus jeune (17,8 ans versus 18,5 ans) ;
- la consommation moyenne à l'inclusion est supérieure (19,4 cig./jour versus 16,9 cig./jour) ;
- le nombre de démarches antérieures est plus élevé (4,7 versus 3,7) ;
- le nombre d'années de tabagisme est plus important (26,4 ans versus 23,5 ans).

#### Caractéristiques motivationnelles

Nous retrouvons une importance et une confiance initiales moindres chez les rechuteurs comparativement aux abstinents. Cette différence est significative entre ces deux sous-groupes (**p=0.0063**) lorsque nous considérons la confiance initiale moyenne (7,6 chez les abstinents versus 6,3 chez les rechuteurs).

Pour les patients « rechuteurs », les réponses au QAA initial et à l'enquête téléphonique montrent une baisse significative que ce soit pour la confiance (**p=0.0133**) ou pour l'importance (**p<0,0001**).

#### **Nombre de démarches antérieures de sevrage tabagique**

Le nombre moyen de démarches chez les patients abstinents est de 4,7 contre 3,7 chez les « rechuteurs », la différence étant non significative (p=0.2129). Une donnée aberrante faussant les résultats (100 tentatives) a été exclue au moment de l'analyse.

#### **Dépendance évaluée par le score de Fagerström lors de l'enquête téléphonique.**

La dépendance n'étant pas évaluée chez les patients abstinents, et l'évaluation comparative n'est donc pas réalisable.

#### **Statuts des patients vis-à-vis de l'alcool**

Nous ne retrouvons pas de différence significative que ce soit lors des comparaisons des consommations d'alcool initiales, ou de l'évolution de la consommation d'alcool à plus de 6 mois.

Nous ne retrouvons pas de différence significative entre « abstinents » et « rechuteurs ». Par contre, une baisse significative (p=0.0039) des « abus occasionnels » entre les deux questionnaires était retrouvée chez les abstinents (71,9% versus 35,3%).

#### **Statuts des patients vis-à-vis du cannabis**

La proportion de consommateurs de cannabis est moindre chez les abstinents que ce soit initialement ou à plus de 6 mois. Ce constat est retrouvé à la limite du significatif (p=0.0861) lors de la comparaison initiale (11,1% versus 28,6%). Nous ne retrouvons pas de différence significative pour chacun des sous-groupes dans les comparaisons « avant/après ».

### ***Repérage précoce de la BPCO***

Une baisse significative ( $p=0.0064$ ) de la proportion de repérage positif est également retrouvée chez les abstinents dans les comparaisons « avant/après » (Tableau 40).

**Tableau 40 – Comparaison des patients ayant un repérage positif de la BPCO avant et après la tentative selon la rechute ou la non rechute**

<b>Caractéristiques (Nb)</b>	<b>QAA initial</b>	<b>Questionnaire téléphonique</b>	<b>p</b>
« rechuteurs »	40,8% (20/49)	55,1% (27/49)	0.1569
« abstinents »	<b>55,9% (19/34)</b>	<b>23,5% (8/34)</b>	<b>0.0064</b>

### ***Dépistage initial d'un état dépressif***

Les patients abstinents ont un dépistage initial de la dépression significativement moins souvent positif (12/33 soit 36,4%) comparé au patients « rechuteurs » (30/49 soit 61,2%) ( $p=0.0272$ ).

D'autres caractéristiques ont pu être explorées mais n'apportent pas d'éléments contributifs.

Les tableaux 41 et 42 regroupent les données comparatives des « abstinents » et « rechuteurs ».

**Tableau 41 – Résumé des variables quantitatives et de leurs déclinaisons qualitatives pour la comparaison des populations « abstinents continus à plus de 6 mois » et « rechuteurs ».**

Variables quantitatives	Abstinentes			Rechuteurs			p
	n	Val.	IC95	n	Val.	IC95	
Âge (moy. ans)	34	45,6	[43,7 ; 47,5]	49	43,4	[41,4 ; 45,3]	0.4979
Âge de la première cigarette (moy. ans)	32	15,9	[15,2 ; 16,6]	42	16,4	[15,6 ; 17,2]	0.6015
Âge début conso. Quotidienne (moy. ans)	32	17,8	[17,2 ; 18,4]	42	18,5	[17,7 ; 19,3]	0.7921
Démarches de sevrage antérieures (moy. nb)	31	4,7	[3,6 ; 5,8]	49	3,7	[3,3 ; 4,1]	0.2129
Consommation tabagique initiale (moy. cig/jour)	31	19,4	[17,9 ; 20,9]	47	16,9	[16,0 ; 17,8]	0.0612
Nombre d'années de tabagisme (moy. ans)	32	26,4	[24,5 ; 28,3]	48	23,5	[21,7 ; 25,3]	0.3758
Fagerström abrégé (moyenne)	-	-	-	47	2,2	[2,0 ; 2,4]	-
non dépendant (%)	-	-	-	15	31,9	-	-
dépendants (%)	-	-	-	31	66,0	-	-
très dépendants (%)	-	-	-	1	2,1	-	-
<b>Importance (ENS)*</b>							
Initiale (moy.)	28	9,2	[8,9 ; 9,5]	46	8,8	[8,5 ; 9,1]	0.2460
A plus de 6 mois (moy.)	-	-	-	47	7,0	[6,6 ; 7,4]	-
<b>Confiance (ENS)</b>							
Initiale (moy.)	28	7,6	[7,2 ; 8,0]	46	6,3	[6,0 ; 6,6]	0.0067
à plus de 6 mois (moy.)**	-	-	-	47	5,1	[4,7 ; 5,5]	-
<b>Poids (kg)</b>							
Evolution moyenne du poids sur plus de 6 mois (kg)	33	+1,1	[-0,1 ; 2,3]	45	+1,9	[1,2 ; 2,6]	0.5515
Diminution (%)	9	27,3	-	7	15,6	-	-
Stable (%)	6	18,2	-	18	40,0	-	0.0603
Majoration (%)	18	54,5	-	20	44,4	-	-

\* La dépendance n'est pas évaluée chez les patients abstinents, et l'évaluation comparative n'est donc pas réalisable.

\*\*Les patients abstinents à plus de 6 mois n'ont pas été questionnés sur cet item, car leur réponse aurait été trop influencée par leur réussite.



**Tableau 42 – Résumé des variables qualitatives pour la comparaison des populations « abstinentes continus à plus de 6 mois » et « rechuteurs ».**

Variables qualitatives	Abstinentes		Rechuteurs		p
	n	%	n	%	
<b>Effectifs (nb)</b>	34	33,7	49	48,5	-
<i>Hommes (nb)</i>	15	44,1	14	28,6	0.1242
<b>Précarité (nb)</b>	33	-	49	-	-
<i>Repérage positif (nb)</i>	3	9,1	10	20,4	0.3499
<b>Consommation d'alcool</b>					
Abstinentes (nb)	2	6,3	4	9,8	0.5883
Abus occasionnels initial (nb)	23	71,9	25	61,0	0.4112
Abus occasionnels à plus de 6 mois (nb)	12	35,3	17	36,2	0.8335
<b>Evolution de la consommation d'alcool</b>	32	-	41	-	-
Diminution (nb)	11	34,4	9	22,0	0.1652
Stabilisation (nb)	14	43,8	27	65,9	
Majoration (nb)	7	21,9	5	12,2	
<b>Consommateurs Cannabis réguliers (nb)</b>					
Initialement (nb)	3	11,1	12	28,6	<b>0.0861</b>
A plus de 6 mois (nb)	4	11,8	7	15,6	0.7492
<b>Repérage dépression (nb)</b>	33	-	49	-	
Positif (nb)	12	36,4	30	61,2	0.0272
<b>Repérage positif précoce de la BPCO</b>					
Initial (nb)	19	<b>55,9</b>	20	40,8	0.1762
A plus de 6 mois (nb)	8	23,5	27	<b>55,1</b>	0.0041
<b>Patients à haut risque de morbidité en lien avec le tabac</b>	29	-	40	-	
Repérage positif initial (nb)	5	17,2	3	7,5	0.2664

### **3.3.6. Comparaisons « changement durable » versus « absence de changement durable »**

Dans cette partie nous comparons les caractéristiques, à l'inclusion, des patients ayant changé leur comportement tabagique de façon durable (réduction et abstinence)(58) versus les patients n'ayant pas changé de façon visible leur comportement (absence de réduction et d'abstinence)(43). L'évolution « avant/après » entre le QAA initial et l'enquête téléphonique est également examinée, sur les caractéristiques pertinentes.

#### **Caractéristiques sociodémographiques**

Nous ne retrouvons pas de différences significatives concernant le sexe, l'âge moyen et la précarité du statut professionnel. On peut cependant remarquer que dans le cas d'un changement durable :

- la proportion d'hommes est légèrement plus élevée (36,2% versus 30,2%)
- l'âge moyen est supérieur (45,1 ans versus 44,5 ans)
- la précarité professionnelle équivalente (15,8% versus 16,3%).

#### **Typologie du tabagisme**

La consommation tabagique moyenne initiale est significativement supérieure (**p<0.0001**) chez les patients pour lesquels nous avons observé un changement durable (20,5 cig./jour versus 14,5 cig./jour).

Nous ne retrouvons pas de différence significative, chez les patients ayant changé durablement de comportement tabagique, mais on observe les tendances suivantes:

- la première cigarette est plus précoce (15,5 ans versus 17,1 ans) ;
- l'âge moyen de début consommation quotidienne est plus précoce (17,6 ans versus 19,2 ans) ;
- le nombre de démarches antérieures est supérieur (3,9 versus 3,4) ;
- le nombre d'années de tabagisme est plus important (26,0 ans versus 23,9 ans).

### **Caractéristiques motivationnelles**

**Pour les patients n'ayant pas changé de comportement tabagique, les réponses lors de l'enquête téléphonique montrent une baisse significative pour la confiance ( $p=0.0233$ ) et pour l'importance ( $p=0.0143$ ) par rapport à l'enquête initiale**

### **Dépendance évaluée par le score de Fagerström lors de l'enquête téléphonique.**

La dépendance n'est pas évaluée chez les patients abstinents (faisant partie des patients ayant changé de comportement), et l'évaluation comparative n'est donc pas réalisable.

### **Statuts des patients vis-à-vis de l'alcool**

Nous ne retrouvons pas de différence significative lors des comparaisons des consommations d'alcool initiales pour les deux sous-groupes.

La proportion de d'abus occasionnels semble supérieure chez les patients ayant changé durablement de comportement tabagique aussi bien lors du questionnaire initial (67,9% versus 58,8%) que lors du questionnaire téléphonique (37,9% versus 31,7%), sans que les différences ne soient significatives

### **Statuts des patients vis-à-vis du cannabis**

Les patients ayant changé durablement de consommation sont proportionnellement moins nombreux à consommer du cannabis aussi bien initialement qu'à plus de 6 mois, sans que la différence ne soit significative entre les 2 sous-groupes.

Concernant la consommation de cannabis à plus de 6 mois des patients ayant changé de comportement tabagique, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à consommer du cannabis (2/36 soit 5,6%) comparativement aux hommes (6/21 soit 28,6%), la différence étant significative ( $p=0.0416$ ).

### **Prise de poids**

La prise de poids moyenne pour les patients ayant changé de comportement tabagique est de 1,2 kg. La prise de poids moyenne pour les patients n'ayant pas modifié leur consommation tabagique est de 1,2 kg ( $p=1,0$ ). Cependant, lorsque nous discrétisons les prises de poids, les patients ayant changé durablement de comportement ont majoritairement pris du poids (51,8%) ( $p=0.2353$ ).

### **Repérage précoce de la BPCO**

La proportion de patients ayant un repérage initial positif est significativement supérieure ( **$p=0.0432$** ) chez les patients qui vont changer durablement de comportement tabagique (55,2% versus 34,9%). Lors du questionnaire téléphonique on voit une proportion de repérages positifs inférieure chez les patients ayant changé de comportement tabagique (36,8% versus 53,5%) ( $p=0.0968$ ).

La baisse dans la proportion de repérage positifs entre les deux questionnaires chez les patients ayant changé de comportement tabagique (55,2% puis 36,8%) est presque significative ( $p=0.0600$ ). La majoration de la proportion de repérage positif (34,9% puis 53,5%) chez les patients n'ayant pas changé de comportement est une tendance marquée mais non significative ( $p=0.0823$ ).

### **Dépistage initial d'un état dépressif**

Dans l'évaluation initiale sur les 57 patients ayant changé de comportement tabagique, 47,4% (27/57) présentent un état dépressif, pour 58,1% (25/43) des 43 patients n'ayant pas modifié leur consommation tabagique ( $p = 0.1198$ ).

D'autres caractéristiques ont pu être explorées mais n'apportent pas d'éléments contributifs.

Les tableaux 43 et 44 regroupent les données comparatives des patients en fonction de leur changement ou non de comportement tabagique.

**Tableau 43 – Résumé des variables quantitatives et de leurs déclinaisons qualitatives pour la comparaison des populations « changement durable » versus « absence de changement durable »**

Variables quantitatives	Changement durable			Absence de changement durable			P
	n	Val.	IC95	n	Val.	IC95	
Âge (moy. ans)	58	45,1	[43,6 ; 46,6]	43	44,5	[41,5 ; 46,5]	0.8147
Âge de la première cigarette (moy. ans)	53	15,5	[15,0 ; 16,0]	36	17,1	[16,2 ; 18,0]	0.1381
Âge début conso. Quotidienne (moy. ans)	53	17,6	[17,1 ; 18,1]	36	19,2	[18,3 ; 20,1]	0.1086
Démarches de sevrage antérieures (moy. nb)	55	3,9	[2,8 ; 5,0]	43	3,4	[2,9 ; 3,9]	0.5684
Consommation tabagique initiale (moy. cig/jour)	<b>53</b>	<b>20,5</b>	<b>[19,4 ; 21,6]</b>	<b>43</b>	<b>14,5</b>	<b>[13,6 ; 15,4]</b>	<b>&lt; 0.0001</b>
Nombre d'années de tabagisme (moy. ans)	52	26,0	[24,4 ; 27,6]	36	23,9	[22,0 ; 25,8]	0.5024
Fagerström abrégé (moyenne)*	-	-	-	41	2,2	[1,8 ; 2,6]	-
non dépendant (%)	-	-	-	11	26,8	-	-
dépendants (%)	-	-	-	29	70,7	-	-
très dépendants (%)	-	-	-	1	2,4	-	-
<b>Importance (ENS)</b>							
Initiale (moy.)	51	8,9	[8,7 ; 9,1]	40	8,9	[8,7 ; 8,9]	0.5525
A plus de 6 mois (moy.)**	-	-	-	41	6,8	[6,4 ; 7,2]	-
<b>Confiance (ENS)</b>							
Initiale (moy.)	51	6,6	[6,3 ; 6,9]	40	6,6	[6,3 ; 6,9]	0.8072
à plus de 6 mois (moy.)	-	-	-	41	4,9	[4,5 ; 5,3]	-
<b>Poids (kg)</b>							
Evolution du poids sur plus de 6 mois (moy. kg)	57	+1,2	[0,4 ; 2,0]	43	+1,2	[0,3 ; 2,1]	1,0
Diminution (%)	14	24,6	-	8	16,6	-	-
Stabilisation (%)	14	24,6	-	20	46,5	-	0.0708
Majoration (%)	29	50,8	-	15	34,9	-	-

\* La dépendance n'est pas évaluée chez les patients abstinents (faisant partie des patients ayant changé durablement de comportement), et l'évaluation comparative n'est donc pas réalisable.

\*\*Les patients abstinents à plus de 6 mois (faisant partie des patients ayant changé durablement de comportement) n'ont pas été questionnés sur cet item, car leur réponse aurait été trop influencée par leur réussite.

**Tableau 44 – Résumé des variables qualitatives pour la comparaison des populations « changement durable » versus « absence de changement durable »**

Variables qualitatives	Changement durable		Absence de changement durable		p
	n	%	n	%	
<b>Effectifs (nb)</b>	58	57,4	43	42,6	-
<i>Hommes (nb)</i>	21	36,2	13	30,2	0.9423
<b>Précarité (nb)</b>	57	-	43	-	-
<i>Repérage positif (nb)</i>	9	15,8	7	16,3	0.9472
<b>Consommation d'alcool</b>					
Abstinents (nb)	3	5,7	3	8,8	0.1529
Abus occasionnels initial (nb)	36	67,9	20	58,8	0.4785
Abus occasionnels à plus de 6 mois (nb)	22	37,9	13	31,7	0.6698
<b>Consommateurs Cannabis réguliers</b>					
Initialement (nb)	8	17,4	8	22,2	0.5838
A plus de 6 mois (nb)	8	14,0	6	15,0	0.8940
<b>Repérage dépression (nb)</b>	57	-	43	-	-
Positif (nb)	27	47,4	25	58,1	0.2858
<b>Repérage positif précoce de la BPCO</b>					
Initial (nb)	32	<b>55,2</b>	15	<b>34,9</b>	<b>0.0432</b>
A plus de 6 mois (nb)	22	37,9	23	53,5	0.1198
<b>Patients à haut risque de morbidité en lien avec le tabac</b>	48	-	36	-	-
Repérage positif initial (nb)	9	18,8	1	2,8	0.0383

# DISCUSSION

---

## I. Principaux résultats

---

Dans cette partie nous allons analyser nos résultats en cherchant à mettre en avant les caractéristiques bio-psycho-sociales associées au changement de comportement tabagique.

Il pourra s'agir de :

- Caractéristiques initiales semblant favorables ou défavorables à la réussite du changement ;
- Caractéristiques dont l'évolution, au cours du changement, pourrait être favorable ou défavorable à la poursuite du changement.

Nous disposons de données pour **230 patients** inclus et ayant rempli le QAA initial.

Nous pourrions comparer nos résultats avec ceux de la littérature.

### 1.1. Le taux d'abstinence

**34 patients sont abstinents à plus de 6 mois de suivi, soit 33,7 %, 14,8 % en intention de traiter (34/230).** Ce chiffre est sous-évalué puisque au moins 5 patients ayant souhaité sortir du suivi avaient arrêté de fumer. **49 patients** ont rechutés au-delà des 7 jours d'abstinence, soit **59,0% (49/83)**.

La probabilité de parvenir sans aide à s'abstenir de fumer (en dehors de l'intervention brève) durant un an ou plus est estimée dans les méta-analyses entre 5% et 6,4%(87)(88). Etant donné que nous n'avons pas isolé une méthode particulière d'arrêt du tabac, nous ne pouvons que constater un pourcentage plus important d'arrêt du tabac dans le programme PACT que ce qu'il aurait pu être sans aide à s'abstenir de fumer.

### 1.2. L'âge

A l'inclusion, l'âge moyen à l'inclusion est de 44,4 ans (IC95 [42,8 ; 46,0]). La tranche d'âge des 34-53 ans était dominante (120 et 53,6%), par rapport aux 18-33 (50 et 22,3%) et aux plus de 53 ans (54 et 24,1%)

Les patients de la tranche des **34-53 ans** sont significativement plus nombreux chez les abstinents à plus de 6 mois (70,6%) comparés aux autres fumeurs à ce délai (43,3%) (**p=0,0334**), et aux rechuteurs (38,8%) (**p=0,0152**).

Même si l'âge moyen des patients ayant arrêté de fumer est supérieur à l'âge moyen de 37 ans retrouvé dans le Baromètre Santé 2010(10), la tranche d'âge associée à arrêt du tabac, 34-53 ans, est similaire.

### **1.3. Le sexe**

**Les femmes sont initialement plus nombreuses** que dans la population générale des fumeuses : 151 (65,7%) versus 79 hommes (34,3%), différence qui va se retrouver ensuite dans tous les groupes comparés. Cette plus grande proportion de femmes dans notre étude trouve son explication par le fait qu'elle seraient plus attentives à leur santé que les hommes : l'enquête sur les comportements vis-à-vis de la santé menée par l'INSEE(89) montre que les femmes sont plus nombreuses à consulter que les hommes quels que soient l'âge et la catégorie sociale. Elles ont tendance à demander plus souvent de l'aide.

Bien que les différences ne soient pas significatives on peut remarquer une tendance forte.

**La proportion des hommes est plus élevée dans tous les groupes correspondant à un changement de comportement tabagique.** L'impact de PACT serait donc plus positif pour eux.

### **1.4. La précarité professionnelle**

35 patients (15,4%) sont initialement en situation de précarité professionnelle.

La modification du comportement tabagique est associée à une moindre précarité professionnelle, de façon non significative. Les « abstinents » constituent le sous-groupe où l'on observe la proportion la moins forte de patients ayant un statut professionnel précaire (9,1%), versus les « autres fumeurs » (19,4%) et les « rechuteurs » (20,4%).

La précarité est un facteur habituellement connu comme influençant le comportement tabagique. Dans notre étude, le statut professionnel précaire est plutôt associé à l'absence



de changement. Les « abstinents » sont ainsi le sous-groupe où l'on observe la proportion la moins forte de patients ayant un statut professionnel précaire.

Pour Perreti-Watel et al.(90), si la plupart des consommateurs dits « vulnérables » reconnaissent que le tabac est une consommation dont ils ont besoin, beaucoup parlent du plaisir que la cigarette leur procure et des besoins qu'elle satisfait (gestion du stress, solitude...). Certains disent qu'ils fumaient moins lorsqu'ils avaient du travail ou une vie plus « stable ». Il apparaît que bon nombre d'entre eux connaissent les risques qui pèsent sur leur santé. Ils estiment néanmoins qu'ils ne fument « *pas tant que cela* » et déclarent avoir réduit leur consommation en passant au tabac à rouler. Il est vrai que les méfaits du tabagisme se font ressentir à long terme, alors que la précarité se vit au jour le jour.

**Nous devons cependant émettre des réserves sur nos résultats, qui sont en partie liés à notre définition de la précarité associée à la précarité professionnelle.**

## **1.5. Bilan tabagique**

### **Précocité du tabagisme :**

Initialement, nous avons un âge moyen de consommation de la première cigarette à 16,6 ans (IC95 [16,2 ; 17,0]) ; l'âge moyen de consommation de la première cigarette pour l'ensemble des répondants à plus de 6 mois est de 16,1 ans.

Ces chiffres sont cohérents par rapport à ceux habituellement retenus aujourd'hui pour l'âge de la première cigarette : les résultats de l'enquête Baromètre santé 2010(91), montrent que parmi l'ensemble des 15-75 ans l'âge moyen d'expérimentation déclaré est de 16,4 ans (16,0 pour les hommes et 16,9 pour les femmes).

Aucune différence significative n'apparaît entre les groupes comparés, ni aucune tendance forte. Tout au plus, l'âge moyen de la première cigarette apparaît plus élevé en cas d'absence de changement durable (17,1 ans versus 15,5 ans) ( $p = 0.1381$ ). Cependant, **l'âge de la première cigarette ne semble pas intervenir de façon claire dans notre étude étant donné des résultats paradoxaux et discordants non significatifs.** On ne peut cependant pas exclure ce que l'industrie du tabac a compris depuis longtemps : « *Les adolescents d'aujourd'hui sont les consommateurs réguliers potentiels de demain, et la très grande majorité des fumeurs commence à fumer à l'adolescence.* » (Philip Morris, 1981).

### **Âge de début de la consommation quotidienne de tabac**

Initialement, l'âge moyen de début de consommation quotidienne du tabac est de 18,6 ans (IC95 [18,0 ; 19,2]).

Aucune différence significative n'apparaît entre les groupes comparés, ni aucune tendance forte. Tout au plus, l'âge moyen du début de la consommation quotidienne apparaît plus élevé en l'absence de changement durable (19,2 ans versus 17,6 ans) ( $p=0.1086$ ). Ce chiffre de 19,2 ans est en effet proche des résultats de l'enquête Baromètre santé 2010(91), qui montrent que parmi les individus de 15 à 75 ans fumant quotidiennement ou ayant fumé quotidiennement, l'âge auquel ils ont commencé à fumer régulièrement est de 18,9 ans (18,6 pour les hommes et 19,3 pour les femmes).

### **Nombre de démarches de sevrage antérieures**

Initialement, 183 personnes soit 84,8% des patients avait fait au moins une tentative d'arrêt. En moyenne, les patients avaient fait 3,8 démarches antérieures (IC95 [3,3 ; 4,3]).

A plus de 6 mois, le nombre moyen de tentatives réalisées est supérieur, pour l'ensemble des sous-groupes associés à une modification du comportement tabagique (3,9 à 4,7 versus 2,0 à 3,7 tentatives). **Cette différence n'étant significative que pour la comparaison « arrêt réalisé » (4,1 tentatives) versus « arrêt non réalisé » (2,0 tentatives) ( $p=0.0081$ ).**

La littérature confirme que **seule une minorité de fumeurs parvient à une abstinence permanente dès la première démarche d'arrêt**, alors que la majorité persiste dans une consommation de tabac sur plusieurs années selon une alternance de périodes de rechutes et de rémissions, jusqu'à la réussite du sevrage au long terme(7)(61).

### **Consommation tabagique à l'inclusion**

On trouve une consommation tabagique quotidienne moyenne à **17,0** cigarettes par jour (IC95 [15,9 ; 18,1]), de 15,9 cigarettes par jour (IC95 [15,3 ; 16,5]) pour les femmes contre 19 cigarettes par jour (IC95 [18,0 ; 20,0]) pour les hommes ( $p=0.0113$ ).

La consommation moyenne à l'inclusion est supérieure chez les « abstinents » (19,4 cig./jour), chez les patients présentant un « changement durable » (20,5 cig./jour) et dans le sous-groupe « arrêt réalisé » (17,9 cig./jour) par comparaison à leurs sous-groupes de comparaison. **Seule la différence de consommation entre patients « changement durable » et « absence de changement durable » est significative ( $p < 0,0001$ )**, elle est à la limite du significatif dans la comparaison « abstinents » versus « rechuteurs » ( $p = 0,0612$ ).

**On peut supposer que plus la consommation est élevée plus les inconvénients liés au tabagisme sont importants (dont le coût) et plus la motivation est forte(92-94).**

De plus, et paradoxalement, on constate que c'est dans le groupe « absence de changement durable » que le score moyen du test de Fagerström est le plus élevé. **Il n'y aurait donc pas de lien obligatoire entre la quantité fumée et l'intensité de la dépendance nicotinique, du moins selon nos résultats.** On sait par ailleurs que la façon de fumer est très importante, encore plus aujourd'hui où les fumeurs réduisent leur consommation du fait du coût(92-94) du tabac.

#### **Dépendance évaluée par le Test de Fagerström abrégé**

Lors de l'enquête téléphonique et pour les patients toujours fumeurs, la répartition de la dépendance selon le Test de Fagerström abrégé est semblable pour les 3 sous-groupes testés avec une **large majorité de patients dépendants** (61,1% à 70,7%), une part importante de patients non-dépendants (26,8% à 43,8%) et une minorité de patients très dépendants (0,0% à 2,4%).

**Le score de Fagerström moyen le plus important est retrouvé chez les patients « Absence de changement durable » et « rechuteurs »** avec des moyennes de 2,2 – ce qui paraît logique –. Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les différents sous-groupes dans lesquels le Test de Fagerström a pu être évalué.

### **Nombre d'années de tabagisme**

Le nombre moyen d'années de tabagisme est initialement de 24,7 ans (IC95 [23,9 ; 25,5]). Aucune différence significative n'apparaît entre les groupes comparés. Tout au plus, on constate un nombre d'années de tabagisme plus élevé chez les « abstinents » (26,4 ans) par rapport aux « autres fumeurs » (24,4 ans) et aux « rechuteurs » (23,5 ans), mais également chez les « changement durable » (26,0 ans) versus « absence de changement » (23,9 ans). Cette tendance était inversée chez les patients ayant réussi une tentative d'arrêt (24,8 ans) comparés à ceux ayant échoué (26,8 ans).

Même si nous ne retrouvons aucune différence significative dans nos comparaisons entre sous-groupes, **le maintien de l'abstinence à plus de 6 mois semble être associé à une plus grande ancienneté du tabagisme. Ceci pourrait également être mis en relation avec le nombre de tentatives de sevrage plus élevé dans ce groupe, ce qui est possible sur une histoire tabagique plus longue.** Il peut également paraître logique que le nombre d'années de tabagisme soit associé à un âge plus élevé et que « *avec l'âge, la motivation à l'arrêt est plus forte car l'état de santé diminue tout comme la qualité de vie...* », tel que cela a été affirmé en janvier 2013 lors des XXIII<sup>ème</sup> Journées européennes de la Société Française de Cardiologie.

### **1.6. Confiance et Importance dans l'arrêt**

Initialement, on trouve une ENS « importance » moyenne à 8,8 (IC95 [8,7 ; 8,9]) et une ENS « confiance » moyenne à 6,8 (IC95 [6,6 ; 7,0]). **L'importance est cotée plus favorablement et de façon nettement significative par rapport à la confiance (p<0,0001).**

L'évaluation « avant/après » n'est réalisée que pour les patients toujours fumeurs : on retrouve une baisse significative de l'importance entre les 2 questionnaires chez les « non abstinents » (fumeurs autres que « abstinents ») (p<0,0001), les « rechuteurs » (p<0,0001) et dans le sous-groupe « absence de changement durable » (p=0.0143). Ceci n'est pas retrouvé pour le groupe « arrêt non réalisé ».

Aucune différence significative, ni aucune tendance forte n'apparaissent entre les groupes

comparés lors de l'évaluation de l'importance par le QAA initial. Par contre, si la confiance semble comparable, à l'inclusion, entre les groupes « changement durable » et « absence de changement durable », il existe une confiance plus élevée, à l'inclusion, dans les groupes « arrêt réalisé » versus « arrêt non réalisé » ( $p=0,0316$ ), « abstinents » versus « autres fumeurs » ( $p=0,0025$ ) et versus « rechuteurs » ( $p=0,0067$ ). **Il existe donc une association forte entre la confiance et l'arrêt du tabac, ce qui n'est pas le cas pour l'importance.** L'importance de l'arrêt du tabac, élevée dans tous les sous-groupes, n'est pas associée à un changement du comportement tabagique, dans aucune des comparaisons.

Le constat de cette association significative est extrêmement important sur la conduite à tenir vis-à-vis d'un fumeur. En effet, ceci confirme la pertinence d'un entretien motivationnel cherchant à renforcer la confiance, plutôt que d'insister, une fois de plus, sur l'importance de l'arrêt(31)(95). Lever les obstacles, modifier les représentations, proposer des aides, sont les moyens sans doute les plus performants(96)(97).

On observe dans tous les sous-groupes de fumeurs persistants, une baisse de l'importance et de la confiance, de façon significative (sauf pour le sous-groupe « arrêt non réalisé » et l'importance). Cette perte de motivation, objectivée dans notre étude, est un phénomène psychologique complexe, et c'est l'un des éléments majeurs de la reprise de la consommation de tabac(60)(98). Mais, un autre éclairage est possible. En effet, confronté à la réalité de la difficulté du sevrage, le fumeur insuffisamment aidé (« sous-dosage » de la substitution nicotinique ou de l'accompagnement), peut baisser les bras. On peut imaginer les dégâts sur sa motivation et la difficulté à envisager de nouveau une démarche de sevrage.

## **1.7. Autres consommations**

### ***Statuts des patients vis-à-vis de l'alcool***

**Initialement, les hommes sont plus nombreux à consommer quotidiennement de l'alcool (22,9% versus 11,7%,  $p=0.0093$ ) et déclarent plus fréquemment un abus occasionnel ( $p=0.0126$ ).**

La population étudiée de réponders à l'enquête téléphonique n'est pas strictement comparable à la population totale des fumeurs inclus dans PACT, car elle est plus consommatrice d'alcool de façon significative. Les « abuseurs occasionnels » d'alcool sont également plus nombreux chez les « réponders » (64,4%) que chez les « non réponders » (44,1%). Selon les données de la littérature(99-101), la consommation d'alcool peut freiner la réussite du sevrage tabagique, et la faible consommation d'alcool est décrite comme un déterminant positif dans le pronostic du sevrage tabagique. Ces données bibliographiques permettent de nous prémunir d'un éventuel biais de sélection qui aurait pu orienter les résultats en faveur d'une réussite et perturber les conclusions.

Les abstinents sont significativement ( $p=0.0041$ ) plus nombreux chez les « non réponders » (21,6%) par comparaisons aux « réponders » (6,9%).

On constate moins d'abuseurs chez les patients du groupe « arrêt non réalisé » par rapport aux patients du groupe « arrêt réalisé », « abstinents » et « changement durable », de façon non significative initialement. Ceci est moins flagrant lors de l'enquête téléphonique. Dans l'évaluation « avant/après », on constate une diminution de la proportion d'abuseurs occasionnels dans tous les groupes : une baisse significative est retrouvée chez les « abstinents » ( $p=0.0039$ ), et une baisse à la limite du significatif chez les patients « arrêt réalisé » ( $p=0.0575$ ).

Le tabagisme est souvent associé à certaines co-addictions. En particulier, il existe une corrélation positive entre consommation d'alcool et de tabac dans la population générale. Cette association est dose-dépendante : les gros fumeurs boivent plus que les petits fumeurs et inversement les gros buveurs fument plus que les petits buveurs(102-104). C'est ce que nous observons dans notre étude chez les patients ayant changé durablement leur consommation tabagique. Ils sont significativement ( $p=0,0274$ ) plus nombreux à avoir diminué leur consommation d'alcool à 6 mois (21/53 soit 39,6%) lorsqu'on les compare aux patients n'ayant pas changé de comportement (6/53 soit 17,1%).

### Statuts des patients vis-à-vis du cannabis

Initialement, 22,6% des hommes déclaraient consommer du cannabis, pour 12,1% des femmes ( $p=0,0664$ ), à la limite du significatif.

On observe une relation parallèle entre la consommation de tabac et la consommation de cannabis lors des comparaisons entre sous-groupes, sans toutefois observer de différence significative. On observe également une diminution dans chacun des sous-groupes exception faite d'une augmentation de la proportion de patients « arrêt non réalisé » où l'on observait une augmentation non significative.

Ces résultats, bien que non significatifs, sont cohérents avec la littérature. En effet, la consommation de cannabis majore les risques de dépendance à la nicotine(105)(106), augmente les chances d'être initiés au tabac(106). Ainsi, **on sait aujourd'hui que la consommation de tabac facilite le passage à la consommation de cannabis, et vice-versa**. Le tabac et le cannabis interagissent l'un sur l'autre, mais cette interaction n'est cependant pas entièrement expliquée aujourd'hui. Cependant, on sait que le tabac augmente la vaporisation du THC (tétrahydro-cannabinol), substance psycho-active du cannabis responsable de la dépendance, ce qui potentialise l'effet du cannabis(107). En outre, le THC atténuerait le sentiment d'anxiété générée par la nicotine et les fumeurs de cannabis disent ajouter du tabac pour contrecarrer les effets sédatifs du cannabis(108). De nombreux facteurs environnementaux, génétiques et sociaux sont très certainement également à prendre en compte pour expliquer la consommation conjointe de tabac et de cannabis. Les consommateurs se rendent eux-mêmes compte que fumer du cannabis renforce la dépendance au tabac(109). 22 jeunes de 15 à 21 ans interrogés dans le cadre d'une étude menée en 2009 ont ainsi déclaré que leur consommation d'une des substances augmentait quand ils cherchaient à diminuer ou à arrêter la consommation de l'autre(110).

Lors d'un suivi au long cours, **les fumeurs de tabac consommateurs réguliers de cannabis seraient plus nombreux à continuer de fumer que les simples fumeurs de cigarettes(111)**.

Il ressort des études récentes qu'un grand nombre de fumeurs de tabac et de cannabis souhaitent arrêter la cigarette mais continuent à consommer du cannabis. **Le cannabis est perçu comme plus naturel, moins nocif et moins addictif que le tabac**(112). Or, la poursuite de la consommation de tabac dans les joints **maintient la dépendance à la nicotine ainsi que l'habitude gestuelle. Le cannabis favorise ainsi la reprise du tabagisme après un arrêt du tabac.**

### **1.8. Prise de poids**

Il existe une prise de poids de 1,6 kg (IC95 [0,9 ; 2,3]) pour les patients ayant réussi leur tentative d'arrêt et une perte de -0,6 kg (IC95 -1,4 ; 0,2]) pour les patients ayant échoué (p= 0.0450).

Les patients des groupes « rechuteurs » et « non abstinents » présentent une prise de poids plus importante que celle de leurs groupes de comparaison. Ces chiffres paradoxaux vis-à-vis de la littérature pourraient être dû au hasard (différences non significatives), ou être un facteur de reprise de la consommation : les patients reprenant leur consommation tabagique suite à la constatation d'une prise de poids(98).

Nous n'avons pas de données significatives pouvant étayer une prise plus importante en fonction du sexe. Aucune différence n'est objectivée de façon significative chez les patients obèses(113).

### **1.9. Dépistage d'un état dépressif**

**Initialement, 51,3% des femmes présentaient un repérage positif de la dépression contre 30,8% des hommes (p=0,0022) ;** ceci est conforme à ce qui est retrouvé dans la littérature, où les femmes sont plus fréquemment dépressives que les hommes(114).

On retrouve une différence à la limite du significatif (p=0.0583) concernant le repérage initial d'une dépression avec 52% (52/100) de repérages positifs chez les réponders contre 38,7% chez les non-réponders (48/124).



**On observe une association entre la négativité du repérage de la dépression à l'inclusion et la réussite d'un changement de comportement tabagique.**

La différence est significative pour la comparaison des sous-groupes de patients « abstinents » versus « autres fumeurs » ( $p=0,0280$ ) et « rechuteurs » ( $p=0.0272$ ).

On retrouve dans la littérature que le tabagisme actif est plus fréquent parmi les individus ayant eu une dépression dans leur vie ou dans les douze derniers mois que ceux sans trouble psychique(115)(116). Inversement, on trouve deux fois plus d'antécédent dépressif chez les fumeurs que chez les non-fumeurs de la population(117).

Le tabagisme actif est plus fréquent parmi les individus ayant eu une dépression dans leur vie (37%) ou dans les douze derniers mois (30%) que ceux sans trouble psychique (22%)(115)(116). Inversement, on trouve deux fois plus d'antécédent dépressif chez les fumeurs que chez les non-fumeurs de la population(117).

On peut noter également que l'on retrouve 44,6% (100/224) de repérages positifs dépressifs chez les 224 patients ayant répondu au QAA initial contre 52,0% (52/100) chez les patients ayant répondu au questionnaire téléphonique, avec une différence à la limite du significatif ( $p=0.0537$ ). Ceci doit nous amener à considérer avec prudence nos résultats.

**La survenue d'une dépression n'a pas été explorée, c'est l'une des grandes faiblesses de notre étude, car c'est un élément bien identifié dans la rechute(98).**

### **1.10. Repérage précoce de la BPCO**

Lors de l'inclusion, la proportion de repérage positif de la BPCO est plus élevée dans les groupes de patients changeant de comportement tabagique, ceci n'étant significatif que pour le groupe « changement durable » par rapport au groupe « absence de changement durable » (55,2% versus 34,9% ,  $p=0,0432$ ).

Lors de l'évaluation avant/après, on constate une diminution du repérage positif à la BPCO dans tous les groupes marquant un changement de comportement dans le sens de la diminution ou de l'arrêt du tabagisme, alors que l'évolution est inverse dans les groupes comparés. Cette évolution « avant/après » est significative dans le sous-groupe de patients

« abstinents » ( $p=0.0064$ ), et la tendance est forte dans le sous-groupe « changement durable » ( $p=0.0626$ ). Ceci aboutit à des différences significatives, lors de l'enquête téléphonique entre les groupes « changement » et « absence de changement durable » (34,9% versus 55,2%,  $p=0.0432$ ), « abstinents » et « autres fumeurs » (23,5% versus 55,2%,  $p=0.0024$ ) et « abstinents » et « rechuteurs » (23,5% versus 55,1%,  $p=0.0041$ ).

**Le repérage précoce positif de la BPCO régresse dans les situations de modification de la consommation tabagique, y compris dans les situations de changement durable de la consommation tabagique.**

**Une diminution partielle du tabac est donc utile.** Parmi les études retrouvées dans la littérature, l'essai randomisé le plus vaste, dit « *Lung Health Study* », a inclus 5 887 hommes et femmes fumeurs, avec des signes de BPCO modérée, suivis initialement pendant 5 ans(118). Au total, indépendamment du type d'intervention utilisée pour arrêter de fumer, chez les patients ayant arrêté de manière durable, le VEMS ne s'est pratiquement pas détérioré pendant les 5 années de suivi, tandis que chez les patients ayant continué à fumer, le VEMS a diminué d'environ 300 ml en moyenne(118). Après 11 ans, 38 % de ceux ayant continué à fumer versus 10 % de ceux qui avaient arrêté avaient un VEMS inférieur à 60 % de la valeur théorique(119). Cette étude a montré aussi qu'une diminution partielle de la consommation de tabac ralentit déjà un peu la dégradation de la fonction pulmonaire(119).

**Cet élément est intéressant car il est souligné par l'enthousiasme des patients, lors des questionnaires téléphoniques, qui se réjouissent de retrouver une meilleure qualité de vie au niveau respiratoire suite à une modification de leurs habitudes tabagiques.**

Parmi les bénéfices ressentis pouvant être attribués à la cessation du tabagisme(120-126), citons :

- économie d'argent ;
- congés maladie moins fréquents
- amélioration du goût et de l'odorat
- sentiment de libération comparativement à la dépendance passée ;
- « plus d'énergie » ;
- amélioration de l'odorat ;
- « respiration plus facile », essoufflement moindre ;
- meilleure haleine ;
- timbre de voix plus clair ;
- diminution des migraines.

## **II. Des résultats paradoxaux**

---

### **2.1. Évolution du poids**

Des études transversales ont démontré une relation inverse entre tabagisme et poids, avec une prise pondérale dans les 6 premiers mois (+3 à +6 kg en moyenne) rarement réversible(127).

Pourtant, dans notre étude, la prise de poids est moindre chez les abstinents avec +1,1kg, comparés aux +1,3kg chez les « non abstinents » et +2,0kg chez les rechuteurs. Ceci peut paraître paradoxal bien que la différence ne soit pas significative.

Cependant, on peut se demander si ce n'est pas la prise de poids qui fait reprendre la cigarette. La prise de poids reste la préoccupation d'une femme sur deux et d'un homme sur quatre dans cette situation(128). Même si nous ne retrouvons pas de différence significative dans la prise de poids entre hommes et femmes, la plus grande proportion de femmes dans tous les sous-groupes, pourrait influencer la reprise de la cigarette.

La différence n'étant pas significative on peut penser que ce résultat peut être lié au hasard. Ces résultats paradoxaux, ne peuvent pas non plus être attribués à un biais de recrutement, étant donné que les mensurations des patients enquêtés sont relativement semblables à ceux de la campagne nationale de mensuration de 2006(129), avec cependant des femmes plus grandes (162,5 cm versus 163,4 cm dans notre étude) mais avec un poids inférieur (62,4 kg versus 60,1 kg dans notre étude), et des hommes légèrement plus petits (175,6 cm versus 175,1 cm dans notre étude) et de poids inférieur (77,4kg versus 75,5kg dans notre étude). On peut tout de même se poser la question de la représentativité de la population incluse vis à vis des mensurations des patients consultant en Médecine Générale, mais nous n'avons pas trouvé de données bibliographiques pouvant y répondre.

Une dernière piste pour expliquer ces résultats paradoxaux pourrait être le fait que la donnée « poids » est déclarative et non une mesure objective comme celle du QAA. L'écart entre les données anthropométriques déclarées et mesurées est bien connu (*cf. Biais de déclaration*).

Aucune différence n'est objectivée de façon significative chez les patients obèses, comme on peut le retrouver dans la littérature(113).

## **2.2. Dépistage initial d'un état dépressif**

La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues. Selon une enquête réalisée en 2005 par l'Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé (INPES)(130), près de 8% des français de 15 à 75 ans (soit près de 3 millions de personnes) ont vécu une dépression au cours des douze derniers mois précédant l'enquête et 19% des français de 15 à 75 ans (soit près de 9 millions de personnes) ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie.

Dans notre étude, les patients ayant un repérage positif sont bien plus nombreux que la dans la population générale, mais ceci est classique pour une population de fumeurs. De manière générale, des études épidémiologiques ont montré que les personnes souffrant d'un trouble psychique avaient deux fois plus de risques de fumer, en comparaison avec la

population générale(131). Plus spécifiquement, certaines études ont montré une plus grande occurrence de dépression chez les fumeurs(132). Il faut cependant pondérer ces résultats en signalant qu'il n'est pas toujours facile de faire la différence entre les troubles anxieux et les troubles de l'humeur: il y aurait nettement plus de fumeurs souffrant d'anxiété et si des études trouvent un lien entre la dépression et le tabagisme, c'est que la dépression est elle-même en lien avec les troubles de l'anxiété(133)

### **2.3. Abus occasionnels**

La proportion de patients présentant des « abus occasionnels » dans leur consommation d'alcool est réduite quel que soit le sous-groupe étudié, et dans la comparaison des patients ayant répondu aux 2 questionnaires.

La proportion d'abuseurs occasionnels est significativement ( $p=0.0001$ ) moindre pour l'ensemble des patients répondants à l'enquête téléphonique (35,4%) par comparaison aux patients ayant répondu au QAA initial (64,4%), ce qui traduit une diminution suite à la tentative de sevrage tabagique, sur l'ensemble des groupes.

On constate plus d'abuseurs lors du questionnaire initial dans les sous-groupes associés à une modification du comportement tabagique, sans qu'une forte tendance ne soit mise en évidence lors de l'enquête téléphonique.

Donc, d'après nos résultats, et bien que nos conclusions doivent rester prudentes car semblant paradoxales, l'abus occasionnel d'alcool n'est pas un obstacle à l'arrêt du tabac. De plus, la démarche de sevrage tabagique semble favoriser la diminution de la proportion des abuseurs occasionnels d'alcool, à 6 mois de la tentative de sevrage. On observe toutefois une augmentation non significative et modérée des abuseurs dans le sous-groupe des « abstinents ».

### **III. Limites du travail**

---

Ce travail présente certaines limites qu'il est nécessaire de mentionner :

#### **3.1. Limites intrinsèques**

Les études transversales descriptives (cross-sectional study) permettent d'étudier des associations mais ne permettent pas d'établir une causalité.

#### **3.2. Limites liées à la population étudiée**

De nombreuses données sont disponibles dans la littérature mais ne coïncident pas avec certains de nos résultats (âge, sex-ratio, typologie du tabac, la motivation, le nombre de facteurs de risques cardiovasculaires...). Nous pouvons certainement expliquer ces différences par un biais de recrutement de nos patients. En effet, les données retrouvées dans la littérature sont le plus souvent en rapport avec le milieu hospitalier, la population générale, des pays différents de la France... et très peu souvent en rapport avec des patients consultant leur médecin généraliste pour une démarche de sevrage tabagique.

#### **3.3. Limites liées aux non-répondeurs**

N'ayant pas recueilli les données concernant les changements de comportement tabagique pour les non répondeurs, il est possible que ceux-ci soient plus dans « l'échec » ou dans la « réussite » que les répondeurs.

#### **3.4. Limites liées aux variables initialement étudiées**

L'étude des caractéristiques bio-psycho-sociales associées aux modifications de comportement tabagique était limitée par leur comparaison aux données initialement recueillies. En effet, le QAA initial n'était pas conçu pour cette étude, qui a été décidée plusieurs années après.

Nous n'avons pas recherché les effets dus à l'arrêt aussi bien positifs (en dehors des éléments de dépistage précoce de BPCO) que négatifs (exploration des signes de sevrage du tabac).

### **3.5. Limites liées aux variables étudiées lors du questionnaire téléphonique.**

#### **3.5.1. Limites liées au biais de déclaration**

Le biais de déclaration a pu influencer les résultats au sujet du poids. En effet, cette mesure n'était pas objectivée et l'écart entre les données anthropométriques déclarées et mesurées est bien connu. Dans l'étude sur les biais de déclaration du poids et de la taille chez les adultes en France menée en 2010 par Julia et al. on retrouvait par exemple, un écart moyen entre les données déclarées et mesurées de -1,05 kg (SE=0,10,  $p < 10$ ) pour le poids(134).

Un autre biais de déclaration peut être retrouvé concernant les consommations de cannabis et d'alcool, autant lors du QAA initial que lors du questionnaire téléphonique.

#### **3.5.2. Typologie du tabagisme**

##### ***Consommation tabagique :***

Nous n'avons pas recueilli de réponse concernant la consommation tabagique exacte, le questionnement sur un intervalle (« moins de 10 cig./jour » « entre 11 et 20 cig./jour », « entre 21 à 30 cig./jour », « plus de 30 cig./jour ») a été préféré car il permettait le calcul du score de Fagerström simplifié(65-69 ; 72-75). Mais cela a été une source d'imprécision quant à la quantification de l'évaluation de la diminution ou de l'augmentation de la consommation tabagique.

##### ***Critique sur la définition de « tentative » dans le questionnaire initial***

Une tentative de sevrage est définie par un arrêt d'au moins 7 jours dans nos critères. Mais il n'est pas sûr que cette notion ait été aussi claire lors de la déclaration par les patients du nombre de tentatives antérieures dans le questionnaire initial. En effet, cette question s'appuie sur le sens commun donné à une tentative de sevrage : « *combien de fois ai-je déjà essayé d'arrêter de fumer ?* ». Selon les personnes il a pu s'agir de compter même les tentatives avec un engagement modeste, d'où une déclaration de 100 tentatives pour un patient. Pour d'autres, il a pu s'agir de ne compter que les tentatives avec un accompagnement. Toutefois, ce biais existe dans tous les groupes de façon identique et cette caractéristique réfère donc plus à une réalité vécue plus qu'à une réalité objective.

### **Test de Fagerström abrégé ou mini-test**

Même si l'utilisation de ce test pour évaluer la dépendance est très répandue, elle ne fait pas consensus auprès des professionnels, **notamment du fait de ses faibles qualités psychométriques(135)**, il aurait probablement été un élément important à recueillir initialement, pour évaluer une éventuelle diminution de ce score suite à l'intervention du programme. En effet, le risque de rechute à l'arrêt du tabac est plus important si les scores aux tests sont élevés, et nous aurions éventuellement pu l'objectiver dans cette étude(31). Mais, nous avons signalé que le QAA est le support pour construire un Plan Personnalisé de Santé, et doit s'intégrer dans la pratique réelle, en dehors d'une dimension d'étude. Il s'est agi pour nous de récupérer des données nous paraissant intéressantes, sans avoir la maîtrise du contenu.

### **Critique sur la définition de la précarité dans l'étude**

Notre définition de la précarité professionnelle peut être soumise à la critique. Cependant, la précarité est une donnée multidimensionnelle, et nous avons fait ce choix car il semblait le plus accessible.

### **Critique sur le repérage d'une comorbidité psychiatrique**

Le sevrage tabagique est souvent d'une extrême difficulté en cas de pathologie psychiatrique associée(34), et nous n'avons que peu exploré ce versant.

### ***Repérage d'un état dépressif***

L'absence de réévaluation d'éléments en faveur d'un état dépressif est l'une des grandes faiblesses de notre étude.

En effet, la dépression constitue la comorbidité psychiatrique la mieux documentée dans le cadre du sevrage tabagique. Ainsi la prévalence du tabagisme est plus élevée parmi les patients souffrant de dépression majeure. De même, selon Glassman *et al.*, le pourcentage de troubles dépressifs majeurs est deux fois plus élevé chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs ; de plus, **les fumeurs ayant un antécédent de dépression majeure ont deux fois moins de chance d'arrêter de fumer que ceux ne présentant pas cet antécédent(136)**.



De surcroît, l'arrêt du tabac peut induire une recrudescence des troubles dépressifs. Ainsi le risque d'épisode dépressif majeur est augmenté au cours des 6 mois suivant l'arrêt du tabac.

#### *Prise en compte de l'anxiété*

Cette donnée faisait partie des éléments ne donnant pas de résultats contributifs à l'étude de par leur hétérogénéité et leur manque de cohérence, et n'ont donc pas été exposés dans cette thèse.

Dans la littérature, les relations entre troubles anxieux et tabagisme semblent complexes. Il a longtemps été admis que la consommation de tabac permettait à certains fumeurs de contrôler leur anxiété en agissant comme une forme d'automédication(34). Toutefois, les troubles anxieux apparaissent le plus souvent après le début du tabagisme. Il semble également que l'arrêt du tabac puisse s'accompagner d'une amélioration de l'anxiété.

Malgré la persistance de débats concernant les liens physiopathologiques entre consommation de tabac et troubles anxieux, il semble établi que les fumeurs présentant ce type de troubles ont plus de difficultés à s'arrêter de fumer. Dès lors, selon les recommandations de l'AFSSAPS, il convient de rechercher les troubles anxieux et dépressifs (par des questionnaires comme l'HAD) avant de débiter un sevrage tabagique et de les prendre en charge(34). En pratique, ceci est exceptionnellement réalisé en médecine générale, et plutôt réservé aux sevrages tabagiques complexes en centre spécialisé.

### **3.5.3. Limites liées à l'échantillonnage initial**

#### **Critique de la procédure d'inclusions**

Un biais de sélection a pu affecter les inclusions, par l'intermédiaire de plusieurs modalités :

- **Le choix pour le patient sollicité de participer ou pas** en est un premier. Nous n'avons pas pu quantifier réellement les refus de participer au protocole avant l'inclusion initiale ;
- On peut supposer que les patients n'ont pas été sélectionnés vraiment au hasard par les médecins, mais les jours où il était plus facile d'y penser, et peut-être à des patients plus réceptifs ;

- L'échantillonnage initial aurait dû se faire de manière systématique par les médecins, car il fallait un échantillon représentatif des fumeurs consultant leur médecin. Cette consigne a dû être appliquée avec bonne volonté, mais on observe que le nombre de patients inclus est très différent d'un médecin à l'autre ;
- L'« oubli de l'étude » des patients en est un autre. Un nombre certain de patients, que nous n'avons pas quantifié, semblait ne se rappeler ni de leur démarche initiale de sevrage tabagique, ni d'avoir répondu au questionnaire. De ce fait, il a été difficile de les faire adhérer à la réponse au questionnaire téléphonique.

### **Réduction de l'échantillon interrogé**

La réduction de l'échantillon interrogé (101 patients au lieu de 230 ayant rempli le QAA initial) du fait d'une impossibilité d'inclure suffisamment de patients dans les délais impartis, du fait des refus de patients à répondre au questionnaire téléphonique (perte d'intérêt ou pas de temps à accorder à cette enquête téléphonique).

Ce phénomène est à l'origine d'une diminution de la puissance de l'étude. Il pourrait également avoir faussé les résultats par la sélection d'une proposition plus forte de l'arrêt du tabac parmi les répondants, liée à leur plus forte motivation sur un sujet qui les concerne. En effet, parmi les patients souhaitant sortir de l'étude, une majorité avait rechuté.

### **Limites liées à la période d'étude :**

Cette étude ayant été réalisée lors d'une période de médiatisation du phénomène de « *binge drinking* », on ne peut pas exclure l'influence de cette médiatisation sur les résultats concernant les abus occasionnels. Il semble par contre difficile d'attribuer ce résultat à un biais de sélection étant donné la comparabilité des patients répondeurs et non répondeurs au questionnaire téléphonique concernant ce critère d'« abus occasionnel d'alcool ».

#### **3.5.4. Limites méthodologiques**

##### **Absence de supervision directe**

La supervision par une tierce personne des entretiens téléphoniques, afin de s'assurer d'une homogénéité des entretiens téléphoniques n'a pas pu être réalisée faute de temps et de personnel disponible pour effectuer cette tâche.

##### **Confusion des données acquises par des méthodes différentes**

Les données acquises par l'auto-questionnaire initial et le questionnaire téléphonique sont utilisées parfois de façon conjointe et indifféremment.

L'interrogatoire des patients à l'aide d'un auto-questionnaire initial et à partir du questionnaire téléphonique a pu aboutir à des biais de mémorisation, ou à des erreurs liées à des difficultés de compréhension des questions.

##### **Biais de prévarication**

Ce biais a pu fausser nos résultats dans la mesure où nous ne pouvons pas garantir la sur ou la sous-estimation des données recueillies auprès des patients par l'un ou l'autre des questionnaires (QAA initial et questionnaire téléphonique).

##### **Biais d'information lié à l'enquêteur**

Ce biais intervenant lorsque l'enquêteur interroge différemment les individus selon leur statut, est induit par notre questionnaire de suivi où les patients fumeurs sont interrogés en partie différemment par rapport aux abstinents.

#### **3.5.5. Limites liées aux « catégories » de populations étudiées**

##### **Données sur les femmes enceintes ou les femmes souhaitant avoir un enfant.**

Des statistiques spécifiques à ce sous-groupe n'étaient pas possibles étant donné le faible échantillon. On remarquera cependant que nous retrouvons pour 13 cas sur 151 patientes un non-respect de la contre-indication absolue à la prescription d'un pilule contraceptive chez la femme fumeuse et migraineuse(137).

## **IV. Apports de l'étude**

---

Les limites vues précédemment pourraient rendre la population incluse peu représentative de la population générale, limiter l'interprétation des résultats d'une part, et engendrer un manque de puissance d'autre part.

Toutefois, peu de données existent en médecine générale et en France, et cette étude nous a permis d'observer des tendances intéressantes, dont un nombre conséquent de résultats significatifs sur le plan statistique.

Cette étude a été réalisée en situation naturelle, en dehors du contexte cadré mais contraignant d'un essai clinique. Les patients ont été ainsi inclus dans le cadre du suivi normal de PACT, par les médecins du réseau, et on se rapproche de la vraie vie. C'est un des points les plus positifs de notre travail, même si ceci alimente de nombreux biais.

Certaines des caractéristiques ainsi associées au sevrage tabagique en médecine générale pourraient être étudiées avec des groupes de patients plus importants, et une méthodologie permettant d'établir des liens de causalité.

Parmi ces tendances intéressantes, nous insisterons sur **les résultats statistiquement significatifs les plus intéressants.**

### ***Repérage précoce de la BPCO***

Le repérage précoce de la BPCO régresse dans les situations de modification de la consommation tabagique, et cette régression est significative pour le sous-groupe « changement durable ». Lors de l'évaluation avant/après, on constate une diminution du repérage positif à la BPCO dans tous les groupes marquant un changement de comportement dans le sens de la diminution ou de l'arrêt du tabagisme, alors que l'évolution est inverse dans les groupes comparés. Cette donnée est très intéressante car c'est un élément qui peut servir le Médecin Généraliste dans son accompagnement du patient, en lui faisant objectiver l'amélioration dans les items du repérage précoce de la BPCO. Ceci est d'autant plus pertinent que l'aspect motivationnel est important dans la démarche de sevrage tabagique.

### **Importance et confiance**

Dans notre évaluation motivationnelle, nous avons trouvé **une confiance significativement plus élevée, à l'inclusion, dans tous les sous-groupes associés à une modification du comportement tabagique**. Il existe donc une association forte entre la confiance et l'arrêt du tabac. Dans l'approche motivationnelle il nous semble donc important d'insister sur le renforcement de la confiance, en renouvelant les consultations, en adaptant les prises en charges au plus près des besoins et des représentations du patient, en renforçant le sentiment d'efficacité personnelle.

On observe une relation positive entre l'importance de la consommation tabagique initiale et la modification du comportement tabagique sans résultat significatif. Peut-être que de souligner l'évolution clinique respiratoire serait un élément renforçateur de l'importance de la modification du comportement tabagique.

### **Profils de patients**

Notre étude permet d'esquisser le profil des patients répondants le mieux au sevrage tabac : il s'agit d'un homme de 34-53 ans, bien inséré socialement, peu anxieux et dépressif, ne consommant pas de cannabis, ayant réalisé aux alentours de 4 démarches antérieures, pour qui l'évaluation de la confiance est forte, et pour lequel les signes cliniques de BPCO régressent vite au cours du sevrage.

### **Nombre de démarches antérieures**

**Le nombre moyen de démarches antérieures** est supérieur, pour l'ensemble des sous-groupes associés à une modification du comportement tabagique, avec une différence significative notable **lorsque l'arrêt est réalisé**.

### **Consommations d'alcool**

Concernant la **consommation d'alcool**, la proportion d'abuseurs occasionnels est moindre pour l'ensemble des patients répondants à l'enquête téléphonique par comparaison aux patients ayant répondu au QAA initial, ce qui traduit une diminution suite à la tentative de sevrage tabagique.

### ***État dépressif***

On retrouve une relation inverse entre le repérage initial d'un **état dépressif** et la modification du comportement tabagique, notamment chez les « abstinents » où nos résultats sont significatifs. Ceci confirme le fait qu'un dépistage et une attention particulière doit être apportée en terme de surveillance et de prise en charge des comorbidités psychologiques du patient suivi pour sevrage en Médecine Générale. Ceci est un enjeu majeur car un état dépressif peut survenir (même si cette possibilité n'a pas été explorée dans notre étude) dans les suites du sevrage tabagique d'autant plus chez un fumeur qui a des antécédents dépressifs (EDM).

## **V. Recommandations possibles pour une amélioration de la prise en charge**

---

### **5.1. Améliorations relatives à une meilleure prise en compte de la confiance des patients et de l'importance de l'arrêt du tabac**

Nous avons observé qu'il existe une association forte et positive entre la confiance et la modification de la consommation tabagique, ce qui n'est pas le cas pour l'importance. L'évaluation de la confiance des patients dans l'arrêt du tabac semble être un outil simple pour la prise en charge initiale et le suivi des patients de médecine générale souhaitant arrêter de fumer.

De plus, il ne semble pas inintéressant de travailler à terme sur les modalités de renforcement de la confiance, et comment mieux accompagner les patients sur ce point.

Il pourrait être intéressant également au vu des bons résultats de notre étude sur les changements objectifs recueillis lors du dépistage de la BPCO, d'insister sur l'amélioration respiratoire pour renforcer l'importance en insistant auprès des bénéficiaires objectifs du sevrage.

## **5.2. Objectiver l'amélioration de la fonction respiratoire**

**L'arrêt du tabac fait reculer la morbi-morbidité associée au tabagisme et nous avons apporté quelques éléments étayant ce fait dans cette étude faite, auprès de patients de Médecine Générale, notamment pour ce qui concernait les signes en rapport avec un repérage précoce de la BPCO.** Il pourrait être intéressant de conforter ce constat par une donnée plus objective telle que la mesure du VEMS. En effet, plusieurs essais comparatifs prospectifs ont mis en évidence que l'arrêt de l'intoxication tabagique était le moyen le plus efficace pour ralentir la dégradation du VEMS et ramener sa diminution, normale avec l'âge, au niveau de celle des non-fumeurs(138). **Un VEMS dégradé peut constituer une motivation à l'arrêt du tabac, et l'amélioration des signes cliniques de BPCO et la stabilisation du VEMS un encouragement à maintenir cet arrêt.**

## **5.3. Exploiter les résultats du repérage précoce de la BPCO**

La BPCO, est une maladie souvent non diagnostiquée (ou tardivement), et le sevrage du tabac est le moyen le plus efficace pour éviter cette maladie ou ralentir son évolution(139). Il faudra donc profiter d'un repérage positif pour orienter un patient vers la réalisation d'une Épreuve Fonctionnelle Respiratoire (EFR), et poser un éventuel diagnostic. La notion d'importance, le plus souvent virtuelle, sur ses pathologies potentielles non encore vécues, se trouvent ainsi concrétisées dans la situation personnelle du patient : *« ça n'arrive pas qu'aux autres... »*

## **5.4. Amélioration de l'évaluation des co-addictions : cannabis, alcool et tabac.**

### **5.4.1. Données sur la consommation d'alcool :**

Les critères utilisés pour distinguer les patients consommateurs d'alcool peuvent être insuffisants pour dépister tous les consommateurs à risque et notamment les dépendants. Mais le QAA n'est qu'un des éléments de la démarche. Il s'agit de repérer une population à risque et de proposer ensuite au médecin traitant de procéder à un repérage plus approfondie, grâce au questionnaire FACE(140). Nous n'avons pas de données montrant l'utilisation réelle de ce questionnaire par les médecins.

#### **5.4.2. Données sur la consommation de cannabis**

Le frein au sevrage tabagique devrait être considéré comme l'un des plus grands risques du cannabis (111). Le sevrage tabagique doit donc inclure la prise en charge de la consommation de cannabis(141)(142), mais **le cannabis est perçu à tort comme plus naturel, moins nocif et moins addictif que le tabac par les utilisateurs(112)**. Il s'agit de changer les représentations des médecins comme des patients.

#### **5.5. Améliorations par le recueil de la cause d'une reprise de la consommation tabagique**

Le recueil d'une cause à la reprise de la consommation tabagique aurait pu nous être utile dans l'explication de résultats paradoxaux (expl: prises de poids paradoxales), mais également afin d'améliorer la prise en charge du patient car certaines causes des reprises pourraient éventuellement être prises en charge dans le cadre de l'amélioration du programme. En pratique, les médecins du réseau sont formés à la gestion de la rechute, et doivent abordés le cognitif et le comportemental sous-tendant la rechute. En pratique quotidienne, il a été choisi de laisser le professionnel agir à sa guise sans paperasses complémentaires.

##### **5.5.1. Évaluation de l'impact du coût de la substitution du tabac**

Les experts s'accordent pour dire que le coût des traitements est un frein à l'initiation d'un sevrage tabagique(27), nous ne nous en sommes pourtant pas préoccupé alors que cette donnée aurait été intéressante, notamment du fait de la médiatisation actuelle de la cigarette électronique.

Ce point a déjà été souligné plusieurs fois dans les différents rapports et recommandations antérieurs (conférence de consensus de l'Anaes de 1998 sur l'arrêt de la consommation de tabac(104), plan cancer 2009-2013(21), rapport de l'Igas de 2011(143)). En 2007, après une évaluation des programmes et politiques de santé publique, la HAS concluait que la prise en charge financière des thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique ayant fait la preuve de leur efficacité apparaissait justifiée, sur des critères cliniques et économiques(7).



Les experts intervenant en centre de soins/hospitaliers avec délivrance gratuite des traitements aux patients rapportent une adhésion supérieure aux traitements par rapport à la médecine de ville(27).

#### **5.5.2. Évaluation et prise en charge de la consommation tabagique du conjoint**

La persistance de la consommation tabagique du conjoint est un facteur limitant et bien connu de l'échec de la modification du comportement tabagique. Il pourrait être intéressant de recueillir cet élément et d'insister- sur la prise en charge concomitante du conjoint.

#### **5.6. Améliorations par le recueil des bénéfices ressentis pouvant être attribués à la cessation du tabagisme**

Il pourrait être intéressant d'introduire dans le questionnaire une ou plusieurs questions relative aux bénéfices ressentis pouvant être attribués à la cessation du tabagisme (économie d'argent, amélioration du goût et de l'odorat, amélioration respiratoire, meilleure haleine...)(120-126). En effet, souligner ces bénéfices, pourrait permettre d'améliorer et/ou d'entretenir la motivation des patients.

#### **5.7. Etudes ultérieures**

Lors de travaux ultérieurs, il pourrait être intéressant d'explorer les éléments aidant le médecin généraliste dans la création et le maintien de la motivation à arrêter le tabac chez les patients qui consultent dans le cadre d'une démarche de sevrage tabagique, dans des thématiques comme : « le tabac et les facteurs de risque cardio-vasculaires », « le tabac et la BPCO »...

Afin de prendre en compte les obstacles à la réussite d'une démarche de sevrage tabagique, et de par la relation de confiance particulière qui peut s'instaurer entre le Médecin Généraliste et « son » patient, il pourrait être intéressant d'étudier les craintes « cachées » telles que la prise de poids, de la survenue d'un syndrome de sevrage... Ceci pourrait donner des arguments aux médecins afin d'améliorer la prise en charge des patients rentrant dans une démarche de sevrage(144).

# CONCLUSION

---

Le Programme d'Accompagnement au Changement du fumeur de Tabac (PACT) mis en place par le réseau AGIR 33, utilise un Questionnaire auto-administré (QAA) remis par le Médecin Généraliste aux patients souhaitant arrêter de fumer. Ce QAA recueille des caractéristiques bio-psycho-sociales dont les associations possibles avec les changements de comportements tabagiques devaient être étudiées. Les résultats donc ont été obtenus à partir d'une procédure qui est en place, et qui n'a pas été conçue comme une étude mais pour produire un PPS, et le QAA téléphonique a été conçu en tenant compte de cette contrainte. Cependant, la richesse et l'originalité des résultats résident dans le fait qu'ils ont été obtenus dans une situation naturelle par des Médecins Généralistes.

A plus de 6 mois de suivi 33,7% des patients du PACT (ou 14,8 % lorsque nous considérons l'ensemble des 230 patients) sont abstinents, 17,8% des patients n'ont pas réussi à arrêter de fumer au moins 7 jours, et 21,9% avaient diminué durablement leur consommation. Nous avons pu identifier certaines caractéristiques évoluant favorablement et encourageant le maintien de l'abstinence, mais aussi certaines caractéristiques évoluant défavorablement suite au sevrage et favorisant la rechute. Les résultats les plus marquants résidaient dans la diminution du nombre de repérages positifs de la BPCO ainsi que dans l'importance de la confiance dans le changement de comportement tabagique.

Malgré les changements positifs constatés dans le projet PACT, il est difficile dévaluer la part de bénéfice attribuable à la méthodologie spécifique de ce projet. On peut penser qu'il s'agit d'un appui, utile à certains patients, mais pas à tous, au travers du développement du PPS. Il permet une prise de conscience de la part du médecin et du patient des caractéristiques bio-psycho-sociales associées à l'arrêt du tabac.

On ne peut sous-estimer le fait qu'une minorité des patients fumeurs rencontrés en médecine générale ont accédé à PACT. Le questionnaire devant être reproduit régulièrement, une très faible proportion des patients inclus ont retourné les

questionnaires suivants. Malgré des résultats encourageants, et un investissement important, il ne semble pas que cette méthode soit adoptée par la plupart des patients. Ceci traduit une efficacité plutôt faible. Le réseau a ainsi décidé d'explorer d'autres pistes pour un projet plus efficace, à même d'impliquer plus de patients pour un coût moindre.

# BIBLIOGRAPHIE

---

1. Hill C. Épidémiologie du tabagisme. Rev Prat. 2012 Mar 20;
2. Grogan S, Fry G, Gough B, Conner M. Smoking to stay thin or giving up to save face? Young men and women talk about appearance concerns and smoking. Br J Health Psychol. 2009;(14):175-86.
3. Loi Evin relative à la lutte contre le tabagisme. 91-32 Jan 10, 1991.
4. Legleye S, Spilka S, Beck F. Le tabagisme des adolescents en France suite à la récente hausse des prix. Institut de Veille Sanitaire BEH 2006; 21-22:150-152.
5. Plan Stratégique Régional de Santé. Agence Régionale de Santé Aquitaine; 2010.
6. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004 Jun 26;328(7455):1519.
7. Stratégies thérapeutiques d'aides au sevrage tabagique - Efficacité, efficacité et prise en charge financière. HAS - Haute autorité de santé; 2007.
8. ESCAPAD 2000, 2002, 2003, 2005, 2008, 2011 : Enquête sur la santé et les consommations de produits licites ou illicites lors de la journée Défense et Citoyenneté. OFDT- Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies / DCSN - Direction centrale du service national;
9. ESPAD 2003, 2007, 2011: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Swedish council for information on alcohol and other drugs - CAN / Institut national de la santé et de la recherche médicale - INSERM-U472 / OFDT / ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de la Vie associative;
10. Doll. Baromètre santé 2010. Paris: INPES - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2004.
11. Baromètre santé 2005. INPES - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2006 Mar p. 170.
12. Registre national des causes de décès (INSERM-Cépi-DC, exploitation OMS -WHO global report:mortality attributable to tobacco).
13. Evolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. INSERM - Institut Gustave-Roussy - InVS; 2007.
14. Hill C, Jouglu E, Beck F. Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme. InVS - Institut national de Veille Sanitaire; 2010 mai.
15. Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 RELATIVE A LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME. 76-616 juillet, 1976.
16. Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.
17. Loi no 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. 94-43 Jan 18, 1994.
18. Loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes. 2003-715 juillet, 2003.
19. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
20. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006-1386 Nov 15, 2006.

21. Le plan cancer 2009-2013 [Internet]. INCa - Institut national du cancer; 2009. Consultable à l'URL : [http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc\\_download/4787-](http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/4787-)
22. Le plan cancer 2014-2019 [Internet]. INCa - Institut national du cancer; 2014 Février p. 152. Consultable à l'URL : <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/2755-plan-cancer/8644-lancement-du-plan-cancer-2014-2019>
23. Michaud P, Fouilland P, Gremy I, Klein P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. *Rev Prat Médecine Générale*. 2003;(611):605-8.
24. Baudier F, Joussant S. Prise en charge des problèmes d'addiction tabac et alcool. Vanves: CFES; 2000 p. 95-107.
25. Castera P. Comment identifier et évaluer la conduite de polyconsommation et ses conséquences au plan médico-psychosocial ? Approche spécifique par le médecin généraliste. *Alcoologie Addictologie*. 2007;29(4):370-6.
26. Fournier C, Buttet P, Lelay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale [Internet]. INPES - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé Rechercher; 2009. Consultable à l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/prevention-EPS-ETP.asp>
27. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du repérage au maintien de l'abstinence - Actualisation des recommandations de l'Afssaps de 2003 [Internet]. 2012. Consultable à l'URL : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac\\_-\\_note\\_de\\_cadrage.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/arret_de_la_consommation_de_tabac_-_note_de_cadrage.pdf)
28. Projet ITC. Rapport national ITC France. Paris, France: Université de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut national du cancer (INCa); 2011 Oct.
29. Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac [Internet]. Genève: OMS - Organisation Mondiale de la Santé; 2003. Consultable à l'URL : [http://www.who.int/fctc/text\\_download/fr/index.html](http://www.who.int/fctc/text_download/fr/index.html)
30. Jacquat D, Touraine J. La lutte contre le tabagisme : quinze propositions pour répondre à un enjeu majeur de santé publique. Rapport pour le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques. 2013 Février.
31. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence. HAS - Haute autorité de santé; 2013 Oct.
32. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. *Addict Abingdon Engl*. 1999 Jan;94(1):125-32.
33. Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 May 31;
34. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Saint Denis: Afssaps - Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé; 2003.
35. Beck F, Guignard R, Richard J, Tovar M, Spilka S. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. 2011 Juin;(76). Consultable à l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/Tendances%2076%20-%20BaroVF.pdf>
36. Gollust SE, Schroeder SA, Warner KE. Helping smokers quit: understanding the barriers to utilization of smoking cessation services. *Milbank Q*. 2008 Dec;86(4):601-27.

37. Roux J. Elaboration et expérimentation d'un questionnaire auto-administré motivationnel au sevrage tabagique en soins primaires. [Thèse Médecine]. [Bordeaux]: Bordeaux Ségalen; 2012.
38. Augere F. Impact du Délégué Santé Prévention en médecine générale : étude comparative médecins visités versus médecins non visités [Thèse Médecine]. [Bordeaux]: Bordeaux Ségalen; 2010.
39. Labat Y. Sevrage du patient alcoolo-dépendant et information du médecin traitant [Thèse Médecine]. [Bordeaux]: Bordeaux Ségalen; 2008.
40. Verten AG. L'addiction : maladie emblématique de notre temps. Etude de l'addiction au tabac. Evaluation dans la lutte contre le tabagisme : un partenariat [Thèse Pharmacie]. [Bordeaux]: Bordeaux Ségalen; 2007.
41. Desaulty-Cluzan. Le Délégué Santé Prévention : étude de faisabilité en médecine générale à Bordeaux [Thèse Médecine]. [Bordeaux]: Bordeaux Ségalen; 2007.
42. Maurat F. Mésusages d'alcool : repérage précoce et intervention brève. Etude de faisabilité auprès de 97 médecins généralistes girondins sur une année [Thèse Médecine]. [Bordeaux]: Bordeaux Ségalen; 2006.
43. Gonneau A. L'arrêt du tabac : facettes et facteurs contextuels [Mémoire Master 2 de Santé Publique]. [Bordeaux]: Bordeaux Ségalen; 2013.
44. Barotin M. Prévention « Zéro alcool pendant la grossesse », qu'en est-il aujourd'hui : étude transversale sur une population de femmes en suites de couches [Mémoire Sage-femme]. [Bordeaux]: Bordeaux Ségalen;
45. Lherm P. Place du médecin traitant dans le parcours du patient fumeur. Réseaux addictions : quelles réponses ? L'expérience du réseau addictions Gironde (AGIR 33) [Mémoire DIU de tabacologie]. [Bordeaux]: Bordeaux Ségalen; 2008.
46. Castera P. Le dispositif de proximité. In : collectif : rapport sur les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. Paris: MILDT; 2013. 107 p.
47. Couteron J, Castera P. Le repérage précoce et l'intervention brève. In : collectif : rapport sur les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. MILDT. Paris; 2013. 104-6 p.
48. Castera P. Réseau addictions Gironde (AGIR 33). *Sociol Santé*. 2008;231-9.
49. Castera P. Repérage précoce et intervention brève : 5 minutes pour convaincre. *Addictions*. 2008;(22):10-5.
50. Castera P, Maurat F, Fleury B, Demeaux J. Peut-on repérer en routine les mésusages d'alcool ? *Médecine*. 2007;3(7):330-3.
51. Demeaux J, Desaulty L, Meurant C, Castera P. Délégué Santé Prévention : pour que le généraliste ne soit pas seul devant l'addiction. *Médecine*. 2007;3(8):378-81.
52. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012;107(6):1066-73.
53. Karsenky S. Déterminants sociaux dans la dépendance du tabac. CNRS Nantes, Laboratoire "Droit et changement social";
54. Noël Y. Facteurs de pronostic de l'arrêt du tabac. Université de Rennes, Laboratoire de psychologie expérimentale.;
55. Markham WA, Bridle C, Grimshaw G, Stanton A, Aveyard P. Trial protocol and preliminary results for a cluster randomised trial of behavioural support versus brief advice for smoking cessation in adolescents. *BMC Res Notes*. 2010 Dec 14;3(1):336.

56. Costes J, Le Nézet O, Spilza S. Enquête EROPP. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (199-2008). OFDT. 2010 Août [consulté le 4 janvier 2013]; Consultable à l'URL : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend71.html>
57. Denis C, Bouyer S, Gaffet A. Anthropologie du tabac. L'Harmattan. 1997.
58. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Tabagisme : de la dépendance au sevrage. Médecine. 2007 Juin;3(6):267-72.
59. Godin G. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. Sci Soc Santé. 1991;9(1):67-94.
60. Legeron P, Azoulaï G, Lagrue G, Pelissolo S, Humbert R, Renon D, et al. La motivation du fumeur à l'arrêt du tabac : Bases conceptuelles et principes permettant l'élaboration d'un questionnaire d'évaluation. J Thérapie Comport Cogn. 11(2):53-61.
61. Vannobel R, Dépinoy D, Masure M. L'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale. Etude de pratique qualitative et prospective sur 24 patients. 2006 Mar;(77):54-60.
62. Howe N, Strauss W. Millennials rising: the next great generation /by Neil Howe and Bill Strauss ; cartoons by R.J. Matson. New York: Vintage Books; 2000.
63. Strauss W, Howe N. Generations: the history of America's future, 1584 to 2069. New York: Quill; 1991.
64. Dupont P, Masi B. Préparation à l'arrêt du tabac : 5 étapes. Rev Prat. 2003 Dec 15;(635).
65. Prescrire Rédaction. Conséquences du tabagisme en bref. Rev Prescrire [Internet]. 2011;(332). Consultable à l'URL : [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)
66. Perriot J, Underner M, Doly-Kuchcik L. Tabac : quels risques pour la santé ? Rev Prat. 2012;62(333).
67. Thomas D. Tabagisme et maladies cardiovasculaires. Rev Prat. 2012;62(339).
68. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. BMJ. 2005 Oct 15;331(7521):884.
69. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991 Sep;86(9):1119-27.
70. Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. Addict Abingdon Engl. 1999 Feb;94(2):269-81.
71. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: WHO - World Health Organization; 1995.
72. Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. <http://lectures.revues.org> [Internet]. [consulté le 18 février 2014]; Consultable à l'URL : <http://lectures.revues.org/7835>
73. Hill C. Pour en finir avec les paquets/années. Rev Mal Respir. 1994;9(6):573-4.
74. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983 Jun;51(3):390-5.
75. DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and stages of change in addiction treatment. Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict. 2004 Apr;13(2):103-19.

76. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*. 2012 Jun 14;366(24):2257–66.
77. Bouchard P, Spira A, Ville Y, Conard J, Sitruk-Ware R. Contraception orale et risque vasculaire. *Académie Nationale de Médecine*; 2013 février.
78. Prescrire Rédaction. Patients en cours de sevrage tabagique. *Rev Prescrire*. 2007;27(290).
79. Prescrire Rédaction. Sevrage tabagique. Idées-Forces Prescrire [Internet]. 2007. Consultable à l'URL : [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)
80. Société française d'alcoologie. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique, pour quel patient ? Sur quel critère ? Texte court. *Alcoologie Addictologie*. 2001;23(4 suppl.):67–75.
81. Ménard C, Baudier F, Voirin N, Dressen C, Arwidson P, Gautier A. La santé en chiffres : alcool [Internet]. Vanves: CFES, CNAMTS, Direction générale de la santé; 2001 p. 39. Consultable à l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/435.pdf>
82. Hughes JR. Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol/drug problems. *J Subst Abuse Treat*. 1993 Apr;10(2):181–7.
83. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addict Abingdon Engl*. 1993 Jun;88(6):791–804.
84. Doyle SR, Donovan DM, Kivlahan DR. The factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *J Stud Alcohol Drugs*. 2007 May;68(3):474–9.
85. Selin KH. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): what does it screen? Performance of the AUDIT against four different criteria in a Swedish population sample. *Subst Use Misuse*. 2006;41(14):1881–99.
86. O'Donnell DE, Hernandez P, Kaplan A, Aaron S, Bourbeau J, Marciniuk DD, et al. Recommandations de la Société canadienne de thoracologie au sujet de la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique – Mise à jour de 2008 – Points saillants pour les soins primaires. *Can Respir J*. 2008 Jan;15(SA):1A–8A.
87. Viswesvaran C, Schmidt FL. A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *J Appl Psychol*. 1992 Aug;77(4):554–61.
88. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: A systematic review. *Arch Intern Med*. 2008 Oct 13;168(18):1950–60.
89. Aliaga C. Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. *INSEE Première*. 2002 Oct;(869):4.
90. Giraud F. Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur tabagisme ? [Internet]. *Socio-Voce*. 2009 [consulté le 15 septembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://sociovoce.hypotheses.org/37>
91. Guignard R, Beck F, Richard J, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Inpes. Saint-Denis; 2013. 56 p.
92. Arwidson P, Léon C, Lydié N, Wilquin J-L, Guilbert P. Évolutions récentes de la consommation de tabac en France. *BEH*. 2004;(22-23):95–6.
93. Hill C. L'augmentation du prix du tabac : une mesure de santé publique. *BEH*. 2003;(22-23):105–6.



94. Cusset P-Y. L'effet des « taxes comportementales ». Revue (non exhaustive) de la littérature. Commissariat Général à la stratégie et à la prospective; 2013 Jan p. 27.
95. Sciamanna CN, Hoch JS, Duke GC, Fogle MN, Ford DE. Comparison of Five Measures of Motivation to Quit Smoking Among a Sample of Hospitalized Smokers. *J Gen Intern Med.* 2000 Jan;15(1):16-23.
96. Cornuz J, Humair J-P, Zellweger J-P. Désaccoutumance au tabac. *Schweiz Med Forum.* 2004;(4):356-68.
97. Perriot, J, Llorca P, Boussiron D, Schwan R. Tabacologie et sevrage tabagique. Paris: John Libbey Eurotext; 2003.
98. Lagrue G. Arrêter de fumer. Paris: Odile Jacob; 2001.
99. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir.* 2006 février;23(sup1):85-104.
100. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addict Abingdon Engl.* 1993 Aug;88(8):1127-35.
101. Expertise collective : tabac. Comprendre la dépendance pour agir. Éditions Inserm. Paris; 2001.
102. Friedman GD, Tekawa I, Klatsky AL, Sidney S, Armstrong MA. Alcohol drinking and cigarette smoking: an exploration of the association in middle-aged men and women. *Drug Alcohol Depend.* 1991 May;27(3):283-90.
103. Aubin H, Tilikete S, Rouillet-Volmi M, Barrucand D. Interrelations entre les dépendances alcoolique et tabagique. *Alcoolologie.* 1995;(17):281-6.
104. Agence National d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Editions Médicales et Scientifiques; 1998.
105. Amos A, Wiltshire S, Bostock Y, Haw S, McNeill A. "You can't go without a fag...you need it for your hash"--a qualitative exploration of smoking, cannabis and young people. *Addict Abingdon Engl.* 2004 Jan;99(1):77-81.
106. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Sawyer SM, Lynskey M. Reverse gateways? Frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addict Abingdon Engl.* 2005 Oct;100(10):1518-25.
107. Van der Kooy F, Pomahacova B, Verpoorte R. Cannabis smoke condensate I: the effect of different preparation methods on tetrahydrocannabinol levels. *Inhal Toxicol.* 2008 Jul;20(9):801-4.
108. Ream GL, Benoit E, Johnson BD, Dunlap E. Smoking tobacco along with marijuana increases symptoms of cannabis dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2008 Jun 1;95(3):199-208.
109. Hight G. The role of cannabis in supporting young people's cigarette smoking: a qualitative exploration. *Health Educ Res.* 2004 Dec 1;19(6):635-43.
110. Akre C, Michaud P-A, Berchtold A, Suris J-C. Cannabis and tobacco use: where are the boundaries? A qualitative study on cannabis consumption modes among adolescents. *Health Educ Res.* 2010 Feb;25(1):74-82.
111. Ford DE, Vu HT, Anthony JC. Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample. *Drug Alcohol Depend.* 2002 Aug 1;67(3):243-8.
112. Jacot Sadowski I. Consommation conjointe cigarette et cannabis-Quelles implications pour le sevrage ? 2009 Mar 12; Policlinique médicale universitaire, Lausanne.

113. Lycett D, Munafò M, Johnstone E, Murphy M, Aveyard P. Associations between weight change over 8 years and baseline body mass index in a cohort of continuing and quitting smokers. *Addiction*. 2011;106(1):188–96.
114. Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annu Rev Clin Psychol*. 2012;8:161–87.
115. Lasser K, Boyd J, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 2000 Nov 22;284(20):2606–10.
116. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Nov;61(11):1107–15.
117. Breslau N, Johnson EO. Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *Am J Public Health*. 2000 Jul;90(7):1122–7.
118. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA J Am Med Assoc*. 1994 Nov 16;272(19):1497–505.
119. Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med*. 2002 Sep 1;166(5):675–9.
120. Warner KE, Smith RJ, Smith DG, Fries BE. Health and economic implications of a work-site smoking-cessation program: a simulation analysis. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. 1996 Oct;38(10):981–92.
121. Javitz HS, Swan GE, Zbikowski SM, Curry SJ, McAfee TA, Decker D, et al. Return on investment of different combinations of bupropion SR dose and behavioral treatment for smoking cessation in a health care setting: an employer’s perspective. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2004 Oct;7(5):535–43.
122. Les bénéfiques à l’arrêt [Internet]. Office français de prévention du tabagisme. [consulté le 6 janvier 2014]. Consultable à l’URL : <http://www.ofta-asso.fr/index.php/espace-fumeur-et-famille/ce-que-vous-devez-savoir-sur-le-tabac/des-benefices-a-larret-immediat>
123. Les bénéfiques de l’arrêt du tabac [Internet]. Tabac-info-service.fr. [consulté le 6 janvier 2014]. Consultable à l’URL : <http://www.tabac-info-service.fr/Mes-Fiches-Pratiques/Les-benefices-de-l-arret-du-tabac>
124. Yamina G, Ayat A, Lazili H, Saari B. HALITOSE: ORIGINE, CLASSIFICATION ET TRAITEMENT. *Int Arab J Dent* [Internet]. 2014 May 2 [consulté le 1 juin 2014];5(2). Consultable à l’URL : <http://ojs.usj.edu.lb/ojs/index.php/iajd/article/view/159>
125. Bornstein M, Klingler K, Saxer U, Walter C, Ramseier C. Altérations de la muqueuse buccale associées au tabagisme. *Rev Mens Suisse Odontostomato*. 2006 Dec;16:1270–4.
126. ZENOU N. Migraine et tabac (enquête prospective en médecine générale auprès de 150 patients migraineux). 2005.
127. Clair C, Rigotti NA, Porneala B, Fox CS, D’Agostino RB, Pencina MJ, et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. *JAMA J Am Med Assoc*. 2013 Mar 13;309(10):1014–21.
128. Clark MM, Hurt RD, Croghan IT, Patten CA, Novotny P, Sloan JA, et al. The prevalence of weight concerns in a smoking abstinence clinical trial. *Addict Behav*. 2006 Jul;31(7):1144–52.

129. Résultats de la Campagne Nationale de Mensuration [Internet]. Paris: IFTH - Institut Français du textile et de l'habillement; 2006 février p. 36. Consultable à l'URL : [http://www.ifth.org/innovation-textile/upload/Image/IFTH\\_DossierdePresse\\_Mensurations\\_Adultes.pdf](http://www.ifth.org/innovation-textile/upload/Image/IFTH_DossierdePresse_Mensurations_Adultes.pdf)
130. Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert P. La dépression en France. Enquête Anadep 2005. INPES - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2009 p. 208.
131. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA J Am Med Assoc.* 2000 Nov 22;284(20):2606–10.
132. McClave AK, Dube SR, Strine TW, Kroenke K, Caraballo RS, Mokdad AH. Associations between smoking cessation and anxiety and depression among U.S. adults. *Addict Behav.* 2009 Jul;34(6-7):491–7.
133. Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø H-M, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 2008 Mar;23(2):77–84.
134. Julia C, Salanave B, Binard K, Deschamps V, Vernay M, Castetbon K. Biais de déclaration du poids et de la taille chez les adultes en France : effets sur l'estimation des prévalences du surpoids et de l'obésité. *BEH [Internet].* 2010 Mar 2;(8). Consultable à l'URL : [http://opac.invs.sante.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=453](http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=453)
135. Tabac : comprendre pour agir. Paris, France: INSERM - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale; 2004.
136. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA J Am Med Assoc.* 1990 Sep 26;264(12):1546–9.
137. Vahedi K, Tzourio C, Bousser M-G. Migraine et ischémie cérébrale. *MT Cardio.* 2007 Mar;3(2):148–55.
138. Postma D, Vermeire P. The natural history of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Resp Mon.* 1998;7(3):74–83.
139. Tashkin DP, Murray RP. Smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med.* 2009 juillet;103(7):963–74.
140. Dewost A, Michaud P, Arfaoui S, Gache P, Lancrenon S. FACE, Fast alcohol consumption evaluation : a screening instrument adapted for French General Practitioners. *ACER.* 2006 Nov;30(11):1889–95.
141. Gillet C. Tabac, alcool et cannabis. *Alcool Addictol.* 2007;(29):390–7.
142. Reynaud M. *Traité d'Addictologie.* Flammarion. Paris; 2006.
143. Moleux M, Schaetzl F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. *Igas - Inspection générale des affaires sociales;* 2011.
144. Errard-Lalande G. L'accompagnement au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir.* 2005 décembre;22(6-C2):15–26.

# ANNEXE 1



## Auto questionnaire « sevrage » PROJET P.A.C.T. Programme d'Accompagnement au Changement du fumeur de Tabac Version 2 (01 Janvier 2011)

### Données administratives du médecin ayant remis le questionnaire

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Département : | | |

Date : | | / | | / | | | | | | Signature du médecin

### Données administratives du patient

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : | | | | | | Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe\* : | | | | | | | | | | Téléphone portable\* : | | | | | | | | | |

Mail\* : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N° Insee (sécurité sociale) : | | | | | | | | | | | | | |

Sexe :  Femme  Homme Date de naissance : | | / | | / | | | | | |

### Êtes-vous dans une des situations suivantes?

Recherche d'emploi  Invalidité  RSA/CMU

\* Renseignements non obligatoires

### Données administratives du médecin traitant si différent

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Département : | | |

### Bilan tabagique

(Cochez les cases correspondant aux réponses vous concernant)

A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? | | | | ans

A quel âge avez-vous commencé à fumer tous les jours ? | | | | ans

Combien de fois avez-vous essayé d'arrêter de fumer ? | | | | fois

Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ? | | | | cigarettes

Pendant combien d'années avez-vous fumé ?

Plus de 40 années  Entre 20 et 40 années  Moins de 20 années

A combien chiffrez-vous l'importance, pour vous, d'arrêter de fumer, entre 0 et 10 (0 = par important du tout et 10 = importance maximale) | | | |

A combien chiffrez-vous votre confiance dans les chances d'y arriver, entre 0 et 10 (0 = pas confiance du tout et 10 = confiance maximale) | | | |

### Etat de santé

Taille : | | | | cm Poids | | | | kgs

### Pour les femmes :

Prenez-vous la pilule  Oui  Non  
Êtes-vous actuellement enceinte ?  Oui  Non  Ne sait pas  
Cherchez-vous à avoir un enfant ?  Oui  Non  
Avez-vous des migraines ?  Oui  Non  
Avez-vous un traitement hormonal de la ménopause ?  Oui  Non

**Avez-vous un des facteurs de risque cardio-vasculaire suivants ?**

- Hypertension artérielle :  Oui  Non  Ne sait pas  
Diabète :  Oui  Non  Ne sait pas  
Excès de cholestérol :  Oui  Non  Ne sait pas

**Êtes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une ou plusieurs des maladies ci-dessous ?**

- Un infarctus du myocarde ; une angine de poitrine :  Oui  Non  Ne sait pas  
Un accident vasculaire cérébral :  Oui  Non  Ne sait pas  
Une artérite des membres inférieurs :  Oui  Non  Ne sait pas  
Un cancer :  Oui  Non  Ne sait pas  
Une bronchite chronique ou de l'asthme :  Oui  Non  Ne sait pas  
Une dépression :  Oui  Non  Ne sait pas  
Un trouble anxieux :  Oui  Non  Ne sait pas  
Une pathologie psychiatrique :  Oui  Non  Ne sait pas  
Envisagez-vous une intervention chirurgicale ?  Oui  Non

**Avez-vous eu d'autres problèmes de santé ?**

\_\_\_\_\_

**Consommations**

A quelle fréquence buvez-vous des boissons contenant de l'alcool (vin, bière, apéritifs,...) ?

- Tous les jours ou presque  
 Plusieurs fois par semaine  
 Plusieurs fois par mois  
 Jamais

Vous arrive-t-il de consommer plus de 4 verres de boissons alcoolisées lors d'une même occasion (fêtes de famille, sorties, repas....) ?  Oui  Non

Avez-vous consommé du cannabis ou une autre drogue au cours des 12 derniers mois ?  
 Oui  Non

**Repérage précoce de la bronchite chronique (BPCO)**

- 1- Toussez-vous régulièrement ?  Oui  Non  
2- Avez-vous régulièrement des expectorations et/ou des crachats ?  Oui  Non  
3- Êtes-vous essoufflé(e), même lorsque vous accomplissez des tâches simples ?  Oui  Non  
4- Votre expiration est-elle sifflante à l'effort ou la nuit ?  Oui  Non  
5- Avez-vous souvent des rhumes qui persistent plus longtemps que chez des personnes de votre entourage ?  Oui  Non

**Dépistage de la dépression**

- 1- Vous êtes vous senti triste, pessimiste ou déprimé ces 2 dernières semaines ?  Oui  Non  
2- Depuis deux semaines avez-vous moins d'intérêt ou de plaisir dans les activités que vous appréciez habituellement ?  Oui  Non  
3- Si, oui, aimeriez-vous de l'aide pour cela ?  Oui  Non

Après lecture du document d'information du patient ci-joint, j'adhère gratuitement au réseau pour bénéficier du Plan Personnalisé de Santé, tel que proposé :  Oui  Non

J'accepte que mon médecin reçoive mon Plan Personnalisé de Santé :  Oui  Non

Date :    /    /   

Signature du patient

## ANNEXE 2

# Questionnaire téléphonique PACT (Avril 2013)

Initiales : | | | | Date du recueil téléphonique : | | / | | / | | | |

### Bilan tabagique

1. Fumez-vous actuellement ?  OUI  NON

#### Si OUI :

2. Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour ?  
 10 ou moins  De 11 à 20  De 21 à 30  Plus de 30  
3 pt 2 pt 1 pt 0 pt
3. Le matin, combien de temps après votre réveil allumez-vous votre première cigarette ?  
 Dans les 5 min  Entre 6 et 30 min  Entre 31 et 60 min  Au-delà de 60 min  
3 pt 2 pt 1 pt 0 pt

< 2 pt : non dépendant ou faiblement dépendant ; 2-4pt : dépendant ; > 4 pt : très dépendant

4. Avez-vous réussi à arrêter au moins 7 jours ?  Oui  Non  
a. Si oui, combien de temps avez-vous arrêté ? | | | |  semaines  mois
5. A combien chiffrez-vous l'importance, pour vous, d'arrêter de fumer, entre 0 et 10 (0 = pas important du tout et 10 = importance maximale) | | |
6. A combien chiffrez-vous votre confiance dans les chances d'y arriver, entre 0 et 10 (0 = pas confiance du tout et 10 = confiance maximale) | | |

#### Si NON :

7. Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ? | | | |  jours  mois
- 8. Est-ce depuis votre tentative dans le réseau ?  Oui  Non  
Plus tard ?  Oui  Non

### Etat de santé

7. Poids | | | | kgs
8. Pour les femmes : Présentez-vous une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?
- Prenez-vous la pilule pour une contraception  Oui  Non
  - Êtes-vous actuellement enceinte ?  Oui  Non  Ne sait pas
  - Cherchez-vous à avoir un enfant ?  Oui  Non
  - Avez-vous des migraines ?  Oui  Non
  - Avez-vous un traitement hormonal de la ménopause ?  Oui  Non

9. **Avez-vous un des facteurs de risque cardio-vasculaire suivants ?**

- Hypertension artérielle :  Oui  Non  Ne sait pas
- Diabète :  Oui  Non  Ne sait pas
- Excès de cholestérol :  Oui  Non  Ne sait pas

10. Au moins un décès par infarctus du myocarde ou mort subite chez mon père ou mes frères (avant 55 ans) ou chez ma mère ou mes sœurs (avant 65 ans). Un accident vasculaire cérébral chez l'un d'entre eux avant 45 ans.  Oui  Non  Ne sait pas

11. **Êtes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une ou plusieurs des maladies ci-dessous ?**

- Un Infarctus du myocarde ; une angine de poitrine :  Oui  Non  Ne sait pas
- Un accident vasculaire cérébral :  Oui  Non  Ne sait pas
- Une artérite des membres inférieurs :  Oui  Non  Ne sait pas
- Un cancer :  Oui  Non  Ne sait pas
- Une bronchite chronique ou de l'asthme :  Oui  Non  Ne sait pas
- Un trouble anxieux :  Oui  Non  Ne sait pas
- Envisagez-vous une intervention chirurgicale ?  Oui  Non
- Avez-vous eu d'autres problèmes de santé ?

!

**Consommations**

12. Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool (vin, bière, ....) ?

- Jamais  1 fois /mois ou moins  2 à 4 fois / mois
- 2 à 3 fois /semaine  4 à 6 fois /semaine  Tous les jours

13. Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?

- 1 ou 2  3 ou 4  5 ou 6  7 à 9  10 ou plus

14. Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres ou davantage au cours d'une même occasion ?

- Jamais  Moins d'une fois /mois  Une fois /mois
- Une fois / semaine  Tous les jours ou presque

15. Avez-vous consommé du cannabis ou une autre drogue au cours des 12 derniers mois ?

- Oui  Non

**Repérage précoce de la bronchite chronique (BPCO)**

- 16. Toussez-vous régulièrement ?  Oui  Non
- 17. Avez-vous régulièrement des expectorations et/ou des crachats ?  Oui  Non
- 18. Êtes-vous essoufflé(e), même lorsque vous accomplissez des tâches simples ?  Oui  Non

19. Votre expiration est-elle sifflante à l'effort ou la nuit ?  Oui  Non

20. Avez-vous souvent des rhumes qui persistent plus longtemps que chez des personnes de votre entourage ?  Oui  Non

#### SITUATION PERSONNELLE

21. Actuellement, dans quelle situation êtes-vous ?  
 Emploi stable  Recherche d'emploi  RSA/CMU

#### PACT : Avis et Entretien

22. Concernant l'affirmation suivante « Le Plan personnalisé de santé vous apporte des conseils utiles », êtes-vous :  
 Tout à fait d'accord  D'accord  Pas d'accord  Pas du tout d'accord

23. Concernant l'affirmation suivante « Le fait de recevoir un questionnaire annuel est une bonne façon de vous aider à vous remotiver pour l'arrêt du tabac et de faire attention à votre santé. », êtes-vous :  
 Tout à fait d'accord  D'accord  Pas d'accord  Pas du tout d'accord

*Dans le cadre d'une étude plus globale portant sur les aides possibles à mettre en place, dans le cadre de Programme d'Accompagnement au Changement du fumeur de Tabac (PACT), nous souhaiterions recueillir les impressions et idées de quelques personnes participant à ce projet :*

24. Seriez-vous volontaire/intéressé(e) afin de participer à un entretien :  
 Oui  Non  Ne sait pas

Si OUI :

« La personne qui s'occupe de ces entretiens vous rappellera afin de convenir d'un RDV avec vous. »

Je vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire !



## ANNEXE 3

### Pathologies déclarées chez les répondeurs

---

Pathologies déclarées	Hommes		Femmes		H+F	
AOMI	1	2,9%	2	3,0%	3	3,0%
AC/FA	0	0,0%	2	3,0%	2	2,0%
Allergie	0	0,0%	3	4,5%	3	3,0%
Anévrysme aorte	1	2,9%	0	0,0%	1	1,0%
Anorexie mentale	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
Appendicectomie	1	2,9%	1	1,5%	2	2,0%
Arthrose	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
canal carpien	1	2,9%	0	0,0%	1	1,0%
Cancer	0	0,0%	2	3,0%	2	2,0%
Chirurgie prévue	0	0,0%	4	6,0%	4	4,0%
colopathie fonctionnelle	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
électrisation	1	2,9%	0	0,0%	1	1,0%
endométriose	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
entorse cheville grave	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
Epilepsie	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
Glaucome	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
Guilain-Barré	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
hémorroïdes	1	2,9%	0	0,0%	1	1,0%
hernie discale	1	2,9%	0	0,0%	1	1,0%
hépatite A	1	2,9%	0	0,0%	1	1,0%
hépatite C	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
hypothyroïdie	0	0,0%	4	6,0%	4	4,0%
hyerthyroïdie	1	2,9%	0	0,0%	1	1,0%
IDM/AVC	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
insomnie	1	2,9%	2	3,0%	3	3,0%
kystes ovariens	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
Lombalgies chroniques	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
Maladie de Bouveret	1	2,9%	0	0,0%	1	1,0%
Maladie de Crohn	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
Méningite	1	2,9%	0	0,0%	1	1,0%
pneumothorax	2	5,9%	0	0,0%	2	2,0%
Polyglobulie	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
Psoriasis	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%

<b>Pathologies déclarées</b>	<b>Hommes</b>		<b>Femmes</b>		<b>H+F</b>	
<b>sinusite chronique</b>	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
<b>thrombopénie auto-immune</b>	1	2,9%	0	0,0%	1	1,0%
<b>Thyroïdite de Hashimoto</b>	0	0,0%	2	3,0%	2	2,0%
<b>ulcères gastriques</b>	2	5,9%	0	0,0%	2	2,0%
<b>Varices</b>	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
<b>vertiges</b>	0	0,0%	1	1,5%	1	1,0%
<b>VIH</b>	1	2,9%	0	0,0%	1	1,0%

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

Au moment d'être admis à exercer la Médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'Humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les Hommes et mes Confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

**Yann LE CLAIRE, Thèse d'exercice - Médecine générale ; Université de Bordeaux ; 2014 ; N°80**

**Objectifs :** L'objectif principal de cette étude était d'explorer les associations possibles entre des caractéristiques bio-psycho-sociales et les changements de comportements tabagiques suite à une tentative de sevrage menée en Médecine Générale, dans le cadre du Programme d'Accompagnement au Changement du fumeur de Tabac (PACT)

**Matériel et méthodes :** Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale reprenant, de façon rétrospective, les données de 230 patients recueillies initialement, lors de l'inclusion dans la cohorte, par des Questionnaires Auto-Administrés (QAA) ; et une seconde étude descriptive transversale réalisée lors d'une enquête téléphonique pour les patients inclus depuis plus de 6 mois. L'enquête téléphonique finale a concerné 101 patients, soit 64,3% des patients éligibles.

**Résultats :** Les résultats les plus marquants de notre étude résidaient dans l'amélioration l'importance de la confiance dans le changement de comportement tabagique, par ailleurs l'amélioration de l'état respiratoire ressenti pourrait être un éléments motivant l'arrêt du tabac.

**Conclusion :** L'évaluation de la confiance des patients dans l'arrêt du tabac semble être un outil simple pour la prise en charge initiale et le suivi des patients de Médecine Générale souhaitant arrêter de fumer. Il ne semble pas inintéressant de travailler à terme sur les modalités de renforcement de la confiance, et comment mieux accompagner les patients sur ce point. Il pourrait être intéressant également au vu des bons résultats de notre étude sur les changements objectifs recueillis lors du dépistage de la BPCO, d'insister sur l'amélioration respiratoire pour renforcer l'importance en insistant auprès les bénéfices objectifs du sevrage.

***Abstract : Evaluation of bio-psycho-social characteristics associated with smoking cessation in general practice in 230 patients***

**Objective :** The main objective of this study was to explore possible associations between bio-psycho-social characteristics and changes in smoking behavior following a cessation attempt conducted in General Practice (PACT Programme).

**Methods :** We conducted a cross-sectional descriptive survey resuming, retrospectively, data from 230 patients initially collected at inclusion in the cohort, by self-administered questionnaires (QAA); and a second cross-sectional descriptive study conducted during a telephone survey included patients for more than 6 months. The final telephone survey involved 101 patients (64.3% of eligible patients).

**Results :** The most striking results of our study resided in improving the tracking number of COPD in case of change of smoking behavior, and the importance of trust in changing smoking behavior.

**Conclusion :** The evaluation of the patients' confidence in quitting smoking seems to be a simple tool for initial management and monitoring of patients General Medicine wishing to quit smoking. It does not seem uninteresting work forward on how to strengthen trust, and how to better support patients on this point. It might also be interesting to see the good results of our study objectives collected during screening for COPD changes to insist on respiratory improvement to reinforce the importance by insisting objectives withdrawal benefits.

**Mots-clefs :** Sevrage ; Tabac ; BPCO ; confiance ; Médecine Générale ; Addictologie  
**Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat – 33000 Bordeaux.**