# Thèse d'exercice



## Faculté de Médecine

Année 2022 Thèse N°

# Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 29 mars 2022 Par Nahéma VAILLANT Née le 16 juin 1989 à Pointe-à-Pitre

# Evaluation du taux de sevrage dans un Centre d'Aide au Sevrage tabagique en Creuse

Thèse dirigée par Dr Marc CLAVEL

## Examinateurs:

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, faculté de Limoges

M. le Professeur Boris MELLONI, faculté de Limoges

M. le Professeur Philippe NUBUKPO, faculté de Limoges

M. le Professeur Philippe LACROIX, faculté de Limoges

# Thèse d'exercice



## Faculté de Médecine

Année 2022 Thèse N°

# Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement Le 29 mars 2022 Par Nahéma VAILLANT Née le 16 juin 1989 à Pointe-à-Pitre

# Evaluation du taux de sevrage tabagique dans un Centre d'Aide au Sevrage Tabagique

Thèse dirigée par Dr Marc CLAVEL

## Examinateurs:

Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER, faculté de Limoges

M. le Professeur Boris MELLONI, faculté de Limoges

M. le Professeur Philippe NUBUKPO, faculté de Limoges

M. le Professeur Philippe LACROIX, faculté de Limoges

## Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur Pierre-Yves ROBERT

## <u>Assesseurs</u>

Madame le Professeur Marie-Cécile PLOY

Monsieur le Professeur Jacques MONTEIL

Monsieur le Professeur Philippe BERTIN

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor CARDIOLOGIE

ACHARD Jean-Michel PHYSIOLOGIE

AJZENBERG Daniel PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

ALAIN Sophie BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

AUBARD Yves GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

AUBRY Karine O.R.L.

BERTIN Philippe THERAPEUTIQUE

CAIRE François NEUROCHIRURGIE

CHARISSOUX Jean-Louis CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET

TRAUMATOLOGIQUE

CLAVERE Pierre RADIOTHERAPIE

**CLEMENT** Jean-Pierre PSYCHIATRIE D'ADULTES

CORNU Elisabeth CHIRURGIE THORACIQUE ET

CARDIOVASCULAIRE

COURATIER Philippe NEUROLOGIE

**DAVIET** Jean-Christophe MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

**DESCAZEAUD** Aurélien UROLOGIE

**DES GUETZ** Gaëtan CANCEROLOGIE

**DRUET-CABANAC** Michel MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL

**DURAND-FONTANIER** Sylvaine ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)

FAUCHAIS Anne-Laure MEDECINE INTERNE

FAUCHER Jean-François MALADIES INFECTIEUSES

FAVREAU Frédéric BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FEUILLARD Jean HEMATOLOGIE

FOURCADE Laurent CHIRURGIE INFANTILE

GAUTHIER Tristan GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

GUIGONIS Vincent PEDIATRIE

HANTZ Sébastien BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

HOUETO Jean-Luc NEUROLOGIE

JACCARD Arnaud HEMATOLOGIE

JACQUES Jérémie GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile IMMUNOLOGIE

JESUS Pierre NUTRITION

JOUAN Jérôme CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE

LABROUSSE François ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

LACROIX Philippe MEDECINE VASCULAIRE

LAROCHE Marie-Laure PHARMACOLOGIE CLINIQUE

**LIENHARDT-ROUSSIE** Anne PEDIATRIE

LOUSTAUD-RATTI Véronique HEPATOLOGIE

LY Kim MEDECINE INTERNE

MABIT Christian ANATOMIE

MAGNE Julien EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET

**PREVENTION** 

MAGY Laurent NEUROLOGIE

MARCHEIX Pierre-Sylvain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

MARIN Benoît EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET

**PREVENTION** 

MARQUET Pierre PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel CHIRURGIE DIGESTIVE

MELLONI Boris PNEUMOLOGIE

MOHTY Dania CARDIOLOGIE

MONTEIL Jacques BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

MOUNAYER Charbel RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

NATHAN-DENIZOT Nathalie ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

NUBUKPO Philippe ADDICTOLOGIE

OLLIAC Bertrand PEDOPSYCHIATRIE

PARAF François MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE

PLOY Marie-Cécile BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

PREUX Pierre-Marie EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET

**PREVENTION** 

ROBERT Pierre-Yves OPHTALMOLOGIE

ROUCHAUD Aymeric RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

**SALLE** Jean-Yves MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

STURTZ Franck BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

TCHALLA Achille GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT

TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES

**METABOLIQUES** 

TOURE Fatouma NEPHROLOGIE

VALLEIX Denis ANATOMIE

**VERGNENEGRE** Alain EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET

**PREVENTION** 

VERGNE-SALLE Pascale THERAPEUTIQUE

VIGNON Philippe REANIMATION

VINCENT François PHYSIOLOGIE

YARDIN Catherine CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

## Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

**KARAM** Henri-Hani MEDECINE D'URGENCE

MOREAU Stéphane EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

## Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

**BOURTHOUMIEU** Sylvie CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

COUVE-DEACON Elodie BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**DELUCHE** Elise CANCEROLOGIE

**DUCHESNE** Mathilde ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

**DURAND** Karine BIOLOGIE CELLULAIRE

**ESCLAIRE** Françoise BIOLOGIE CELLULAIRE

FAYE Pierre-Antoine BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

FREDON Fabien ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LALOZE Jérôme CHIRURGIE PLASTIQUE

LE GUYADER Alexandre CHIRURGIE THORACIQUE ET

**CARDIOVASCULAIRE** 

**LIA** Anne-Sophie BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

RIZZO David HEMATOLOGIE

TERRO Faraj BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

<u>P.R.A.G.</u>

GAUTIER Sylvie ANGLAIS

## Maitres de Conférences des Universités associés à mi-temps

SALLE Laurence ENDOCRINOLOGIE

(du 01-09-2021 au 31-08-2022)

## Professeur des Universités de Médecine Générale

**DUMOITIER** Nathalie (Responsable du département de Médecine

Générale)

## Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

**HOUDARD** Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2022)

**LAUCHET** Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

**SEVE** Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

## **Professeurs Emérites**

**ADENIS** Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

**ALDIGIER** Jean-Claude du 01.09.2018 au 31.08.2021

**BESSEDE** Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2021

**BUCHON** Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

**DARDE** Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

**DESPORT** Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

**MERLE** Louis du 01.09.2017 au 31.08.2022

**MOREAU** Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2021

**TREVES** Richard du 01-09-2020 au 31-08-2022

**TUBIANA-MATHIEU** Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

**VALLAT** Jean-Michel du 01.09.2019 au 31.08.2022

**VIROT** Patrice du 01.09.2018 au 31.08.2022

## Assistants Hospitaliers Universitaires

APPOURCHAUX Evan ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

CHAZELAS Pauline BIOCHIMIE

DAURIAT Benjamin HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET

CYTOGENETIQUE

**DUPONT** Marine HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE

**DURIEUX** Marie-Fleur PARASITOLOGIE

GILBERT Guillaume ANESTHESIE REANIMATION

HERMINEAUD Bertrand LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE

LABRIFFE Marc PHARMACOLOGIE

LADES Guillaume BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

**LEFEBVRE** Cyrielle ANESTHESIE REANIMATION

LOPEZ Stéphanie MEDECINE NUCLEAIRE

MEYER Sylvain BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE

PASCAL Virginie IMMUNOLOGIE CLINIQUE

ROUX-DAVID Alexia ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

## Chefs de Clinique - Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE

ARGOULON Nicolas PNEUMOLOGIE

ASLANBEKOVA Natella MEDECINE INTERNE

BAÏSSE Arthur REANIMATION POLYVALENTE

BERRAHAL Insaf NEPHROLOGIE

BOSCHER Julien CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET

TRAUMATOLOGIQUE

BRISSET Josselin MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES

CAUDRON Sébatien RADIOLOGIE

CAYLAR Etienne PSYCHIATRIE ADULTE

CENRAUD Marie NEUROLOGIE

CHAUBARD Sammara HEMATOLOGIE

CHAUVET Romain CHIRURGIE VASCULAIRE

CISSE Fatou PSYCHIATRIE

COMPAGNON Roxane CHIRURGIE INFANTILE

**DARBAS** Tiffany ONCOLOGIE MEDICALE

**DESCHAMPS** Nathalie NEUROLOGIE

DESCLEE de MAREDSOUS Romain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET

TRAUMATOLOGIQUE

**DESVAUX** Edouard MEDECINE GERIATRIQUE

**DOUSSET** Benjamin CARDIOLOGIE

**DUPIRE** Nicolas CARDIOLOGIE

**DUVAL** Marion NEPHROLOGIE

FIKANI Amine CHIRURGIE THORACIQUE ET

CARDIOVASCULAIRE

FORESTIER Géraud RADIOLOGIE

FROGET Rachel CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)

GEYL Sophie GASTROENTEROLOGIE

GUILLAIN Lucie RHUMATOLOGIE

**HESSAS-EBELY** Miassa GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

LALOZE Jérôme CHIRURGIE PLASTIQUE

LAUVRAY Thomas PEDIATRIE

**LEMNOS** Leslie NEUROCHIRURGIE

MAURIANGE TURPIN Gladys RADIOTHERAPIE

MEUNIER Amélie ORL

MICLE Liviu-Ionut CHIRURGIE INFANTILE

MOWENDABEKA Audrey PEDIATRIE

PARREAU Simon MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE

PELETTE Romain CHIRURGIE UROLOGIE ET ANDROLOGIE

PEYRAMAURE Clémentine ONCOLOGIE MEDICALE

SALLEE Camille GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

**SANSON** Amandine REANIMATION POLYVALENTE

SANCHEZ Florence CARDIOLOGIE

SERY Arnaud ORL

TARDIEU Antoine GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

TORDJMAN Alix GYNECOLOGIE MEDICALE

TRICARD Jérémy CHIRURGIE THORACIQUE ET

CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

VAIDIE Julien HEMATOLOGIE CLINIQUE

VERLEY Jean-Baptiste PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT

VERNAT-TABARLY Odile OPHTALMOLOGIE

VIDAL Thomas OPHTALMOLOGIE

## Chefs de Clinique - Médecine Générale

**BERTRAND** Adeline

**RUDELLE** Karen

**SEVE** Léa

## **Praticiens Hospitaliers Universitaires**

CHRISTOU NIKI CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

COMPAGNAT Maxence MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

HARDY Jérémie CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

**LAFON** Thomas MEDECINE D'URGENCE

SALLE Henri NEUROCHIRURGIE

A LAna..

## Remerciements

Merci à toi Marc, d'avoir accepté immédiatement d'être mon directeur de thèse. Merci de ton implication, de tes conseils et de ton soutien. C'était très agréable de te savoir à l'écoute et disponible pour moi.

Merci au Pr Dumoitier d'avoir accepté de présider ma soutenance de thèse. Merci pour l'écoute et l'attention que vous avez su montrer lors des moments difficiles de mon internat.

Merci au Pr Melloni, au Pr Nubukpo et au Pr Lacroix de me faire l'honneur d'être membre de mon jury.

Merci aux professeurs du DUMG pour leur formation et leur implication.

Merci à ma famille proche : mes parents et mes frères. Parfois peu loquace pour les sujets délicats mais tellement présente dans les actes. Merci papa pour tout ton soutien dans ma vie, mes études, merci pour ton écoute et tes conseils. Merci maman d'avoir toujours cru en ta fille, merci d'être notre poto mitan. A ton tour de prendre soin de toi. Merci à mes frères pour nos moments de joie et de bonheur. Merci à mon frère Ponk pour sa sagesse et nos conversations, à mon frère Mickette pour tout ce qu'il fait sans rien dire mais qu'il fait et a fait pour moi, à mon frère Karlo pour me montrer le chemin de l'audace, à mon frère Didy pour ses câlins et son amour. Je vous aime.

Merci à mes beaux-parents Françoise et Bernard, merci pour ce que vous avez fait et ce que vous continuez à faire pour moi, pour nous. Merci pour le tableau effacé. Merci pour nos magnifiques souvenirs, merci pour nos voyages, merci pour nos fous rires, merci pour nos conversations : les sérieuses, les légères, les politiques, les délicates, les rêveuses. Merci d'être de supers beaux-parents et de supers grands parents pour Lana.

Merci à mes belles sœurs Vanou, Jacky, Jessy, je vous adore.

Merci parrain pour ta disponibilité et tes précieux conseils dans la réalisation de cette thèse.

Merci marraine : toujours à l'écoute et de bons conseils !

Merci à toi Eminette, j'ai enfin achevé cette fameuse thèse dont tu as tant entendu parler !! Merci d'avoir été présente quand j'en ai eu besoin, merci pour tout.

Merci à mes chicas, à nos traditionnels brunchs, à nos fous rires, à nos échanges sur tous les sujets.

Merci à ma bibish et à ma ptite Val, loin des yeux, près du cœur ...

Merci à chacun de mes maitres de stage de médecine générale pour m'avoir conforté dans mon choix de spécialité et appris tant de choses. Merci Hervé pour ton amitié et ton accueil, Philippe merci de ton accueil, ton expérience, Pierre Emanuel, Dr R'kha chaham, Dr Tardieu, Dr Mancini, Dr Larroque. Merci à mon tuteur, Dr Landos, pour son écoute et ses conseils.

Merci à toute l'équipe de cardiologie de l'hôpital de Guéret et particulièrement de l'USIC et au Dr Mansour : j'ai beaucoup appris à vos côtés. Merci de votre bienveillance lors de ce moment difficile de ma vie.

Merci aux urgentistes et à l'équipe des urgences de Guéret : 1<sup>er</sup> stage d'internat qui s'est très bien déroulé grâce à votre bonne humeur, votre implication et votre bonne formation.

Merci à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à mon évolution pendant mon internat, à faire de moi le médecin que je suis. A tous les médecins avec qui j'ai pu travailler, les internes avec qui j'ai fait mes stages. A Géraldine : tu m'as inspiré par ton implication associative, ta gentillesse, ton professionnalisme, ta douceur. A mes co-internes qui ont été là dans un moment difficile de ma vie et m'ont aidé comme ils ont pu : Amaury, Nicolas, Lucie et Diédra. A mes co-internes avec qui j'ai fait un petit bout de chemin associatif : Benjamin, Anne-Charlotte, Mathieu, Marion, Ines, Sophie, Cécile, Hanna. Aux infirmières, aides-soignantes et ASH avec qui j'ai travaillé.

Merci aux pneumologues de Ste Feyre, à l'équipe médicale et paramédicale du service de pneumologie où j'ai effectué mon stage, aux infirmières du CAST, à Mr Tétard.

Et le meilleur pour la fin : merci à toi mon Rulius, mon partenaire, mon ami, mon amour. Tu ne pourras pas mettre la musique à fond dans la clio mais je sais que tu seras encore là pour m'accueillir après cette étape importante de ma vie. Tu as toujours, toujours été là et je te remercie pour ça. Merci pour tout ce que tu m'as apporté, merci pour le dialogue. Merci pour notre bonheur : notre fille. Je t'aime.

Merci à toi ma Lana, ma boubou, ma grande fifille. Tu es ma force et je serai toujours là pour toi. J'espère que notre relation sera toujours complice et surtout indéfectible. Je t'aime.

Merci à toi, mon Ange à jamais ...

## **Droits d'auteurs**

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France » disponible en ligne : http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/



# Table des matières

Introduction	19
I. Le tabagisme	20
I.1. Épidémiologie	20
I.1.1. Mondiale	20
I.1.2. En France	20
I.2. La consommation des fumeurs	20
I.2.1. La cigarette	
I.2.2. Les nouveaux produits du tabac	20
I.2.3. Les nouveaux produits contenant de la nicotine	21
II. Conséquences du tabagisme	22
II.1. La dépendance	22
II.2. Les pathologies médicales	22
II.2.1. Cardiovasculaires	22
II.2.2. Pulmonaires	22
II.2.3. Cancérologiques	
II.2.3.1. Le cancer du poumon	
II.2.3.2. Les autres cancers	
II.2.4. Décès	
II.3. Le tabagisme passif	
II.4. Conséquences sociétales	
III. Le sevrage tabagique	26
III.1. Les différents programmes de lutte contre le tabagisme	26
III.1.1. Niveau mondial	
III.1.2. Niveau national	
III.1.2.1. Les grandes lois	
III.1.2.2. Les plans gouvernementaux	
III.2. Moyens thérapeutiques	
III.2.1. Prise en charge de la dépendance pharmacologique	
III.2.1.1. Traitements nicotiniques de substitution (TNS)	
III.2.1.2. Autres traitements : Varénicline et Bupropion	
III.2.2. Prise en charge des dépendances psychocomportementales	
III.3. La prise en charge ambulatoire du sevrage tabagique	
III.3.1. Rôle de la médecine générale	
III.3.2. Les différents lieux de prise en charge du sevrage tabagique en France	
Matériel et méthodes	33
Résultats	35
Discussion	42
Conclusion	44
Références bibliographiques	
Annexes	
Serment d'Hippocrate	DU

# **Table des illustrations**

Figure 1. Consommation moyenne de cigarettes par jour et mortalité par cancer bronchique en France(4)23
Figure 2. Nombre de décès attribuables au tabagisme et autres décès non attribuables, par cause de décès, chez les hommes de 35 ans et plus, France métropolitaine, 2015 24
Figure 3. Nombre de décès attribuables au tabagisme et autres décès non attribuables, par cause de décès, chez les femmes de 35 ans et plus, France métropolitaine, 2015 25
Figure 4. Âge des patients à la première consultation35
Figure 5. Répartition du nombre de consultations pour les sujets étudiés 36
Figure 6. Situation professionnelle des consultants Erreur ! Signet non défini.
Figure 7. Répartition des conseils de consultation
Figure 8. Lien entre âge à la 1ère consultation et état à la fin de la prise en charge 39
Figure 9. Lien entre nombre de consultation et état à la fin de la prise en charge40
Figure 10. État à la fin de la prise en charge selon le nombre de consultation41

# Table des tableaux

Tableau 1. Résultats des tests d'influence sur l'état à la fin de la prise en charge	. 38
Tableau 2. Tri croisé conseiller et état à la fin de la prise en charge	. 39
Tableau 3. Tri croisé statut tabagique à la 1ère consultation et état à la fin de la prise en charge.	. 39
Tableau 4. Tri croisé prescription de substituts nicotiniques et état à la fin de la prise en charge.	. 40

## Introduction

Le tabagisme, ce fléau mondial...

La cigarette fait, depuis de nombreuses années, partie de notre quotidien. De l'importation initiale depuis les colonies, en passant par la distribution de rations aux soldats lors des guerres, à la présence de la cigarette dans les films, les publicités, le tabagisme a longtemps été banalisé. Il a même été mis en valeur comme un symbole de liberté et d'indépendance pour les femmes. Il est devenu un phénomène de mode.

Il y a eu, pendant longtemps, une méconnaissance générale quant aux effets néfastes de la cigarette.

Pourtant, le tabac fait plus de 8 millions de morts chaque année dans le monde (1).

En France métropolitaine, en 2015, il a été estimé que 75320 décès étaient attribuables au tabagisme, ce qui correspond à environ 13% des décès (2).

« Fumer tue et nuit gravement à votre santé et celle de votre entourage » martèlent les messages d'avertissement sur les paquets de cigarettes.

Nous prenons ainsi petit à petit conscience. Le tabac est mis en cause dans la survenue de maladies cardiovasculaires, de cancers, sans compter l'importance du coût économique engendré par les soins.

Des mesures politiques ont été alors mises en place pour inciter au sevrage tabagique, des aides médicales, financières, psychologiques.

Cependant, la dépendance au tabagisme reste une pathologie compliquée à prendre en charge à court, moyen et long terme. Différentes études retrouvent des taux de sevrage variables selon les lieux de prise en charge, allant de 28 à 38% en médecine générale à environ 40% en centres spécialisés.

Le médecin généraliste est au cœur des politiques de santé, il a un rôle primordial dans l'accompagnement au sevrage tabagique. Les centres spécialisés dans ce domaine représentent un allié précieux dans la prise en charge ambulatoire de la dépendance tabagique. Il y a un réel intérêt à réaliser un travail collaboratif entre la médecine de ville, les médecins spécialistes et les structures dédiées au sevrage tabagique.

Dans ce contexte de lutte anti tabagique, nous avons évalué le taux de sevrage au Centre d'Aide au Sevrage Tabagique de l'hôpital de Sainte Feyre.

## I. Le tabagisme

## I.1. Épidémiologie

#### I.1.1. Mondiale

Le tabagisme n'a pas de frontière, il touche tous les pays. Il y a 1,3 milliards de fumeurs dans le monde (1).

#### I.1.2. En France

En 2019, trois français de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (30,4%) et un quart fumait quotidiennement (24,0%) (3). La prévalence du tabagisme quotidien est en baisse. En effet, par rapport à 2014, il passe de 28,5 % à 24,0% (3)

En 2019, 33,3% des fumeurs quotidiens avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois.

#### I.2. La consommation des fumeurs

Le mode le plus répandu de consommation du tabac est la cigarette. Cependant, il existe différentes présentations du tabac : le tabac à rouler à la main, les cigares, les cigarillos, les pipes à eau, le tabac à chiquer et le snus (poudre de tabac humide à mettre entre la joue et la gencive, interdit dans l'Union Européenne sauf en Suède).

Par convention, les études épidémiologiques considèrent les équivalences suivantes pour les quantités de tabac fumées : 1 cigare = 1 cigarillo = 2 cigarettes, 1 pipe = 5 cigarettes et 1 chicha = 10 cigarettes. Ce système permet de simplifier les calculs et les conversions mais ne signifie pas une stricte équivalence de la nocivité des produits.

## I.2.1. La cigarette

La cigarette est un cylindre de papier rempli de feuilles de tabac hachées et traitées, ainsi que des additifs. Elle peut comporter un filtre à l'une de ses extrémités.

La fumée de la cigarette contient plus de 4000 substances, dont 60 reconnues comme carcinogènes, parmi lesquelles les benzopyrènes (goudrons), les nitrosamines et les métaux lourds (4). Elle est nocive pour le fumeur mais également pour le non-fumeur qui respire la fumée relâchée dans l'air.

Fumer des cigarettes à faible teneur en nicotine ou « légères » augmente autant le risque de cancer du poumon que les cigarettes ordinaires car le fumeur inhale plus profondément pour avoir la même dose de nicotine.

## I.2.2. Les nouveaux produits du tabac

Depuis 2015, est apparu sur le marché un nouveau type de produits qui ne brûlent pas le tabac, dits produits du tabac « chauffé ».

Différents dispositifs existent :

- IQOS du groupe Philip Morris International. Il possède une résistance permettant de chauffer électroniquement le tabac.
- Glo de British American Tobacco. Il contient deux résistances chauffant le tabac.

• *Ploom* Tech de Japan Tobacco International. Il est constitué de trois parties : un cartomiseur (contenant un liquide de support), une capsule contenant du tabac granulé et une batterie rechargeable. Une prise de bouffée permet de chauffer le liquide de support générant un aérosol à 30° qui traverse la capsule de tabac avant d'être inhalé.

## I.2.3. Les nouveaux produits contenant de la nicotine

Apparus en France en 2007, les produits du vapotage sont des dispositifs électroniques pouvant être utilisés, au moyen d'un embout buccal, pour la consommation de vapeur contenant de la nicotine. Plus connus sous le nom de cigarettes électroniques ou vapoteuses, elles sont composées de trois éléments : un atomiseur, un réservoir d'e-liquide et une batterie.

La majorité des e-liquides déclarés sur le marché français sont composés d'un support de dilution tel que propylène-glycol et/ou glycérol (glycérine végétale) ou éventuellement du 1,3-propylène-glycol, parfois de l'eau et de l'éthanol (5). Ils affichent une teneur médiane de nicotine d'environ 6 mg/ml, toutefois plusieurs dosages existent.

## II. Conséquences du tabagisme

Les effets toxiques du tabac sont maintenant connus. Le tabac augmente de manière significative le risque de cancer, de maladies cardiovasculaires et pulmonaires.

## II.1. La dépendance

Toute dépendance relève de la rencontre entre un individu possédant une vulnérabilité personnelle (génétique et/ou acquise), une ou plusieurs substances aux effets psychoactifs, et un environnement socio-culturel.

La dépendance tabagique est un comportement complexe, qui implique à la fois des facteurs pharmacologiques, psychologiques, comportementaux et sociaux(6).

Il est largement accepté que la principale substance responsable de la dépendance tabagique est la nicotine (7). Elle est présente dans la fumée de tabac dont elle représente l'alcaloïde principal. Elle se fixe sur les récepteurs cholinergiques nicotiniques et stimule les systèmes de récompense en modulant la libération de nombreux neurotransmetteurs. La demi-vie courte de la nicotine (2 à 4 h en moyenne) favorise l'installation et le développement de la dépendance (8).

## II.2. Les pathologies médicales

La fumée de tabac a une toxicité sur de nombreux organes et est ainsi à l'origine de diverses pathologies. La plupart des effets délétères du tabagisme sur les systèmes respiratoires ou cardiovasculaires sont dus au monoxyde de carbone et aux gaz irritants et oxydants (6).

## II.2.1. Cardiovasculaires

- Infarctus du myocarde
- Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- Hypertension artérielle
- Athérosclérose
- Accidents vasculaires cérébraux
- Anévrismes de l'aorte abdominale

Le tabac intervient en synergie avec d'autres facteurs de risque tels que la sédentarité, l'hypercholestérolémie et le diabète (9).

#### II.2.2. Pulmonaires

- Bronchopneumopathie chronique obstructive
- Asthme

## II.2.3. Cancérologiques

La fumée de tabac contient plus de 4000 composés chimiques, dont certains sont des carcinogènes primaires (6).

## II.2.3.1. Le cancer du poumon

En 2018, le cancer du poumon est le 2<sup>e</sup> cancer le plus fréquent chez l'homme (31000 nouveaux cas) et le 3<sup>e</sup> chez la femme (15000 nouveaux cas) (10).

85% des cancers du poumon sont dus au tabac (4). La durée du tabagisme a un impact plus important sur le risque de cancer du poumon (risque exponentiel) que la quantité fumée (risque multiplicateur). Le risque est d'autant plus important que le tabagisme a débuté précocement.

L'évolution de la mortalité par cancer du poumon suit étroitement la consommation du tabac (figure 1).

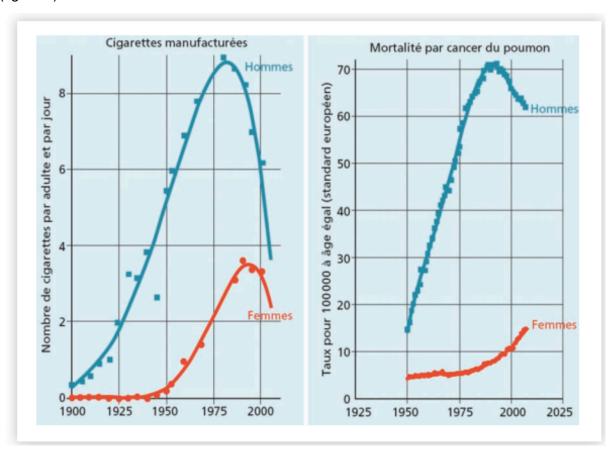


Figure 1. Consommation moyenne de cigarettes par jour et mortalité par cancer bronchique en France(4).

Le cancer du poumon est la première cause de mortalité par cancer, avec plus de 30 000 décès par an en France(4).

#### II.2.3.2. Les autres cancers

De nombreux cancers sont considérés comme ayant un lien de causalité avec le tabac : voies aérodigestives supérieures (cavité buccale, cavité nasale, sinus paranasaux, nasopharynx,

oropharynx, hypopharynx, larynx, œsophage), estomac, pancréas, foie, rein (corps et bassin), uretère, vessie, col de l'utérus et leucémie myéloïde (11).

Concernant les cancers des voies aérodigestives supérieures, le tabac et l'alcool sont les deux principaux facteurs de risques qui agissent de façon synergique (9).

#### II.2.4. Décès

En France, il a été estimé que 75320 décès étaient attribuables au tabagisme (2).

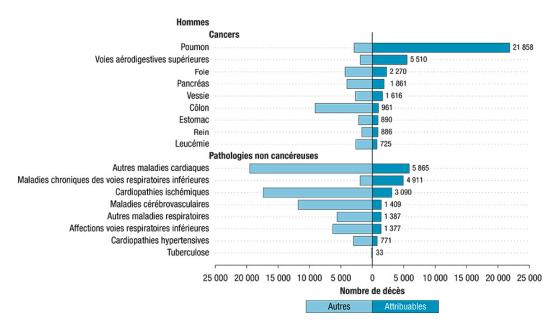


Figure 2. Nombre de décès attribuables au tabagisme et autres décès non attribuables, par cause de décès, chez les hommes de 35 ans et plus, France métropolitaine, 2015

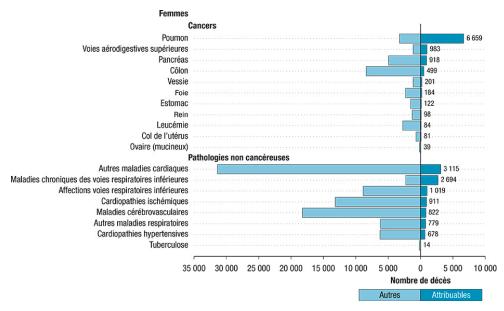


Figure 3. Nombre de décès attribuables au tabagisme et autres décès non attribuables, par cause de décès, chez les femmes de 35 ans et plus, France métropolitaine, 2015.

## II.3. Le tabagisme passif

Les principaux effets sont, chez l'adulte, une augmentation d'environ 25% des risques de cardiopathie ischémique et de cancer du poumon. Chez les enfants, l'exposition à la fumée de tabac augmente le risque de mort subite du nourrisson, d'infections respiratoires, d'otites et d'asthme (12).

## II.4. Conséquences sociétales

Le coût social est composé du coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production) et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac). Il est estimé à 120 milliards d'euros par an(13).

## III. Le sevrage tabagique

La lutte contre le tabagisme est devenue une priorité de santé publique justifiant la mise en place de différents programmes au cours des dernières années. C'est un combat qui dépasse les frontières.

### III.1. Les différents programmes de lutte contre le tabagisme

#### III.1.1. Niveau mondial

En 2003, les États Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont adopté à l'unanimité la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. En vigueur depuis 2005, elle compte aujourd'hui 182 parties représentant plus de 90 % de la population mondiale.

La Convention-cadre de l'OMS marque une étape importante dans la promotion de la santé publique. Il s'agit d'un traité fondé sur des bases factuelles qui réaffirme le droit de tout être humain au niveau de santé le plus élevé possible, définit un cadre juridique pour la coopération sanitaire internationale et fixe des normes exigeantes en matière d'application.

En 2007, l'OMS a présenté le programme MPOWER, méthode pratique d'un bon rapport coût/efficacité pour accélérer l'application sur le terrain des dispositions de la Convention-cadre de l'OMS relatives à la réduction de la demande.

Les 6 mesures MPOWER sont les suivantes :

- Monitor : surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
- Protect : protéger la population contre la fumée du tabac
- Offer : offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac
- Warn : mettre en garde contre les méfaits du tabagisme
- Enforce : faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage
- Raise : augmenter les taxes sur le tabac

Par ailleurs, la Journée mondiale sans tabac est célébrée le 31 mai de chaque année dans le monde entier. Elle offre l'occasion d'informer le public des dangers du tabagisme, des pratiques commerciales des sociétés productrices de tabac, de l'action menée par l'OMS pour lutter contre l'épidémie de tabagisme et de ce que chacun peut faire dans le monde pour faire valoir son droit à la santé et à un mode de vie sain et pour protéger les générations futures.

#### III.1.2. Niveau national

En France, la lutte contre le tabagisme constitue une des priorités de santé des pouvoirs publics depuis des années. De multiples lois, programmes, plans se sont ainsi succédé en augmentant la portée des mesures.

### III.1.2.1. Les grandes lois

- Loi Veil du 9 juillet 1976 : Elle s'attaque principalement à la publicité, prévoit des interdictions de fumer dans certains lieux à usage collectif et impose l'inscription de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes. Cette loi a permis de stabiliser la consommation de tabac jusque-là en augmentation.
- Loi Évin du 10 janvier 1991 : modifie en profondeur la norme sociale en matière de tabagisme. Elle renforce considérablement le dispositif législatif :
  - o En favorisant la hausse du prix des cigarettes
  - En posant le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif
  - En interdisant toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac et des produits dérivés
  - En interdisant toute distribution gratuite (sauf aux enseignes des débits de tabac)
  - En interdisant toute opération de parrainage liée au tabac
  - o En interdisant la vente de tabac aux moins de 16 ans
  - En autorisant, sous certaines conditions, les associations impliquées dans la prévention du tabagisme à se constituer partie civile devant les tribunaux
- Le décret du 15 novembre 2006 : modifie la loi Évin et étend l'interdiction de fumer à d'autres lieux à usage collectif :
  - Tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail
  - Établissements de santé
  - Dans l'ensemble des transports en commun
  - Dans toute l'enceinte des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs

## III.1.2.2. Les plans gouvernementaux

Depuis 2003, la lutte antitabac a été renforcée avec la mise en place d'une succession de plan cancer.

- Plan cancer I (2003 2007) : a permis, entre autres, des hausses de prix fortes et répétées (+ 42% entre 2002 et 2004).
- Plan cancer II (2009-2013): mises en application de différentes mesures:
  - Apposition des avertissements sanitaires illustrés sur les paquets de cigarettes (arrêté du 15 avril 2010)

- Renforcement de la politique d'aide au sevrage tabagique (montant de remboursement des substituts nicotiniques porté de 50 à 150 € pour les femmes enceintes en septembre 2011)
- Renforcement de la protection des mineurs face au tabagisme (en 2009, extension de l'interdiction de vente aux moins de 18 ans au lieu des moins de 16 ans)
- Plan cancer III (2014 2019) : mise en place du Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) :
  - Remboursement des substituts nicotiniques à 65%, sur prescription. Les complémentaires santé prennent en charge le ticket modérateur.
  - Possibilité de prescription des traitements de substitution nicotinique par les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurskinésithérapeutes en plus des médecins et des sages-femmes.
  - Création d'un Fond de prévention du tabagisme qui contribue au financement des actions locales, nationales et internationales de lutte contre le tabagisme.
    Il s'agit d'un prélèvement sur le chiffre d'affaires des fournisseurs de tabac.
- Programme National de Lutte contre le Tabagisme (2018-2022) : il définit 28 actions à mettre en œuvre. Un des objectifs fixé pour 2032, est que les enfants depuis 2014 deviennent la première génération d'adultes non-fumeurs (< 5% de fumeurs). Une des mesures phares a été l'augmentation des taxes sur le tabac avec l'objectif d'un paquet à 10€ atteint en 2020.</p>

## III.2. Moyens thérapeutiques

#### III.2.1. Prise en charge de la dépendance pharmacologique

## III.2.1.1. Traitements nicotiniques de substitution (TNS)

La nicotine est responsable de la dépendance au tabac, mais pas des maladies causées par les autres constituants de la fumée de cigarette (goudrons, CO, gaz oxydants...). Elle est particulièrement addictive, lorsqu'elle est fumée, car elle atteint très rapidement le cerveau. Les TNS ne présentent pas ces mêmes risques addictifs, car l'absorption de la nicotine est plus lente et ne provoque pas de pics cérébraux de concentration(6).

Ainsi, les TNS atténuent les symptômes de sevrage en nicotine, sans provoquer de renforcement par des pics cérébraux élevés.

Ils sont prescrits en première intention dans le sevrage tabagique. Différentes galéniques existent, avec des cinétiques variées : patchs, gommes, pastilles, inhaleurs et sprays.

La posologie initiale doit permettre un apport égal ou supérieur à 80 % de l'apport tabagique quotidien. Elle est au mieux choisie par dosage de la cotininémie ou cotinurie qui permet aussi l'adaptation posologique, mais c'est le plus souvent de manière empirique qu'elle est fixée. Une cigarette manufacturée apportant au minimum 1 mg de nicotine (1 cigarette roulée le double, 1 cigarillo le triple). Un tabagisme quotidien de 20 cigarettes apporte 20 mg de nicotine à substituer par un timbre à 21 mg (24 h/24) ou à 15 mg (16 h/24). Un apport complémentaire

de TNS buccaux permet de mieux limiter le *craving* (envie irrépressible de consommer du tabac) et d'optimiser l'arrêt du tabagisme.

L'arrêt des TNS se fait par posologie dégressive.

## III.2.1.2. Autres traitements : Varénicline et Bupropion

## - Varénicline (Champix)

La varénicline se lie avec une affinité et une sélectivité élevées aux récepteurs nicotiniques neuronaux à l'acétylcholine, sur lesquels elle agit comme agoniste partiel. Elle a à la fois une activité agoniste, avec une efficacité intrinsèque plus faible que la nicotine, et une activité antagoniste en présence de nicotine.

La prise en charge de 65% par l'assurance maladie ne s'applique que lorsque le traitement est prescrit en seconde intention, après échec des stratégies comprenant des substituts nicotiniques, chez des fumeurs ayant une forte dépendance au tabac (score au test de Fagerström supérieur ou égal à 7).

## - Bupropion (Zyban)

Inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines (noradrénaline et dopamine). Le mécanisme d'action dans l'aide à l'abstinence tabagique n'est pas connu mais son action serait médiée par des mécanismes noradrénergiques et/ou dopaminergiques (14). Il n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

## III.2.2. Prise en charge des dépendances psychocomportementales

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) doivent être associées à l'approche pharmacologique du sevrage tabagique. Elles augmentent la motivation et confiance en soi du fumeur, favorisent le contrôle du craving et la prévention de la reprise (15).

Les troubles anxio-dépressifs sont fréquents, notamment chez les fumeurs fortement dépendants (8) et peuvent se décompenser à l'occasion du sevrage. Les TCC participent à la prise en charge de ces troubles.

Une prise en charge diététicienne est nécessaire pour adapter l'équilibre alimentaire afin de prévenir la prise de poids au cours du sevrage.

La prise en charge doit s'inscrire dans la durée, de manière régulière et pendant plusieurs mois.

## III.3. La prise en charge ambulatoire du sevrage tabagique

## III.3.1. Rôle de la médecine générale

Selon l'INSERM, « les médecins généralistes sont certainement les acteurs de santé les mieux placés pour d'une part prendre en charge les personnes désireuses d'arrêter de fumer et d'autre part entreprendre une vraie prévention du tabagisme auprès de la population non fumeuse » (16).

Le médecin généraliste a un rôle fondamental dans la prise en charge du sevrage tabagique. En effet, il est souvent le professionnel de premier recours pour les patients désirant arrêter de fumer.

La démarche spontanée (motivation personnelle) et les consultations de prévention secondaire sont les situations les plus favorables à l'arrêt du tabac. Cependant, la demande de sevrage est rarement le seul motif de consultation. Et même quand la demande est implicite, elle est plutôt formulée en fin de consultation. Il est important d'être à l'écoute de ces demandes, quitte à proposer une consultation dédiée dans un second temps.

Au cours d'une consultation ordinaire, les opportunités d'aborder le problème du tabac sont très nombreuses : aggravation d'une pathologie respiratoire ou cardiovasculaire, association du tabagisme à d'autres facteurs de risque respiratoires ou cardiovasculaires, infections respiratoires aiguës fréquentes ou répondant mal au traitement, consultation pour contraception, suivi de grossesse ou de nourrissons, consultation avant intervention chirurgicale ou hospitalisation, examen d'aptitude sportive, bilan de santé générale, l'aggravation d'une pathologie dans l'entourage (comme des rhino-pharyngites à répétition chez un enfant). Ce sont autant d'occasion de délivrer le conseil minimal de sevrage.

Le médecin dispose d'atouts importants dans la lutte contre le tabagisme : il connait ses patients, leur statut social et économique, leur état psychique, leurs autres dépendances, leurs problèmes familiaux... Il est donc le plus à même de prendre en charge le patient, dans le cadre d'une médecine globale.

Il peut et doit intervenir dans les différentes étapes de l'aide à l'arrêt du tabagisme, en identifiant le comportement tabagique, en suscitant et en encourageant la motivation à l'arrêt, en donnant des conseils d'arrêt accompagnés de brochures, et en mettant en place un suivi médicalisé. En cas de difficultés, il peut s'adresser aux centres spécialisés (16).

## III.3.2. Les différents lieux de prise en charge du sevrage tabagique en France

Conformément à l'article 14 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, la France dispose des différents moyens de prise en charge du sevrage tabagique : une ligne téléphonique, un site internet Tabac Info Service et des consultations de tabacologie.

Il existe également des consultations jeunes consommateurs présentes dans la quasi-totalité des départements français. Elles proposent un accueil gratuit et confidentiel. Elles se déroulent au sein des Centres Spécialisés d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou dans des lieux spécialisés dans l'accueil des jeunes (Maisons des adolescents et Points accueil écoute jeunes). Bien que s'adressant principalement à des jeunes entre 12 et 25 ans, selon leur problématique, des personnes plus âgées peuvent également être accueillies dans ce cadre.

Les lieux de prises en charge du sevrage tabagique, dans (l'ancienne) région Limousin, référencés sur le site tabac-info-service sont les suivants :

- Dans le département de la Haute Vienne :
  - Limoges
    - Association Ligue contre le cancer
    - Maison de santé, consultation tabac
    - CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
  - Saint-Yrieix-la-Perche : centre hospitalier Jacques Boutard
- Dans le département de la creuse
  - CAST (Centre d'Aide au Sevrage Tabagique) de l'établissement de médecine et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) de Sainte Feyre
- Dans le département de la Corrèze

Tulle : Centre hospitalier

Confolens : CSAPA

Brive-la-Gaillarde :

Centre hospitalier

Clinique les Cèdres

Ussel : Centre hospitalier du Pays d'Eygurande

Notre étude porte sur le CAST de l'hôpital de Ste Feyre. Il fait partie du pôle prévention qui comprend également l'Unité de Coordination Tabacologique (UCT).

Le CAST réalise la prise en charge et le suivi des patients fumeurs au cours de consultations individuelles gratuites adaptées à chaque patient. L'UCT réalise des interventions pour promouvoir les bienfaits d'une vie sans tabac dans les entreprises, le milieu scolaire et les autres établissements de santé.

En France, sur la base du volontariat, les centres de tabacologie utilisent un dossier médical informatisé sur CDTnet. Cela permet un recueil des données pour une exploitation statistique. Environ 3 équipes de tabacologie sur 4 utilisent CDTnet (17).

## Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, quantitative, rétrospective et monocentrique. Le centre d'étude est le CAST de l'hôpital de Ste Feyre, en Creuse.

Tous les patients ayant consulté au CAST du 4 janvier 2018 au 17 janvier 2019 ont été inclus dans l'étude, soit 384 patients.

Les données ont été recueillies grâce au site CDTnet (Consultation Dépendance Tabagique) qui permet de compléter un dossier médical informatisé pour chaque patient. Le dossier est rempli par l'infirmière ou le pneumologue qui réalise la consultation. Il comprend des informations sociodémographiques, sur le comportement tabagique, les antécédents médicaux et les éléments du suivi de sevrage tabagique.

Nous avons choisi de porter notre analyse sur 16 de ses caractéristiques :

- Sexe : homme / femme
- Age à la première consultation
- Situation professionnelle :
  - Invalidité / Allocation Adulte Handicapé
  - Formation / étudiant
  - Actif
  - Retraité
  - Chômage/ bénéficiaire RMI
  - Sans activité
- Antécédents cardiovasculaires :
  - o HTA
  - Diabète
  - Hypercholestérolémie
  - o Infarctus du myocarde / angine de poitrine
  - Accident vasculaire cérébral
  - Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
- Antécédents de maladies respiratoires :
  - o Cancer poumon/gorge/langue
  - BPCO ou bronchite chronique
  - Asthme
- Qui a conseillé de venir à la consultation :
  - Démarche personnelle
  - Hospitalisation
  - Entourage

- Médecin libéral, spécialiste de ville
- Médecin du travail
- o Pharmacien
- Test de Fagerstrom à la première consultation :
  - o 0 1 : non dépendant à la nicotine
  - o 2 3 : dépendance modérée
  - o 4 6 : forte dépendance
- Première tentative de sevrage : oui / non
- Traitement initial par substituts nicotiniques : oui / non
- Traitement initial pharmacologique (bupropion ou varénicline) : oui / non
- Statut tabagique à la première consultation :
  - Fumeur actif
  - o Arrêt initié avant la première consultation
  - o Réduction de consommation au cours du mois précédent la première consultation
- Mesure du taux de CO expiré à la première consultation (en ppm)
- Statut tabagique aux consultations de suivi
- Mesure du taux de CO expiré lors des consultations de suivis
- Nombre total de consultation
- État à la fin de la prise en charge : Arrêt du tabagisme, réduction du tabagisme, poursuite du tabagisme, décès

Nous avons utilisé le logiciel Microsoft Excel pour le recueil des données et nous les avons traitées statistiquement avec le logiciel R qui fournit un environnement logiciel libre pour le traitement statistique des données et des graphiques.

Notre critère de jugement principal était l'abstinence tabagique au terme de la prise en charge au CAST, selon la déclaration des patients. Le nombre de consultation dépendait du souhait de poursuite de suivi par le patient.

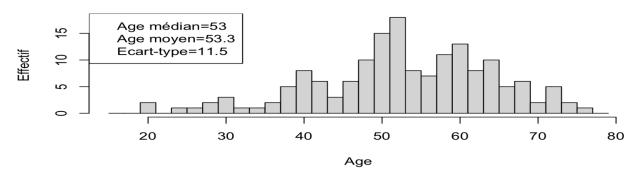
Des analyses univariées, bivariées puis multivariées ont permis de décrire les variables étudiées. Les tests de Khi-2 d'indépendance et de Kruskal-Wallis ont été utilisés.

## Profil des patients suivis en consultation de tabacologie

Parmi les 384 patients ayant consulté au CAST, 162 étaient des femmes et 222 des hommes. Ils étaient âgés de 18 à 77 ans. L'âge moyen était de 53,3 ans chez les femmes et de 53 ans chez les hommes (figure 4). 55% avaient un statut professionnel d'actif et 23% étaient retraités (figure 6). 64,6% consultaient dans le cadre d'une hospitalisation et pour 33% il s'agissait d'une démarche personnelle (figure 7). 52% des patients présentaient des antécédents de maladies respiratoires ou cardiovasculaires. 36% de patients avaient une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), 28% une hypercholestérolémie, 25% une hypertension artérielle et 26% avaient fait un infarctus du myocarde (IDM) (annexe 1).

Le nombre moyen de consultation par patient était de 3. 29% des patients n'avaient assisté qu'à une seule consultation, 23% à 2 consultations, 18% à 3 et 11% à 4 (figure 5). La durée moyenne de suivi était de 63,3 jours (annexe 3). Le délai moyen entre les 1<sup>éres</sup> et 2<sup>e</sup> consultations étaient de 13,6 jours, entre les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> consultations de 14,4 jours et entre les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> de 27,9 jours (annexe 4).

### Répartition des ages chez les femmes



#### Répartition des ages chez les Hommes

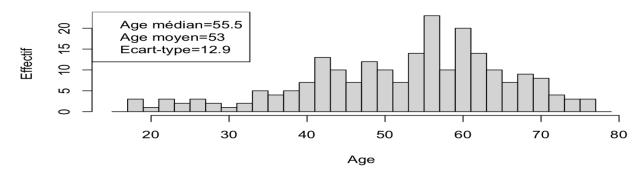


Figure 4. Âge des patients à la première consultation.

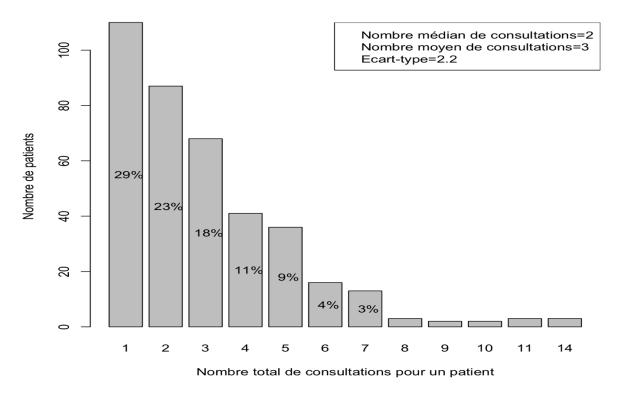


Figure 5. Répartition du nombre de consultations pour les sujets étudiés.

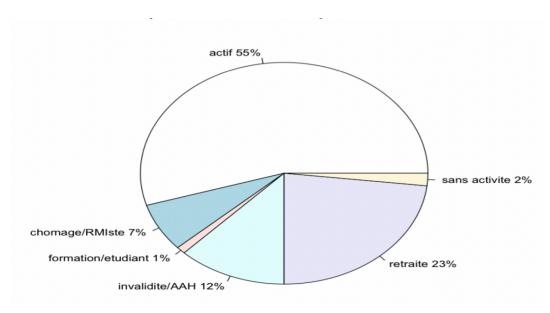


Figure 6 Situation professionnelle des consultants.

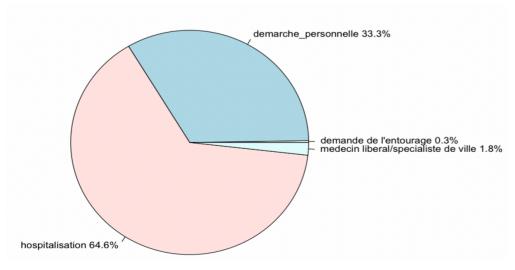


Figure 7. Répartition des conseils de consultation.

### Sevrage tabagique en consultation

Pour 2 patients, les dossiers étaient incomplets et non finalisés, ils n'ont pas été intégrés dans l'analyse finale. Le nombre total de patients considérés dans l'étude est donc de 382.

A la fin de la prise en charge au CAST, 60% (230/382) des patients avaient arrêté de fumer, 21% (82/382) avaient réduit leur consommation et 18% (70/382) avaient poursuivi leur consommation de tabac à l'identique ou plus.

Il y a un lien significatif à 0,1% entre le statut tabagique à la fin de la prise en charge et l'âge, le conseiller de consultation, le statut tabagique à la première consultation et le nombre de consultation (tableau 1). Ce lien est significatif à 1% pour la prescription de substituts nicotiniques.

Comme le montrent les tableau 1 et figure 8, l'âge des patients ayant arrêté de fumer à la fin de la prise en charge est significativement plus élevé que ceux ayant poursuivi ou réduit leur consommation de tabac.

Parmi les sujets ayant consulté au cours d'une hospitalisation, 68% avaient arrêté de fumer (tableau 2). Comme le montrent les tableaux 1 et 2, cette catégorie de patient a significativement plus arrêté de fumer ; comparativement à ceux ayant consulté suite à une démarche personnelle (46% de sevrage).

Concernant le statut tabagique à la première consultation, les patients ayant arrêté de fumer avant leur première consultation ont significativement plus arrêté de fumer suite à leur prise en charge au CAST (tableau 1). En effet, il y avait 95% de sevrage dans cette catégorie de patients (tableau 3).

Comme le montrent la figure 9 et le tableau 1, les patients ayant assisté à plus de consultations ont significativement plus arrêté de fumer.

82% des patients avaient reçu une prescription de substituts nicotiniques. Comme le montre les tableaux 1 et 4, les patients ont significativement plus arrêté de fumer avec des substituts nicotiniques.

Tableau 1. Résultats des tests d'influence sur l'état à la fin de la prise en charge.

Variable	Test utilisé	p-value	Code de signification
Sexe	Khi-2 d'indépendance	0,0220	*
Age	Kruskal-Wallis	0,0007	***
Situation Professionnelle	Khi-2 d'indépendance	0,0881	
Conseiller	Khi-2 d'indépendance	0,0004	***
Présence Antécédent	Khi-2 d'indépendance	0, 0169	*
Présence HTA	Khi-2 d'indépendance	0,8472	
Présence de diabète	Khi-2 d'indépendance	0,2603	
Présence de Hchol	Khi-2 d'indépendance	0,3459	
Présence d'IDM	Khi-2 d'indépendance	0,0017	**
Présence d'AVC	Khi-2 d'indépendance	0,7071	
Présence d'AOMI	Khi-2 d'indépendance	0,4854	
Antécédent Maladies Respiratoires	Khi-2 d'indépendance	0,5714	
Antécédent BPCO	Khi-2 d'indépendance	0,8681	
Antécédent Asthme	Khi-2 d'indépendance	0,1658	
Antécédent cancer	Khi-2 d'indépendance	0,9618	
Fagestrom	Khi-2 d'indépendance	0,9803	
Première TS	Khi-2 d'indépendance	0,0305	**
SN	Khi-2 d'indépendance	0,0054	**
Statut tabagique 1ere consultation	Khi-2 d'indépendance	0,0000	***
Nombre de consultations	Kruskal-Wallis	0,0000	***

Code de signification du test :\* : significatif au niveau 5%; \*\* : significatif à 1%; \*\*\* : significatif à 0,1%

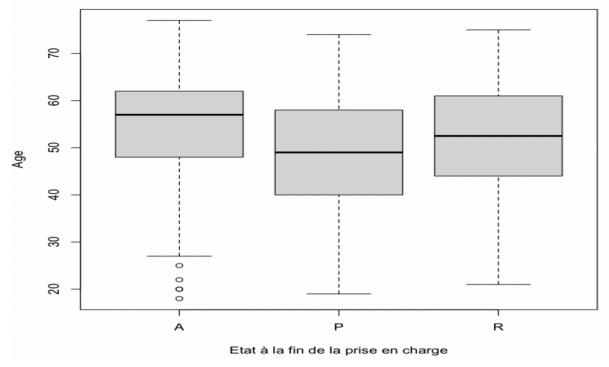


Figure 8. Lien entre âge à la 1ère consultation et état à la fin de la prise en charge.

Tableau 2. Tri croisé conseiller et état à la fin de la prise en charge.

	Arrêt	Poursuite	Réduction
Demande de l'entourage	0	0	1
Démarche personnelle	59	38	30
Hospitalisation	169	30	48
Médecin libéral / spécialiste de ville	2	2	3

Tableau 3. Tri croisé statut tabagique à la 1ère consultation et état à la fin de la prise en charge.

	Arrêt	Poursuite	Réduction
Arrêt initié avant la 1ère consultation	139	3	7
Fumeur actif	69	59	46
Réduction de consommation au cours du mois précédent la 1ère consultation	20	8	29

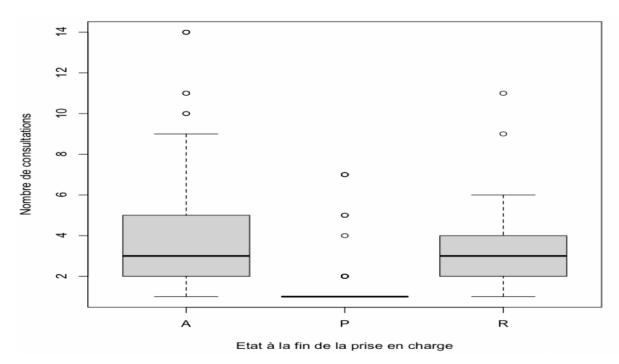


Figure 9. Lien entre nombre de consultation et état à la fin de la prise en charge.

Tableau 4. Tri croisé prescription de substituts nicotiniques et état à la fin de la prise en charge.

Substituts nicotiniques	Arrêt	Poursuite	Réduction
Oui	174	60	76
Non	52	10	6

## Étude des données sur cohorte formée des sujets à au moins 2 consultations

Parmi les consultants, 29% n'avaient assisté qu'à la première consultation. Parmi ces derniers, il y avait 36% de sevrage tabagique (figure 10).

Après au moins 2 consultations au CAST, 69% (191/274) de patients ont arrêté de fumer, 25% (69/274) ont réduit leur consommation et 14% (14/274) ont poursuivi leur intoxication tabagique (figure 10).

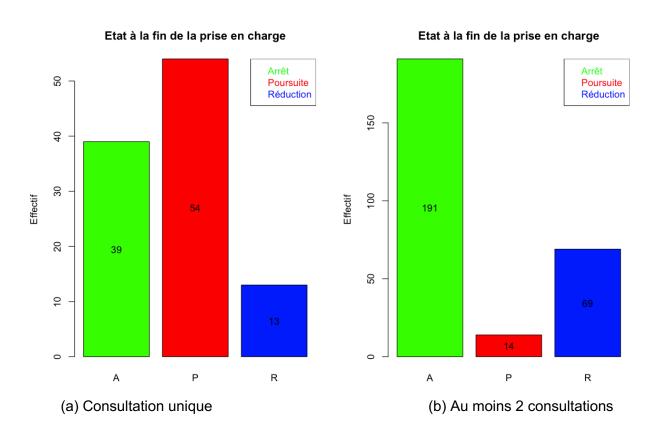


Figure 10. État à la fin de la prise en charge selon le nombre de consultation.

### **Discussion**

Parmi les patients ayant consulté au CAST de Ste Feyre pour une démarche de sevrage tabagique, 60% ont arrêté de fumer à la fin de leur prise en charge. Si on considère les patients ayant réalisé au moins deux consultations, ce taux s'élève à 69%.

Nous avons retrouvé d'autres études françaises sur le sevrage tabagique. Une, réalisée en médecine générale, retrouvait, sur un échantillon de 89 patients, 38% de patients sevrés à moins de 6 mois et 28% à plus d'un an(18).

En ce qui concerne le sevrage en centre de tabacologie, plusieurs études ont été réalisées et concluaient :

- parmi les consultants en démarche d'arrêt dans les centres CDTnet en France, entre 2011 et 2013, 45,2% (4593/10161) ont réussi à maintenir l'abstinence pendant au moins un mois (19).
- à un taux de sevrage tabagique de 43,94% (236/537) pour le réseau de santé de prise en charge du tabagisme Lorraine Stop Tabac, de 2006 à 2008 (20).
- à un taux de 31,7% (58/183) de patients abstinents à 3 mois ou après 5 consultations dans le réseau de prise en charge plurithématique (tabac, alcool et cannabis) en Moselle Est entre 2013 et 2014 (21).
- dans le centre expert de tabacologie de Clermont-Ferrand, entre 1999 et 2003, le taux d'arrêt à 6 mois était variable selon le fagerström : <7 le taux de sevrage était de 63,2% (156/247) ; > 8 le taux de sevrage était à 47,3% (87/184). A 12 mois, le taux d'arrêt était de 30% (190/634). (22)

Selon les résultats de notre étude, les principaux facteurs favorisant le sevrage tabagique sont l'âge, le contexte de consultation (hospitalisation), le nombre de consultation et la prescription de traitements substitutifs. Hormis le contexte de consultation, ce sont les mêmes facteurs favorisant que l'on retrouve dans la littérature.

### Forces de l'étude

La force de notre étude réside dans le nombre de patients inclus, Ce nombre est important d'autant plus que l'étude est monocentrique et n'a été réalisé que sur une période d'un an.

De plus, nous pouvons noter la fiabilité et l'exhaustivité des données recueillies puisqu'il s'agit de dossier entièrement complété informatiquement via le logiciel CDTnet.

#### Limites de l'étude

<u>Biais de recrutement</u>: notre étude est monocentrique. De plus, le CAST de Ste Feyre est situé dans un hôpital. Comme le montre la répartition des conseillers, les patients inclus sont majoritairement hospitalisés ou consultant au décours d'une hospitalisation.

Toutefois, le taux élevé de réussite met en valeur l'intérêt d'une prise en charge du sevrage tabagique adaptée au cours de décompensation et/ou découverte de pathologies liées au tabagisme.

<u>Biais de mesure</u>: lors de certaines consultations, le CO expiré (critère objectif) n'était pas mesuré (non fait ou consultation téléphonique). La définition du statut de sevrage était donc fonction de la déclaration du patient ou de l'appréciation du professionnel de santé réalisant la consultation.

<u>Biais d'analyse</u>: Nous avions initialement choisi de ne pas intégrer dans notre analyse les antécédents anxiodépressifs et les prises de traitements psychotropes. Or il s'avère que ce sont des éléments qui ressortent dans la littérature comme facteurs de risque dans l'échec du sevrage tabagique. Il est nécessaire d'évaluer et de prendre en charge le terrain anxiodépressif lors d'une démarche de sevrage tabagique.

<u>Absence de suivi au long cours</u>: La durée moyenne de suivi des patients au CAST était de 63,3 jours. Il n'y a donc pas de suivi à très long terme et pas de données sur la poursuite du sevrage ou l'existence d'éventuelles rechutes.

### Hypothèses pour expliquer les observations faites

Nous constatons un taux élevé de sevrage tabagique dans notre étude. Plusieurs éléments peuvent l'expliquer :

- Le milieu hospitalier (mention « hôpital sans tabac », contexte de pathologies aigues) impose le sevrage dans un premier temps. Il arrive que le suivi s'arrête avec l'hospitalisation. Pour ces patients nous n'avons pas de données sur la poursuite du sevrage après la sortie d'hospitalisation.
- Le taux d'abstinence augmente avec le nombre de consultations. Nos résultats soulignent l'importance d'une prise en charge intensive à moyen terme.
- Le taux de prescription de traitements substitutifs était de 82%. Comme retrouvé dans de nombreuses études, la prescription de substitut nicotinique aide au sevrage tabagique. Il faut noter que sur la période étudiée, il n'y a pas eu de prescriptions de traitements pharmacologiques (Bupropion ou Varénicline). Cela s'explique par les habitudes de pratiques, le CAST ayant choisi de se focaliser sur les traitements substitutifs en premier lieu, sur l'entretien motivationnel et le travail sur les habitudes de vie. Les prescriptions de traitements pharmacologiques sont peu fréquentes.

### Conclusion

L'analyse du taux de sevrage tabagique des consultations du CAST de Ste Feyre retrouve 60% de réussite. Ce constat ouvre des perspectives très encourageantes pour l'aide individuelle au sevrage tabagique en centre.

Cette étude met en avant le rôle primordial d'un accompagnement adapté dans la démarche de sevrage : un suivi rapproché dans le court et moyen terme et un soutien pharmacologique avec la prescription de substituts nicotiniques.

La conduite addictive demande une prise en charge médicale, psychologique et sociale souvent complexe nécessitant un abord pluridisciplinaire et une coordination essentielle entre professionnels de ville, établissements de santé et professionnels des champs médicosociaux.

Les résultats de cette étude peuvent contribuer à promouvoir l'utilisation de ces consultations en centres spécialisés.

L'étude sur l'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013 montre que la moitié des consultants ne retourne pas en CDT après une première consultation d'information(19). La complémentarité de la prise en charge en médecine générale prend tout son sens pour offrir un panel de possibilités de consultation pour tous ces patients.

La situation sanitaire que nous vivons actuellement, en rapport avec la pandémie liée au covid-19, a engendré des conséquences directes sur tous les pans de notre vie : économiques, sociétales, politiques et psychologiques. Concernant le tabagisme, cela peut laisser craindre une augmentation de la consommation de tabac. En tant que professionnels de santé, nous devons rester attentifs et poursuivre nos actions préventives.

Enfin, il est intéressant de noter qu'une étude nationale est en cours de réalisation par l'AP-HP (étude ECSMOKE) pour évaluer l'efficacité de la cigarette électronique avec ou sans nicotine comme aide au sevrage tabagique, en comparaison à un médicament.

La lutte contre le tabagisme prend toutes les formes, par tous les moyens et doit rester au cœur des politiques de santé et de notre pratique médicale.

# Références bibliographiques

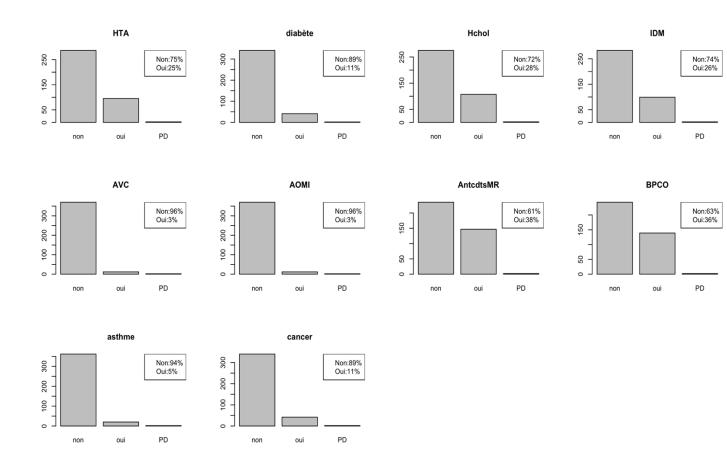
- 1. Tabac [Internet]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco
- 2. Bonaldi C., Boussac M., Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(15):278-84.
- 3. Pasquereau A., Andler R., Arwidson P., Guignard R., Nguyen\_Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes: bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(14):273-81.
- 4. Ruppert Anne-Marie, Amrioui Fatima, Fallet Vincent. Facteurs de risque et prévention des cancers du poumon. la revue du praticien [Internet]. oct 2020; Disponible sur: https://www.larevuedupraticien.fr/article/facteurs-de-risque-et-prevention-des-cancers-du-poumon
- 5. Produits du vapotage | Anses Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. Disponible sur: https://www.anses.fr/fr/content/produits-du-vapotage
- 6. Le Houezec J. Pharmacologie de la nicotine et dépendance au tabac. Rev Médicale Suisse [Internet]. 2003;1(23277). Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2452/23277
- 7. Abrous N, Aubin HJ, Berlin I, Junien C, Kaminski M, Foll BL, et al. Tabac: comprendre la dépendance pour agir. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2004 p. 473.
- 8. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. Rev Mal Respir. 1 févr 2006;23(1, Supplement 1):3S85-105.
- 9. F. Lebargy, L.-A. Becquart, B.Picavet. Épidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac. In: EMC AKOS (Traité de Médecine). Elsevier; 2005. p. 14.
- 10. Cancers Santé publique France [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers
- 11. Centre international de recherche sur le cancer, éditeur. A review of human carcinogens. Lyon: International agency for research on cancer; 2012. (IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans).
- 12. Hill Catherine. Les effets sur la santé du tabagisme passif. BEH 20-21 [Internet]. 31 mai 2011 ; Disponible sur: /determinants-de-sante/tabac/les-effets-sur-la-sante-du-tabagisme-passif.-numero-thematique.-journee-mondiale-sans-tabac-31-mai-2011
- 13. Kopp P. Le coût social des drogues en France. OFDT. 2015;75.
- 14. Bupropion: substance active à effet thérapeutique. In: VIDAL [Internet]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/medicaments/substances/bupropion-21787.html
- 15. Perriot J, Schmitt A, Llorca P-M. Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique. Alcoologie Addictologie. 1 sept 2005;27:201-2.
- 16. Stoebner-Delbarre A, Amnessi-Maesano I, Slama K, Mekihan-Cheinin P, Carton S. Tabagisme: prise en charge chez les étudiants. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 2003 p. 232.
- 17. Evaluation de la pertinence d'un dossier informatisé du patient en addictologie RESPADD [Internet]. Disponible sur: https://www.respadd.org/publications/programmes-de-recherche-et-evaluations/evaluation-de-la-pertinence-dun-dossier-informatise-du-patient-en-addictologie/
- 18. Loumaigne P. Evaluation de la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale : étude quantitative et qualitative d'un échantillon de 89 patients. Poitiers; 2013.
- 19. Baha M., Boussadi A., Le Faou AL. L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013. 2016;7.

- 20. Desjeunes S. Un réseau de santé innovant dans la lutte contre le tabagisme en Lorraine: Le réseau Lorraine Stop Tabac, description et bilan à deux ans et demi de fonctionnement. 2009.
- 21. Gerber-Weiorka A. Evaluation comparative d'un réseau de santé monothématique de sevrage tabagique après 18 mois de fusion absorption au sein d'un réseau plurithématique en Moselle Est. 2014;201.
- 22. Perriot J, Lemaire P, Letoturier R, Laime D, Gerbaud L, Brugiere C, et al. Prise en charge du sevrage tabagique dans un centre expert en Tabacologie (Dispensaire Emile Roux Clermont-Ferrand) et résultats du sevrage. 2004.

# **Annexes**

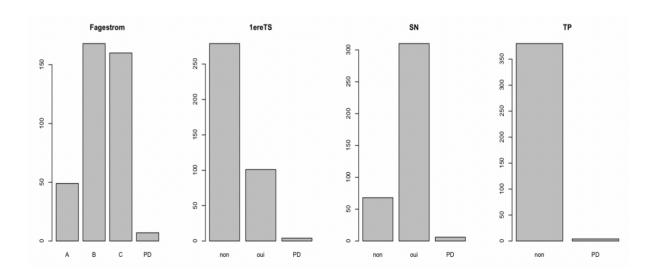
Annexe	1.	Détails	des	antécédents	de	risques	card	diovascula	aires	et	des	malac	lies
respirato	ires	S											48
Annexe	2.	Test de	Fage	erstrom, prem	ière	tentative	de	sevrage,	pres	cript	ion	initiale	de
substitut	s ni	cotinique	es et t	raitement pha	rma	cologique							49
Annexe	3 : c	durée des	s suivi	is									.49
Annexe 4	4. D	urée mo	yenne	e entre consul	tatio	ns consé	cutiv	es					.49

Annexe 1. Détails des antécédents de risques cardiovasculaires et des maladies respiratoires



PD correspond à l'absence de donnée pour le sujet concerné.

Annexe 2. Test de Fagerstrom, première tentative de sevrage, prescription initiale de substituts nicotiniques et traitement pharmacologique.



### Annexe 3. Durée des suivis

Minimum	1er quartile	Médiane	Moyenne	3ème quartile	Maximum	NA	Ecart-type
1.0	14.0	25.5	63.3	74.8	556.0	110.0	89.2

# Annexe 4. Durée moyenne entre consultations consécutives

Ν°	consultation	Minimum	1er	quartile	Médiane	Moyenne	3ème	quartile	Maximum	NA	Ecart-type
	2	0		7.0	8	13.6		14.0	216	110	20.4
	3	0		7.0	11	14.4		16.0	109	195	12.6
	4	4		8.2	18	27.9		28.0	359	266	47.9
	5	3		17.0	24	33.9		34.0	393	307	47.1
	6	7		18.0	28	42.9		42.0	229	343	47.1
	7	10		20.0	28	46.3		59.0	191	359	40.7
	8	14		25.0	30	38.4		35.0	118	371	29.8
	9	11		20.5	23	31.1		33.2	101	374	25.8
	10	8		24.5	28	27.6		31.0	47	376	12.5
	11	10		25.0	35	45.5		42.0	127	378	41.7
	12	21		24.5	28	44.3		56.0	84	381	34.5
	13	10		19.5	29	80.3		115.5	202	381	105.8
	14	14		39.5	65	125.3		181.0	297	381	150.8

# Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

### Evaluation du taux de sevrage dans un Centre d'Aide au Sevrage tabagique en Creuse

En France métropolitaine, en 2015, il a été estimé que 75320 décès étaient attribuables au tabagisme. De nombreuses politiques de santé ont été mises en place afin de lutter contre le fléau du tabagisme. Dans ce contexte de lutte anti-tabac, nous avons évaluer le taux de sevrage au Centre d'Aide au Sevrage Tabagique (CAST) de l'hôpital de Sainte Feyre.

Matériel et méthode : étude rétrospective, observationnelle, monocentrique. Tous les patients ayant consulté du 4 janvier 2018 au 17 janvier 2019 ont été inclus. Les données ont été recueillies sur le site CDTnet. Notre critère de jugement principal était l'abstinence tabagique au terme de la prise en charge au CAST, selon la déclaration des patients.

Résultats: A la fin de leur prise en charge, sur 382 patients, 60% avaient arrêté de fumer, 21% avaient réduit leur consommation et 18% avaient poursuivi leur consommation de tabac à l'identique ou plus. Les principaux facteurs favorisant le sevrage tabagique étaient l'âge, le contexte de consultation (hospitalisation), le nombre de consultation et la prescription de traitements substitutifs.

Conclusion : avec un taux de sevrage élevé, cette étude souligne l'importance d'une prise en charge adaptée dans l'aide au sevrage tabagique.

Mots-clés : sevrage tabagique, consultation tabacologie

### Evaluation of the guitting rate in a Center for Smoking Cessation in Creuse

In metropolitan France, in 2015, it was revealed that 75,320 deaths were attributed to smoking. Many health policies have been put in place to fight against the scourge of smoking. In this context of tobacco control, we evaluated the rate of quitting at the Smoking Cessation Center (CAST) of Sainte Feyre hospital.

Material and method: retrospective, observational, monocentric study. All patients who consulted from January 4, 2018 to January 17, 2019 were included. Data were collected on the CDTnet website. Our primary endpoint was smoking abstinence at the end of treatment at CAST, according to the patient's declaration.

Results: At the end of their care, out of 382 patients, 60% had stopped smoking, 21% had reduced their consumption and 18% had continued to smoke the same or more. The main factors favoring smoking cessation were age, the consultation context (hospitalization), the number of consultations and the prescription of substitute treatments.

Conclusion: with a high quitting rate, this study underlines the importance of appropriate care in helping people to quit smoking.

Keywords: smoking cessation, smoking consultation