

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 1<sup>er</sup> juillet 2016 à Poitiers  
par Vincent Lapeyronnie

La mise en place d'aides au sevrage tabagique en entreprise est-elle efficace ?  
Exemple du CHU de Poitiers.

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice

**Membres** :

- Madame le Professeur Virginie Migeot
- Monsieur le Professeur Jean-Dominique Dewitte

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Michel Underner

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 1<sup>er</sup> juillet 2016 à Poitiers  
par **Vincent Lapeyronnie**

La mise en place d'aides au sevrage tabagique en entreprise est-elle efficace ?  
Exemple du CHU de Poitiers.

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice

**Membres** :

- Madame le Professeur Virginie Migeot
- Monsieur le Professeur Jean-Dominique Dewitte

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Michel Underner



Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- GOMES DA CUNHA José

**Professeurs associés de médecine générale**

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

**Professeurs émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice, vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Madame le Professeur Virginie Migeot, vous acceptez de juger ce travail, veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Dominique Dewitte, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail en le jugeant. Merci également de prendre du temps pour venir sur Poitiers et de l'amour que vous portez à la médecine du travail.

A Monsieur le Docteur Michel Underner, vous avez accepté de me guider dans ce travail de thèse et votre soutien m'a beaucoup aidé pour améliorer mon travail. Vous m'avez également formé aux consultations de tabacologie. Je vous en remercie sincèrement.

Merci au Docteur Denis Frasca pour son aide plus qu'indispensable pour les statistiques.

Merci au Docteur Geneviève Coulombier pour son aide concernant la réalisation de mon mémoire de tabacologie. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Merci au Docteur Huguette Martinez, pour m'avoir accordé le temps nécessaire à la réalisation de cette thèse et pour votre soutien.

Merci à mon amour, pour sa grande patience, son aide plus que précieuse et son soutien constant. Je t'aime et plus encore.

Merci à toute ma famille, mes parents, mes sœurs, ma grand-mère et toute ma belle-famille.

Merci papa de m'avoir donné et fait partager ta passion pour la médecine, merci maman d'être toujours là pour m'aider et pour ton amour.

Merci à tous mes amis, mes collègues et confrères que je n'ai pas cité, vous êtes trop nombreux mais bien présents dans mon cœur.

## TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>METHODE .....</b>	<b>7</b>
<b>I. Population étudiée.....</b>	<b>7</b>
<b>II. Déroulement de l'enquête .....</b>	<b>8</b>
<b>III. Questionnaire.....</b>	<b>8</b>
<b>IV. Analyse des résultats.....</b>	<b>9</b>
<b>RESULTATS.....</b>	<b>11</b>
<b>I. Variables liées aux patients.....</b>	<b>11</b>
<b>II. Variables liées à la prise en charge des agents .....</b>	<b>14</b>
<b>III. Variables concernant la satisfaction des agents sur les aides proposées .</b>	<b>21</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>24</b>
<b>I. Variables liées aux patients.....</b>	<b>24</b>
<b>II. Variables liées à la prise en charge des agents .....</b>	<b>25</b>
<b>III. Variables de satisfaction des agents sur les aides proposées .....</b>	<b>27</b>
<b>IV. Limites et biais de l'étude .....</b>	<b>31</b>
<b>V. Synthèse des résultats.....</b>	<b>32</b>
<b>CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>I</b>

## **ABREVIATIONS**

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

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

OFT : Office Française de prévention du Tabagisme

SN : Substitut Nicotinique

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

VL : Vincent Lapeyronnie

## INTRODUCTION

Le tabac apparaît en France au cours du XVI<sup>ème</sup> siècle suite à l'expédition de Villegagnon qui partit coloniser le Brésil. André Thevet le cultive ensuite dans son jardin d'Angoulême (Herbe angoumoise) et Jean Nicot, ambassadeur de France au Portugal, l'introduit à la cour de France auprès de la reine Catherine de Médicis sous forme de poudre. La reine l'utilise à des fins thérapeutiques pour calmer ses « migraines ». Le « traitement » ayant eu du succès, son usage se répand à la Cour, puis dans la société aristocratique et bourgeoise. Le tabac est préconisé pour calmer de nombreuses maladies comme les plaies, les ulcères, les rhumatismes etc... Il a, à cette époque, porté de nombreux noms comme Herbe à la reine, Herbe sainte, Herbe sacrée, Herbe à tous les maux...

En 1619, le roi Jacques Ier d'Angleterre bannit le tabac de la Cour d'Angleterre par un traité : « le Misocapnos ». D'autres détracteurs du tabac comme Boris Tsar de Moscovie, le Shah de Perse ou encore Amurat IV empereur des Turcs l'interdisent sous peine de lourdes sanctions pouvant aller jusqu'à la mort en cas de récidive. Le Pape Urbain VIII va même jusqu'à excommunier ceux qui prient dans les églises. Les méfaits de cette plante « diabolique » commencent à se faire connaître.

En France, certains hommes d'Etat comprennent que le commerce du tabac peut être intéressant pour les finances françaises. En 1629, le Cardinal de Richelieu est le premier à instaurer une taxe sur la vente du tabac. En 1674, Colbert, à la demande de Louis XIV, crée une ferme d'état qui aura alors le monopole de sa vente. Elle sera abolie lors de la révolution Française puis rétabli par Napoléon Ier en 1811 sous la forme d'une régie d'état avec la reprise du monopole commercial. La première manufacture des tabacs est créée en France à Paris en 1842. La consommation de tabac à cette époque reste le privilège des classes nobles.

Les grandes compagnies cigarettières américaines vont s'implanter dans toute l'Europe à la suite de la seconde guerre mondiale et aux soldats américains, grands consommateurs de cigarettes blondes. Son usage va se répandre à toutes les classes de la société et les grandes fabriques vont faire preuve de beaucoup d'imagination pour inciter une plus large partie de la population à consommer leur produit. Elles vont créer la cigarette avec filtre en 1930 puis la commercialiser 20 ans plus tard pour répondre à l'étude de Doll et Peto

[1]. Cette étude mettait en évidence pour la première fois la relation entre le tabac et le cancer du poumon. La cigarette avec filtre a également pour but d'inciter les femmes et les adolescents à fumer en « minimisant » les dangers de la consommation de tabac. Les fabricants diminuent également les rendements en goudrons des cigarettes que l'on va appeler « cigarettes légères » afin de rassurer et de séduire toujours plus de consommateurs. Le tabac a également une place importante dans la publicité et fumer va devenir « tendance » y compris pour les femmes.

De nos jours, le tabac est banalisé et est consommé principalement sous forme de cigarette dans le monde entier [2]. La consommation mondiale est estimée à plus de 7 millions de tonnes par an, pour plus de 1 milliard de consommateurs actifs. Bien qu'une diminution significative de la consommation de tabac soit notée dans les pays développés, elle ne cesse d'augmenter au niveau mondial avec une forte progression du tabagisme féminin.

Les effets néfastes de sa consommation entraînent plus de 5 millions de décès dans le monde et environ 70 000 en France chaque année. L'espérance de vie des fumeurs est réduite en moyenne de 10 ans, un quart d'entre eux va mourir entre 35 et 69 ans [3]. Le tabac est responsable de nombreuses maladies dont le cancer bronchique, mis en cause dans 80% des cas de cancers bronchiques chez l'homme et 45% chez la femme [4]. Des études épidémiologiques indiquent une réduction de 40% à 90% du risque de cancer bronchique dans les 10 années après l'arrêt de tabac [5, 6], montrant ainsi l'importance du sevrage tabagique. Ce sevrage est néanmoins difficile car le tabac est responsable d'une triple dépendance d'installation rapide : physique, psychologique et comportementale. La composante physique est principalement liée à l'addiction à la nicotine qui peut être importante et difficile à surmonter. Elle se caractérise par des pulsions à fumer (« *craving* ») ainsi qu'un syndrome de sevrage à l'arrêt du tabac. Il est estimé que 70% à 80% des consommateurs de tabac deviennent dépendants [7, 8, 9] dont 20% d'entre eux avec une dépendance forte [10]. Un fumeur sur trois, voire sur deux si le début du tabagisme est précoce, va mourir prématurément d'une pathologie en lien directe avec son tabagisme.

En France, l'article 4 du décret du 12 septembre 1977, découlant de la loi du 9 juillet 1976 dite « Loi Veil », interdit l'usage du tabac dans les établissements et locaux affectés à un usage collectif [11]. Malheureusement, son application n'a pu être mise en place. Ce décret fut remplacé par la « Loi Evin » du 10 janvier 1991 qui reconnaît le principe de protection des

non-fumeurs par l'interdiction de fumer dans tous les locaux à usage collectif, clos et couverts [12]. Plusieurs propositions voient alors le jour notamment pour les hôpitaux et établissements de santé.

« Un hôpital sans tabac », lié par la Charte établie par le Réseau hôpital sans tabac, n'est pas un hôpital sans fumeur ; c'est un hôpital au sein duquel une politique de lutte contre le tabagisme est mise en place. Cette charte créée en 1993 est reprise en 2000 pour l'Europe sous le nom de « Code européen du Réseau Hôpital Sans Tabac ». Il existe également pour les entreprises une autre charte : « Entreprise sans tabac » créée par l'Office français de prévention du tabagisme (OFT).

Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, il existe depuis novembre 1993, à l'initiative du Dr Underner et de l'équipe socio-éducative de l'espace médico-social, une consultation d'aide au sevrage tabagique spécifiquement dédiée au personnel hospitalier. Cet espace a pour but de permettre l'approche globale de situations individuelles et collectives des agents du CHU.

Pour le sevrage tabagique, plusieurs tabacologues ont œuvré pour faire diminuer le nombre de fumeurs au sein des salariés de cet hôpital. Les consultations de tabacologie sont entièrement gratuites pour le personnel du CHU et les traitements sont également disponibles gratuitement à la pharmacie centrale du CHU, sur ordonnance des tabacologues. De plus, les consultations peuvent être réalisées sur le temps de travail des agents, après en avoir informé le cadre de leur service.

D'autres professionnels peuvent aider les agents dans leur démarche d'arrêt du tabac : diététicienne, psychologue, sophrologue. Toutes ces prestations sont également gratuites et réalisées au sein du CHU, après avis du médecin tabacologue.

Le médecin du travail a également un rôle important à jouer en matière d'information, de sensibilisation et de prévention. Il doit avoir une approche globale, incluant une dimension éducative et préventive des addictions. En tant que futur médecin du travail et tabacologue, l'objectif serait de mettre en place des consultations d'aide au sevrage tabagique dans des entreprises. Il est nécessaire d'évaluer l'impact d'une telle démarche au sein d'une population active. Le médecin du travail est encore trop souvent le seul médecin que voient les salariés en bonne santé. Il doit informer les travailleurs des effets du tabac et mettre en place des

moyens actifs de prévention. Le service de santé au travail agit non seulement pour protéger les salariés du tabagisme passif mais aussi pour aider les salariés fumeurs à s'engager plus rapidement dans une démarche d'arrêt.

Actuellement, la proportion de fumeurs observée dans la population générale est d'environ 35%. Le taux de fumeurs est très différent entre la population de demandeurs d'emploi (48,2%) et la population d'actifs occupés (30,4%) [13]. Il existe également au sein des actifs occupés des différences significatives de consommation selon les catégories socio-professionnelles : le niveau de tabagisme est de loin le plus élevé parmi les ouvriers (47,0%), suivis par les artisans, commerçants et chefs d'entreprises (40,1%), les employés (36,3%), les professions intermédiaires (30,1%), les cadres et professions intellectuelles supérieures (24,6%) et enfin les agriculteurs exploitants (19,6%) [14]. La part de fumeurs au sein des salariés du CHU, toutes catégories professionnelles confondues, est équivalente à celle de la population générale.

Actuellement, dans la population générale, 97% des fumeurs qui essaient d'arrêter de fumer sans aucune aide échouent [15]. Le taux d'arrêt spontané dans une population de fumeurs est d'environ 2 % par an. La simple incitation médicale, comme par exemple le « conseil minimal » double ou triple ce taux sur la même période. Une prise en charge rigoureuse comprenant un suivi régulier et une vision globale du fumeur permet d'atteindre un taux d'abstinence de 30 à 40 % à 12 mois [16]. Cette prise en charge est donc un facteur clé de la réussite du patient pour son sevrage. Par ailleurs, la prise en compte du travail est un facteur fondamental car faisant partie intégrante de la personne.

Les données épidémiologiques montrent que 70% des fumeurs veulent arrêter. Parmi eux, 44% disent essayer d'arrêter chaque année, mais seulement 4% y arrivent seuls [17]. Cependant, un peu plus d'un tiers des fumeurs souhaitant arrêter de fumer envisagent de le faire avec l'aide d'un médecin (37,4%) [14].

De même, le nombre de tentatives observé chez les fumeurs "sains" mais également chez les patients fumeurs traités pour cancer bronchique augmente la probabilité d'un arrêt définitif [18, 17]. En effet, dans la plupart des études, le seul facteur prédictif significatif de réussite à long terme est l'existence de tentatives de sevrage antérieures [19, 20]. Les tentatives d'arrêt peuvent être multiples et font le plus souvent partie intégrante du sevrage.

L'étude présentée dans cette thèse fait suite à un premier travail réalisé en 2014 pour l'obtention du diplôme universitaire de Tabacologie et Aide au Sevrage Tabagique de la Région Ouest. Y avait été analysé les mêmes paramètres, à l'exception des deux dernières questions. Cent salariés du CHU de Poitiers vus en consultation de tabacologie par le Dr Coulombier ont été inclus. Ces consultations ont eu lieu dans le service de Santé au travail de cet hôpital où elle exerçait également la fonction de médecin du travail. Lors de cette enquête, plusieurs points n'avaient pu être abordés, comme la comparaison des résultats obtenus avec ceux d'autres entreprises ayant réalisées des actions concrètes pour lutter contre le tabagisme ou le bénéfice d'un suivi par un psychologue. Cette aide, proposée par le tabacologue, est fonction de l'état psychique du salarié évalué lors de la consultation et par le test HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) [21].

Ce test simple sert à dépister une tendance anxieuse et/ou dépressive. Il fait partie intégrante du dossier médical de tabacologie de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) et doit impérativement être pris en compte pour aider au mieux les fumeurs. Si une dépression est mise en évidence, il faut en effet la traiter en amont ou conjointement au sevrage tabagique afin d'augmenter le taux de succès du sevrage. Le tabacologue peut, en fonction de ses connaissances, formations et disponibilités réaliser seul la prise en charge d'un trouble anxio-dépressif. Toutefois, le manque de temps est souvent un frein à ce suivi. La possibilité de rencontrer un psychologue gratuitement est un atout supplémentaire pour la réussite d'un sevrage tabagique.

En effet, la dépendance psychologique (et/ou comportementale) est souvent aussi, voire plus importante que la dépendance physique à la nicotine. Il faut également réussir à motiver le patient hésitant; l'entretien motivationnel a un réel intérêt dans la prise en charge des troubles addictifs, notamment le tabagisme. Elle utilise les outils des thérapies comportementales et cognitives (TCC) et s'appuie sur le modèle de changement comportemental de Prochaska et DiClemente [22].

## **METHODE**

Cette étude, rétrospective et descriptive, a été réalisée par téléphone à l'aide d'un questionnaire à questions fermées. Elle concernait des employés fumeurs du CHU de Poitiers.

Les objectifs étaient :

- Savoir si la mise en place d'aides au sevrage tabagique dans une entreprise était efficace.
- Déterminer s'il existait des facteurs prédictifs de la réussite du sevrage tabagique à long terme.

Pour cela, le taux de succès du sevrage tabagique de la population générale a été comparé à celui des salariés du CHU de Poitiers. La discussion portera sur la comparaison des résultats obtenus partant de l'hypothèse que le taux de succès du sevrage tabagique au sein de cette entreprise était plus élevé car cette population de fumeurs était privilégiée en raison des aides mises en place par le CHU.

### **I. Population étudiée**

La population étudiée était composée de 200 salariés ou anciens salariés du CHU de Poitiers s'étant présentés à la consultation d'aide au sevrage tabagique dédiée aux employés de cet hôpital. Les consultations étaient réalisées par le Docteur Coulombier et le Docteur Underner, médecins tabacologues du CHU. Chaque médecin avaient reçu 100 consultants. Le Dr Coulombier était également médecin du travail dans ce même hôpital et le Dr Underner pneumo-phtisiologue.

Deux cents salariés ont été choisis au hasard parmi les 658 agents ayant bénéficié d'une ou plusieurs consultations auprès du Dr Coulombier entre mars 2006 et novembre 2013 et auprès du Dr Underner de mai 2005 à octobre 2013.

Cette population de 200 salariés était constituée de :

- Personnel médical et paramédical (147 agents), médecins, internes, étudiants en médecine, infirmier(e)s diplômé(e)s d'état (IDE), sages-femmes, aides-soignantes (AS), manipulateurs d'électro-radiologie d'une part,
- Personnel non médical (53 agents) : agents des services hospitaliers (ASH), agents techniques (plombiers, électriciens...), agents de restauration et des espaces verts, agents administratifs d'autre part.

## **II. Déroulement de l'enquête**

Cette enquête s'était déroulée en deux temps :

- De juillet à septembre 2014 pour les 100 patients du Dr Coulombier (premier travail effectué pour le mémoire du Diplôme Inter-Universitaire de Tabacologie et Aide au Sevrage Tabagique de la Région Ouest en 2014).
- De septembre à novembre 2015 pour les 100 patients du Dr Underner.

Les entretiens ont été réalisés exclusivement par téléphone et par la même personne (VL). Pour chaque patient, les informations sur les objectifs de l'étude ont été données de manière identique à partir d'un texte écrit. Après accord du sujet, le questionnaire était réalisé. Les questions ont toujours été posées dans le même ordre pour ne pas fausser les résultats.

Les diverses interrogations émises par les personnes contactées ont été reprises à la fin du questionnaire. Un rappel sur la possibilité de recours aux tabacologues du CHU pour les agents non abstinents a été effectué.

## **III. Questionnaire**

Le questionnaire comportait 19 questions (annexe 1), comparativement au premier travail réalisé en 2014 qui en comportait 17. En effet, à partir des résultats de l'étude réalisée

en 2014, deux items supplémentaires ont été ajoutés concernant la prise en charge pluridisciplinaire. Les résultats obtenus à partir du second questionnaire ont été analysés sur les 100 salariés nouvellement contactés.

La première partie était composée de 5 questions renseignant le sexe, l'âge, la profession, les horaires de travail des agents (question 1 à 4) ainsi que le nombre de tentative(s) d'arrêt du tabac avant les consultations réalisées par les deux médecins tabacologues (question 5).

Les utilisateurs exclusifs de cigarettes électroniques (« vapoteurs ») n'ont pas été considérés comme des fumeurs dans cette étude. En revanche, s'ils associaient le « vapotage » et la cigarette de tabac, même de façon épisodique, ils étaient considérés comme fumeurs non abstinents.

La deuxième partie évaluait le nombre de consultations et le statut tabagique des agents au moment de l'enquête (question 6 et 7), l'arrêt éventuel du tabac suite aux consultations, sa durée et les traitements d'aide au sevrage utilisés (question 8 à 12).

La troisième partie correspondait au ressenti des agents sur les aides mises en place par le CHU : gratuité des consultations et des traitements proposés, possibilité d'aller aux consultations durant le temps de travail et effectuées au sein du CHU (question 13 à 17).

Enfin, la dernière partie complétait la précédente en y associant les consultations avec la psychologue et/ou la diététicienne ainsi que le ressenti des agents sur ces consultations (question 18 et 19).

#### **IV. Analyse des résultats**

L'analyse des données était descriptive et analytique. Les résultats étaient entrés dans un tableur Excel®. L'analyse statistique pour la comparaison des variables quantitatives a été réalisée par le test  $\chi^2$  de Pearson. Le seuil de significativité retenu était de 5% ( $p < 0,05$ ). Cette analyse a été effectuée grâce au logiciel BiostaTGV®.

L'utilisation de ce logiciel avait permis de comparer les résultats et de rechercher d'éventuels liens significatifs entre les différentes variables.

Trois types de variables étaient retenus :

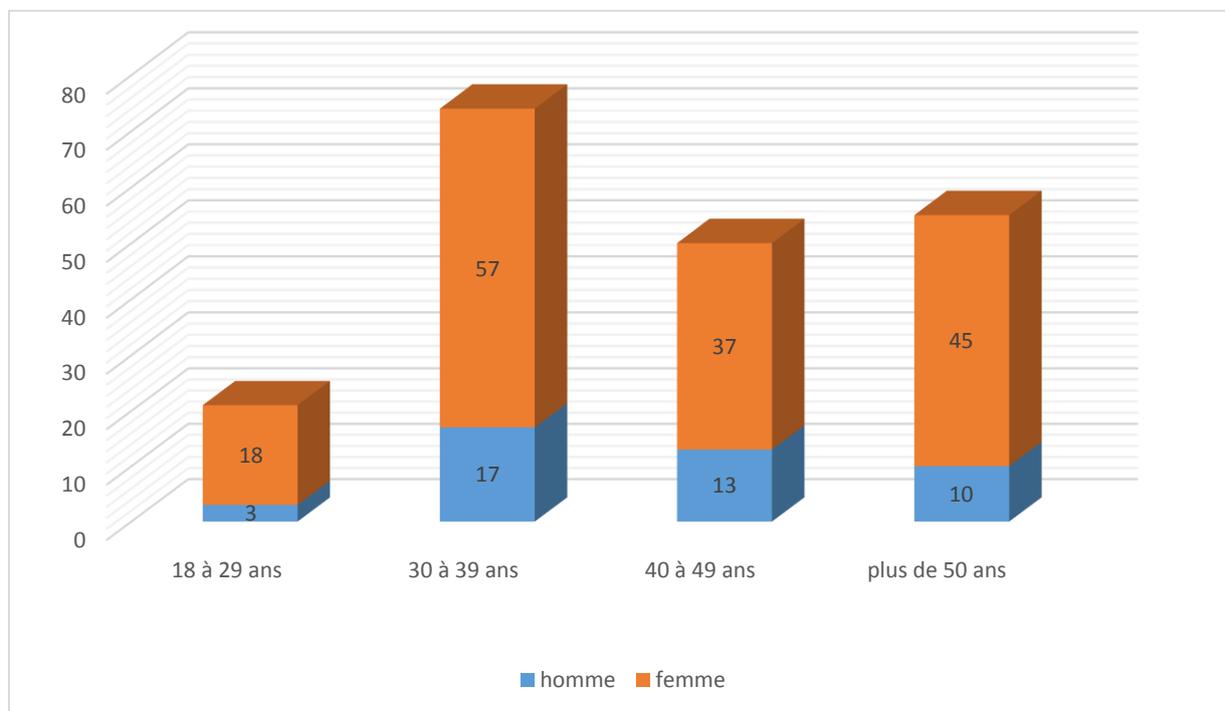
- Les variables liées aux agents (âge, sexe, profession, horaires de travail et nombre de tentatives antérieures).
- Les variables liées à la prise en charge des salariés (nombre de consultations, consommation tabagique actuelle, durée de l'arrêt éventuel et traitements proposés).
- Les variables concernant les aides au sevrage tabagique proposées par l'entreprise ainsi que la satisfaction des consultants.

Les résultats de ces différentes variables ont ensuite été comparés à plusieurs études récentes dans le domaine de la tabacologie. A des fins de comparaisons avec les données de la littérature, le taux de sevrage tabagique a été évalué à 6 et 12 mois. Des points communs ou des disparités ont été recherchés entre ces différents travaux.

## RESULTATS

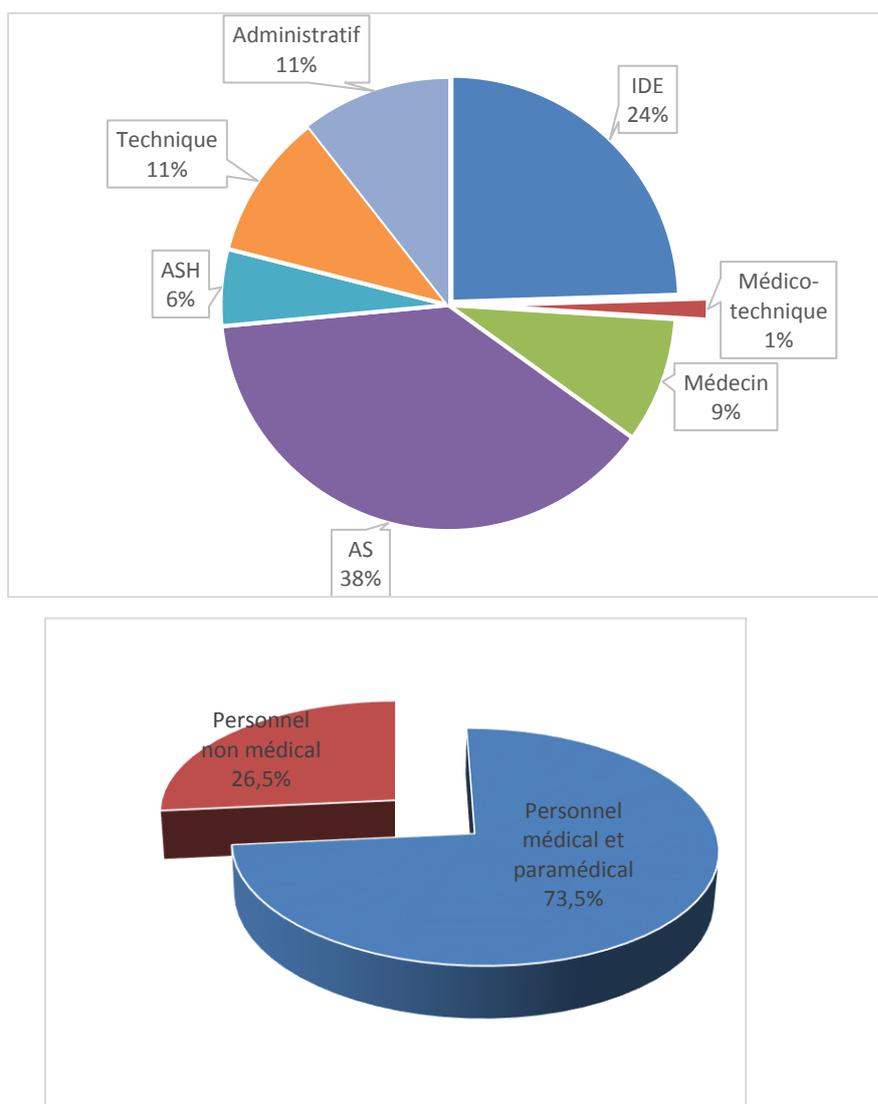
### I. Variables liées aux patients

Deux-cents personnes avaient répondu au questionnaire. La population comptait 157 femmes (78,5%) et 43 hommes (21,5%). Pour 10,5% de la population, l'âge était compris entre 18 et 29 ans (n = 21), 37% entre 30 et 39 ans (n = 74), 25% entre 40 et 49 ans (n = 50) et 27,5% avait plus de 50 ans (n = 55).



**Figure 1. Effectif des salariés en fonction de l'âge.**

La population était composée à 72% de personnel médical et paramédical avec les IDE (n = 49), les AS (n = 77), les médecins et les internes (n = 18). Il n'y avait pas d'étudiant en médecine, de sage-femme ou de manipulateur d'électro-radiologie. Les 28% de la population restante étaient composés de personnel non médical : ASH (n = 11), agents administratifs (n = 21), agents techniques (n = 21) et agents médicotechniques (n = 3).



**Figure 2. Représentation des catégories socio-professionnelles.**

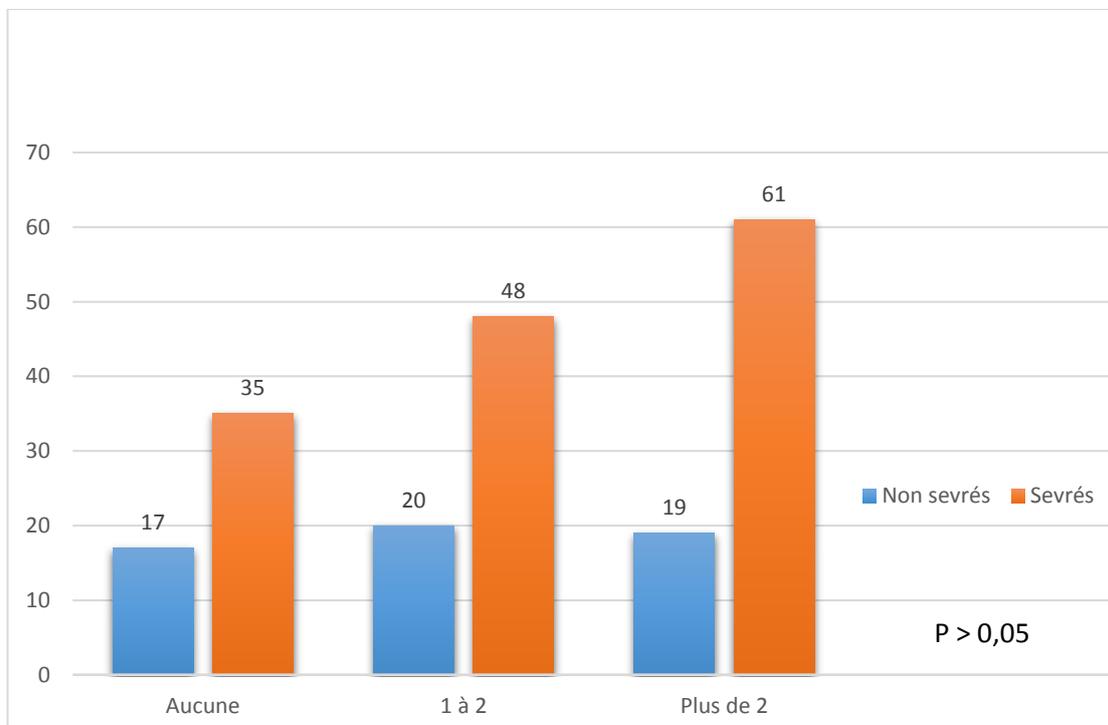
Pour les horaires de travail, 71% travaillaient de jour (n = 142), 10,5% de nuit (n = 21) et 18,5% avaient des horaires variables (n = 37).

Le nombre de tentatives de sevrage tabagique avant la première consultation avec les deux médecins tabacologues a été classé en trois catégories :

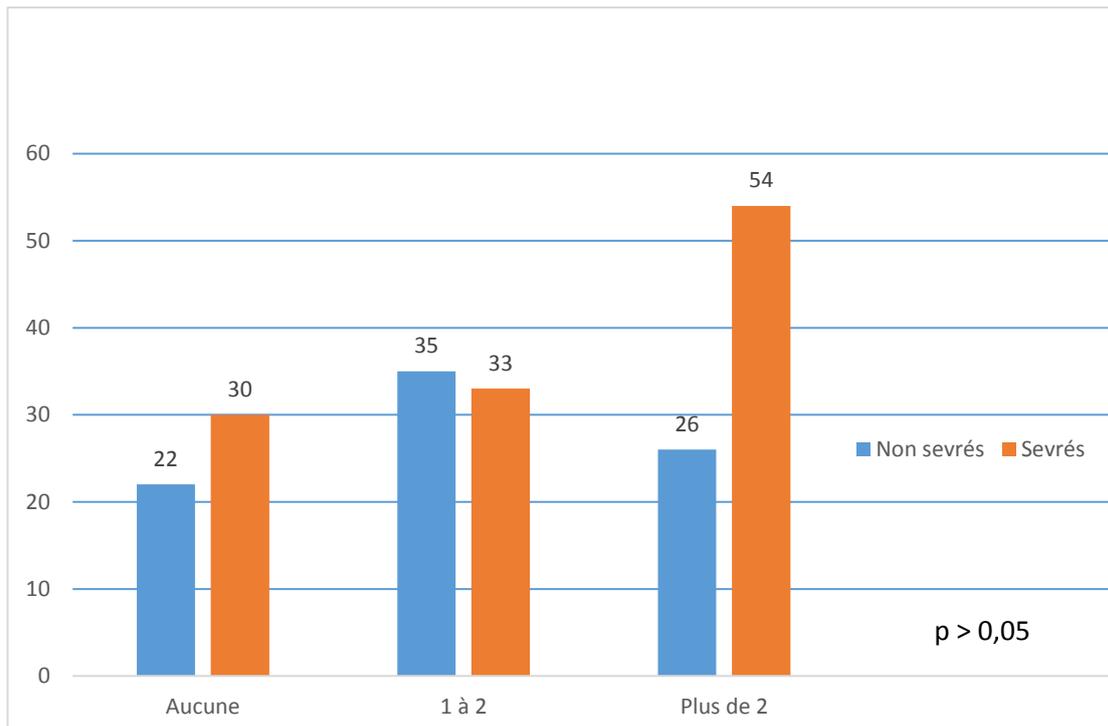
- Pas de tentative antérieure : 26% (n = 52)
- Une à deux tentatives : 34% (n = 68)
- Plus de deux tentatives : 40% (n = 80)

La moyenne du nombre de tentatives de sevrage tabagique avant les consultations avec les tabacologues était de 2,23 tentatives.

Parmi les 52 agents qui n'avaient pas fait de tentative d'arrêt avant les consultations de tabacologie, 67% (n = 35) étaient sevrés à 6 mois et 58% (n = 30) à un an. Ceux ayant fait 1 à 2 tentatives étaient pour 71% d'entre eux (n = 48) sevrés à 6 mois et 49% (n = 33) à un an. Concernant les agents ayant fait plus de deux tentatives de sevrage, 76% (n = 61) étaient abstinents à 6 mois et 68% (n = 54) étaient toujours abstinents à un an.



**Figure 3 : Représentation du statut tabagique à 6 mois en fonction du nombre de tentatives antérieures.**



**Figure 4. Représentation du statut tabagique à 12 mois en fonction du nombre de tentatives.**

## II. Variables liées à la prise en charge des agents

Le nombre de consultations effectuées par les médecins a également été réparti en trois catégories :

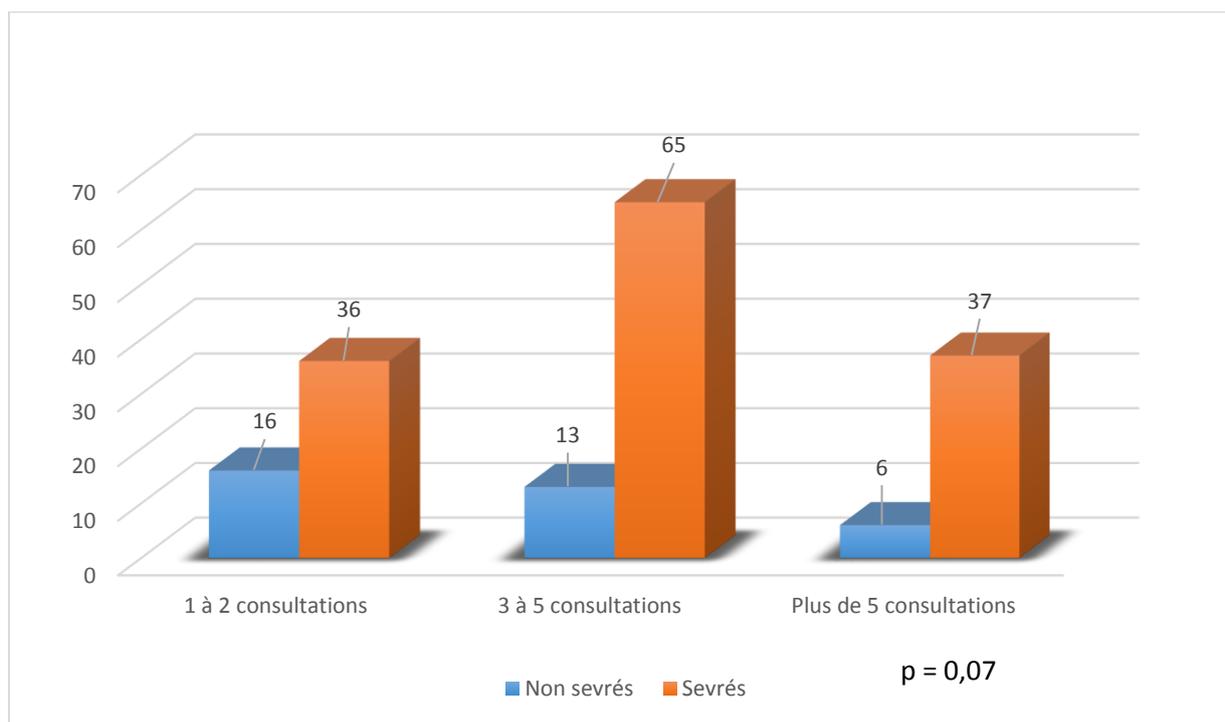
- Une ou deux consultations : 32,5% (n = 65)
- Trois à cinq consultations : 45% (n = 90)
- Plus de cinq consultations : 22,5% (n = 45)

Le Dr Coulombier avait une moyenne de 4,7 consultations par agent et le Dr Underner voyait les salariés en moyenne 3,3 fois.

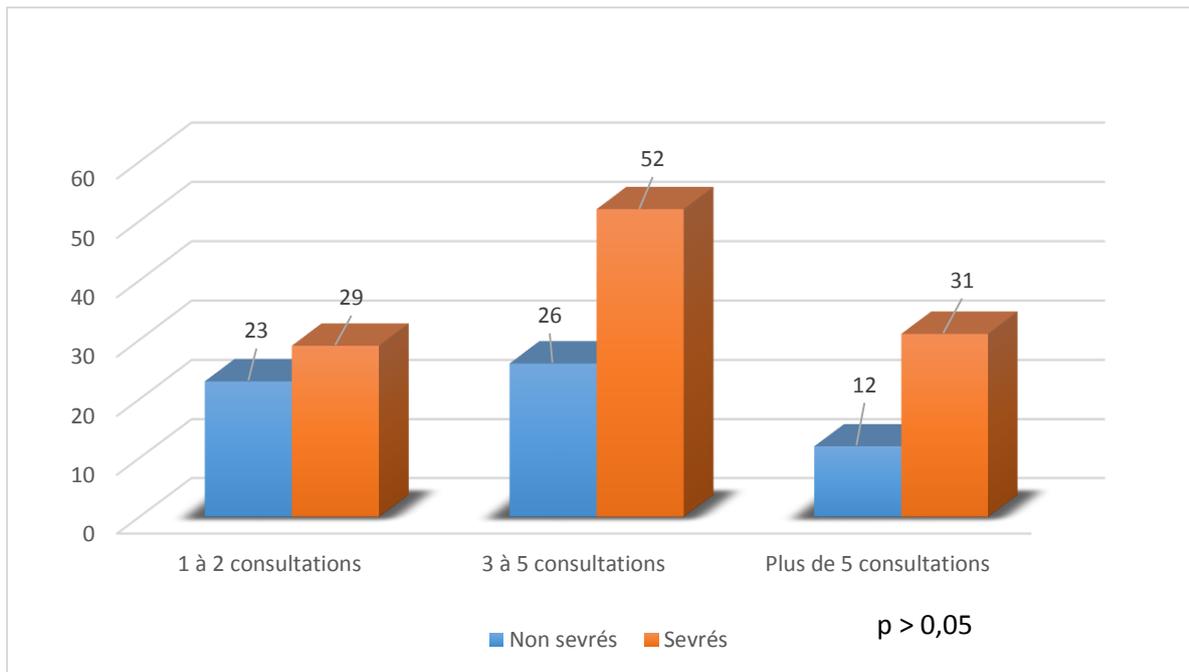
Cent soixante-treize patients avaient essayé d'arrêter de fumer à la suite de la consultation. Parmi les 27 agents qui n'avaient pas souhaité réaliser un arrêt immédiat suite aux consultations, 13 d'entre eux avaient diminué leur consommation et 14 n'avaient fait aucune tentative d'arrêt ou de diminution de leur tabagisme.

Cent quarante-quatre agents (72%) avaient arrêté de fumer à 6 mois dont 138 (69%) dans les suites immédiates des consultations. A un an, 58,5% (n = 117) des agents avaient poursuivi leur sevrage dont 56% (n = 112) suite aux consultations. Huit salariés avaient réalisé leur sevrage seul et à distance des consultations.

Parmi les 52 agents ayant eu une à deux consultations et fait une tentative de sevrage dans les suites immédiates de ces consultations, 69% (n = 36) étaient abstinents à 6 mois et 56% (n = 29) à un an. Quatre-vingt-trois pourcent (n = 65) de ceux qui avaient consulté 3 à 5 fois (n = 78) étaient sevrés à 6 mois et 67% (n = 52) à un an. Au sein des 43 salariés ayant eu plus de cinq consultations et fait une tentative de sevrage dans les suites de ces consultations, 86% (n = 37) étaient abstinents à 6 mois et 72% (n = 31) à un an.



**Figure 5. Sevrage à 6 mois en fonction du nombre de consultations (n = 173).**

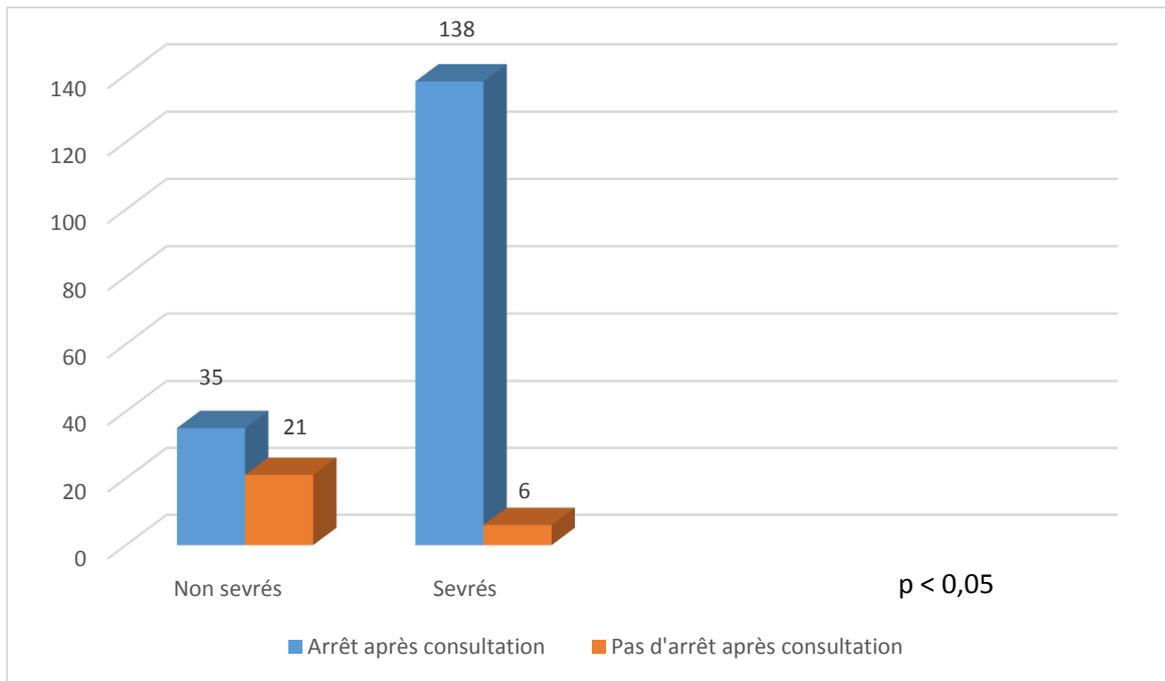


**Figure 6. Sevrage à 1 an en fonction du nombre de consultations (n = 173).**

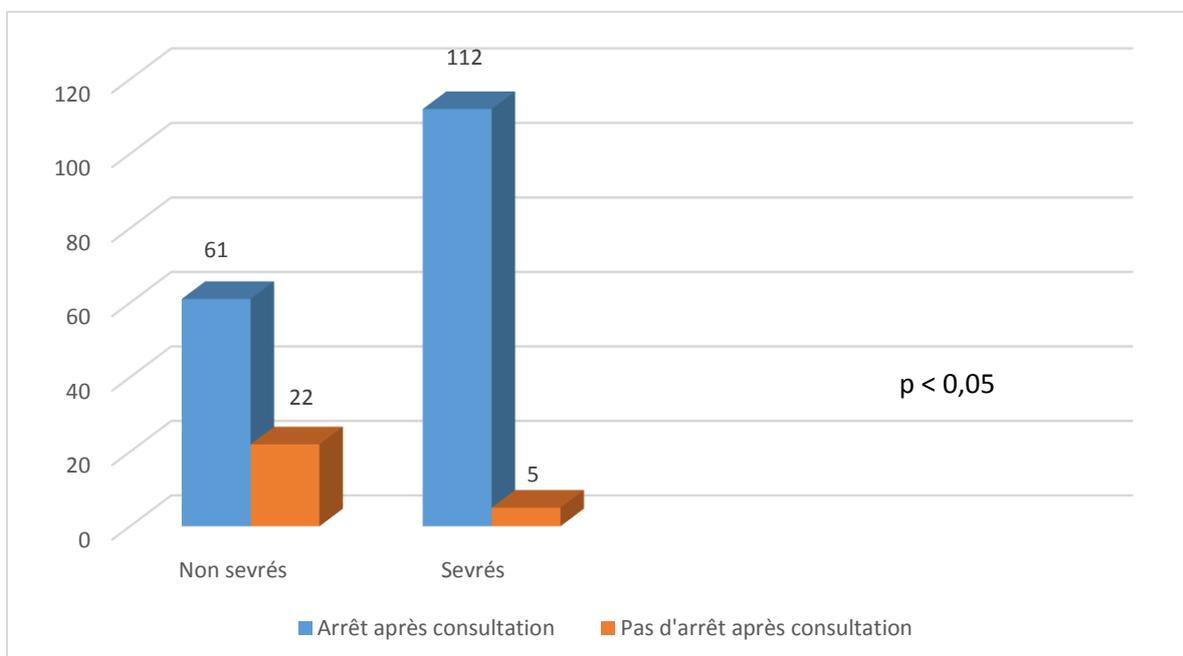
Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre le nombre de consultations et le nombre de salariés sevrés.

Le pourcentage de fumeurs réguliers au moment de l'enquête était de 48% (n = 96), soit un taux d'abstinents de 52% (n = 104). Cependant, un délai s'étant écoulé entre les consultations et l'enquête, il était impossible de confirmer si l'arrêt tabagique faisait suite aux consultations ou si les agents avaient arrêté d'eux même.

Les deux figures suivantes reprennent, à 6 mois et un an, le statut tabagique des agents suite, ou non, à un arrêt après les consultations d'aide au sevrage tabagique. A 6 mois, 144 agents étaient sevrés dont 138 suite à un arrêt après les consultations et 6 suite à un arrêt différé. Parmi les 173 salariés ayant fait une tentative de sevrage dans les suites immédiates des consultations, 80% (n = 138) étaient sevrés à 6 mois et 65% (n = 112) à un an. Ces résultats étaient significatifs et montraient qu'un arrêt dans les suites immédiates des consultations était un facteur prédictif de la réussite du sevrage à court et moyen terme (6 mois et un an).



**Figure 7. Taux de sevrage à 6 mois en fonction d'un arrêt dans les suites immédiates des consultations de tabacologie.**

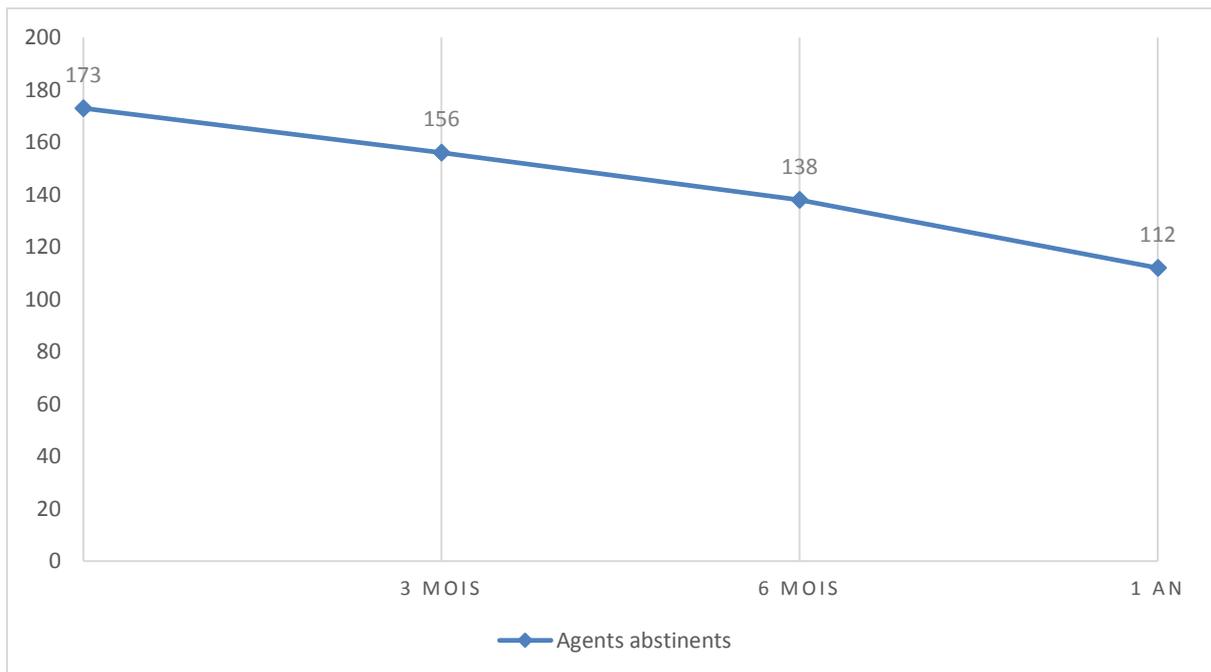


**Figure 8. Taux de sevrage à 12 mois en fonction d'un arrêt dans les suites immédiates des consultations de tabacologie.**

**Tableau 1. Pourcentage d'abstinents selon la durée de l'arrêt du tabac suite aux consultations.**

Durée de l'arrêt	Effectif	Pourcentage d'abstinents
Plus de 1 an	112	56%
De 6 mois à 1 an	26	13%
De 3 à 6 mois	18	9%
Moins de 3 mois	17	8,5%
<b>Pas d'arrêt</b>	<b>27</b>	<b>13,5%</b>

Cinquante-six pourcent des sujets avaient réussi à arrêter de fumer plus d'un an.

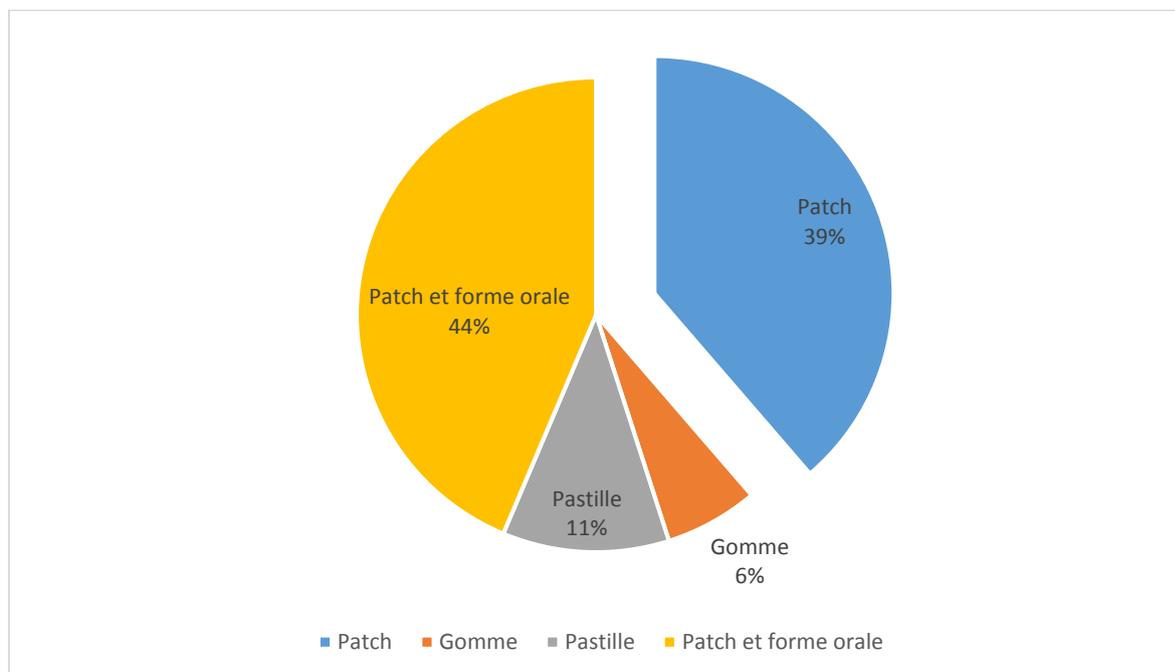


**Figure 9. Décroissance du nombre d'agents abstinents après un arrêt dans les suites immédiates des consultations.**

Cent soixante-treize agents avaient réalisé un sevrage tabagique à la suite des consultations. Cent cinquante-six étaient toujours abstinents à 3 mois, 138 à 6 mois et 112 à 1 an.

Parmi les 200 salariés vus en consultation, 71% (n = 142) avaient utilisé des substituts nicotiniques (SN) et 30% (n = 60) un traitement par bupropion (5,5%) ou varénicline (24,5%). Onze salariés avaient associé de la varénicline avec une forme orale de SN. Concernant l'utilisation des SN, 55 agents avaient utilisé des patchs en monothérapie, 9 des gommes, 16 des pastilles et 62 une association de patchs avec une forme orale.

Une disparité des traitements utilisés a été retrouvée en fonction des médecins. Le Dr Underner prescrivait plus d'association de patchs et de forme orale de nicotine que le Dr Coulombier (39% vs. 23%). Il n'a pas été retrouvé de différence concernant la prescription de bupropion (5% et 6%) mais le Dr Coulombier proposait plus souvent la varénicline que son confrère (31% vs. 18%).



**Figure 10. Répartition des différentes formes de substituts nicotiniques utilisés.**

Dans cette étude, il n'a pas été retrouvé de différence significative entre l'abstinence actuelle et l'utilisation des substituts nicotiniques et/ou de bupropion ou de varénicline.

Parmi les 144 personnes sevrées à 6 mois, indépendamment de la date d'arrêt (suite ou non aux consultations), 94 avaient utilisées des SN (patch ou forme orale ou association

des deux), 36 du bupropion ou de la varénicline, 9 une association de SN et de varénicline et 5 personnes avaient réalisé leur sevrage sans médicaments. Le nombre d'agents sevrés à 6 mois passait de 144 (tous sevrages confondus) à 138 pour ceux ayant arrêté suite aux consultations (6 arrêts sans tabacologue).

De même, parmi les 56 agents non sevrés à 6 mois (35 suite aux consultations), 37 avaient essayés des SN (vs. 27 après consultation), 13 du bupropion ou varénicline (vs. 8), 2 une association SN et varénicline (vs. 0) et 4 agents n'avaient utilisé aucun traitement (vs. 0).

A 6 mois, 5 agents étaient abstinents sans traitement et quatre l'étaient toujours à un an.

**Tableau 2. Résultats du sevrage tabagique à 6 mois en fonction des traitements utilisés.**

	Ensemble des sujets sevrés n (%)	Sujets sevrés dans les suites immédiates des consultations n (%)	Sujets non sevrés n (%)
Substituts nicotiniques	94 (47)	92 (46)	37 (18,5)
Bupropion ou varénicline	36 (18)	35 (17,5)	13 (7,5)
SN et varénicline	9 (4,5)	8 (4)	2 (1)
Pas de traitement	5 (2,5)	3 (1,5)	4 (2)
Total	144 (72)	138 (69)	56 (28)

**Tableau 3. Résultats du sevrage tabagique à un an en fonction des traitements utilisés.**

	Ensemble des sujets sevrés  n (%)	Sujets sevrés dans les suites immédiates des consultations  n (%)	Sujets non sevrés  n (%)
Substituts nicotiniques	75 (37,5)	74 (37)	56 (28)
Bupropion ou varénicline	30 (15)	29 (14,5)	19 (9,5)
SN et varénicline	8 (4)	7 (3,5)	3 (1,5)
Pas de traitement	4 (2)	2 (1)	5 (2,5)
Total	117 (58,5)	112 (56)	83 (41,5)

### III. Variables concernant la satisfaction des agents sur les aides proposées

Dans cette étude, 47,5% des agents (n = 95) reconnaissent que si les traitements avaient été payants, ils ne les auraient pas achetés. Parmi le personnel médical et paramédical (n = 144), 41% (n = 59) n'auraient pas acheté les traitements. Dans la population non médicale (n = 56), 64% (n = 36) n'auraient pas acheté les traitements. Parmi les 47,5% des agents qui n'auraient pas acheté les traitements, 68% (n = 65) étaient sevrés à 6 mois et 57% (n = 54) l'étaient à un an suite aux consultations. Concernant les agents qui auraient acheté les traitements, 69,5% (n = 73) étaient sevrés à 6 mois et 55% (n = 58) l'étaient à un an suite aux consultations. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux populations mais près de la moitié des agents sevrés à 6 mois et 1 an l'étaient, en partie, grâce à la gratuité des traitements.

Quatre-vingt-huit pourcent des agents (n = 176) avaient trouvé plus facile d'aller à la consultation d'aide au sevrage tabagique en raison de sa situation près de leur lieu de travail. De même, 86,5% des personnes (n = 173) estimaient que la gratuité des consultations et des traitements avait représenté une motivation supplémentaire dans leur démarche d'arrêt.

Vingt-six pourcent des agents (n = 52) s'étaient rendus à cette consultation durant leur temps de travail. Parmi ces agents, 50% (n = 26) faisaient partie du personnel médical (9 IDE, 12 AS et 5 médecins) et l'autre moitié était des agents non médicaux (3 ASH, 10 agents techniques et 2 médicotechniques).

A la question « Si les consultations de tabacologie n'existaient pas au CHU et/ou non prises en charge par votre employeur y seriez-vous allé ? », 73% des salariés (n = 146) avaient déclaré qu'ils n'auraient pas vu de tabacologue sans cette aide. Parmi ces 146 agents, 66% (n = 96) étaient sevrés à 6 mois et 55% (n = 80) étaient toujours abstinents à un an suite aux consultations. De même, parmi les 138 agents sevrés à 6 mois suite aux consultations, 70% (n = 96) l'étaient, en partie, grâce à cette proximité et cette gratuité.

**Tableau 4. Evaluation par les consultants des aides mises en place.**

	OUI	NON
	n (%)	
Auriez-vous acheté les traitements s'ils avaient été payants ?	105 (52,5)	95 (47,5)
Auriez-vous cherché un tabacologue à l'extérieur ?	54 (27)	146 (73)
Etes-vous allé aux consultations pendant votre temps de travail ?	52 (26)	148 (74)
Le lieu des consultations vous a-t-il aidé ?	176 (88)	24 (12)
La gratuité des traitements et des consultations vous a-t-il motivé ?	173 (86,5)	27 (13,5)

La dernière variable de satisfaction concernait les consultations avec la psychologue et/ou la diététicienne. Ces résultats ne concernaient que la moitié de l'effectif (les agents ayant été reçus par le Dr Underner). Trente-deux pourcent des salariés (n = 32) avaient bénéficié de cette ou ces consultations avec un taux de satisfaction de 90%.

Parmi les 32 agents ayant bénéficié de ces consultations, 91% d'entre eux (n = 29) avaient fait une tentative de sevrage dans les suites immédiates de ces consultations spécialisées. Le taux de sevrage à 6 mois était de 78% (n = 25) et de 72% (n = 23) à un an.

Il n'y avait pas de différences significatives selon les différentes aides proposées par le CHU de Poitiers. Toutefois, certains résultats méritent d'être soulignés :

- Pour 88% des agents (n = 176), le fait d'avoir des consultations de tabacologie dans l'enceinte du CHU de Poitiers représentait une aide importante.
- Soixante-treize pourcent des personnes contactées (n = 146) ne seraient pas allées consulter un tabacologue en dehors du CHU.
- Pour 86,5% des salariés (n = 173), la gratuité des traitements et de la prise en charge avait constitué une motivation supplémentaire.
- Parmi les 32 agents ayant bénéficié des consultations avec la psychologue et/ou la diététicienne, 78% (n = 25) étaient sevrés à 6 mois et 72% (n = 23) à un an.

Notre étude a retrouvé une association significative entre le fait d'arrêter de fumer dans les suites immédiates des consultations de tabacologie et le taux de sevrage tabagique à court, moyen et long terme ( $p < 0,05$ ).

En revanche il n'a pas été noté d'association significative entre :

- Le nombre de tentatives de sevrage antérieures et le statut tabagique des agents à 6 mois.
- Le nombre de tentatives de sevrage antérieures et le statut tabagique des agents à un an.
- Le sevrage tabagique à 6 mois et le nombre de consultations avec le tabacologue.
- Le sevrage tabagique à 1 an et le nombre de consultations avec le tabacologue.
- L'abstinence actuelle des agents et l'utilisation des substituts nicotiniques et/ou de bupropion ou de varinicine.

## DISCUSSION

### I. Variables liées aux patients

Cette étude a été réalisée à partir d'un échantillon de 200 patients. Elle avait deux principaux objectifs :

- Savoir si la mise en place d'aides au sevrage tabagique dans une entreprise était efficace.
- Déterminer s'il existait des facteurs prédictifs de la réussite du sevrage tabagique à long terme.

La majorité des agents interrogés étaient agréablement surpris que l'on prenne de leurs nouvelles. La réalisation de cette enquête au sein d'une grande entreprise a certainement été facilitée par les professions de la population étudiée. Ils étaient pour une grande majorité en contact régulier avec les médecins et étaient sensibilisés aux études scientifiques.

Les données sociodémographiques de notre population concernant le sexe des agents étaient semblables à celles de l'hôpital de Rochefort-sur-Mer. Elles montraient une forte féminisation (78,5% à Poitiers contre 82% à Rochefort-sur-Mer) [23]. Dans cette même enquête ainsi que dans le « Baromètre tabac personnel hospitalier 2003 », il a été constaté que les ASH étaient les agents consommant le plus de tabac ; ils représentaient près de la moitié des fumeurs (48%) dans les hôpitaux. Par ailleurs, il a été montré dans ces deux enquêtes que les ASH faisaient partie du personnel ayant le degré de dépendance au tabac le plus élevé. Dans le Baromètre Santé, il a été retrouvé que plus la dépendance est forte plus le souhait d'aide était important [24]. Les ASH du CHU de Poitiers ne représentaient que 5,5% de l'effectif de l'étude (n = 11) ce qui n'était pas comparable aux études précédemment citées. En revanche, la part la plus importante de notre population était composée de personnel médical et paramédical avec les IDE pour 24,5% (n = 49) et les AS pour 38% (n = 77). Les salariés non-médicaux représentaient 28% (n = 56) de notre effectif.

Concernant les horaires de travail, 10,5% des salariés interrogés travaillaient de nuit, 18,5% alternaient travail de jour et de nuit et 71% travaillaient uniquement de jour. Il n'a pas

était retrouvé de différence du statut tabagique de ces différents agents. Cependant, les salariés travaillant de nuit étaient moins sensibles au fait que les consultations se déroulaient au CHU. Certains déclaraient rencontrer des problèmes de stationnement durant la journée et signalaient qu'ils devaient revenir à l'hôpital pour assister aux consultations, souvent sur leurs jours de congés.

Concernant l'influence des tentatives d'arrêts antérieures, de nombreuses études montraient que plus un fumeur faisait de tentatives, plus ses chances de réussite de sevrage augmentaient [14, 16, 18, 20]. Les résultats retrouvés dans l'étude des agents du CHU de Poitiers n'étaient pas significatifs. Cependant, une tendance se dégagait notamment en analysant la figure 3 : « Représentation du statut tabagique à 6 mois en fonction du nombre de tentatives antérieures ». En effet, plus le nombre de tentatives d'arrêt augmentait, plus les agents sevrés étaient nombreux. La moyenne des tentatives de sevrages antérieures aux consultations avec les tabacologues du CHU était de 2,23. Une part importante des agents, 40% (n = 80), avaient déjà réalisé plus de 2 tentatives. Un quart (n = 52) des salariés voyait un tabacologue pour la première fois. C'est parmi les agents ayant fait plusieurs tentatives de sevrages que le taux de réussite était le plus important : le taux de sevrage à 6 mois, suite aux consultations, était de 67% pour ceux n'ayant pas fait de tentative antérieure contre 76% pour ceux ayant fait plus de deux tentatives. L'écart persistait pour les sevrages à un an avec un taux de 58% pour les agents sans antécédent de sevrage contre 68% pour ceux ayant réalisé plus de deux tentatives. Les résultats obtenus étaient cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature malgré l'absence de significativité.

## **II. Variables liées à la prise en charge des agents**

Dans cette étude, il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre le nombre de consultations et la réussite du sevrage. Certains agents venaient à la première consultation uniquement pour avoir des informations mais n'étaient pas encore prêts à un arrêt du tabac. Le nombre de consultations était plus important avec le Dr Coulombier avec en moyenne une consultation de plus par agent que son confrère (4,7 vs. 3,3 consultations). Le nombre moyen de consultations pour l'ensemble des patients était de 4. Ce nombre était plus important que

celui retrouvé dans une enquête réalisée en 2007, portant sur l'activité des consultations de tabacologie en Alsace [25], qui retrouvait une moyenne de 3,1 consultations pour un taux de sevrage à un an de 30%.

A 6 mois, 26% des agents contactés (n = 52) avaient bénéficié d'une ou deux consultations avec un taux de sevrage de 69%. En revanche, les agents ayant eu plus de 5 consultations étaient 86% (n = 37) à être toujours abstinent à 6 mois. Au CHU de Poitiers, 45% des agents (n = 90) avaient bénéficié de 3 à 5 consultations. Ceci est en faveur de l'hypothèse que plus le nombre de consultations augmente, plus le taux de sevrage est important (figure 5).

Le nombre important de consultations pourrait en partie expliquer le taux de sevrage élevé retrouvé dans notre enquête.

Suite aux consultations d'aide au sevrage tabagique, 86,5% (n = 173) des salariés avaient fait une tentative d'arrêt du tabac.

Concernant les résultats du sevrage dans les suites immédiates des consultations, le taux d'arrêt était de 69% (n = 138) à 6 mois et de 56% (n = 112) à 1 an. Parmi les 173 agents ayant fait une tentative de sevrage dans les suites immédiates des consultations, 80% (n = 138) étaient sevrés à 6 mois et 65% (n = 112) étaient toujours abstinents à un an. Il existait une différence significative du taux de sevrage à 6 mois et un an entre les agents ayant réalisé ou non un arrêt dans les suites immédiates des consultations. Un arrêt suite aux consultations augmentait les chances de réussite du sevrage à court moyen et long terme. Ceci était également retrouvé dans la littérature [15,16].

Il n'y avait pas de différence entre les résultats des deux médecins tabacologues concernant le taux d'arrêt à 1 an. Dans la littérature, les meilleurs taux de sevrage à 6 mois après les consultations étaient de 49% et de 40% à un an [26]. Les taux de sevrage retrouvés dans l'enquête au sein des salariés du CHU de Poitiers étaient nettement supérieurs à ceux de la littérature avec le même recul. En effet, à 6 mois, le taux de sevrage des agents du CHU était de 69% comparativement à 49% pour une population ne bénéficiant pas des mêmes aides. Il en allait de même pour un sevrage à un an avec un écart important (56% vs. 40%).

Parmi les 200 agents vus en consultation, 71% (n = 142) avaient utilisé des substituts nicotiques. Soixante-deux salariés avaient une association de patches et de formes orales de

nicotine, 55 des patchs en monothérapie, 9 des gommes et 16 des pastilles. De même, 60 sujets avaient bénéficié d'un traitement par bupropion (n = 11) ou varénicline (n = 49). Il y avait une différence sur les thérapeutiques utilisées par les deux médecins. Le Dr Coulombier prescrivait moins d'association de patchs et de formes orales de nicotine que son confrère (23% vs. 39%) mais plus de varénicline (31% vs. 18%). Le choix des traitements dépendait des médecins mais aussi des patients. De nombreux salariés venaient en consultation avec une préférence pour un traitement particulier mais il incombait au médecin, avec l'accord du salarié, de prescrire le traitement le mieux adapté et le plus efficace. Il n'existait pas de différence notable du taux de succès du sevrage tabagique en fonction des thérapeutiques utilisées. Le tabacologue, avec ses connaissances et son expérience, devait prendre en compte toutes les données afin que le sevrage se déroule dans les meilleures conditions. Certains agents (n = 5) avaient refusé d'avoir recours à des médicaments pour leur sevrage et le médecin devait respecter leurs choix et les accompagner au mieux dans leur démarche de sevrage.

Le taux d'abstinence tabagique diminuait progressivement au cours du temps avec 173 agents abstinents dans les suites immédiates des consultations, 156 sevrés du tabac à 3 mois, 138 à 6 mois et 112 à un an. De nombreux facteurs pouvaient expliquer cette reprise du tabac aussi bien liés au patient, à son environnement ou à l'interaction médecin tabacologue-patient. Ces facteurs n'ont pas été recherchés dans cette enquête mais sont retrouvés dans la littérature [27].

### **III. Variables de satisfaction des agents sur les aides proposées**

Notre enquête révélait que la majorité des agents étaient satisfaits des différentes aides au sevrage tabagique mises à leur disposition au CHU de Poitiers.

Soixante-cinq agents sur les 95 qui n'auraient pas acheté de traitements s'ils avaient été payants étaient sevrés à 6 mois et 57% (n = 54) à un an. Dans le personnel médical et paramédical, 41% des agents n'auraient pas acheté les traitements contre 64% des salariés non médicaux. En revanche, plus de la moitié du personnel (n = 105) aurait acheté les traitements s'ils avaient été payants. Ceci montrait une motivation de sevrage importante.

Bien que 86,5% des agents (n = 173) aient déclaré que la gratuité des consultations et des traitements avait été une forme de motivation supplémentaire, il n'a pas été retrouvé d'écart significatif du taux de sevrage à 6 mois ou un an en fonction de la gratuité ou non des traitements.

Dans la littérature, l'utilisation des médicaments d'aide au sevrage tabagique permet de doubler le taux de sevrage à court, moyen et long terme par rapport aux groupes placebo [28, 29, 30]. Dans notre étude, certaines personnes ayant échoué suite à la consultation d'aide au sevrage tabagique avaient par la suite acheté des traitements sans ordonnance et sans être retournées aux consultations.

Il était difficile de tirer des conclusions de ces résultats. Il est certain que la gratuité des consultations et des médicaments du sevrage avaient joué un rôle important dans le sevrage de nombreux salariés. Cependant, dans la population générale, rares sont les patients des consultations d'aide au sevrage tabagique refusant catégoriquement d'acheter les traitements. De plus, l'Etat rembourse 50 € par an les patients souhaitant réaliser un sevrage et certaines mutuelles peuvent également prendre en charge une partie des traitements.

Quatre-vingt-huit pourcent des agents (n = 176) avaient jugé plus facile d'aller à la consultation d'aide au sevrage tabagique en raison de sa proximité. Les salariés non satisfaits travaillaient pour la plupart de nuit. Ils éprouvaient des difficultés à se garer durant la journée et devaient revenir durant leurs jours de congés ou attendre plusieurs heures entre la fin de leur travail et les consultations.

Seulement 26% des agents (n = 52) avaient consulté pendant leur temps de travail, bien que cette possibilité fût connue de la plupart des agents du CHU. Deux salariés seulement étaient allés à toutes leurs consultations durant leur temps de travail, les autres ne l'avaient fait qu'en partie. Il s'agissait majoritairement d'agents techniques et administratifs. Les soignants éprouvaient des difficultés à se libérer de leurs services. Ils estimaient leur sevrage comme une démarche personnelle et ne souhaitaient pas augmenter la charge de travail de leurs collègues. De plus, ils ne pouvaient pas quitter leurs postes longtemps et cela était possible uniquement si le nombre de professionnels était suffisant (pas d'arrêt non remplacé par exemple). Comme la population était composée à 72% de personnel médical et

paramédical, ceci pourrait expliquer que 74% des agents soient allés à la consultation d'aide au sevrage en dehors de leur temps de travail.

Un des chiffres clé de cette étude était que 73% des agents (n = 146) ne seraient pas allés à la consultation d'aide au sevrage tabagique si elle n'existait pas au CHU ou si elle n'était pas prise en charge par leur employeur. Pourtant, 66% de ces agents (n = 96) étaient sevrés à 6 mois et 55% (n = 80) à un an. Ces personnes reconnaissent qu'elles n'auraient pas cherché à consulter de tabacologue à l'extérieur du CHU. La plupart auraient fait une tentative seuls ou avec l'aide de leur médecin traitant. Cependant, les chances de réussite de sevrage tabagique avec un suivi par un médecin généraliste non formé en tabacologie sont faibles. En effet, dans une étude récente réalisée en France, seules 16% des tentatives d'arrêt du tabac ont été incitées par un médecin traitant [31] et le taux de sevrage à un an était toujours inférieur à 20%. Il semble que la possibilité de consulter gratuitement un tabacologue sur ou à proximité du lieu de travail, représentait une aide majeure au sevrage de ces agents.

Le tableau 4 reprend les aides mises en place pour l'ensemble des salariés du CHU. Il apparaît que :

- 47,5% des agents n'auraient pas acheté leur traitement,
- 73% n'auraient pas cherché un tabacologue en dehors du CHU,
- 88% pensaient que le lieu des consultations les avait aidés,
- 26% avaient pu se rendre à une ou plusieurs consultations pendant leur temps de travail,
- 86,5% des sujets trouvaient que la gratuité des traitements et des consultations avait été une aide supplémentaire à leur sevrage.

Il était difficile de mettre en avant une aide plutôt qu'une autre. Elles semblaient toutes efficaces à leur façon et chacune représentait une chance supplémentaire pour le sevrage.

L'impact des consultations avec la psychologue et/ou la diététicienne n'avait pu être évalué que chez la moitié des agents interrogés (les patients du Dr Underner). Parmi les 32 agents ayant bénéficié de cette aide, 91% (n = 29) avaient fait une tentative de sevrage dans les suites immédiates des consultations, le taux de sevrage à 6 mois était de 78% (n = 25) et de 72% (n = 23) à un an. De même, le taux de satisfaction de cette prise en charge était de 91%. Cette aide engendrait un taux de sevrage important. Les craintes les plus souvent

évoquées par les patients en consultation d'aide au sevrage tabagique étaient de prendre du poids ou de devenir irritable voire dépressif. C'est pour ces raisons que ces consultations spécialisées ont été mises en place. Actuellement, trop peu d'agents bénéficient de ces aides. Il semblerait donc important que le tabacologue insiste sur cette possibilité de prise en charge pluridisciplinaire.

Le taux d'abstinence très élevé chez les salariés du CHU pouvait aussi être lié au faible taux d'absentéisme aux consultations. En effet, l'absentéisme était et reste toujours un problème récurrent pour les consultations médicales, notamment en tabacologie. Une étude sur le taux d'absentéisme aux consultations de tabacologie au CHU de Poitiers a été réalisée. Les chiffres obtenus provenaient du rapport d'activité des consultations d'août 2013 à août 2014 du Dr Underner. Le taux d'absentéisme des consultations pour les non-salariés du CHU était de 25,4% comparativement à 5% pour la population de notre étude. Le simple fait pour un fumeur de se rendre à une consultation de sevrage tabagique est déjà une étape importante. Ceci est vrai même si leur motivation et leur maturation de la décision d'arrêt sont faibles.

Le rôle du tabacologue est de créer une ambivalence chez le fumeur, de le faire évoluer dans le cycle de Prochaska et DiClemente, de le soutenir et de l'aider dans sa démarche d'arrêt. Ce cycle comporte 6 stades de changement : précontemplation (c'est la phase d'entrée dans le cycle), contemplation, détermination, action, maintenance puis chute ou rechute. Le tabacologue doit aider le fumeur à passer ces différentes étapes et à ce qu'il reste dans la phase de maintenance pour accéder au sevrage permanent. Un des objectifs du thérapeute est d'amener le patient à mettre en place et à maintenir un changement de comportement. Il est erroné de croire que seul la « volonté » et des patches de nicotine permettent d'arrêter de fumer. L'addiction est un mécanisme complexe qui doit être expliqué et compris par les patients. Ils doivent devenir acteur principal dans la résolution de leurs problèmes. Le tabacologue est un guide, il aide entre autre les patients à reprendre confiance en eux pour mener à bien le sevrage en ayant une approche empathique, collaborative et chaleureuse.

#### IV. Limites et biais de l'étude

Il existe dans notre étude plusieurs biais et limites :

- Un biais de recrutement car les agents contactés n'ont été vus que par deux tabacologues. Cette étude repose sur l'activité de ces deux médecins. Il est reconnu que les consultations de tabacologie reposent en grande partie sur le relationnel entre le médecin et le patient. Pour exemple, le Dr Coulombier avait moins souvent recours à la psychologue et assurait elle-même la prise en charge psychologique de ses patients. Un quart environ des personnes contactées ont signalés que ce médecin les avait aidés pour l'arrêt du tabac mais aussi pour la prise en charge d'autres problèmes psychologiques. Ceci se traduisait par un nombre moyen de consultations plus élevé par patient ( $n = 4,72$ ). Le Dr Underner quant à lui proposait plus facilement une consultation avec la psychologue et/ou la diététicienne. Un tiers de ses patients les avait consultées avec un très fort taux de sevrage.
- Un biais de la population étudiée. Tous les agents travaillaient au CHU et étaient donc potentiellement plus enclins à accepter l'aide d'un médecin. De plus, cette population était plus respectueuse des consultations médicales avec un très faible taux d'absentéisme par rapport à la population générale (5% vs. 25%).
- Cette enquête était également un reflet de l'activité de deux médecins sur plusieurs années (7 à 8 ans) et leurs pratiques ont certainement évolué avec le temps. Certaines personnes contactées ont eu des difficultés à répondre à notre questionnaire, devant se projeter plusieurs années en arrière. Certaines réponses pourraient de ce fait être approximatives.
- Il aurait été intéressant d'intégrer les facteurs de co-dépendance ainsi que le test de Fagerström et un test psychométrique tel que le HAD identifiant l'existence de troubles anxio-dépressifs et de comparer les résultats obtenus à ceux des consultations initiales avec les tabacologues.
- Il serait également utile d'analyser les taux de sevrage des deux médecins sur la population générale pour pouvoir les comparer à ceux des agents du CHU. Les résultats du Dr Coulombier avec les agents du CHU pouvaient être liés au fait qu'elle était également médecin du travail au CHU de Poitiers et qu'à ce titre,

certaines agents la connaissaient. De même, elle pouvait intégrer très facilement la partie « santé au travail » dans le sevrage des salariés.

- Enfin, une difficulté rencontrée est le faible nombre d'études sur le taux de réussite de sevrage après les consultations de tabacologie. Il existe beaucoup d'études traitant du sevrage et des bonnes pratiques du sevrage tabagique, mais très peu abordent le taux de réussite.

## **V. Synthèse des résultats**

Les taux de succès du sevrage tabagique au sein de cette entreprise s'investissant dans la prévention du tabagisme étaient nettement supérieurs à ceux retrouvés dans la population générale (56% vs. 40%). En effet, dans cette étude, le taux de sevrage à 6 mois était de 69% et de 56% à un an. Les meilleurs résultats retrouvés dans la littérature étaient de 49% à 6 mois et de 40% à un an [26]. On peut en déduire que la mise en place des aides (gratuité des consultations et des traitements, possibilité d'aller aux consultations pendant le temps de travail, proximité des consultations et prise en charge possible par une psychologue et/ou diététicienne) avait une réelle efficacité sur un sevrage tabagique à court, moyen et long terme.

Dans cette étude, l'unique valeur significative retrouvée était la relation entre le taux de sevrage et le fait de s'être arrêté dans les suites immédiates des consultations. Cependant, plusieurs tendances se dégagent. Par exemple, le nombre de tentatives d'arrêt antérieures augmentait le nombre d'agents sevrés. De même, plus le nombre de consultations était élevé, plus le taux de sevrage était important. A ceci s'ajoute l'ensemble des aides mises en place par le CHU pour le sevrage tabagique de ses salariés.

## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

A la suite de cette enquête auprès du personnel hospitalier du CHU de Poitiers, on observe que 52% (n = 104) des personnes s'étant présentées à la consultation d'aide au sevrage tabagique sont désormais abstinentes. Elles étaient 69% à 6 mois et 56% à un an à ne plus fumer. Ces taux de sevrage sont nettement supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature (56% vs. 40% à un an [26]). Ceci pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs : les aides mises en place par cette entreprise, la prise en charge des facteurs psychologique, le faible taux d'absentéisme, le suivi prolongé des patients et le travail des salariés dans le milieu hospitalier.

Les aides les plus efficaces semblaient être la proximité des consultations (73% des sujets n'auraient pas cherché de tabacologue à l'extérieur du CHU) et l'accès aux consultations avec une psychologue et/ou une diététicienne (72% de sevrage à un an suite à ces consultations). Il paraît important de mettre en avant cette possibilité de prise en charge pluridisciplinaire.

Le fait de s'arrêter dans les suites immédiates des consultations et d'avoir un suivi régulier (de plus de 5 consultations) favorise aussi le taux de sevrage tabagique. En tabacologie, le suivi est essentiel et augmente les chances d'arrêt définitif [16]. S'arrêter dans les suites immédiates des consultations augmente significativement le taux d'abstinence tabagique.

Le rôle du tabacologue est avant tout d'amener le patient à mettre en place et à maintenir un changement de comportement. Il doit établir un programme d'aide sur plusieurs mois et y associer si besoin un traitement pharmacologique. Il doit également éviter l'affrontement pour ne pas forcer la résistance du patient. Plusieurs moyens existent pour y parvenir ; les thérapies comportementales et cognitives représentent une aide précieuse pour le thérapeute [32, 30]. Le fait que le Dr Coulombier utilise elle-même ces techniques et que le Dr Underner oriente régulièrement vers la psychologue pourrait, lui aussi, expliquer en partie le fort taux de sevrage des agents venus les consulter.

Il serait intéressant de mettre en place des consultations de tabacologie au sein d'une grande entreprise en proposant les mêmes aides et d'évaluer l'impact sur les salariés fumeurs.

Pour cela, il semble important que le médecin du travail soit intégré dans cette démarche. Il a une relation privilégiée avec l'employeur et les salariés. De plus, il a un rôle de prévention primaire et se doit d'y intégrer le tabagisme. En effet, le tabac est responsable de nombreuses pathologies et majore la nocivité de nombreux autres produits (amiante, solvants, fumées diverses, etc). Il engendre également de nombreux coûts directs et indirects pour les entreprises [33, 34]. Par exemple, les cigarettes sont la troisième cause de départs de feux dans les lieux de travail après les incidents électriques et chimiques. De plus, protéger la santé des non-fumeurs en milieu de travail est une obligation légale qui s'impose à l'employeur. Un autre argument pouvant l'inciter à agir est que le pourcentage d'absentéisme pour raison médicale liée au tabagisme est évalué entre 23 et 50% [33].

Dans cette étude, 73% des agents ne seraient pas allés voir de tabacologue s'il n'y avait pas eu de consultations d'aide au sevrage tabagique au sein de leur entreprise. La proximité des consultations n'est probablement pas le seul facteur pouvant expliquer un tel taux d'arrêt mais il semble jouer un rôle essentiel. Une seconde aide favorise également le sevrage : les consultations avec une psychologue et/ou une diététicienne. Il serait donc nécessaire pour valider cette hypothèse d'installer dans une grande entreprise des consultations d'aide au sevrage tabagique avec consultations pluridisciplinaires et de comparer les résultats à ceux obtenus dans ce travail.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking : 20 years' observations on male British doctors. *Br Med J* 1976 ; 2 (6051) : 1525-36.
- [2] Richard D. Les drogues : Armand Colin collection 128; 2005. p. 70-81.
- [3] Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 year's observations on male British doctors. *BMJ* 2004 ; 328 : 1519.
- [4] Boyle P, Levin B. World Cancer Report 2008. WHO ; International Agency for Research on Cancer.  
Disponible sur : [www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr\\_2008.pdf](http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr_2008.pdf). (consulté le 15.01.2016)
- [5] Wong KY, Seow A, Koh WP, et al. Smoking cessation and lung cancer risk in an Asian population : findings from the Singapore Chinese Health Study. *Br J Cancer* 2010;103:1093-6.
- [6] Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *JAMA* 2008;294:1505-10.
- [7] Lagrue G. Arrêter de fumer ? Paris, Editions Odile Jacob, 2006, 325 pages.
- [8] Peiffer G. La dépendance nicotinique : modes d'exploration chez l'homme. *La Lettre du pharmacologue*. Supplément 2002;16:8-12.
- [9] Benowitz NL. Mechanisms of disease: nicotine addiction. *N Engl J Med* 2010;362:2295-303.
- [10] Woody GE. Severity of dependance. Data from DSM IV. *Addiction* 1993 ; 88 : 1573-9.
- [11] Loi n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. *Journal officiel de la République française* 10 juillet 1976 ; 4148.
- [12] Loi n°91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. *Journal officiel de la République française* 2 janvier 1991 ; 10 : 615.
- [13] INPES, Baromètre santé 2014. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes.  
Disponible sur : [inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1611.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1611.pdf) (consulté le 18.11.2015)
- [14] Guignard R, Beck F, Richard J-B, Peretti-Watel P. *Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010*. Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé, 2013:3-7.
- [15] HAS. Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014.  
Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1719643/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-la-recommandation-2014-de-la-has?xtmc=&xtcr=1](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1719643/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-la-recommandation-2014-de-la-has?xtmc=&xtcr=1) (consulté le 14.12.2015)
- [16] Perriot J. Conduite du sevrage, attitude du thérapeute et succès. 2013 Clermont Ferrand.cours de DIU d'aide au sevrage tabagique grand centre. 2013.

- [17] Underner M, Peiffer G, Perriot J. Prise en charge du tabagisme. *Rev Mal Respir Actual* 2014 ; 6 (4) : 320-34.
- [18] Zhou X, Nonnemaker J, Sherrill B, et al. Attempts to quit smoking and relapse : factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addict Behav* 2009;34:365-73.
- [19] De Bruin-Visser JC, Ackerstaff AH, Rehorst H, Retel VP, Hilgers FJ. Integration of a smoking cessation program in the treatment protocol for patients with head and neck and lung cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012;269:659-65.
- [20] Peiffer G, Underner M, Perriot J. Sevrage tabagique. Dossier *Rev Prat Med Gen* 2014 ;28 :200-4.
- [21] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
- [22] Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking : toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983 ; 51 : 390-5.
- [23] Fougere B, Underner M, Ingrand P, Meurice J.-C. Tabagisme du personnel du centre hospitalier de Rochefort-sur-Mer. *Rev Mal Respir* 2011;28:1104-10.
- [24] Guilbert P, Baudier A, Gautier A. Baromètre santé 2000. Résultats. Paris: CFES;2000. p 77-118.
- [25] CIRRD ALSACE. Consultations de tabacologie en Alsace. Quelques données d'activité pour l'année 2007.  
Disponible sur : [http://www.cirddalsace.fr/observation/enquete\\_tabaco\\_alsace\\_2008.pdf](http://www.cirddalsace.fr/observation/enquete_tabaco_alsace_2008.pdf) (consulté le 14.12.2015)
- [26] Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé. Evaluation régionale des consultations de tabacologie en Rhône-Alpes, Rapport final, 2005;14.
- [27] Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir*. 2006;23:3S85-3S105.
- [28] Tang JL, Law M, Wald N. How effective is nicotine replacement therapy in helping people to stop smoking. *BMJ* 1994;308;21-6.
- [29] Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA* 1994;271:1940-7.
- [30] Peiffer G, Underner M, Perriot J. Comment utiliser en pratique les outils du sevrage tabagique ? *Réalités cardiologiques* 2015 ; 307 (février/mars) : 1-6.
- [31] Aubin HJ, Peiffer G, Stoebner-Delbarre A, et al. The french observational cohort of usual smokers : french smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation. *BMC public health* 2010;10:100.

[32] Peiffer G, Underner M, Perriot J, Paillot N, Renolleau F. Le sevrage tabagique. *Rev Mal Respir Actual* 2013;5:e5-e15.

[33] INRS. Lutter contre le tabagisme en entreprise. DW 34, 2008.

Disponible sur :

<http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=DW%2034> (consulté le 13.09.2014).

[34] Berman M, Crane R, Seiber E, et al. Estimating the cost of a smoking employee. *Tob Control* 2014;23:428-433.

## ANNEXE 1

### Questionnaire:

1. Etes-vous:
  - un homme
  - une femme
  
2. Quel âge avez-vous?
  - 18-29
  - 30-39
  - 40-49
  - 50 ou plus
  
3. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle?
  - IDE
  - AS
  - ASH
  - technique
  - administratif
  - personnel médical
  - medico-technique
  - autres
  
4. Quels sont vos horaires de travail?
  - jour
  - nuit
  - alternance
  
5. Combien de tentatives d'arrêt du tabac avez-vous effectué antérieurement ?
  
6. Combien de consultations de tabacologie avez-vous eu au CHU?
  
7. Actuellement, fumez-vous de façon régulière ?
  - oui
  - non
  
8. Vous êtes-vous arrêté grâce a (aux) consultation(s) de tabacologie du CHU ?
  - oui
  - non
  
9. Combien de temps a duré cet arrêt ?
  - moins de 3 mois
  - de 3 à 6 mois
  - de 6 mois à un an
  - plus de un an

10. Avez-vous utilisé des substituts nicotiques?

- oui
- non

11. Si oui, le(s) quel(s)?

- patch
- gomme
- pastille
- inhalateur
- spray buccal
- association patch et forme orale
- autre...

12. Avez-vous utilisé un de ces traitements ?

- Zyban (bupropion)
- Champix (varénicline)
- autres

13. S'ils avaient été payants, auriez-vous quand même utilisé des substituts nicotiques et ou autres traitements?

- oui
- non

14. Vous semble-t-il plus facile de venir à la consultation de tabacologie sachant qu'elle a lieu au CHU ?

- oui
- non

15. La gratuité des consultations et des traitements a-t-elle été une forme de motivation supplémentaire ?

- oui
- non

16. Etes-vous allé à ces consultations durant votre temps de travail ?

- oui
- non

17. Si les consultations de tabacologie n'existaient pas au CHU et/ou non prises en charge par votre employeur y seriez-vous allé ?

- oui
- non

18. Avez-vous bénéficié de consultations avec un diététicien ou un psychologue ?

- oui
- non

19. Si oui, vous ont-elles été utiles ?

- oui
- non

LAPEYRONNIE (Vincent) - La mise en place d'aides au sevrage tabagique en entreprise est-elle efficace ? Exemple du CHU de Poitiers.  
Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine 2016.

### Résumé

*Objectif* : Savoir si la mise en place d'aides au sevrage tabagique dans une entreprise était efficace et déterminer s'il existait des facteurs prédictifs d'une réussite du sevrage à long terme.

*Patients et méthode* : La population étudiée était composée de 200 salariés ou anciens salariés du CHU de Poitiers s'étant présentés à la consultation d'aide au sevrage tabagique dédiée aux employés de cet hôpital de mai 2005 à novembre 2013. Les aides proposées par cet hôpital et analysées étaient : la gratuité des traitements et des consultations, la possibilité d'aller aux consultations pendant le temps de travail, la proximité des consultations et la prise en charge possible par une psychologue et/ou une diététicienne.

*Résultats* : Trois grandes variables ont été analysées : celle liée aux agents, celle liée à la prise en charge et celle concernant les aides mises en place. La population était majoritairement féminine (78,5%) et composée de personnel médical et paramédical (72%). Plus le nombre de tentatives d'arrêts antérieures et de consultations augmentaient, plus le taux de sevrage était important. De même, un arrêt dans les suites immédiates des consultations favorisait significativement un sevrage. Le taux d'arrêt suite aux consultations était de 69% à 6 mois et de 56% à un an. Concernant les aides mises en place, 47,5% des agents n'auraient pas acheté leur traitement s'ils n'avaient pas été délivrés gratuitement, 86,5% trouvaient que la gratuité des traitements et des consultations avaient été une aide pour leur sevrage et 73% n'auraient pas cherché de tabacologue en dehors du CHU de Poitiers. Le taux de sevrage suite aux consultations avec une psychologue et/ou une diététicienne était de 78% à 6 mois et de 72% à un an.

*Conclusion* : Les résultats de la réussite du sevrage tabagique au sein de cette entreprise s'investissant dans la prévention du tabagisme étaient nettement supérieurs à ceux retrouvés en population générale (56% vs. 40%). Les aides semblant les plus efficaces étaient la proximité des consultations et la possibilité de consulter une psychologue et/ou une diététicienne. Les aides au sevrage tabagique mises en place au CHU de Poitiers permettaient d'obtenir des taux d'abstinence tabagique importants et s'avéraient donc efficaces.

### Mots clés

Tabacologie, étude rétrospective, sevrage tabagique, aide au sevrage, entreprise, hôpital

### Jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres : Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DEWITTE

Monsieur le Docteur Michel UNDERNER

### Date de soutenance

Le 1<sup>er</sup> juillet 2016

### Adresse de l'auteur

1 rue de la Parelle – 86800 POUILLE  
[vincelapey@hotmail.fr](mailto:vincelapey@hotmail.fr)



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans 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 le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

