Fonds des Affections Respiratoires a.s.b.l.

Communauté française

Statut tabagique

et comportement alimentaire pathologique.

Mémoire réalisé dans le cadre de la

FORMATION CONTINUÉE EN TABACOLOGIE

Coordonnée par le FARES

Kestemont Delphine

Diététicienne

Année Académique 2011-2012

Remerciements

Je souhaite remercier le professeur Laurence Galanti, promotrice de mémoire, pour l'aide apportée lors de la réalisation de ce travail.

Je tiens également à remercier l'équipe du Fares et tous les professeurs, pour la qualité et le sérieux de la formation que j'ai eu l'opportunité de suivre.

Je remercie chaleureusement messieurs Jacques Dumont et Martial Bodo, Tabacologues, pour m'avoir accueillie en stage à plusieurs reprises, ainsi que pour le temps et la patience dont ils ont fait preuve pour me former et répondre à toutes mes questions.

Enfin, je tiens vraiment à remercier Madame Colombine Mayer, Tabacologue, pour ses conseils avisés, précis et structurants.

Résumé

Ce mémoire traite de la corrélation entre l'addiction à la nicotine et l'addiction alimentaire. Les deux addictions trouvent des similitudes dans leurs actions neuronales, au niveau du circuit de récompense notamment.

L'hypothèse proposée concerne l'éventuel remplacement de l'addiction à la nicotine par une addiction alimentaire, lors de l'arrêt tabagique.

Dans le cadre de cette étude, un échantillon de femmes âgées de 25 à 40 ans été constitué.

Cet échantillon a été scindé en 3 groupes, en fonction des 3 statuts tabagiques (fumeur, ex-fumeur, non fumeur).

Ces 3 groupes ont été soumis à divers questionnaires permettant d'établir -entre autres- les valeurs d'addiction alimentaire, le niveau d'anxiété ou de dépression, ainsi que de nombreuses questions visant à décrire au mieux les 3 échantillons.

Après analyses et comparaisons des 3 groupes, il n'est pas possible d'affirmer que l'addiction alimentaire varie en fonction du statut tabagique.

En revanche, d'autres informations ressortent de cette étude :

- Le taux d'anxiété et la moyenne du score d'anxiété est plus haute pour les fumeurs que pour les non-fumeurs et les ex-fumeurs.
- Le taux d'anxiété et la moyenne du score d'anxiété est plus haute chez les fumeurs dépendants que chez les fumeurs non-dépendants.
- Les valeurs de poids sont sensiblement identiques, quel que soit le statut tabagique.
- Une très importante majorité d'ex-fumeuses ont arrêtés seules et sans-aide.
- 60% des femmes déclarent ne pas avoir pris de poids suite à l'arrêt du tabac, mais pour les 40% restants, la moyenne de prise de poids est proche de 6kg500. Un suivi de l'évolution du poids lors des consultations de tabacologie doit être envisagé.

Table des matières

Introduction du mémoire **5**

1. Partie Théorique

1.1 : Introduction. **6**

1.2 : Définition de l'addiction / dépendance. **7**

1.3 Le circuit de récompense dans le schéma d'addiction. **9**

1.4 L'addiction à la nicotine. **10**

1.5 L'addiction alimentaire. **11**

2. Partie Pratique. **15**

2.1 Méthodologie. **16**

2.1.1 Description des tests utilisés. **16**

2.1.2 Choix du public cible. **17**

2.1.3 Distribution / communication du questionnaire. Contacts. **18**

2.1.4 Rappel des critères de validation. **20**

2.2 Echantillonnage. **21**

2.3 Résultats. **22**

2.3.1 Analyse générale : comparaison des 3 groupes. **22**

2.3.2 Analyse détaillée du groupe Fumeur. **28**

2.3.3 Analyse détaillée du groupe Ex-Fumeur. **32**

2.3.4 Analyse du groupe Non-Fumeur. **36**

2.4 Discussion. **37**

3. Conclusion générale du mémoire. **40**

4. Perspectives. **42**

5. Bibliographie. **45**

6. Annexes **46**

Introduction du mémoire

Nous entendons souvent qu'un patient qui arrête de fumer va compenser son addiction en mangeant plus, ou différemment.

Ces idées participent aux craintes collectives de prise de poids après l'arrêt tabagique, ces craintes sont un facteur important de résistance à l'arrêt.

De nombreuses études concernent les relations de co-addiction avec le tabac, mais aucune ne s'est encore intéressée à la relation entre l'addiction à la nicotine et l'addiction alimentaire.

Ce mémoire a été réalisé dans le but d'apporter des premières informations concernant la relation qui existe entre ces deux addictions : une analyse de leurs similitudes tout d'abord, et l'étude d'une corrélation éventuelle entre elles par la suite.

1. Partie théorique

1.1 Introduction

S'il est, bien évidemment, important de définir «l'addiction», il conviendra également de faire un choix de langage (ou de notion) par rapport à la dépendance, l'assuétude et la toxicomanie.

Entre les multiples définitions et prises de positions vis à vis de ces termes, tous s'accordent à dire que le terme «addiction» est un anglicisme, n'ayant pour raison d'existence en français que son dérivé adjectif (addictif), le terme français utilisé devrait être l'assuétude.

Dans la pratique, les usages des termes addiction et dépendance s'entremêlent.

D'une manière générale, la différence entre la dépendance et l'addiction se situera par rapport à la substance (dépendance) ou au comportement (addiction).

Il existe, cependant, de nombreux avis beaucoup plus nuancés au sujet de cette «différence», un peu simpliste je le conviens, mais ces divers courants de pensées ne permettent pas de proposer une seule explication simple et concise de ces deux termes.

La toxicomanie, terme dont l'origine est proche des deux précédents, est devenue par extension la «manie du toxique», ce qui est trop limité par rapport aux comportements étudiés dans ce cadre-ci.

Choix des termes utilisés pour ce mémoire

Le choix de ce mémoire de tabacologie porte sur la dépendance à la nicotine et sur le comportement addictif vis à vis certains aliments. La plupart des recherches existantes concernant l'addiction alimentaire sont des travaux «anglophones», utilisant exclusivement le terme *addiction* dans leurs écrits.

Par facilité de lecture, je considère que le terme «addiction», reprenant à la fois le psychique et le physique de la consommation, (avec ou non, un symptôme de sevrage et/ou de tolérance) est le terme le plus indiqué pour définir les comportements qui vont suivre.

1.2 Définition de l'addiction / dépendance

Selon l'organisme mondiale de la santé (OMS)

L'addiction est définie en 1975 par l'OMS en ces termes : « *Un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non.*».

Aujourd'hui, l'OMS utilise le terme *dépendance* en français, et non *addiction*, en raison de la stigmatisation que le terme *addiction* évoque.

Selon Mr Ariel Goodman

En 1990, Ariel Goodman, psychiatre anglais, précisera la définition de l'addiction. Cette définition est encore aujourd'hui utilisée comme référence :

«L'addiction est un processus par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et pour soulager un malaise intérieur, est utilisé sous un mode caractérisé par

1. l'échec répété dans le contrôle de ce comportement.

2. la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives.»

Selon le DSM IV

Dans le cadre de mon mémoire, il est important de pouvoir valider ou invalider l'existence d'une addiction/dépendance à une substance. C'est donc naturellement que je me suis tournée vers la référence en matière de troubles mentaux : le DSM IV (1993, dernière édition).

Le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) viendra classifier l'addiction selon des critères bien définis.

Ces critères sont aujourd'hui retenus sous le terme unique de "dépendance", (l'addiction ou l'assuétude ne figurent pas dans le DSM IV) avec symptôme de sevrage facultatif, et dans un laps de temps défini (les douze derniers mois).

Il est à noter que le chapitre Dépendance à une substance (DSM IV) sera remplacé dans le DSM V (2013) par le titre «addictions et troubles reliés» [1].

Selon le DSM IV, la caractéristique essentielle de la Dépendance à une substance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux ou physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré les problèmes significatifs liés à la substance.

La dépendance est définie comme l'apparition d'au moins trois des symptômes ci-dessous à un moment quelconque au cours d'une période continue de 12 mois:

Tolérance

La tolérance est la nécessité d'augmenter nettement les quantités de substance pour produire l'intoxication (ou l'effet désiré), ou désigne une diminution nette de l'effet en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance. Le niveau de tolérance peut être très variable en fonction de la substance consommée. La tolérance doit être distinguée de la variabilité individuelle quant à la sensibilité initiale aux effets de substances données.

Sevrage

Symptômes de sevrage caractéristique de la substance. Soulagement ou suppression des symptômes lors de la reprise de la substance.

Perte de contrôle

Prise de la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévue.

Efforts infructueux de gestion de la consommation.

Échecs répétés lors des tentatives de réduction ou de suppression de consommation de la substance, malgré un désir persistant d'y parvenir.

Temps accordé à la recherche de la substance ou à la consommation

Nombreuses activités et de temps passé pour se procurer la substance, et pour la consommer.

Réduction des autres activités

Des activités sociales, professionnelles ou des loisirs sont abandonnés en raison de l'utilisation de la substance.

Persistance de la consommation malgré l'existence et la conscience des effets néfastes.

Persistance de la consommation, bien que la personne soit consciente des effets psychologiques ou physiques néfastes causés par cette substance.

Ces sept critères seront retenus pour la suite pratique de ce mémoire.

1.3 Le circuit de récompense dans le schéma d'addiction.

L'expérience qui a permis dans les années '50 de mettre en évidence le circuit de la récompense fut le fruit du travail de deux chercheurs, Olds et Milner.

A l'origine, le mécanisme du circuit de récompense permet d'associer un comportement «adéquat pour la survie de l'espèce» (manger, boire, activité sexuelle, relation avec les semblables,...) à de fortes sensations de satisfaction.

Si ce mécanisme est particulièrement complexe, un maillon central du processus (utilisé dans la plupart des addictions) semble jouer un rôle fondamental : les connections nerveuses, permettant de transmettre les messages aux neurones, utilisent un vecteur chimique (messager) appelé la Dopamine.

En agissant sur le neurotransmetteur «Dopamine» *(stimuler sa production, modifier le nombre de récepteur, ou empêcher sa réabsorption)*, il est possible d'activer ce circuit de récompense, et donc d'obtenir les sensations de satisfaction recherchés.

1.4 L'addiction à la nicotine.

Selon le DSM IV, la dépendance et le sevrage à la nicotine peuvent se développer lors de l'utilisation d'une forme quelconque de tabac (cigarettes, tabac à chiquer ou à priser, pipes, cigares), y compris lors de médications prescrites (gomme à mâcher à la nicotine et patch).

La capacité relative de ces produits à produire une dépendance ou à induire un sevrage dépend de la rapidité d'action de la voie d'administration (fumée plus rapide que voie orale, elle-même plus rapide que la voie transdermale) et de la quantité de nicotine du produit.

Lors de l'inhalation du produit, la fumée atteint le cerveau en quelques secondes, et va se fixer sur les récepteurs dopaminergiques du système mésolimbique, zone de récompense du cerveau.

Si plusieurs récepteurs entrent en jeux dans le cadre complexe de l'addiction à la nicotine, c'est bien sur la sécrétion de dopamine (et l'inhibition de l'activité inhibitrice des récepteurs Gabaergiques) dans le circuit de récompense, ainsi que sur la similitude des critères de dépendance (DSM IV) que nous pourrons corréler - ou non - les deux addictions (alimentaire et nicotinique) étudiées.

Critères DSM IV appliqués à la dépendance à la nicotine

<u>Tolérance</u>

La tolérance à la nicotine se manifeste par l'absence de nausées, d'étourdissements et d'autres symptômes caractéristiques, malgré l'utilisation de quantités substantielles de nicotine, ou par une diminution des effets alors que l'utilisation se poursuit avec des doses inchangées.

<u>Sevrage</u>

L'arrêt de la consommation de nicotine produit un symptôme de sevrage bien connu.

Selon le DSM IV : au moins 4 des critères suivants valident le sevrage nicotinique :

Humeur dysphorique ou dépressive; insomnie; irritabilité; frustration ou colère; anxiété; difficultés de concentration; fébrilité ou impatience; diminution du rythme cardiaque; augmentation de l'appétit ou prise de poids.

Perte de contrôle

Certains consommateurs de nicotine utilisent leur réserve de cigarette plus rapidement que souhaité.

Efforts infructueux de gestion de la consommation

Bien qu'un peu plus de 40% de fumeurs belges désirent arrêter de fumer [2,3], moins de 5% y parviennent s'ils ne sont pas aidés dans leurs efforts.

Temps accordé à la recherche de la substance ou à la consommation

La plupart des fumeurs passent beaucoup de temps à consommer (moyenne de 20 cigarettes x 5 minutes par jour). Cependant, de part la facilité qu'ont les consommateurs à se procurer de la nicotine (légale sur le territoire Belge), il est rare de passer beaucoup de temps à se la procurer.

Réduction des autres activités

Renoncer à des activités sociales, professionnelles ou de loisirs, peut se produire si un sujet abandonne une activité parce qu'elle a lieu dans une zone où il est interdit de fumer.

Persistance de la consommation malgré l'existence et la conscience des effets néfastes.

La poursuite de la consommation malgré les preuves des problèmes médicaux associés constitue un problème de santé mondialement reconnu et d'une importance capitale.

1.5 L'addiction alimentaire.

Non encore reconnue dans le DSM IV, l'addiction alimentaire (au sens large) et les critères lui correspondant sont à l'étude pour figurer dans le DSM V [4.]

L'hypothalamus est reconnu comme la région cérébrale principale qui contrôle les signaux régulateurs de la consommation alimentaire. Les hormones qui sont modulées par cette région hypothalamique (leptine, insuline, ghreline) sont également exprimés dans la zone limbique du cerveau, zone impliquée dans le circuit de récompense, motivation, apprentissage, émotionnelle et réponse au stress [5].

C’est donc toute la région limbique qui module visiblement la régulation de la consommation alimentaire [6].

Plus l’aliment ou la drogue est considérée comme *plaisant-gratifiant*, plus importante est la sécrétion de dopamine dans le noyau Accumbens [7].

La consommation alimentaire et la consommation de drogue sont tous deux dirigés par leurs propriétés récompensatoires -propriétés ayant été liées à l'augmentation de l’activité dopaminergique dans le circuit de récompense- mais par des chemins différents [8] : L’activation du circuit de récompense par l’alimentation se fait via la palatabilité (agréable au goût) et via l’augmentation de la sécrétion des peptides qui modulent l’activité dopaminergie (leptine, ...)[9], au contraire, les drogues activent le même circuit via leurs effets pharmacologiques (transmis par leurs effets directs sur la sécrétion de dopamine) [10].

Par l’analyse d’imageries Petscan, il a été démontré que les obèses et les drug addicts avaient tous deux des niveaux de récepteurs dopaminergique anormaux [11].

Cependant, la simple sécrétion de dopamine n’équivaut pas à des propriétés addictives, la dopamine ayant été associée avec la perception de récompense.

C’est pourquoi un test a été développé et validé par l’équipe de Mr Gearhardt, (le Yale Food Addiction Scale : YFAS) évaluant l’addiction alimentaire selon les critères du DSM IV.

Les résultats de ce test ont été comparés et corrélés aux résultats obtenus par l’analyse des images de résonance magnétiques, montrant que les participants avec un taux élevé au YFAS présentaient une activité cérébrale supérieure (cortext dorsolatéral-préfrontal) en réponse à la réception de nourriture, par rapport aux participants ayant obtenu un petit score au YFAS.

Par contre, la zone du cortex orbito-frontal, responsable du self contrôle, était moins active chez les participants dont le score au YFAS étaient élevé [12, 13].

C’est en regard de toutes ces similitudes qu’est née la base du concept d’addiction alimentaire.

Critères DSM IV appliqués à l'addiction alimentaire (corrélation avec le test YFAS)

Tolérance

La tolérance alimentaire se présente comme étant la nécessité, chez certains consommateurs, d'augmenter les quantités afin de parvenir à la même sensation positive (apaisement, quiétude) ou pour réduire les sensations négatives (nervosité, anxiété, ...) *YFAS : questions 20 et 21.*

Sevrage

L'arrêt de la consommation excessive alimentaire peut entraîner des troubles tels que : anxiété, nervosité, agitation, ou autre symptômes physiques (à ne pas confondre avec le sevrage à la caféine si les aliments analysés en contiennent). Lors de l'arrêt de consommation d'un aliment, un *craving* pour cet aliment peut également apparaître. *YFAS : questions 12, 13 et 14*

Perte de contrôle

La perte de contrôle se voit validée lorsque le consommateur ne parvient pas à s'arrêter de consommer l'aliment, ou dépasse largement les quantités qu'il s'était fixé au départ.
Cette consommation excessive pouvant engendrer un mal physique dans les moments qui suivent la consommation. *YFAS :question 1, 2 et 3*

Efforts infructueux de gestion de la consommation

Souhait clair de la part du consommateur de réduire ou arrêter de consommer un aliment. Échec répété des tentatives d'arrêt. *YFAS : questions 4, 22, 24, 25*

Temps accordé à la recherche de la substance ou à la consommation

Grignotage continu tout au long de la journée, léthargie due à une consommation trop importante d'aliments, temps pour trouver l'aliment désiré (détour en voiture, ressortir le soir, ...)

YFAS : questions 5, 6 et 7

Réduction des autres activités

La diminution ou la perte d'activités sociales due à une consommation excessive est généralement limitée. L'hyper consommation se faisant souvent «seul», mais dans un laps de temps très court.

YFAS : questions 8,9,10 et 11

Persistance de la consommation abusive malgré l'existence et la conscience des effets néfastes.

La poursuite de la consommation malgré les preuves de problèmes médicaux (surpoids, diabète, hypertension, cholestérol) et psychologiques (mal-être, dégout de soi, mauvaise image corporelle, ...) *YFAS : question 19.*

2. Partie Pratique.

Introduction

De nombreuses études suggèrent une propension plus forte à une addiction, si le circuit de récompense a déjà été activé auparavant par une addiction à un autre objet (substance ou autre).

A contrario, il serait légitime de suggérer qu'une personne dépendante à la nicotine - *bénéficiant donc des effets satisfaisants de la nicotine par l'intermédiaire de son circuit de récompense* - n'utilise pas la nourriture pour chercher l'apaisement, limiter son stress ou calmer un énervement.

Au vu des similitudes entre l'addiction à la nicotine et l'addiction alimentaire, il nous semblait donc intéressant d'étudier la corrélation entre ces deux variables afin de déterminer si le statut tabagique influe sur un comportement alimentaire «pathologique».

Objectif

La question principale de ce mémoire est de savoir si le taux d'addiction alimentaire diffère selon le statut tabagique.

L'hypothèse principale que l'on souhaite donc rejeter est la suivante : le taux moyen d'addiction alimentaire ne diffère pas selon le statut tabagique.

2.1 Méthodologie

L'étude se base sur 3 questionnaires : Le test de Fagerström

Le test H.A.D.

Le test YFAS (Yale Food Addiction Scale)

Le questionnaire complet (identique au format on-line) se trouve à l'annexe 6.4.

2.1.1 Description des tests utilisés :

Yale Food Addiction Scale[14]

Bien que démontrée fort récemment, l'addiction alimentaire a été évaluée par une équipe de chercheurs à l'université de YALE (U.S.A.). Cette équipe, qui a mis au point un test reprenant chacun des 7 critères de l'addiction (défini par le DSM IV) a permis de valider les premières données. Ce test à été utilisé dans la partie pratique de ce mémoire. Il est à noter que la correction de ce test, particulièrement complexe, requiert deux critères pour valider " l'addiction alimentaire" :

1 : Obtenir un minium de 3 symptômes (cf DSM IV)

2 : Un ou deux des critères suivants :

- Perte de qualité de vie (sociale, familiale, ...), en raison de la consommation.
- Inquiétude réelle de la part du répondant vis à vis de sa consommation alimentaire.

Après avoir traduit le test, celui-ci a été adapté légèrement à l'alimentation belge (remplacer Donut's par gaufres, ...). Les questions de ce test portent la plupart du temps sur des fréquences de consommation.

La grille de correction, obtenue après demande spécifique à l'auteur (Ms Gearhard Ashley) me permet de corriger le test, et d'exprimer les réponses en critères validés ou non.

La grille de correction sera fournie au jury de ce mémoire, et ne sera pas placé dans les annexes, afin de respecter le souhait de non-diffusion de l'auteur.

Le test HAD : Hospital Anxiety and Depression

Ce test a été mis au point et validé pour fournir aux médecins non psychiatres un test de dépistage des troubles psychologiques les plus communs : l'anxiété et la dépression.

Cette échelle permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité.

Le test Fagerström

Bien connu des tabacologues, le test de Fagerström permet d'évaluer le degré de dépendance au tabac. Les résultats permettent d'apporter une information supplémentaire pour adapter le traitement et les conseils lors de l'arrêt tabagique.

2.1.2 Choix du public cible:

Afin d'affiner au mieux les valeurs, pour éviter les biais d'une population trop large et trop variable, je me suis focalisée sur le groupe Femme entre 25 et 40 ans. (25ans et 40 ans inclus).

Ce groupe représente, selon mon expérience de diététicienne libérale, le public le plus à même d'avoir une alimentation stable (dysfonctionnelle ou non), éventuellement en mode «régime perte de poids» mais dont les changements alimentaires ne sont pas récents.

A l'inverse, les adolescentes ne sont pas libres de tous leurs choix alimentaires, les étudiantes non plus. Les jeunes adultes, qui découvrent la vie active et quittent la maison familiale, passent généralement par une période de junk-food, (ou nourriture rapide), avant de s'installer correctement et de commencer (ou non) à cuisiner un peu. 25 ans me semble une bonne limite d'âge inférieure.

Pour les femmes 40 ans et plus, la crainte de la prise de poids, et l'approche de la ménopause, amène quasi systématiquement les femmes à surveiller leur alimentation, quelques fois avec plus de maturité et de sérieux que les trentenaires. De plus, les pathologies type diabète, hypertension, cholestérol, sont plus fréquents dès cet âge là.

La limite d'âge de 40 ans me semble approprié pour éviter les biais de morbidité.

Le choix de n'étudier que les femmes se justifie à nouveau par ma pratique professionnelle : les femmes sont plus à même de développer une alimentation atypique.

2.1.3 Distribution / communication du questionnaire et contact des répondants

Un long questionnaire reprenant les 3 tests complets, ainsi que diverses questions relatives à la description de mon échantillon, à été créé (72 questions en tout). *Le test complet se trouve en annexe 6.4*. Mener des sessions de test en face à face, avec un échantillon aléatoire (fe 25-40) semblait impensable, et surtout faussé par le manque de diversité des personnes qui auraient accepté (hôpital, patients, amis).

Technique de communication : test placé on-line sur Google Document

Les vecteurs actuels de communication, tel l'internet, m'ont permis de placer ce questionnaire online. Google Doc est assimilé à un serveur sur lequel est placé mon questionnaire.

Apres une série de manipulations, toute personne peut, depuis un ordinateur, se connecter à ce serveur et compléter le questionnaire. Les données sont alors transmises, sous forme brut, à l'examinateur.

Avantages de ce type de contact-répondant

Les avantages de ce type de contact-répondant sont multiples:

Temps gagné - pas d'influence de la part de l'examinateur - moment choisi par le répondant, donc meilleur taux de réponse - impossible d'oublier/ ne pas répondre à une question, les tests sont complets - anonymat et donc réponses " honnêtes" et sans peur du jugement - temps libre pour répondre, possibilité de réfléchir longuement, surtout pour des questions atypiques tels que l'addiction alimentaire - seules les questions pertinentes sont posées au patient, puisque le questionnaire évolue en fonction des réponses données (pas de test tabac pour un non-fumeur).

Contact des répondants

Afin de diffuser le questionnaire vers le plus grand nombre, il faut que le test puisse vivre "seul". Un petit mot d'explication est dont placé en avant-propos, sur la première page du questionnaire. Seul le "lien" vers le questionnaire est diffusé, lui aussi accompagné d'un petit mot type " *Pour mon mémoire de Tabacologie, je cherche à étudier le comportement alimentaire des femmes entre 25 et*

40 ans. J'ai besoin de vous toutes, que vous soyez fumeuses, non fumeuses ou ex-fumeuses, merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire on-line".

Le "clic" sur le lien amène le répondant sur la première partie page du test. La majorité des questions se présentent sous la forme de "cases à cocher", ce n'est que lorsque que le patient a donné une réponse qu'il peut accéder à la question suivante, et ainsi de suite, de sorte que tous les questionnaires soient remplis complètement.

Le lien vers ce test à été placé sur les réseaux sociaux (Facebook et Twitter), et envoyés par mail de la part de tous mes proches à leurs contacts, qui ont transmis à leurs contacts, ect...
Sur Facebook, l'utilisation du *mur* à permis de toucher le plus grand nombre, puisque de nombreux "amis" ont placés, à leur tour, le lien sur leurs *murs* propres*,* touchant la totalités de leurs contacts, et ainsi de suite, afin d'atteindre le plus grand nombre de femmes âgés entre 25 et 40 ans.
Le principe de la "*toile*" a fonctionné puisque ce sont plus de 300 personnes du public cible qui ont répondu complètement au questionnaire.

<u>Limites du procédé de contact par réseaux sociaux et mails.</u>
Les limites sont nombreuses et évidentes, puisque les réponses ne reflètent que l'avis de ceux qui ont souhaité remplir le questionnaire, restreignant ce groupe à ceux qui possèdent un accès au net (limites au niveau économique, culturel et intellectuel). Un compte sur ces réseaux sociaux ou un accès mail est indispensable, ainsi qu'une connaissance minimum en informatique.
Le vocabulaire utilisé, outre les tests validés, était volontairement familier et simple, afin de ne pas poser de limite au niveau de la connaissance du français.

Il va sans dire qu'en aucun cas les résultats obtenus sur les échantillons ne pourront être assimilés à une population. cependant les échantillon devraient être comparables entre eux, puisque leur recrutement est identique en tout point.

L'objectif de ce mémoire étant la comparaison de plusieurs échantillons, la comparaison devrait rester valable.

Trois groupes (fumeurs, non-fumeurs et ex-fumeurs) ont été comparés sur base des résultats obtenus au test d'addiction alimentaire (YFAS). Une analyse comparative des résultats des tests d'anxiété et de dépression (HAD) a également été réalisée.

2.1.4 Rappel des critères de validation

Le critère anxiété est validé si le score Anxiété obtenu au test HAD est supérieur ou égal à 8

Le critère dépression est validé si le score Dépression obtenu au test HAD est supérieur ou égal à 8.

Le poids est dans les normes santé si l'indice de Quételet (IMC ou BMI) est compris entre 18 et 25.

L'obésité correspond à un indice de Quételet (IMC ou BMI) supérieur ou égal à 30.

Indice de Quételet est égale à la division du poids (kg) par le carré de la taille (m) : Poids / $(\text{Taille})^2$

Le critère Food3+ est validé pour tout répondant ayant obtenu au moins 3 symptômes au test YFAS.

Le critère «addiction alimentaire» est validé pour les Food3+ ayant signifié en plus, dans le questionnaire, une perte de qualité de vie due à une consommation alimentaire pathologique.

2.2 Echantillonnage

Description générale.

304 questionnaires complets et exploitables, correspondant au public cible (femme 25 - 40 ans) ont été recueillis : 155 femmes âgées entre 25 et 29 ans, et 149 femmes âgées entre 30 et 40 ans.

88% des sujets résident en Belgique, les 12% restant sont, pour la plupart, des belges résidant dans le nord de la France.

La grande majorité de l'échantillon a une activité professionnelle (89%), 6% sont étudiants, 5% sont sans emplois, 38% sont mère de famille.

2% des sujets sont diabétiques, 84% ne le sont pas, et 14% n'en n'ont aucune idée.

Statut tabagique

Deux questions ont permis de définir le statut tabagique des répondantes :

1) «Avez-vous fumé au moins 100 cigarettes (ou 30 cigares/pipes)?»

2) « Avez-vous fumé cette dernière semaine?».

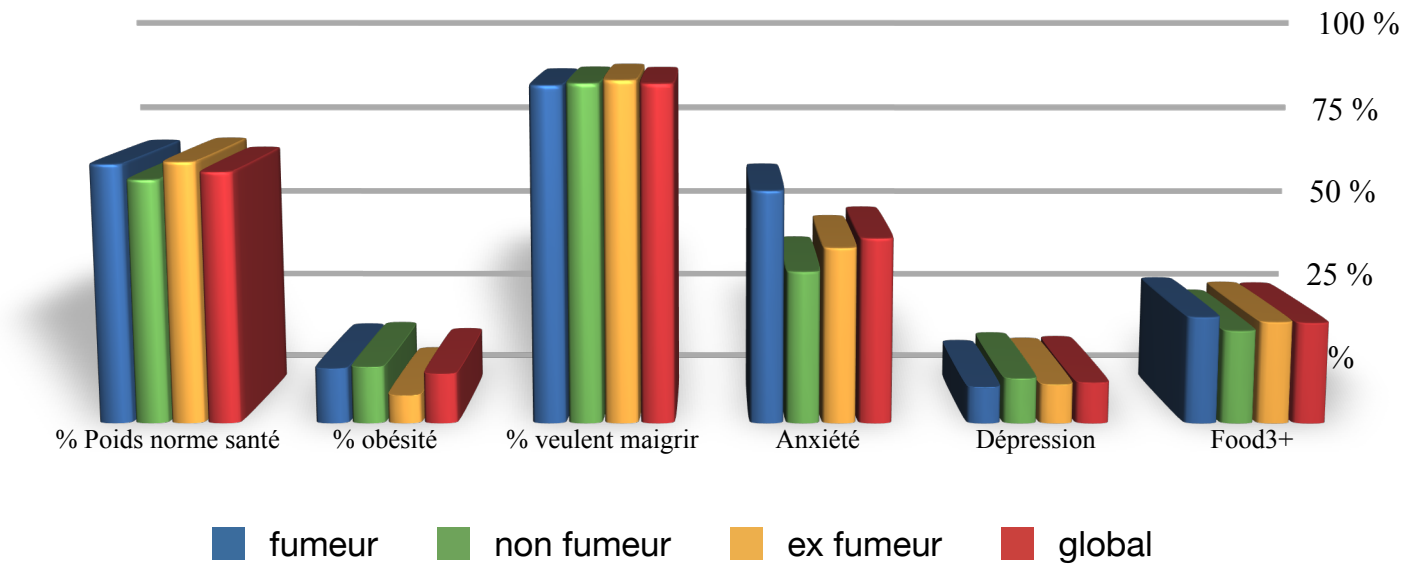
Interprétation :

- Deux réponses positives : fumeur.
- Une seule réponse positive (la première): ex-fumeur.
- Deux réponses négatives : non-fumeur.

2.3 Résultats

2.3.1 Analyse générale : comparaison des 3 groupes.

Comparaison des variables en fonction du statut tabagique



Le pourcentage des répondants ayant validé le critère anxiété est statistiquement différent selon le statut tabagique (test chi2). Le taux est significativement plus élevé dans le groupe des fumeuses (61%) que dans le reste du panel étudié : non-fumeur: 40%; ex-fumeur : 46%; panel complet : 49%. *(Chi2 = 10,92. R= 1%).*

- La majorité (66%) du panel étudié a un poids qui correspond aux normes de santé. Ces valeurs ne sont pas statistiquement différentes entre les groupes. Le statut tabagique ne semble pas influencer ce critère.

- Le pourcentage d'obèses dans chaque groupe diffère statistiquement selon le statut tabagique. Le taux d'obésité de l'échantillon des ex-fumeurs est plus bas (7,5%) que les autres répondants du panel. non-fumeur: 15%; fumeur : 14,6%; panel complet : 13%. *(Chi2 = 4,001. R=5%)*

- Le pourcentage du panel souhaitant maigrir est très important *(88,7% du panel global).* Cette valeur n'est pas statistiquement différente entre les groupes étudiés. Le statut tabagique ne semble pas influer sur le souhait de perdre du poids.

- Le pourcentage des répondants ayant validé le critère 3+ au test YFAS n'est pas statistiquement différent selon les groupes. Néanmoins, une analyse comparative des 3 groupes pour chacun des 7 symptômes étudiés sera réalisée.

Les données complètes se trouvent à l' annexe 6.2.

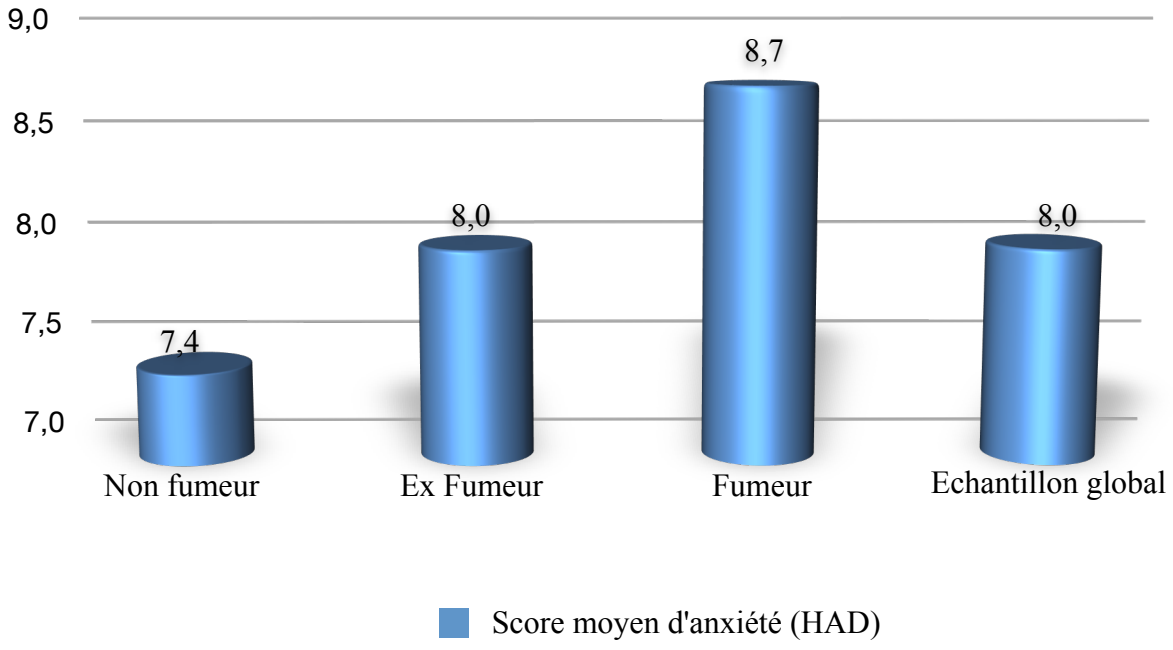
<u>Analyse approfondie des moyennes pour les critères qui diffèrent statistiquement dans l'étude statistique principale.</u>

a) L'anxiété

b) Le poids moyen et le pourcentage d'obésité.

c) Analyse comparative de chacun des 7 symptômes étudiés dans le YFAS.

a. Analyse des moyennes obtenues pour les scores d'anxiété (HAD)



Comparaison des pourcentages :

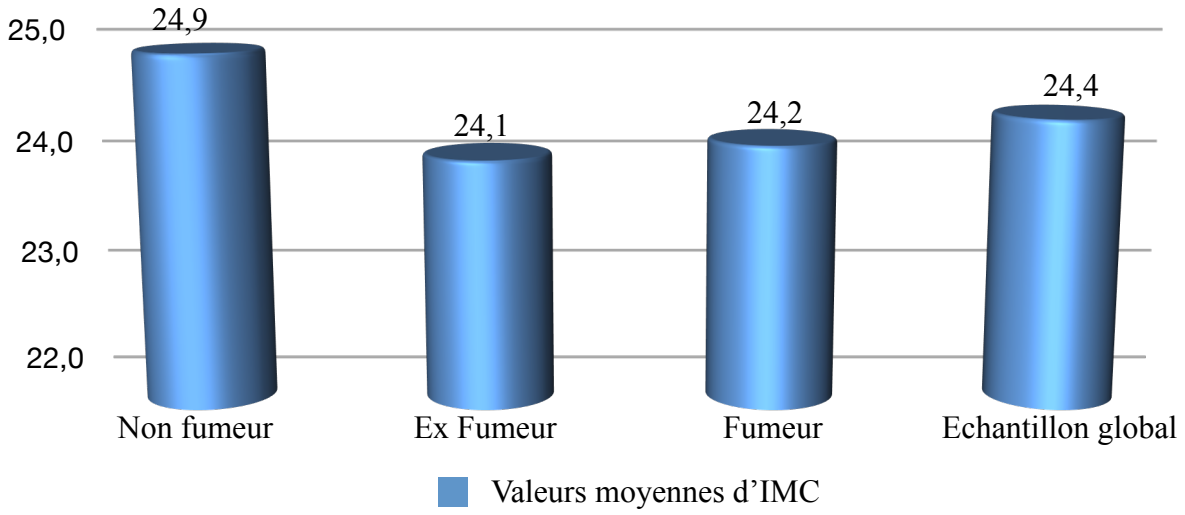
Le taux de répondantes anxieuses est statistiquement plus élevé dans le groupe des fumeurs que dans les autres groupes (voir comparaison des pourcentages). Les différences entre les groupes ex-fumeurs et non fumeurs ne sont pas suffisantes pour assurer une différence statistiquement prouvée.

Comparaison des valeurs moyennes :

Les moyennes des scores obtenus au test HAD ont également été analysées (test *Z) montrant* une différence significative entre le groupe des fumeurs et le groupe qui n'a jamais fumé (Z=2,49. 5%)

Les différences entre les moyennes des autres groupes ne sont pas significativement différentes.

b. Analyse des moyennes obtenues pour les scores d'obésité



Le taux d'obésité dans le groupe des ex-fumeurs est statistiquement plus bas que les autres groupes (*Chi2 = 4,001 R=5%)*. Cependant, l'analyse statistique de la moyenne de l'IMC des différents groupes ne permet pas de conclure avec certitude que le poids moyen des ex-fumeuses est plus bas que les poids moyens des autres groupes *(test Z non-significatif)*.

Le souhait de perte de poids (entre 2 et 3 points) d'IMC est lié à la moyenne de poids de chaque échantillon. La quasi totalité des répondantes souhaitent un IMC d'environ 22, quel que soit leur poids de départ ou leur statut tabagique. Les répondantes dont l'IMC dépasse 35 souhaitent une réduction de poids mais avec un objectif de poids final compris entre 25 et 30 (voir 35) d'IMC.

c. Analyse des résultats obtenus pour les symptômes de l'addiction alimentaire.

<u>Symptômes de l'addiction.</u>

Par facilité, seul des mots clés figurent dans les graphiques pour chacun des 7 symptômes.

Tolérance : Tolerance

Sevrage : Withdrawal

Perte de contrôle : Loss Control

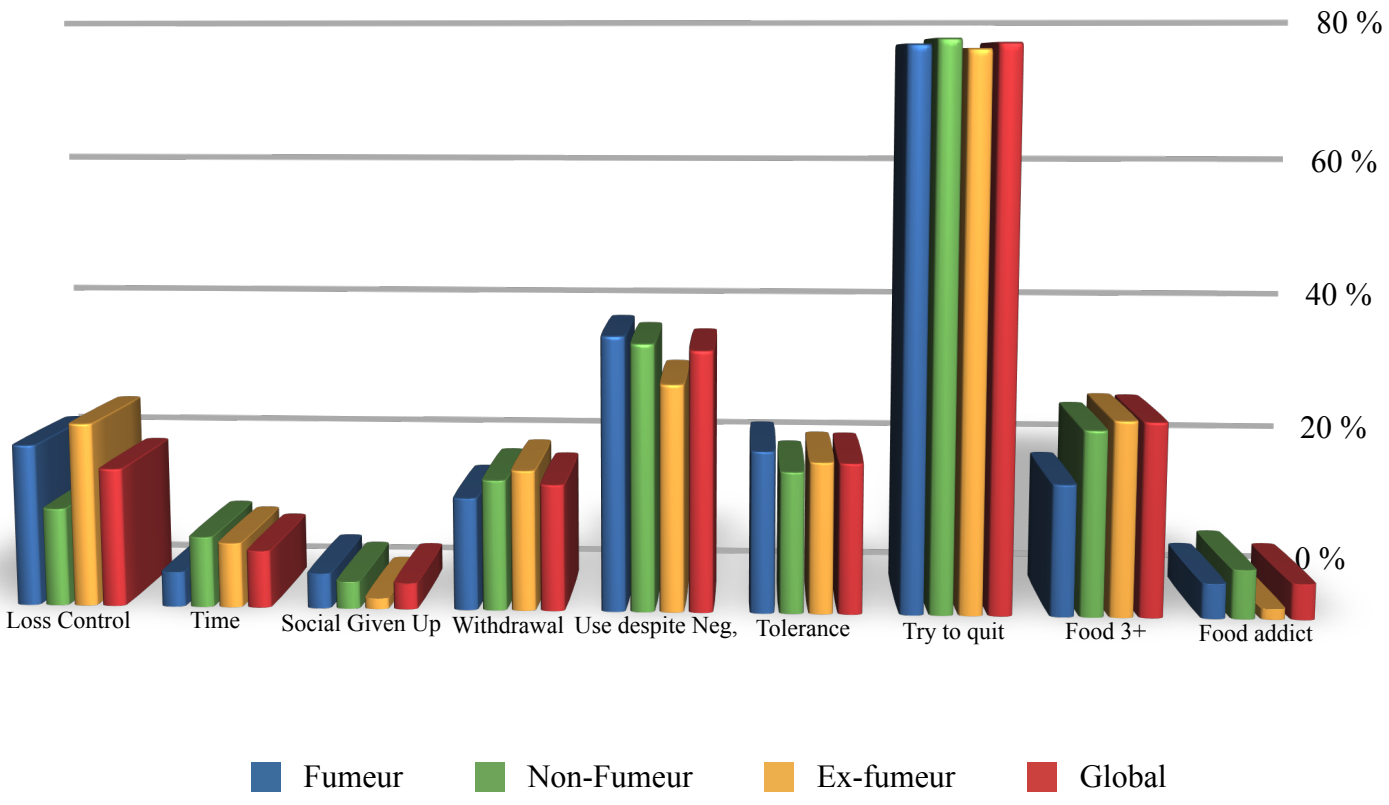
Efforts infructueux de gestion de la consommation : Try to Quit

Temps accordé à la recherche de la substance ou à la consommation : Time

Réduction des autres activités : Social Given Up

Persistance de la conso abusive malgré l'existence/conscience des effets néfastes : Use Despite Neg.

Symptômes de l'addiction alimentaires corrélés au statut tabagique.



Comme déterminé précédemment, le pourcentage des répondants ayant validé 3 symptômes ou plus ne diffère pas en fonction du statut tabagique.

La diagnostic «addiction alimentaire» tel que Mme Gearhardt - créatrice du test YFAS- le défini, nécessite de remplir deux conditions :

1) Au moins 3 symptômes d'addiction alimentaire validés.
2) Le critère «perte de qualité de vie» ou le critère «inquiétude» doit impérativement être validé.

Peu de répondantes remplissent les deux conditions et le nombre de répondants est trop bas pour atteindre les quotas (< 5 répondants) permettant de comparer l'addiction alimentaire entre les groupes de différents statuts tabagiques.

Cependant, sans parler d'addiction alimentaire, nous pouvons analyser chacun des symptômes. Pour la plupart des symptômes, les valeurs sont similaires dans chaque groupe. La consommation de tabac ne semble donc pas influencer le comportement alimentaire au niveau de ces symptômes. Le critère food 3+ (3 symptômes et plus) semble clairement plus bas chez les fumeuses mais cette différence n'est pas significative. *(Test chi2).*

Cependant, le symptôme «perte de contrôle» est significativement différent entre les groupes : Il apparait clairement et significativement que le taux d'ex-fumeuses qui ne parvient pas à gérer sa consommation alimentaire est plus haut *(25,4%)* que le reste du panel : fumeuse : 22,3% ; non-fumeuses : 13,5% ; panel complet : 19,4%. *(Chi2 = 4,409 dl2 : R=5%)).*

Les données complètes se trouvent à l'annexe 6.3

2.3.2 Analyse détaillée du groupe Fumeur

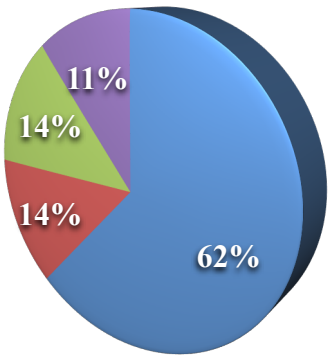
Le groupe Fumeur est composé de 103 répondantes. 68% de ces femmes ont un poids qui correspond aux normes santés *(Imc 18-25) ;* 14.6% est en obésité. *(Imc supérieur ou = à 30).*

88.3% souhaite une perte de poids, la perte de poids moyenne souhaitée est de 2.5 pts d'Imc (kg/m²)

61.2% des répondantes du panel valident le critère anxiété. 9.7% valident le critère dépression.

28.2% obtiennent un score au test YFAS supérieur ou = à 3.

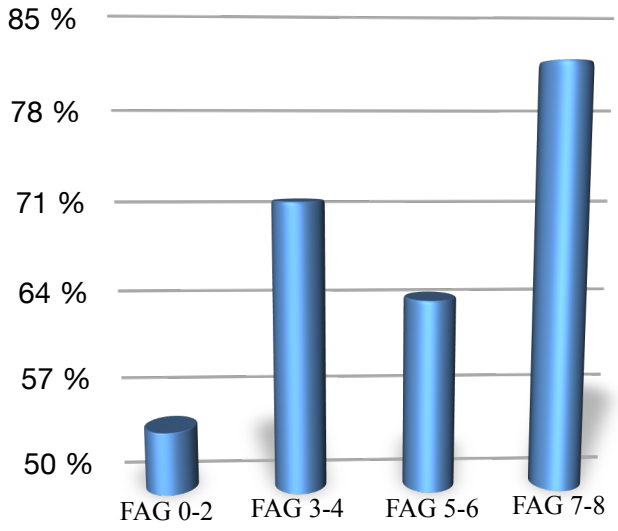
Répartition selon les résultats du test de Fagerström.



- Aucune dépendance FAG 0-2
- Dépendance faible FAG 3-4
- Dépendance moyenne FAG 5-6
- Dépendance forte FAG 7-8

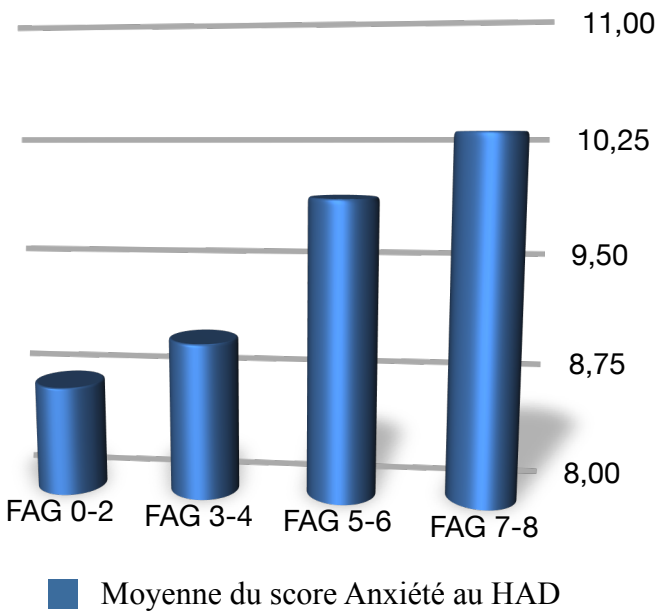
Valeur moyenne du FAG pour tout l'échantillon : 2.37 ± 2,62.

Analyse de l'anxiété en fonction du résultat obtenu au Fagerström



La majorité (62%) de l'échantillon est considérée comme non-dépendant selon le test de Fagerström.

Le pourcentage de femmes anxieuses dans le groupe Fumeur atteint les 60 %. Si l'évolution de l'anxiété ne paraît pas linéaire en fonction du degré de dépendance, nous pouvons remarquer un taux très important (81%) de femmes anxieuses lorsque la dépendance à la nicotine est forte.



Moyenne des scores «Anxiété» (HAD).

Si l'on observe les moyennes des scores obtenus au test HAD, il apparait clairement que le score d'anxiété augmente en fonction du degré de dépendance au tabac.

Il y a donc une corrélation entre le niveau d'anxiété et le degré de dépendance.

Deux sous-groupes peuvent être analysés [le groupe dépendant (FAG supérieur ou égale à 3) et non-dépendant. (FAG inférieur ou égale à 2)] permettant une étude plus détaillée de l'anxiété

(études statistiques réalisées sur les % avec le Chi² et comparaison des moyennes des différents groupes avec test Z)

Pour rappel, il a été mis en avant précédemment que les valeurs d'anxiété sont statistiquement plus élevé dans le groupe fumeur versus non fumeur et ex-fumeur *(Chi² : 10.92, significatif à R=1%)*

Lorsque l'on compare les deux sous-groupes, les valeurs d'anxiété sont statistiquement plus élevées dans le groupe « dépendant » que dans le groupe fumeur non-dépendant *(valeur Z=1.968, significatif à 5%).*

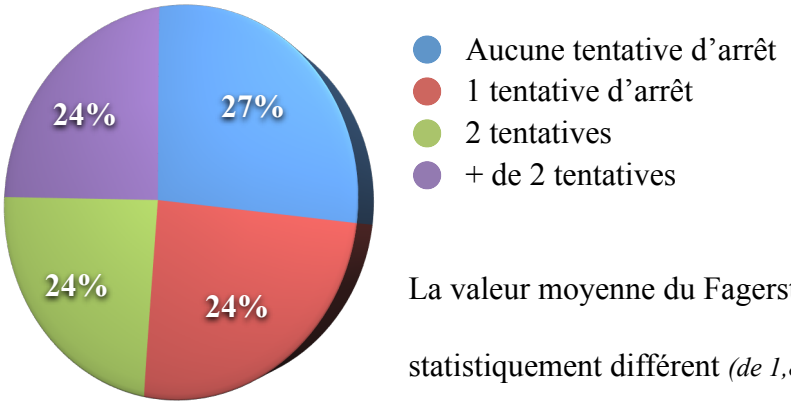
Les valeurs d'IMC (poids) ne trouvent aucune corrélation avec le degré de dépendance Tabagique.

Les valeurs de dépression (HAD supérieur ou = 8) ne trouvent pas non plus différence significative entre les valeurs des deux sous-groupes dépendants et non-dépendants.

Cependant, il est important de noter que le groupe « dépendance forte » a un IMC, un degré d'anxiété et de dépression plus haut que tous les autres fumeurs, mais la taille de l'échantillon résiduel (seules 5 répondantes composent le groupe) ne permet pas de conclure de manière statistiquement significative.

Le groupe fumeur peut également être étudié en fonction du nombre de tentative d'arrêt (et donc de rechutes).

Sous groupes basés sur le nombre de tentatives d'arrêt tabagique.



La moyenne des tentatives d'arrêt tabagique, pour l'ensemble du groupe fumeur, est de 2.6.

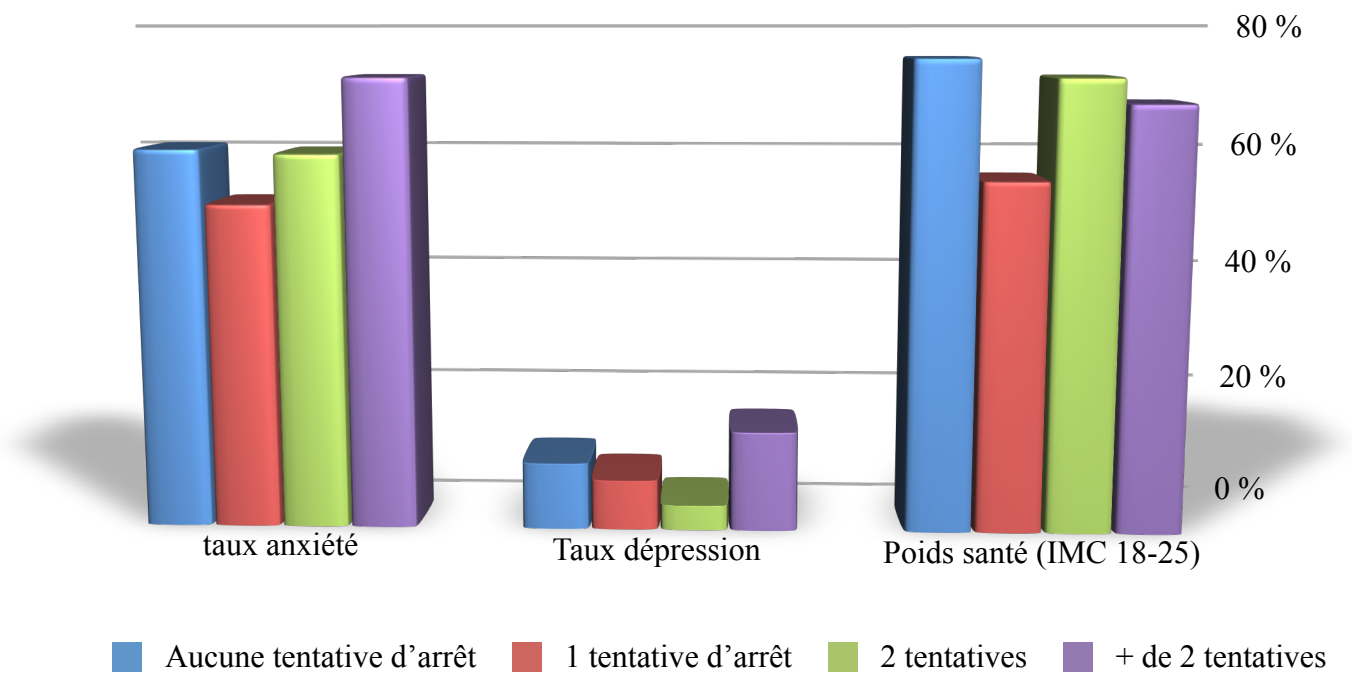
La valeur moyenne du Fagerström de chaque groupe n'est pas statistiquement différent *(de 1,8 à 2,7).*

	1 tentative d'arrêt	2 tentatives	+ de 2 tentatives
Date dernière tentative	40% il y a moins de18mois 20% il y a plus de 10 ans.	36% il y a moins de18mois 4% il y a plus de 10 ans.	84% il y a moins de18mois

Plus d'un quart de l'échantillon de fumeuses n'a pas tenté d'arrêter de fumer. Elles sont donc les seules à n'avoir connu aucune rechute, ni aucune « reprise ».

Si 24% n'a réalisé qu'une seule tentative d'arrêt, celle-ci est plutôt récente ou très ancienne. 20% de ce groupe a tenté une seule fois d'arrêter, il y a plus de 10 ans, mais n'a pas réitéré son essai. Une analyse plus poussée du profil des répondantes de ce dernier groupe *(qui n'a pas essayé d'arrêter sur ces dix dernières années)* ne diffère pas du profil global de l'échantillon *(anxiété, dépression, moyenne FAG, IMC moyen sensiblement identique).* Comme attendu, le groupe qui a déjà tenté plusieurs fois d'arrêté de fumer, a majoritairement essayé encore ces derniers mois (après janvier 2011).

Analyse des variables : Anxiété, Dépression et poids santé pour les différents groupes.



Si le pourcentage de personnes souffrant d'anxiété et/ou de dépression est plus élevés dans le groupe qui a essayé plusieurs arrêts tabagiques (2+), l'analyse statistique ne permet pas de confirmer cette tendance.

Cette même constatation peut être observée pour l'analyse des valeurs de poids.

Les valeurs du YFAS n'apportent aucune information supplémentaire aux seins des différents groupes. Le pourcentages de répondantes qui valident au moins 3 symptômes reste autour de 30% (conformément aux valeurs moyennes de l'échantillon global ainsi qu'aux valeurs moyennes de la l'échantillon de fumeuses). La moyenne obtenue pour le nombre de symptômes d'addiction alimentaire (DSM IV) est de 1.84 avec un écart type 1.533.

Les valeurs complètes se trouvent à l'annexe 6.1.4

2.3.3 Analyse détaillée du groupe Ex-Fumeur.

Description

Le groupe ex-Fumeur est composé de 67 répondantes. 68.6% de ces femmes ont un poids qui correspond aux normes santé *(Imc 18-25)*. 7,5% rentrent dans les critères d' obésité. *(Imc supérieur ou = à 30).* 89,6% souhaitent une perte de poids, la perte de poids moyenne souhaitée est d'environ 2.4pts d'Imc (kg/m²)

46,3% des répondantes du panel valident le critère anxiété. 10,4% valident le critère dépression. 26,9% obtiennent un score au test YFAS ≥ 3.

Analyse qualitative concernant l' arrêt tabagique

Aide à l'arrêt tabagique.

La question relative à l'aide à l'arrêt tabagique était une question ouverte, avec des proposition de choix et un espace de réponse libre (« autre »).

De nombreux choix étaient proposés (cases à cocher, une ou plusieurs) afin de n'omettre aucune possibilité : Champix, Zyban, patch, gommes, inhaleur, soutien psychologique, tabacologue, soutien téléphonique type Tabac-stop, hypnose, acupuncture, autre médicament, ...

52 (77.6%) personnes ont arrêté de fumer sans aide extérieure (3 grâce à un test de grossesse positif) 4 ont utilisé des patchs, 2 des gommes à mâcher, 2 ont pris du Champix. 3 ont arrêté grâce au livre d'ALLEN CAR, les derniers citent : médecin généraliste, sport ou encore fleur de Bach.

Date d'arrêt tabagique.

19% ont arrêté de fumer endéans les 18 derniers mois, 13% ont arrêté de fumer il y a plus de 10 ans.

Il est à remarquer que près d'une personne sur 4 (23.9%) a arrêté de fumer un mois de janvier, vient ensuite le mois de juillet avec 11.9% d'arrêt tabagique ce mois-là.

En conclusion, les bonnes résolutions de la nouvelle année semblent être un moteur important pour arrêter définitivement le tabac. L'été et ses périodes de vacances et de soleil, sans doute loin du stress et plus détendu, semble également être une période à laquelle l'arrêt tabagique est un succès.

Prise de poids attribuée à l'arrêt tabagique.

La question concernait la prise de poids que la répondante attribuait à l'arrêt tabagique.

59,7% des femmes déclarent ne pas avoir pris de poids suite à l'arrêt du tabac. La moyenne générale de prise de poids est basse *(moyenne observée : 2.75 ± 3.99 kg)*.

Par contre, en considérant uniquement le sous-groupe qui a pris du poids, cette prise de poids est en moyenne de 6.5 ± 3.66 kg. Les 3 patientes enceintes lors de l'arrêt ont été exclues de cette moyenne, l'estimation de la prise de poids étant biaisée par la grossesse.

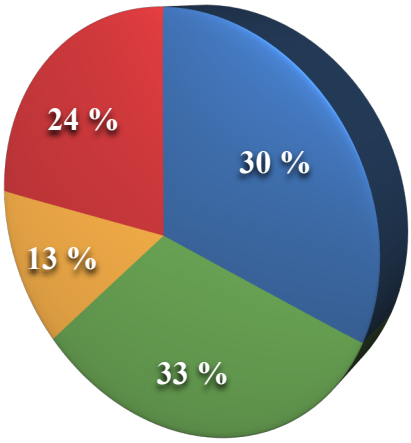
Il n'est pas possible de lier la prise de poids à l'aide utilisée pour l'arrêt (patch, Champix,...), le nombre de répondant ayant eu recourt à une aide extérieur étant minime.

Analyse du sous-groupe «prise de poids dû à l'arrêt du tabac».

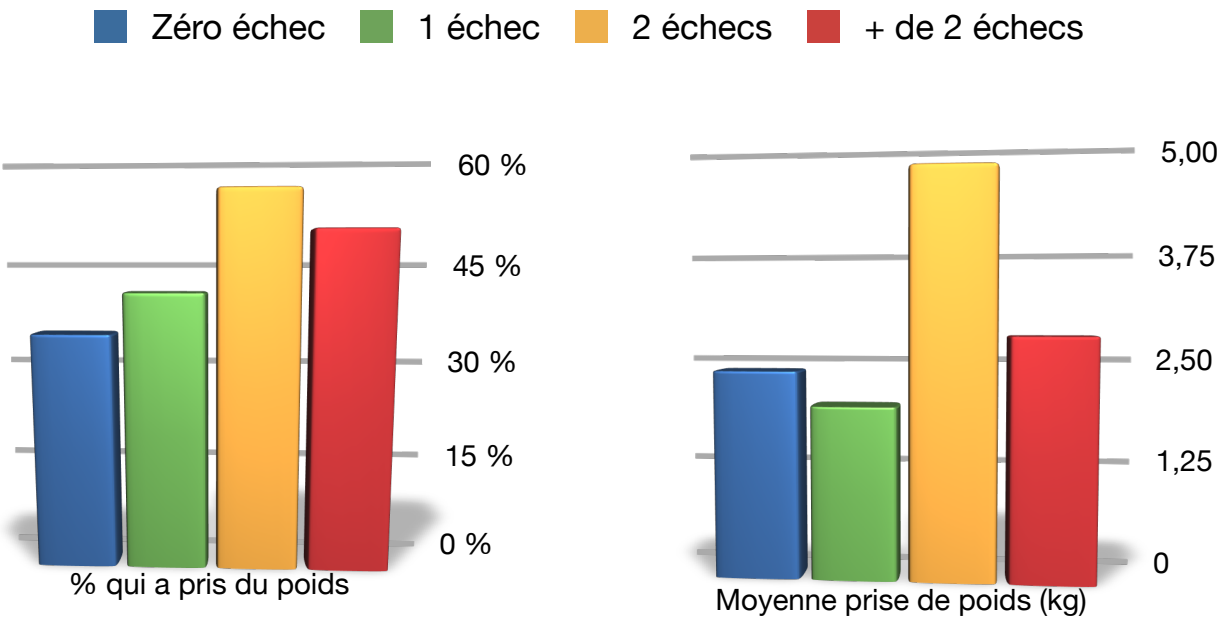
L'analyse du profil du sous-groupe montre des valeurs de BMI, d'anxiété ou de dépression systématiquement plus hautes par rapport au groupe global ex-fumeur, mais les données recueillies ne permettent pas de mettre en évidence une différence statistiquement significative .

Création de sous-groupes en fonction du nombre de tentative d'arrêt avant la réussite.

L'objectif de cette analyse plus approfondie est d'étudier les liens entre les variables étudiées *(valeur HAD,IMC, prise de poids, YFAS, ...)* en fonction du nombre de tentative d'arrêt.

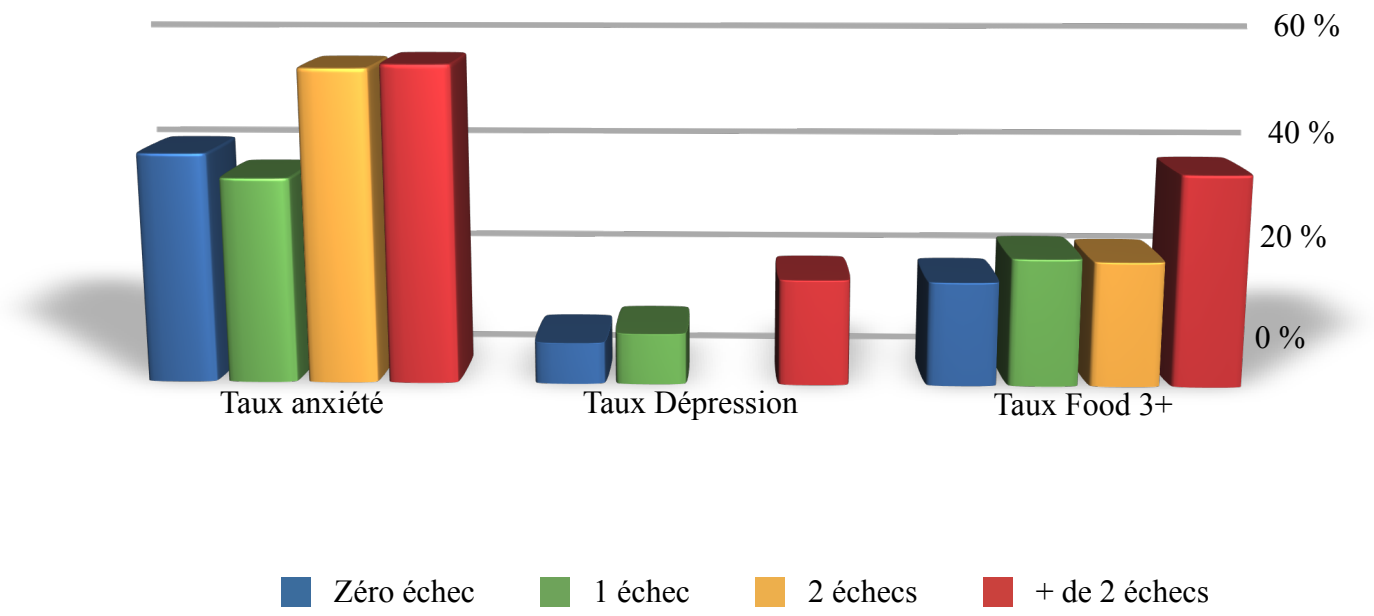


Le nombre de tentatives avant l'arrêt tabagique varie de 0 à 7 rechutes avant réussite. La très grande majorité n'a pas ou peu connu de rechute puisque plus de 60% sont ex-fumeuses dès la seconde tentative et 30% du groupe n'a jamais connu de rechute.



La prise de poids moyenne, attribuée à l'arrêt tabagique, ne semble pas évoluer en fonction du nombre de rechutes. Il semble donc que la prise de poids ne soit pas cumulative (sur base des valeurs déclaratives).

Variables anxiété, dépression et Food3+ pour les sous-groupes «nombre d'échecs»



Dans le groupe (max 1 échec), le taux de répondantes qui valident l'item Anxiété est proche de 40%, ce qui est moins élevé que la moyenne global de l'ensemble de l'échantillon.

A l'inverse, dès que le nombre de rechutes augmente, les valeurs d'anxiété augmentent également, de même que le pourcentage des ex-fumeuses qui valident au moins 3 symptômes d'addiction alimentaire.

Les valeurs de dépression ne semble pas interprétable, le nombre de répondante validant le critère dépression (HAD=8) étant même nulle pour le groupe 2 rechutes.

Les valeurs complètes se trouvent à l'annexe 6.1.3

2.3.4 Groupe non-fumeur

Description

Le groupe Non fumeur est composé de 133 répondantes. 64% de ces femmes ont un poids qui correspond aux normes santé *(Imc 18-25)*. 15% sont obèses . *(Imc sup ou = à 30)*. 88.7% souhaitent une perte de poids, la perte de poids moyenne souhaitée est d'environ 3 pts d'Imc (kg/m²)

40,1% des répondantes du panel valident le critère anxiété, 12% valident le critère dépression et24,6% obtiennent un score au test YFAS ≥ 3.

Il n'y a pas d'information complémentaire spécifique au groupe non-fumeur. Ce groupe a été constitué pour donner une valeur «référence» lors de la comparaison des trois groupes principaux (fumeur, non fumeur et ex-fumeur).

Au vu du nombre important de données recueillies, il serait tentant d'analyser plus en détail le groupe anxiété, lier obésité et dépression, addiction alimentaire et poids, analyser le taux d'obésité dans le groupe général, mais cela sort du cadre de ce mémoire dont l'option choisie est l'étude de la relation avec le tabac

C'est pourquoi le choix a été fait de limiter l' analyse à la comparaison des 3 groupes, répartis selon statut tabagique, ainsi qu'à l'analyse détaillée des groupes Fumeurs et Ex-Fumeurs.

2.4 Discussion

Dans le groupe fumeur, il existe une corrélation entre le degré de dépendance et le taux d'anxiété. L'existence d'un lien entre le tabagisme et l'anxiété n'est pas un élément nouveau. Plusieurs études et analyses[15] cherchent à montrer que les taux d'anxiété varient en fonction du statut tabagique, mais le lien chimique qui permet de corréler la nicotine, le tabac, et le processus d'anxiété n'a pas encore été totalement mis à jour.

Il est intéressant de noter que le taux d'anxiété du groupe «dépendant» est plus élevé que le taux d'anxiété du groupe «non-dépendant» : Si l'on observe les moyennes des scores obtenus au test HAD, il apparait clairement que le score d'anxiété augmente en fonction du degré de dépendance au tabac. Il existe donc une corrélation entre le niveau d'anxiété et le degré de dépendance.

En revanche, aucune corrélation n'a pu être trouvée entre le degré de dépendance tabagique et le poids, le nombre de tentatives d'arrêt, le taux de dépression ou encore avec les valeurs concernant l'addiction alimentaire.

Dans la même logique, le profil du fumeur ayant essayé d'arrêter de fumer à de nombreuses occasions, ne semble pas différent du profil général du groupe fumeur. Un nombre important de tentatives d'arrêt n'apporterait donc pas de prise de poids supplémentaire, ne modifierait pas le rapport à la nourriture, n'aggraverait pas l'anxiété ou la dépression, et ne semblerait pas lié au niveau de dépendance du fumeur.

Si l'on trouve régulièrement dans les publications diverses qu'un pourcentage important de fumeurs souhaitant arrêter le tabac[2] , il est intéressant de constater qu'un tiers de l'échantillon étudié n'a jamais tenté un arrêt. Il convient, cependant, de prendre du recul vis à vis de cette information. Il est en effet légitime de supposer qu'une partie de ces fumeuses qui déclare n'avoir «jamais essayé d'arrêter» a, en réalité, réalisé quelques tentatives, mais sans grande conviction.

L'échec n'est dès lors pas perçu comme tel. La répondante considérant qu'elle n'a pas «vraiment» essayé d'arrêter, c*ette supposition étant apparue lors de mes discussions ciblées avec les fumeuses rencontrées ces derniers mois.*

Le groupe « dépendance forte » a des valeurs moyennes *(anxiété, dépression, et Food3+)* systématiquement plus élevées que tous les autres sous-groupes *(et largement plus élevées que l'échantillon « fumeur » complet)* mais le nombre de personnes composant le groupe n'est pas suffisant pour permettre une analyse statistique (Annexe …)

En ce qui concerne les ex-fumeuses, la très imposante majorité déclare être parvenue à arrêter de fumer « sans aide ».

Cette réponse peut sembler interpellante au vu de toutes les aides existant aujourd'hui. Ni Tabac-stop, ni l'aide d'un Tabacologue ou encore d'un psychologue n'a été mentionné.

Il est à rappeler que 40% du panel ont arrêté de fumer il y a plus de 5 ans. Il y avait moins d'aide proposée à cette époque. Néanmoins, pour les 19% d'arrêts récents (2011-2012), 72% déclarent avoir arrêté de fumeur seul, sans aide.

Ces valeurs - étonnantes - relèvent peut-être d'un biais dans l'échantillonnage : le panel étudié dans le cadre de ce travail (*Fe 25-40 ans, un niveau économique-culturel-social plus élevé que la moyenne)*, n'est peut-être pas le public visé par les campagnes d'aide à l'arrêt tabagique.

Concernant l'évolution du poids après l'arrêt tabagique, on notera qu'environ 60% des répondantes déclarent ne pas avoir pris de poids suite à l'arrêt du tabac. Ces valeurs sont encourageantes, d'autant plus qu'elles sont déclaratives.

Pour les 40% des répondantes qui composent le groupe ayant pris du poids suite à l'arrêt du tabac, la moyenne de la prise de poids est supérieure à 6kg. A nouveau, il est bon de rappeler que le groupe étudié (fe25-40) est un groupe particulier, surtout en terme de prise de poids.

Les « moyennes générales » de prise de poids sont fortement sous-évaluées lors des analyses «globales», regroupant celles qui ont pris du poids et les répondantes qui n'en ont pas pris.

Bien entendu cette prise de poids déclarée et attribuée à l'arrêt tabagique est certainement attribuable à un ensemble d'autres facteurs (modification des habitudes alimentaires, grignotage, retour de l'appétit et de l'odorat, plaisir de la table, palatabilité, …).

La surveillance du poids dans tout arrêt tabagique reste, quoi qu'il en soit, primordiale.

Il n'a pas été possible de lier la prise de poids à l'aide utilisée pour l'arrêt (patch, Champix,...). Le nombre de répondant ayant eu recourt à une aide extérieur est trop faible.

3. Conclusion générale du mémoire.

Les 3 tests utilisés (HAD, Fagerström et Yale Food Addiction Scale) ont permis de récolter de multiples données, les données recueillies dans le cadre du test YFAS donnant une première information européenne concernant le comportant alimentaire «pathologique» du groupe ciblé.
L'hypothèse de départ qui supposait que le comportement alimentaire pathologique était similaire entre les répondantes, quel que soit le statut tabagique, n'a pas pu être rejetée. On remarque même que les données obtenues sont fort proches, quel que soit le statut tabagique, pour la quasi totalité des symptômes étudiés.
Un seul «symptôme» montre une différence évidente entre les groupes : il s'agit de la perte de contrôle des quantités consommées» (consommer des quantités plus importantes que souhaitées).
Le groupe des ex-fumeuses semble gérer moins facilement sa consommation alimentaire.
Nous savons, par les analyses IRM et les analyses d'imageries PET-SCAN que la partie du cerveau relative au self-contrôle s'anesthésie durant la consommation de tabac. De plus, Il est démontré qu'une addiction à une substance et le court-circuit réalisé au niveau du système de récompense, entraîne une propension plus importante à reproduire le même schéma pour un autre objet d'addiction , La différence significative que nous retrouvons au niveau de la perte de contrôle lors de la consommation alimentaire, pourrait ainsi être expliquée par la mise en sommeil de la partie self-contrôle du cerveau lorsque les ex-fumeuses consomment un aliment en quantité non-souhaitée.

Il apparait que le taux d'anxiété et le niveau d'anxiété baissent significativement lorsque l'on arrête de fumer. Les valeurs observées chez les non-fumeuses étant les plus basses de l'ensemble du panel étudié (résultat moyen obtenu au test HAD).
La relation entre l'anxiété et la nicotine n'est pas une information nouvelle. Plusieurs études et analyses[15] cherchent à montrer que les taux d'anxiété varient en fonction du statut tabagique, mais

le lien chimique qui permet de corréler la nicotine, le tabac, et le processus d'anxiété n'a pas encore été totalement mis à jour. Il semble cependant que les fumeurs non-dépendants ont une valeur d'anxiété plus basse que les fumeurs dépendants.

Il est intéressant et rassurant de constater que cette anxiété baisse lorsque l'on devient ex-fumeur, bien que le niveau d'anxiété reste plus élevé que la moyenne chez les non-fumeurs.

Concernant la prise de poids lié à l'arrêt du tabac (valeur déclarative), on note que 60% de l'échantillon ex-fumeur déclarent ne pas avoir pris de poids suite à l'arrêt du tabac.

La valeur moyenne de prise de poids est de l'ordre de de 2kg700. Cependant, cette valeur est fortement sous évaluée en raison de ce haut taux de «non-prise de poids».

La conclusion de la prise de poids pour l'arrêt tabagique pourrait se résumer de la manière suivante : une femme adulte qui arrête de fumer a 60% de chance de ne pas prendre de poids. Pour les 40% qui vont prendre du poids, c'est -en moyenne- 6kg500 qui vont être ajoutés sur la balance.

Contrairement aux idées reçues, l'échantillon étudié semble montrer que le taux d'obésité est plus bas chez les ex-fumeuses que dans l'ensemble du panel. Ceci s'explique, en partie, par la présence dans le groupe des fumeuses -et surtout dans le groupe de forte de dépendance à la nicotine- d'un nombre important de femme en très haut surpoids (IMC supérieur 36). En excluant ce groupe, la moyenne de poids des fumeuses se trouve fortement diminué et descend plus bas que les moyennes de poids des ex-fumeuses et des non-fumeuses.

4. Perspectives

Une première perspective concerne la prise en charge du poids lors d'un arrêt tabagique.

Si 60% du public cible déclare ne pas avoir pris de poids, la peur de grossir reste une crainte majeure pour une grande partie des fumeurs qui voudrait arrêter de fumer.

Cette crainte est un élément majeur de résistance et de peur de l'arrêt.

La prise en charge tabacologique nécessite donc un suivi régulier et systématique de l'évolution du poids du patient et, dans le cas d'une prise de poids débutante, ce suivi doit inclure des propositions de conseils pertinents et appropriés. Le renvoi vers une structure spécialisée (diététicienne, weight-watchers, médecins nutritionnistes, ...) peut également être un atout dans le travail de prise en charge.

Les campagnes d'aide à l'arrêt du tabac pourraient également mettre en avant la «non-prise de poids», le but étant de vaincre les résistances dues aux « craintes pondérales» concernant la décision d'arrêt tabagique de nos patients.

Une seconde perspective concerne le groupe spécifique du fumeur moyen et fort dépendant.

Ce groupe semble particulièrement dans la détresse tant au niveau de l' anxiété et de la dépression particulièrement élevées mais également au niveau de la moyenne de poids et d'obésité, dont une grande partie se situe même en obésité de type II et III (morbide).

Cette prise en charge complexe nécessite le travail conjoint de plusieurs professionnels de santé. Si des cliniques d'amaigrissement fleurissent partout en Belgique, une clinique de tabacologie pour moyenne et forte dépendance avec un volet de prise en charge médicale, tabacologique, sportive, psychologique et diététique, aurait tout autant de sens.

Une troisième perspective concerne la méthode d'arrêt tabagique.

Au vu du nombre de répondants qui déclarent qu'ils ont pu arrêter de fumer seul et sans aide, il est justifié d'envisager que le public cible (Fe25-40) n'a pas perçu les informations concernant les aides à l'arrêt existantes. Dès lors, il serait intéressant de mener une étude dans la population (par groupe cible - économique - région -...) concernant les connaissances qu'ont les fumeurs par rapport à toutes les aides qui leurs sont proposées (remboursement, tabacologue, Tabac-Stop, Patch, gommes, médicaments, ...) afin d'optimiser encore la communication de ces informations.

Bibliographie et annexes

5. Bibliographie

1. American Psychiatric Association, 2010, Release No. 10-08.
2. Brotchi, Sénat de Belgique, doc législatif n° 4-1144/1, 2009.
3. Communiqué de presse, fondation contre le cancer, 2010.
4. www.dsm5.org
5. Volkow Charles, DSM-V : should obesity be included as a brain disorder? Am J Psychiatry 2007; 164 : 708-710.
6. Morton GJ, and Al. Central nervous system control of food intake and body weight. Nature 2006; 443:289–295)
7. (Volkow et Al, 2001)
8. (Wise RA, Rompre PP: Brain dopamine and reward. Ann Rev Psychol 1989; 40:191–225)
9. Bizaid A, Gao Q, Horvath TL: Thoughts for food: brain mechanisms and peripheral energy balance. Neuron 2006; 51:691–702
10. Hyman SE, Malenka RC, Nestler EJ: Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. Annu Rev Neurosci 2006; 29:565–598
11. Wang and Al, 2001.
12. Gearhardt A, and Al, Neural correlates of food addiction, Arch Gen Psychiatry, 2011; 68(8) : 808-816
13. Geardhardt A, and Al. Food Addiction : An examination of the diagnostic Criteria for Dependence, American Sociey of addiction medicine, Vol 3, Number 1, 2009.
14. Gearhardt A, Corbin W, Brownell K. Preliminary Validation of the Yale Food Addiction Scale, Elsevier Appetite, 52 (2009) 430-436.
15. Molimard R, Gripoix M : Pôles d'anxiété et tabagisme. Journée de tabacologie N°8, Paris , FRANCE 1994, vol. 70, n° 13-14 (4 ref.), pp. 404-406.

6. Annexes

6.1 : Tableaux des valeurs moyennes et écart-types issus de l'analyse des questionnaires.

6.1.1 : Données concernant l'échantillon complet.

item	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	303	24,4	5,289
BMI souhaité	303	21,8	2,7153
Bilan Food	303	1,818	1,445
Anxiété	303	7,988	3,89
Dépression	303	3,851	2,646

6.1.2 Données concernant l'échantillon non-fumeur.

item	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	133	24,93	5,528
BMI souhaité	133	21,87	2,45
Bilan Food	133	1,789	1,43
Anxiété	133	7,421	4,011
Dépression	133	4,008	2,838

6.1.3 Données concernant l'échantillon ex-fumeur

Ex Fumeur Complet	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	67	24,07	4,454
BMI souhaité	67	21,63	2,313
Bilan Food	67	1,836	1,533
Anxiété	67	7,985	3,422
Dépression	67	3,537	2,464

Ex-fumeur Zéro échec	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	20	23,4	5,66
BMI souhaité	20	21,3	2,98
Bilan Food	20	1,9	1,424
Anxiété	20	7,9	3,602
Dépression	20	3,5	2,351

Ex-fumeur 1 échec	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	22	24,7	4,925
BMI souhaité	22	22,1	2,505
Bilan Food	22	1,6	1,403
Anxiété	22	7,4	2,969
Dépression	22	3,4	2,517

Ex-fumeur 2 échecs	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	9	25,1	2,773
BMI souhaité	9	21,6	1,557
Bilan Food	9	1,7	1,871
Anxiété	9	8,4	3,127
Dépression	9	3,2	1,986

Ex-fumeur 3-4 échecs	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	11	22,9	2,698
BMI souhaité	11	21,1	1,445
Bilan Food	11	2,1	1,136
Anxiété	11	7,8	3,219
Dépression	11	3,7	2,687

Ex-fumeur >4 échecs	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	5	24,6	1,955
BMI souhaité	5	21,9	0,791
Bilan Food	5	2,6	2,702
Anxiété	5	10,8	5,215
Dépression	5	4,6	3,578

6.1.4 Données concernant l'échantillon Fumeur

Fumeur Complet	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	103	24,19	5,478
BMI souhaité	103	21,73	3,25
Bilan Food	103	1,8447	1,424
Anxiété	103	8,718	3,929
Dépression	103	3,854	2,506
FAG moyenne	103	2,369	2,616

F. Non-dépendant	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	64	23,7	4,492
BMI souhaité	64	21,4	2,842
Bilan Food	64	1,7	1,348
Anxiété	64	8,1	3,667
Dépression	64	3,5	2,189

Dép légère (3-4)	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	14	24,5	3,364
BMI souhaité	14	22,3	1,957
Bilan Food	14	1,9	1,639
Anxiété	14	9	4,24
Dépression	14	4,4	2,37

Dép moyenne (5-6)	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	14	25,9	7,37
BMI souhaité	14	22,4	3,8
Bilan Food	14	1,9	1,4
Anxiété	14	9,9	4,565
Dépression	14	3,9	2,89

Dép forte (7-8)	Nbre dans le groupe	moyenne	Ecart-type
BMI	11	24,8	9,345
BMI souhaité	11	22,1	5,577
Bilan Food	11	2,4	1,629
Anxiété	11	10,3	3,9
Dépression	11	5,3	3,49

6.2 : Tableau des taux et moyennes obtenus pour tous les item, dans chaque groupe.

Critères	Echantillon global	Groupe Fumeur	Groupe Ex-Fumeur	Groupe Non-Fumeur
% Poids norme santé	66,0 %	68,0 %	68,6 %	64,0 %
% obésité	13,2 %	14,6 %	7,5 %	15,0 %
IMC moyen	24,4	24,19	24,07	24,93
% veulent maigrir	88,7 %	88,3 %	89,6 %	88,8 %
perte de poids souhaitée (kg/m²)	2,6	2,5	2,4	3,1
Anxiété	48,8 %	61,2 %	46,3 %	40,1 %
Dépression	10,9 %	9,7 %	10,4 %	12,0 %
Food3+	26,7 %	28,2 %	26,9 %	24,6 %
fumeur	34,0 %			
FAG moyen		2,4		
ex-fumeur	22,1 %			
non fumeur	43,9 %			

6.3 : Tableaux des taux (%) de répondants ayant validés les différents symptômes d'addiction alimentaire.

Symptômes	loss control	Time to find/use	given Up	Withdrawal	Use desp Neg
Fumeur	22,33 %	4,85 %	4,85 %	15,53 %	37,86 %
Non-Fumeur	13,53 %	9,77 %	3,76 %	18,05 %	36,84 %
Ex-Fumeur	25,37 %	8,96 %	1,49 %	19,40 %	31,34 %
Complet	19,14 %	7,92 %	3,63 %	17,49 %	35,97 %

Symptômes	Tolerance	try to quit	food addict	symptome 3+
Fumeur	22,33 %	76,70 %	4,85 %	18,16 %
Non-Fumeur	19,55 %	77,44 %	6,77 %	25,56 %
Ex-Fumeur	20,90 %	76,12 %	1,49 %	26,87 %
Complet	20,79 %	76,90 %	4,95 %	26,73 %

6.4 : Questionnaire complet (format on-line). *(Format pdf imposé par le programme).*

Mémoire Delphine Kestemont.

Bonjour,
Je suis diététicienne et je me forme en Tabacologie.
Dans le cadre de mon mémoire, je souhaite mettre en relation le statut tabagique (fumeur, ex-fumeur, non-fumeur) et le rapport à la nourriture de ces différents groupes.

Afin d'affiner mes valeurs, je prends en compte uniquement les FEMMES entre 25 et 40 ans.
Fumeuse, non fumeuse ou ex-fumeuse, j'ai besoin de tout le monde.

La durée du questionnaire sera variable, en fonction des réponses que vous fournirez.
Merci de prendre le temps d'y répondre entièrement,
Il est important que vous répondiez à toutes les questions.

Un tout grand merci.

Delphine Kestemont.

vous êtes : *

- ○ un homme
- ○ une femme

Page 2 — Après la page 1 [Passer à la page suivante]

Remarque : Les sélections de "redirection vers une page" remplaceront cette navigation. En savoir plus.

Quel est votre âge? *

- ○ Moins de 25 ans
- ○ Entre 25 et 29 ans
- ○ Entre 30 et 40 ans
- ○ Plus de 40 ans

Page 3 — Après la page 2 [Passer à la page suivante]

Remarque : Les sélections de "redirection vers une page" remplaceront cette navigation. En savoir plus.

Avez-vous des enfants? *

- ○ Oui
- ○ Non

A propos de votre métier : quel est votre statut? *

- ☐ vous êtes employé
- ☐ vous êtes ouvrier
- ☐ vous êtes indépendant
- ☐ vous êtes étudiant
- ☐ vous êtes sans emploi
- ☐ Autre : [ ]

A propos de votre métier, actuellement vous êtes : *

- ☐ A temps plein
- ☐ A temps partiel
- ☐ En congé maladie
- ☐ En congé parental
- ☐ Je preste à 4/5ème car je bénéficie d'un crédit temps
- ☐ Je ne travaille pas.
- ☐ Je suis étudiant
- ☐ Autre : [ ]

Page 4 — Après la page 3 [Passer à la page suivante]

Questionnaire 1 : habitudes alimentaires

Ces questions portent sur vos habitudes et attitudes vis à vis de la nourriture en générale.

Certaines personnes montrent des difficultés à contrôler leur consommation de nourriture.
Ci-après, une série de questions vous seront posées.

Le terme "nourriture" (utilisé dans le questionnaire) correspond à tout type de prise alimentaire à laquelle vous pouvez penser :
- Sucrés tels que le chocolat, les biscuits, les glaces, les gâteaux, les bonbons
- Salés tels que les chips, les cacahuètes, les crackers, biscuits apéritifs
- Rassasiants tels que les pâtes, le pain, le riz, les pommes de terre, la purée
- Gras tels que les fritures, hamburger, pizza, ...
- Boissons sucrées ou light, tel que les soda (même s'ils sont light ou zéro).

et tout autre aliment (même non cité) pour lequel vous pensez avoir une attirance particulière.

Page 5 — Après la page 4 [Passer à la page suivante]

les termes "nourriture" ou "certains aliments" correspondent à tout type de prise alimentaire à laquelle vous pouvez penser.

Les questions suivantes portent sur les 12 derniers mois.

Le soir, avant de dormir, ou le matin en me levant, je me promets de faire attention à ce que je mange. *

- ○ cela ne m'arrive jamais
- ○ cela m'arrive une fois par mois
- ○ cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- ○ cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- ○ cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

1. Je réalise que, lorsque je commence à manger certains aliments, j'en mange une plus grande quantité que ce que j'avais prévu. *

- ○ cela ne m'arrive jamais
- ○ cela m'arrive une fois par mois
- ○ cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois

- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

2. Il m'arrive de continuer à manger certains aliments, alors que je n'ai plus faim. *

- cela ne m'arrive jamais
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

3. Il m'arrive de manger au point de me sentir mal (malade) physiquement. *

- cela ne m'arrive jamais
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

Page 6 — Après la page 5 Passer à la page suivante

4. Si je sais que je ne peux pas consommer certains aliments (pas disponible, ou interdit), cela m'inquiète et me préoccupe. *

par exemple : si vous n'avez pas de chocolat avec vous (ou un autre aliment), est-ce que cela vous stresse ou vous rend nerveux?

- cela ne m'arrive jamais
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

5. Il m'arrive de passer beaucoup de temps fatigué ou léthargique parce que j'ai trop mangé. *

léthargique : amorphe, dans une torpeur, assis ou couché sans bouger.

- cela ne m'arrive jamais
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

6. Il m'arrive de manger (grignoter) continuellement pendant une journée entière *

- cela ne m'arrive jamais
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

Page 7 — Après la page 6 Passer à la page suivante

7. Si certains aliments ne sont pas disponibles, je m'arrangerai pour en trouver, même si cela me fait faire un détour . *

Il m'arrive de ressortir de la maison et d'aller jusqu'au magasin acheter cet aliment, alors que j'ai d'autres choses à manger à la maison.

- cela ne m'arrive jamais
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

8. Il est arrivé que je mangeais certains aliments tellement souvent, et en tellement grandes quantités, que je préférais passer mon temps à manger plutôt que de travailler, ou de passer du temps avec ma famille, mes amis, ou de faire des activités que j'aime (loisirs). *

- cela ne m'est jamais arrivé.
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

9. Il est arrivé que je mangeais certains aliments tellement souvent, et en tellement grandes quantités, que je passais beaucoup de temps à culpabiliser (ou me sentir mal) au lieu de travailler, ou de passer du temps avec ma famille, mes amis, ou de faire des activités que j'aime (loisirs). *

- cela ne m'est jamais arrivé.
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

Page 8 — Après la page 7 Passer à la page suivante

10. Il est arrivé que j'évitais certaines activités professionnelles ou privées car de la nourriture était disponible et que j'avais peur de trop y manger (restaurants, réceptions, ...) *

- cela ne m'est jamais arrivé.
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

11. Il est arrivé que j'évitais certaines activités professionnelles ou privées car il n'y avait pas de nourriture, et que je ne pouvais donc pas y manger certains aliments *

- cela ne m'est jamais arrivé.
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

12. Si j'arrête ou diminue fortement ma consommation de certains aliments, je ressens des symptômes d'irritabilité, d'énervement, d'angoisse ou tout autre type de symptôme physique. *

Attention : ne pas inclure le manque de caféine, qui peut arriver si vous supprimez le coca ou le café, le thé, les boissons énergisantes, ...

- cela ne m'arrive jamais
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

13. il m'arrive de consommer certains aliments pour ne pas me sentir stressé, anxieux, irritable ou énervé. *

Attention : ne pas inclure la consommation de caféine, qui peut arriver si vous supprimez le coca ou le café, le thé, les boissons énergisantes, ...

- cela ne m'arrive jamais
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

14. je réalise que, si j'essaye de ne plus consommer certains aliments, mon envie d'en manger augmente. *

- cela ne m'arrive jamais
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

15. Quelques fois, mon comportement vis à vis de certains aliments m'inquiète vraiment. *

- cela ne m'arrive jamais
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

16. Il arrive que ma consommation alimentaire m'empêche de fonctionner correctement (santé, routine, école, travail, activité sociale, couple, famille) *

- cela ne m'arrive jamais
- cela m'arrive une fois par mois
- cela m'arrive 2 à 4 fois sur le mois
- cela m'arrive 2 à 3 fois sur la semaine
- cela m'arrive au moins 4x par semaine ou tous les jours.

17. Ma consommation alimentaire m'a causé des soucis psychologiques, tels qu'une dépression, de l'anxiété, de la culpabilité ou un dégoût de moi. *

- non
- oui

18. Ma consommation alimentaire m'a causé des soucis physiques, ou a aggravé un problème physique existant. *

- non
- oui

19. Il m'est arrivé de continuer à manger ces aliments, tout en sachant qu'ils créaient ou aggravaient des soucis physiques ou psychologiques. *

- non
- oui

20. Au fil du temps, je mange des quantités plus importantes pour atteindre le sentiment que je veux (diminuer mes sensations négative - stress, anxiété- ou au me sentir bien - plaisir-) *

- non
- oui

21. Avec le temps, je réalise que les quantités que je consommais avant ne réduisent plus mes sensations négatives ou ne suffisent plus pour me sentir bien. *

- non
- oui

22. Je veux arrêter de manger certains aliments. *

- non
- oui

23. J'ai essayé d'arrêter ou de diminuer ma consommation de certains aliments *

- non
- oui

24. Je suis parvenu à supprimer certains aliments, ou à réduire fortement leur consommation. *

- non
- oui

25. Combien de fois, sur les 12 derniers mois, avez-vous tenté de diminuer votre consommation de certains aliments? *

- 1x
- 2x
- 3x
- 4x
- 5x ou +
- A aucun moment.

26 : Je suis diabétique. *

- Oui.
- Non, mais on m'a dit que j'étais à risque.
- Non.
- Aucune idée.

Merci de cocher TOUS LES ALIMENTS avec lesquels vous pensez avoir un souci. *

- [ ] Crème glacée
- [ ] Chocolat
- [ ] Pommes
- [ ] Beignets
- [ ] Broccolis
- [ ] Cookies, Spéculoos, Biscuits secs
- [ ] Cake, Gâteau.
- [ ] Pâtisseries, Viennoiseries
- [ ] Bonbons
- [ ] Pain
- [ ] Salade
- [ ] Pâtes
- [ ] Fraises
- [ ] Riz
- [ ] Chips, Biscuits apéritifs, Crakers
- [ ] Frites
- [ ] Carottes
- [ ] Steak, Viande rouge.
- [ ] Bananes
- [ ] Hamburgher, Durum
- [ ] Pizza
- [ ] Soda (coca, Fanta, ...) Normal ou Light-Zéro
- [ ] Tous les fruits en général.
- [ ] Tous les légumes en général.
- [ ] La mayonnaise (ou d'autres sauces de ce type)
- [ ] Aucun aliment cité.
- [ ] Autre :

Questionnaire 2 : ce questionnaire a pour but de mieux percevoir ce que vous ressentez.

Lisez attentivement chaque question et cochez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti ces derniers jours.

Donnez une réponse rapide,
votre réaction immédiate est celle qui convient le mieux à votre état.

Les questions suivantes portent sur les 7 derniers jours.

1. Je me sens tendu, énervé *

- La plupart du temps
- souvent
- de temps en temps
- jamais

2. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent *

- oui, toujours.
- le plus souvent
- de plus en plus rarement
- tout est plus difficile

3. Je me sens au ralenti. *

- Pratiquement tout le temps
- Très souvent
- Quelques fois

- Pas du tout

4. J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué *
- Très souvent
- Assez souvent
- Parfois
- Jamais

5. Je n'ai plus d'intérêt pour mon aspect *
- Totalement
- Je n'y fais plus attention
- Je n'y fais plus assez attention
- je suis comme d'habitude

6 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place *
- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

7. J'envisage l'avenir avec optimisme *
- Comme d'habitude
- Plutôt moins qu'avant
- Beaucoup moins qu'avant
- Pas du tout

8. J'ai une sensation de peur, comme si quelques chose d'horrible allait m'arriver. *
- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- Un peu, sans importance
- Pas du tout

9. Je sais rire et voir le bon côté des choses. *
- Toujours autant
- Plutôt moins
- Nettement moins
- Plus du tout

10. Je me fais du souci. *
- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

11. Je me sens heureux *
- Jamais
- Pas souvent
- Quelques fois
- La plupart du temps

12. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux. *
- Jamais
- Rarement
- Oui, en général
- Oui, quoiqu'il arrive.

13. je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme radio ou télé. *
- Souvent
- Assez souvent
- Rarement
- Pratiquement jamais.

14. J'éprouve des sensations soudaines de panique *
- Très souvent
- Assez souvent
- Rarement
- Jamais

Dernière étape : votre statut tabagique et autres informations

Avez-vous fumé pendant toute votre vie au moins 100 cigarettes (ou 30 cigares ou 30 pipes)? *
- Oui
- Non

Page 18 Après la page 17 Passer à la page suivante

Remarque : Les sélections de "redirection vers une page" remplaceront cette navigation. En savoir plus.

Avez-vous fumé pendant le dernier mois? *

- Oui
- Non

Page 19 Après la page 18 Passer à la page suivante

Remarque : Les sélections de "redirection vers une page" remplaceront cette navigation. En savoir plus.

1. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette? *

- Dans les 5 minutes
- Entre 6 et 30 minutes
- De 31 à 60 minutes
- Plus de 60 minutes

2. Vous paraît-il difficile de ne pas fumer lorsque c'est interdit? *

Cinéma, métro, avion, église, ...

- Oui
- Non

3. Quelle cigarette auriez-vous le plus de mal à abandonner? *

- La première de la journée
- Une autre

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour? *

- 10 ou moins
- 11 à 20
- 21 à 30
- Plus de 30

5. Fumez-vous plus fréquemment dans les heures qui suivent votre lever que dans le reste de la journée? *

- Oui
- Non

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit la plus grande partie de la journée? *

- Oui
- Non

Combien de cigarette (environ) fumez-vous chaque jour? *

Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer? *

- Oui
- Non

Si oui, combien de tentatives d'arrêt avez-vous réalisé?

A quand remonte votre dernière tentative d'arrêt?

ex : Janvier 2012

Page 20 Après la page 19 Aller à la page 21

Comment avez-vous arrêté la cigarette? *

Merci de cocher toutes les réponses correspondant à la réussite de l'arrêt du tabac.

- [ ] Tout seul, sans aide
- [ ] Médicament : Champix
- [ ] Médicament : Bupropion - Zyban
- [ ] Autre médicament
- [ ] Patch
- [ ] Gomme à mâcher.
- [ ] Inhaleur
- [ ] Avec un soutient psychologique
- [ ] Avec un Tabacologue
- [ ] Grâce au soutien téléphonique (Tabac-Stop, ...)
- [ ] Avec l'hypnose
- [ ] Avec l'acupuncture
- [ ] Autre :

A quand remonte votre dernière cigarette? *

Date de l'arrêt. ex : Février 2009

Combien de fois avez-vous tenté d'arrêter de fumer avant d'y parvenir? *

Dernière tentative incluse.

Avez-vous pris du poids suite à votre arrêt du tabac? *
Dernière tentative uniquement

- oui
- non

si oui, combien de kilo attribuez-vous à l'arrêt? *
Dernière tentative uniquement

Page 21 Après la page 20 Passer à la page suivante

Quelle est votre taille? en cm. *
exemple : 165 ou 172 cm, ...

Quel est votre poids? en kg *

Quel poids souhaiteriez-vous avoir? en kg *

Dans quelle province vivez-vous actuellement? *
la majorité du temps.

- [ ] Hainaut
- [ ] Namur
- [ ] Brabant Wallon
- [ ] Bruxelles
- [ ] Brabant flamand
- [ ] Liège
- [ ] Luxembourg
- [ ] Limbourg
- [ ] Anvers
- [ ] Flandre Orientale
- [ ] Flandre Occidentale
- [ ] Je vis en France
- [ ] Je vis au Luxembourg
- [ ] Je ne vis ni en Belgique, ni en France, ni au Luxembourg

Page 22 Après la page 21 Passer à la page suivante

C'est la fin du questionnaire.

N'oubliez pas de valider en cliquant sur "envoyer" ci-dessous.

Un tout grand merci pour votre temps!

Delphine Kestemont
Diététicienne