



LA CONSULTATION DE SEVRAGE TABAGIQUE

**DIU DE TABACOLOGIE
29 janvier 2015**

**Dr C.DENIS-VATANT
UNITE DE COORDINATION EN TABACOLOGIE
PÔLE DOCP2
CHU ST-ETIENNE**



Etapes avant la consultation spécialisée

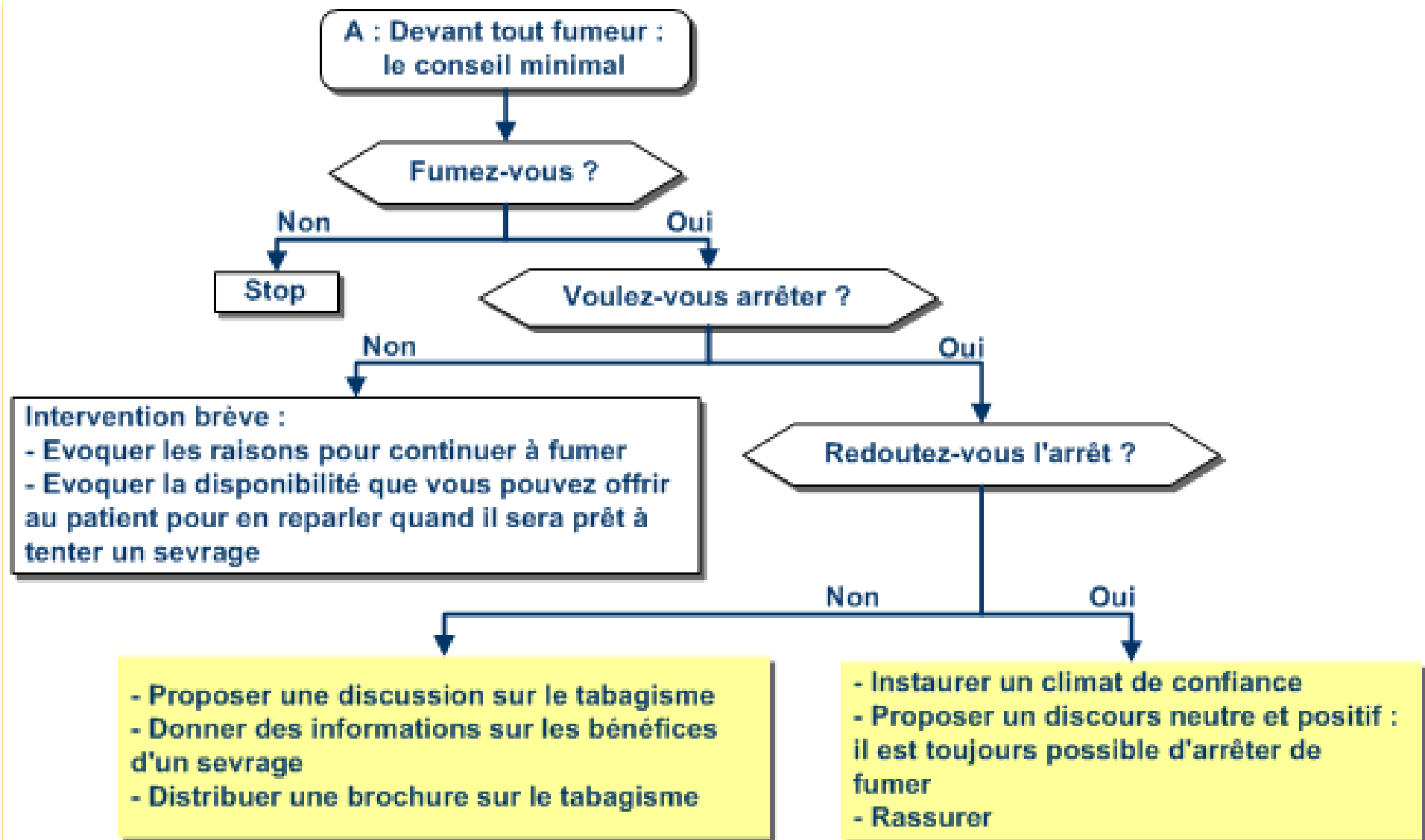
- La majorité des fumeurs arrêtent seuls
- Le rôle de tout soignant
- Le rôle du médecin traitant
- La consultation spécialisée
- L'équipe de liaison au lit du patient



LE ROLE DE TOUT SOIGNANT DANS LE PROCESSUS DE CHANGEMENT

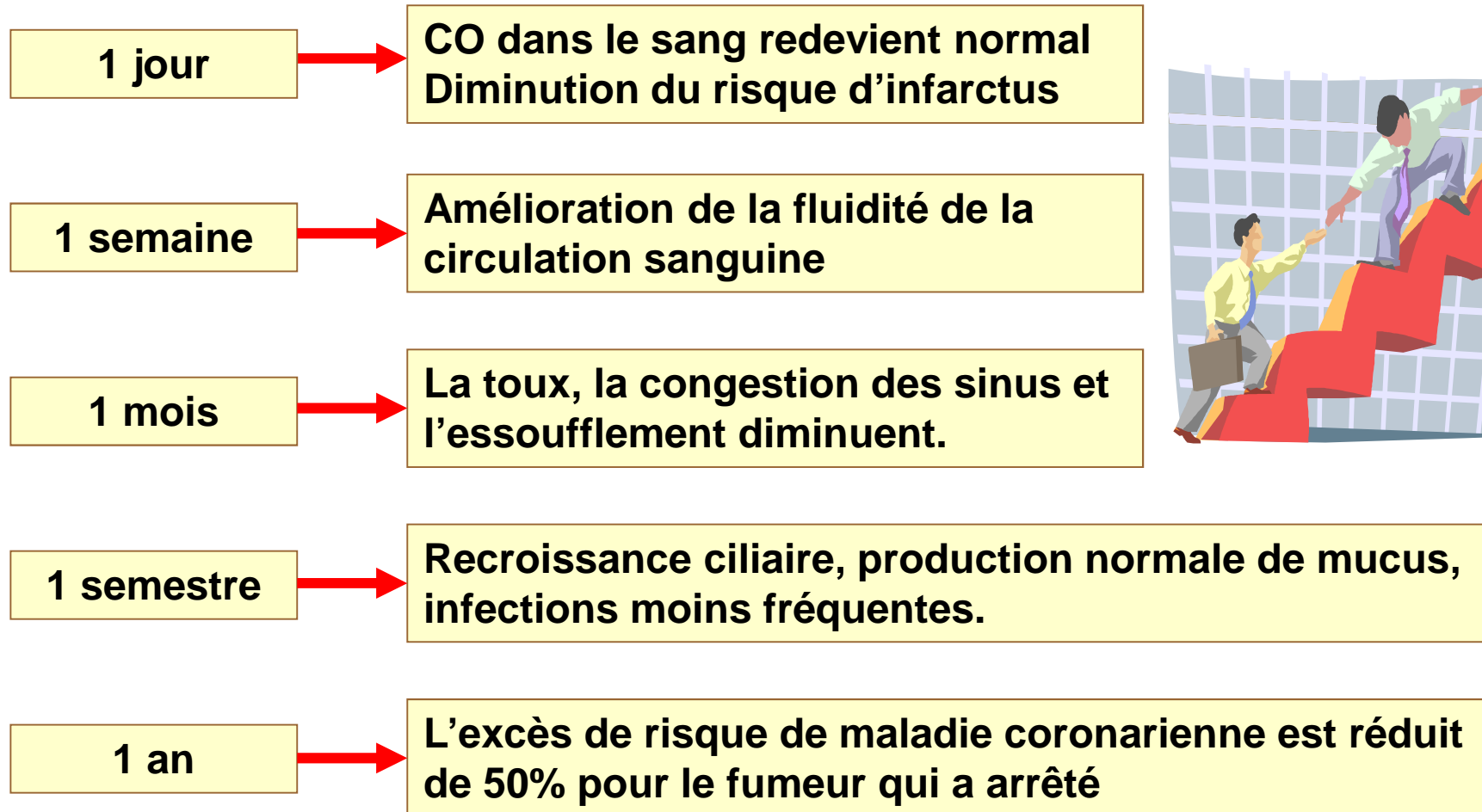
- **Informations objectives**
- **Dé dramatisation des difficultés du sevrage**
- **Préparation mentale au sevrage**
- **Liste des retombées du tabagisme et de son arrêt**
- **Décision d'une date arrêt**
- **Indication de nouveaux rituels**
- **Conseils pour éviter les tentations**
- **Valorisation et gratification**
- **Appui et confiance**

Conseil minimal



Effets bénéfiques de l'arrêt

BDNH2005-16ARR-008



Source : http://www.cancer.org/docroot/SPC/content/SPC_1_When_Smokers_Quit.asp

Combien de temps faudra-t-il pour que ma santé s'améliore ?

Depuis ma dernière cigarette	Bénéfices pour ma santé
30 minutes	Ma tension artérielle et ma fréquence cardiaque reviennent à la normale.
8 heures	Mon taux sanguin de monoxyde de carbone diminue et mon taux sanguin d'oxygène augmente.
48 heures	Je commence à mieux sentir le goût de la nourriture. Mes terminaisons nerveuses gustatives commencent à repousser.
72 heures	Je commence à mieux respirer.
2 semaines à 3 mois	Je sens que ma toux et ma fatigue diminuent. Je récupère du souffle. Je me sens plus énergique. Je marche plus facilement.
1 à 9 mois	Mes cils bronchiques repoussent. Je suis de moins en moins essoufflé.
1 an	Mon risque d'infarctus du myocarde a diminué de moitié.
5 ans	Mon risque de cancer du poumon a presque diminué de moitié.
10 à 15 ans	Mon espérance de vie est devenue identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé.



Bénéfices arrêt tabac en cardiologie

- CO éliminé en 24 heures.
- Correction dysfonction plaquettaire en 2 semaines (renouvellement plaquettes en 15 jours).
- Diminution risque de thrombose et diminution spasmes coronariens en quelques semaines.
- Etude Kukin en 2009
- Arrêt tabac plus efficace que le défibrillateur.

Bénéfices de l'arrêt péri-opératoire du tabagisme

- **Fumeurs sevrés de longue date = non fumeurs.**
- **Arrêt du tabagisme 6 à 8 semaines avant la Chirurgie: disparition du risque de complications opératoires liées au tabac.**
- **Arrêt du tabagisme 3 à 4 semaines avant la chirurgie: bénéfice sur tous les paramètres opératoires.**
- **Arrêt du tabagisme moins de 3 semaines avant la chirurgie: bénéfice local du site opératoire + bénéfice cardiovasculaire relativisent le risque de majoration transitoire des complications respiratoires.**
- **Arrêt du tabagisme 12 à 48 h avant chirurgie: baisse du CO et donc meilleure oxygénation, mais augmentation de la toux et des sécrétions bronchiques.**

BENEFICES EN CANCEROLOGIE

IL EXISTE DES FREINS A LA PRISE EN CHARGE : idées reçues des soignants.

☆ **POURTANT BENEFICES DE L'ARRET**

ACCROISSEMENT DE LA SURVIE

Cancer ORL : sevrage = guérison + 27 %
(Bowman GP, *et al. Head Neck* 2002)

Cancer Pulmonaire : .

POURSUITE DU TABAGISME : ACCROISSEMENT DES COMPLICATIONS ET MOINDRE EFFICACITE DES TRAITEMENTS

**CancerBP Radio-induits chez la femme irradiée par K sein
(RR = 6)**

(Ford MB, *et al . Cancer* 2003)

**↘ EFFICACITE ET TOLERANCE DES
CHIMIOThERAPIES (KBP)**

(Dressler CM. *Lung Cancer* 2003)

↗ RISQUE PERIOPERATOIRE (KBP)

(Robles AM. *Thorac Surg Clin* 2004)

LE TABAGISME FAVORISE RECIDIVE OU SURVENUE D 'UN 2ème CANCER

- **RECIDIVE APRES EXERESE**
(Robles AM. *Thorac Surg Clin* 2004)

- **SURVENUE D 'UN 2ème CANCER APRES GUERISON D 'UN CANCER PULMONAIRE**
 - * Kawahara M, *et al. Br J Cancer* 1998 (= x 3,6)
 - * Richardson GE, *et al. Ann Intern Med* 1993 (= x 3)
 - * Tucker MA, *et al. J Natl Cancer Inst* 1999
 - . Après radiothérapie : RR = 21 versus 13 NF
 - . Après chimiothérapie : RR = 19 versus 9,4 NF



LA CONSULTATION SPECIALISEE

IL N'Y A PAS « UN » MAIS « DES » FUMEURS (personnalisation de la prise en charge)



- Il n'y a pas de méthode miracle
- Prise en charge empathique
- Travail entre le patient et le tabacologue pour obtenir un objectif commun: l'arrêt total
- Définir un projet commun
- Le tabacologue est une béquille pour le patient
- Le patient décide selon les propositions du tabacologue: il est acteur de son sevrage
- Respect des recommandations nationales

Besoin d'un rapport collaboratif

- **Un rapport collaboratif est une relation entre un thérapeute et un patient tel que le patient et le thérapeute travaille ensemble de manière active pour résoudre les problèmes posés dans la psychothérapie**





Les deux facettes du rapport collaboratif

- Une dimension affective:
 - **Empathique**
 - **Authentique**
 - **Chaleureuse**
- Une dimension professionnelle
 - **Disposer d'un statut**
 - **Avoir des compétences**

UNE RELATION EMPATHIQUE

- **Pour le thérapeute, percevoir puis restituer au patient ce qu 'il comprend de sa réalité, en tenant compte des retours que celui ci fait pendant l 'entretien**
- **Explorer son mode de vie, ses problèmes, les solutions qu 'il a pu trouver lui même.....**
- **Si le thérapeute ne développe pas sa capacité d 'empathie, ses idées et théories à priori demeurent au premier plan pour guider la thérapie**
- **Le risque de ne pas tenir compte de ce que dit et vit le patient est au premier plan**



UNE RELATION AUTHENTIQUE

- **Capacité à se sentir à l 'aise avec le patient, avec la réalité qu 'il vit, la capacité à se sentir à l 'aise avec ses propres émotions, sentiments et pensées y compris avec son malaise**



METHODE DES 4 R

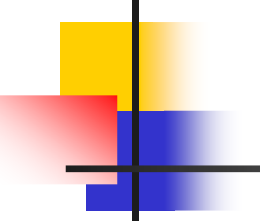
- Les 4 R permettent généralement d'établir rapidement un bon **RAPPORT COLLABORATIF**
- Patients et thérapeutes sont **CENTRES** sur les problèmes à traiter plutôt que sur leur relation



Reformulation

- **Reformulation « répétition »**
- **Précisions des termes**
- **Reformulation « formulation d 'hypothèse »**

RECONTEXTUALISER

- 
- **Recontextualiser ne signifie pas comprendre et explorer; c'est simplement remettre dans le contexte pour que l'attention du patient soit centrée sur le problème évoqué plutôt que sur la relation avec le thérapeute**
 - **que le thérapeute développe davantage d'empathie**
 - **Explorer avant que le rapport collaboratif soit installé entraîne le risque de renforcer la résistance des patients**



RENFORCER

- **Se définit par rapport à ce qu'il est souhaitable de développer: « arroser ce que nous souhaitons voir pousser »**
- **Deux types de renforcements**
- **Sur les faits**
- **Portant sur la personne elle-même, ses qualités propres**



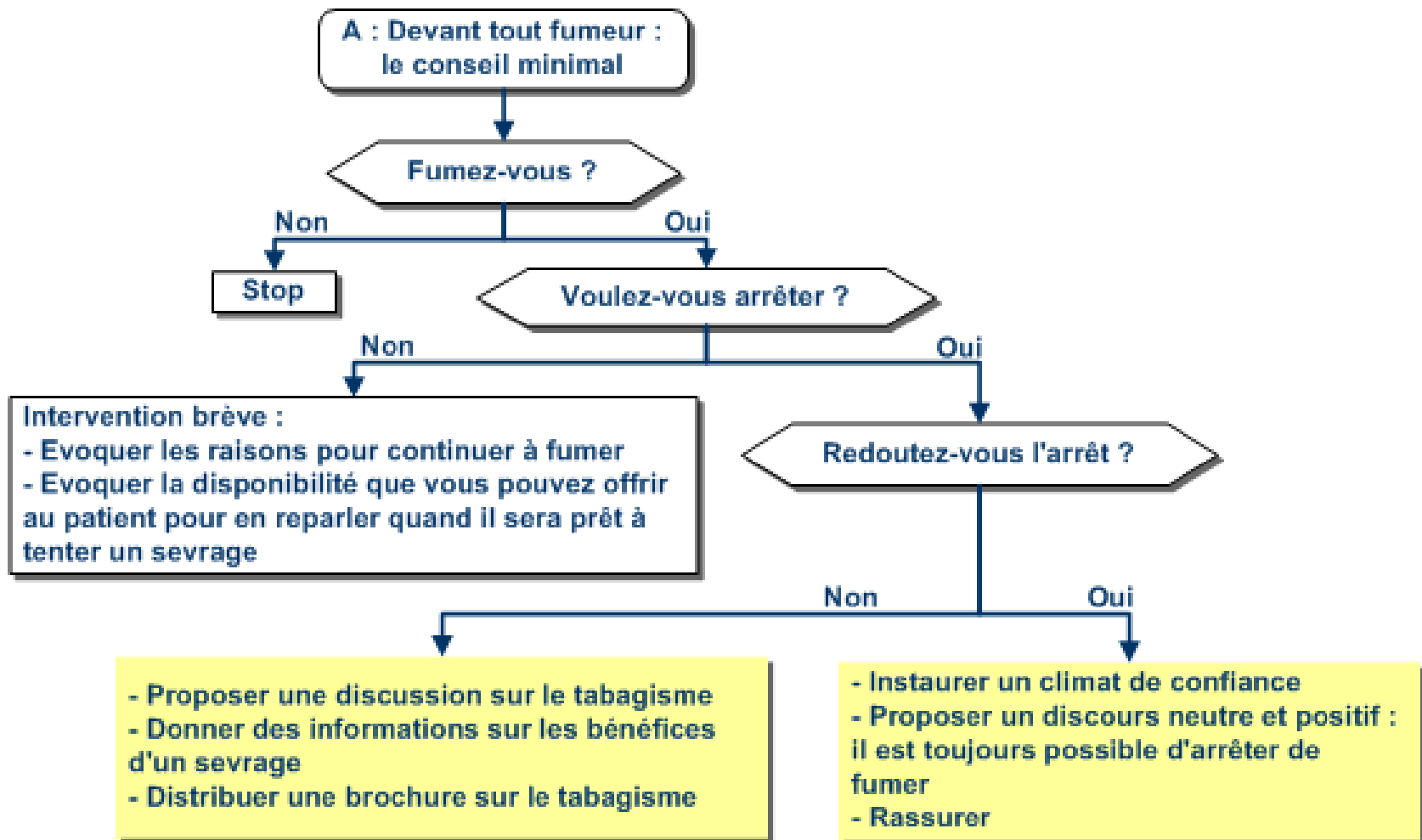
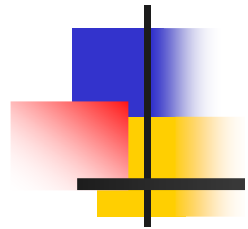
RESUME

- **Un résumé en début de séance concernant la session précédente**
- **un résumé en fin de séance pour faire le point sur ce qui a été traité**

DEROULEMENT CONSULTATION TYPE



LE CONSEIL MINIMAL POUR TOUT SOIGNANT

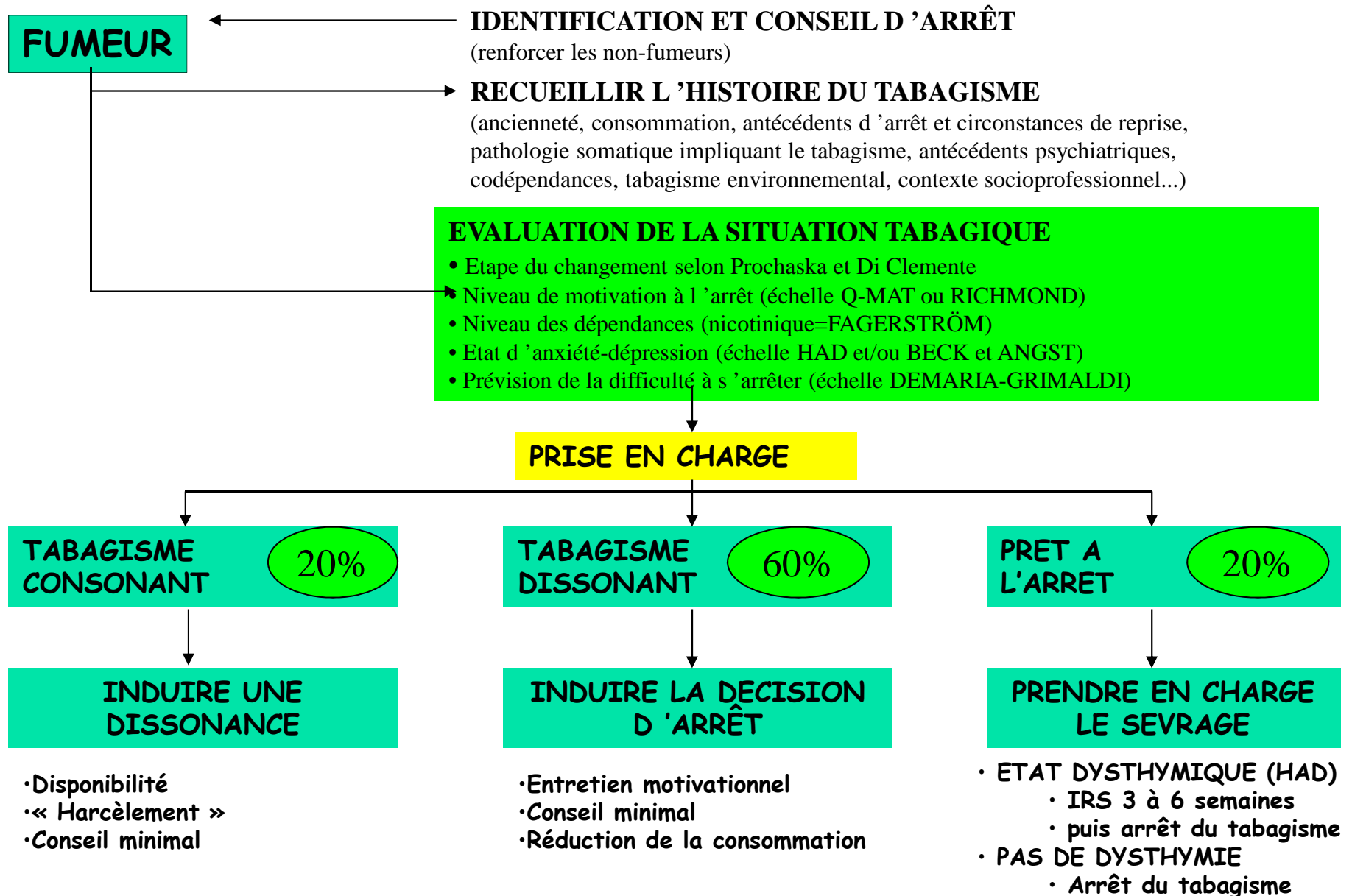




CONSULTATION DE SEVRAGE TABAGIQUE

- ✓ Evaluation des motivations
- ✓ Evaluation de la dépendance tabagique
- ✓ Evaluation de l'état anxio-dépressif
- ✓ Evaluation d'une co-dépendance
- ✓ Evaluation des antécédents et des traitements
- ✓ Evaluation de l'état clinique
- ✓ Evaluation du comportement alimentaire

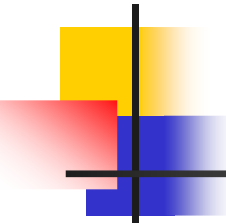
PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE (CONSULTATION INITIALE) selon J.PERRIOT



Recueillir l'histoire du tabagisme

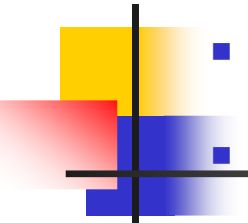
- ●
- **Nombre de cigarettes fumées par jour (jours de travail et jours de repos)**
- ● **Ancienneté du tabagisme (âge début, début régulier, nombre années)**
- ● **Histoire des maladies et des facteurs de risque de maladie**
- ● **Histoire familiale**
- ● **Type d'utilisation du tabac : fréquence, facteurs poussant à allumer une cigarette**
- ● **Niveau de dépendance**
- ● **Précédentes tentatives d'arrêt**
- ● **Utilisation de médicaments**
- **(cette histoire se construit au cours de consultations successives)**

- ● **Certains fumeurs sous-estiment la quantité de tabac fumé, aussi vous pouvez parfois, dans la question, exagérer la quantité de cigarettes fumées : *Fumez-vous 40 cigarettes ?***
- ●



Critères de dépendance à la nicotine selon le DSM-5 (ass. psychiatres américains)

- L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :
 - 1 - La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
 - 2 - Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance
 - 3 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets
 - 4 - Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance
 - 5 - L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison

- 
- 6 - Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance
 - 7 - Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance
 - 8 - Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations ou cela peut être physiquement dangereux
 - 9 - L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance

 - 10 - Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - *besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré*
 - *effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance*

 - 11 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - *syndrome de sevrage caractérisé à la substance*
 - *la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.*

 - Score < 2 pas d'addiction 2 < score < 3 addiction légère
 - 4 à 5 addiction modérée ≤ 6 addiction forte

ANALYSE DE LA DEPENDANCE PHYSIQUE



LA DEPENDANCE PHYSIQUE

- **Auto questionnaire**

 - Test de FAGERSTROM**

- **Dosage du CO expiré**

 - Appareillage : Testeur de CO
 - Technique : expiration forcée, apres une apnée de 15 secondes
 - Résultats exprimés en ppm
 - Interprétation
 - Valeur pour non fumeurs de 2 à 5 ppm
 - Valeur pour fumeurs au dessus de 6 ppm

- **Cotinine urinaire ou salivaire**

TEST DE FAGERSTRÖM

1 - Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?

- | | |
|--------------------------------|---|
| - dans les 5 premières minutes | 3 |
| - entre 6- 30 minutes | 2 |
| - entre 31-60 minutes | 1 |
| - après 60 minutes | 0 |

2 - Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ? (cinéma, compartiments non-fumeurs, avion, etc...)

- | | |
|-----|---|
| oui | 1 |
| non | 0 |

3 - Quelle est la cigarette qui vous manquerait le plus ?

- | | |
|----------------------|---|
| la première le matin | 1 |
| une autre | 0 |

4 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- | | |
|---------------|---|
| - 10 ou moins | 0 |
| - 11-20 | 1 |
| - 21-30 | 2 |
| - 31 ou plus | 3 |

5 - Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- | | |
|-----|---|
| oui | 1 |
| non | 0 |

6 - Fumez-vous également lorsque vous êtes malade et alité (grippe, angine, etc...) ?

- | | |
|-----|---|
| Oui | 1 |
| Non | 0 |

EVALUATION

0 - 2 points Pas de dépendance à la nicotine

3 - 4 points Faible dépendance à la nicotine

5 - 6 points Moyenne dépendance à la nicotine

7 - 10 points Forte ou très forte dépendance à la nicotine

Analyseur de CO expiré

- ❖ Le taux de CO expiré est un bon reflet de l'intoxication tabagique récente
- ❖ La demi-vie du CO dans l'organisme est d'environ 6 à 8 heures. Correspondances à suivre avec prudence
- ❖ $10 < CO < 15 = \frac{1}{2}$ Paquet en théorie
- ❖ $15 < CO < 25 = 1$ Paquet en théorie
- ❖ $26 < CO < 50 = 2$ Paquets en théorie
- ❖ $CO > 60 = 3$ Paquets en théorie
- ❖ $5 < CO =$ non fumeur
- ❖ $10 < CO:$ tabagisme passif ou qq cig





COTININE

La nicotine inhalée correspond à :

Cotinine urine ng/ml X 13

Cotinine sang ng/ml X 8

Cotinine salive ng/ml X 10

Berlin I et al. Etude ADONIS (Ajustement of the Dose of Nicotine in Smoking cessation)



COTININE

3 types dosage :

- Colorimétrie (Urine)

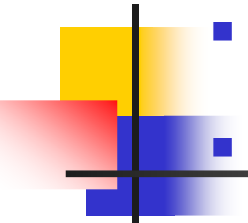
Dose Nicotine et métabolites

- Chromatographie (Urine, salive, sang).
Evolution tabac actif et passif, analyse longue
et coûteuse

spécificité plus grande

- Immunologie.

■ Critères diagnostiques DSM-5 du syndrome de sevrage au tabac

- 
- A – Utilisation quotidienne de tabac pendant au moins plusieurs semaines
 - B – Arrêt brutal de l'utilisation ou réduction de la nicotine utilisée, suivie, dans les 24 heures, d'au moins quatre des signes suivants :
 - irritabilité, frustration ou colère
 - anxiété
 - difficulté de concentration
 - augmentation de l'appétit
 - fébrilité
 - humeur dépressive
 - insomnie
 - C – Les signes ou symptômes du critère B entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines important.
 - D – Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, y compris par l'intoxication ou le syndrome de sevrage à une autre substance.
 - *N. AUTHIER*



ANALYSE DE LA DEPENDANCE PSYCHOLOGIQUE



SYNDROME ANXIETE DEPRESSION

- **Les liens sont bien établis entre tabagisme et dépression.**

Fréquence élevée de ce syndrome :

- **Soit dans les antécédents,**
- **Soit actuelle.**

Tabac comme anxiolytique :

- **la nicotine calme :**

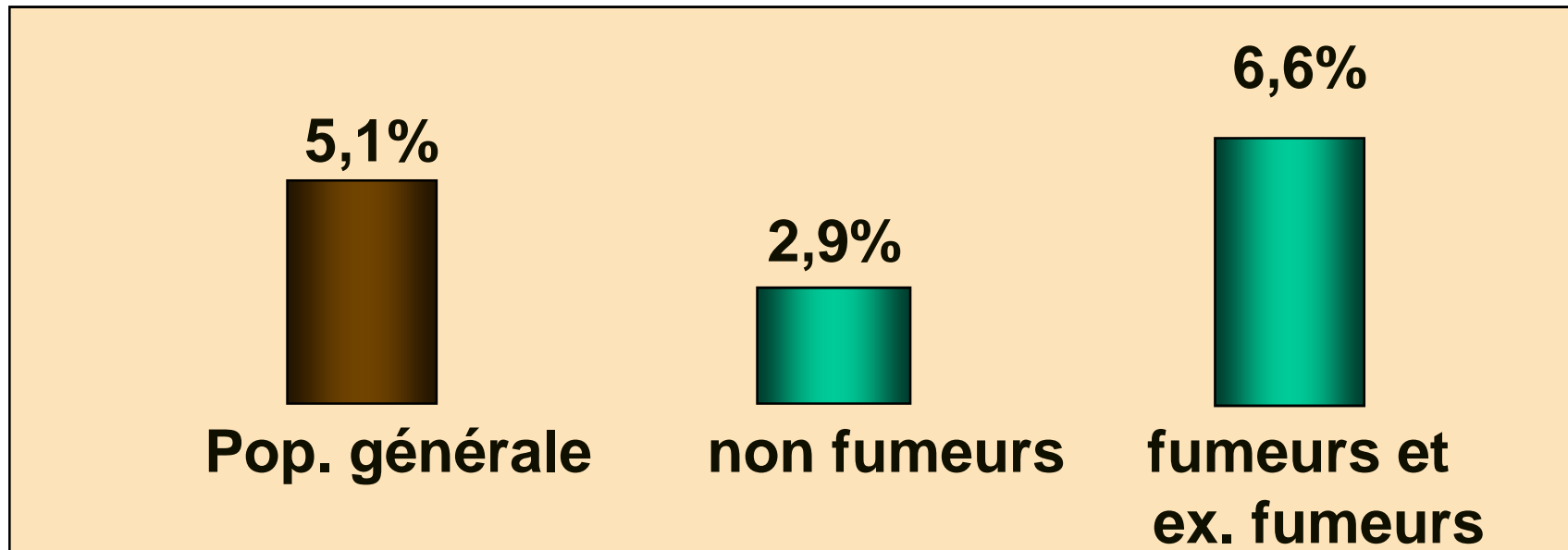
- **-production d'ACTH et de b-endorphines (sédative)**

- **La nicotine comme stimulant :**

- **- action catécholaminergique et interaction avec le circuit dopaminergique, gaba ergique et enquête de G. Lagrue (Encéphale 2002) portant sur 400 fumeurs avec forte dépendance. 34**
- **Anxiété généralisée dans les deux tiers des cas, phobies sociales très souvent**

Dépression et tabac

- Les états dépressifs majeurs sont fréquents chez les fumeurs (vie entière).

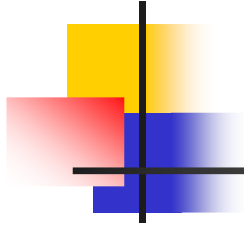


- Chez les sujets en dépression majeure: 74% fumeurs
- L'association tabac/dépression est forte (RR=2,9),
- elle est indépendante de l'âge, du sexe, de l'ethnie, du niveau socio-culturel.

- 
- **Des études montrent que la comorbidité n'existe que quand le diagnostic de dépendance à la nicotine existe**

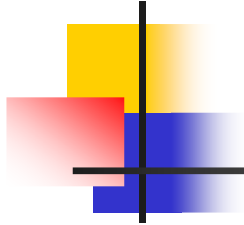
(Breslau, 1991, 1995) et relation positive entre degré de dépendance à la nicotine et dépression majeure.

- **Relation tabac et suicide : risque de suicide significativement lié au nombre de cigarettes consommées chez les fumeurs (Smith, 1992)**
- **Une étude récente (Kahler et coll. Nicotine & Tobacco Research – 2010) a montré dans une cohorte de 209 participants que la thymie à huit semaines des abstinents total était bien meilleure que ceux qui avaient continué tel que ou ceux qui avaient diminué**



- **Nécessité d'un interrogatoire systématique basé sur le DSMV:
Utilité des autoquestionnaires (HAD, Beck,..).**
- **Décompensation possible après arrêt du tabac avec ou sans traitement substitutif.**

S'agit t'il d'un épisode dépressif majeur (EDM) ?



- Changement de l'humeur par rapport à 1 état antérieur pendant au moins 2 semaines presque tous les jours, toute la journée.
- Humeur dépressive,
- Anhédonie,
- Asthénie – fatigabilité,
- Autres signes (angoisse, insomnie, signes psychotiques...)



RISQUE SUICIDAIRE A EVALUER (surtout dans le suivi)

- Intentions données par patiente,
- Y-a-t'il des distorsions cognitives ?
- Sentiment d'incapacité – conflits,
- Existe-t'il 1 scénario suicidaire ?
- Y-a-t'il 1 alternative au suicide ?
- Y-a-t'il urgence ?
- Conduite à tenir devant ce risque suicidaire.

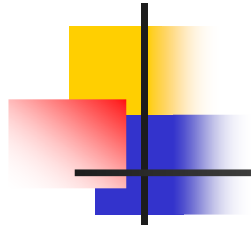


Existe t-il un Trouble Bipolaire de type II ?

- **Plusieurs épisodes dépressifs,**
- **Épisodes hypomanie :**
 - **hyperactivité,**
 - **répercussions sociales,**
- **Notion de rupture avec état antérieur, accélération processus psychiques, euphorie, réduction sommeil.**
- **Test d'hypomanie de Angst (si 10, possible épisode hypomaniaque),**
- **Test de cyclothymie d'Aksikal et d'Hantouche. (patho si > 10).**

ANALYSE DE LA DEPENDANCE COMPORTEMENTALE



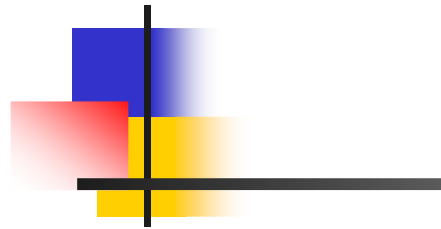


Ma cigarette et moi: agenda et auto observation

Les colonnes de BECK

Situatio n précise	Ce que je pense	A combie n j'y crois %	Ce que je ressens	A combien j'en ai envie	Commen t penser autreme nt	Que pourrais -je faire à la place de fumer
Un copain fume devant moi	Il a de la chanc e, j'étais mieux avant ...	95%	Je suis très mal, j'ai très envie ...	88 %	Je ne me supporta is plus en fumant, je me sens vraiment mieux ...	Je sors de la pièce

EVALUER LA MOTIVATION



POUR ELLE, EUX, LUI, MOI

POUR DEMAIN

POUR MON CŒUR

POUR MES TRENTE ANS

POUR L'ARGENT

POUR MES DOIGTS

POUR LA PEAU

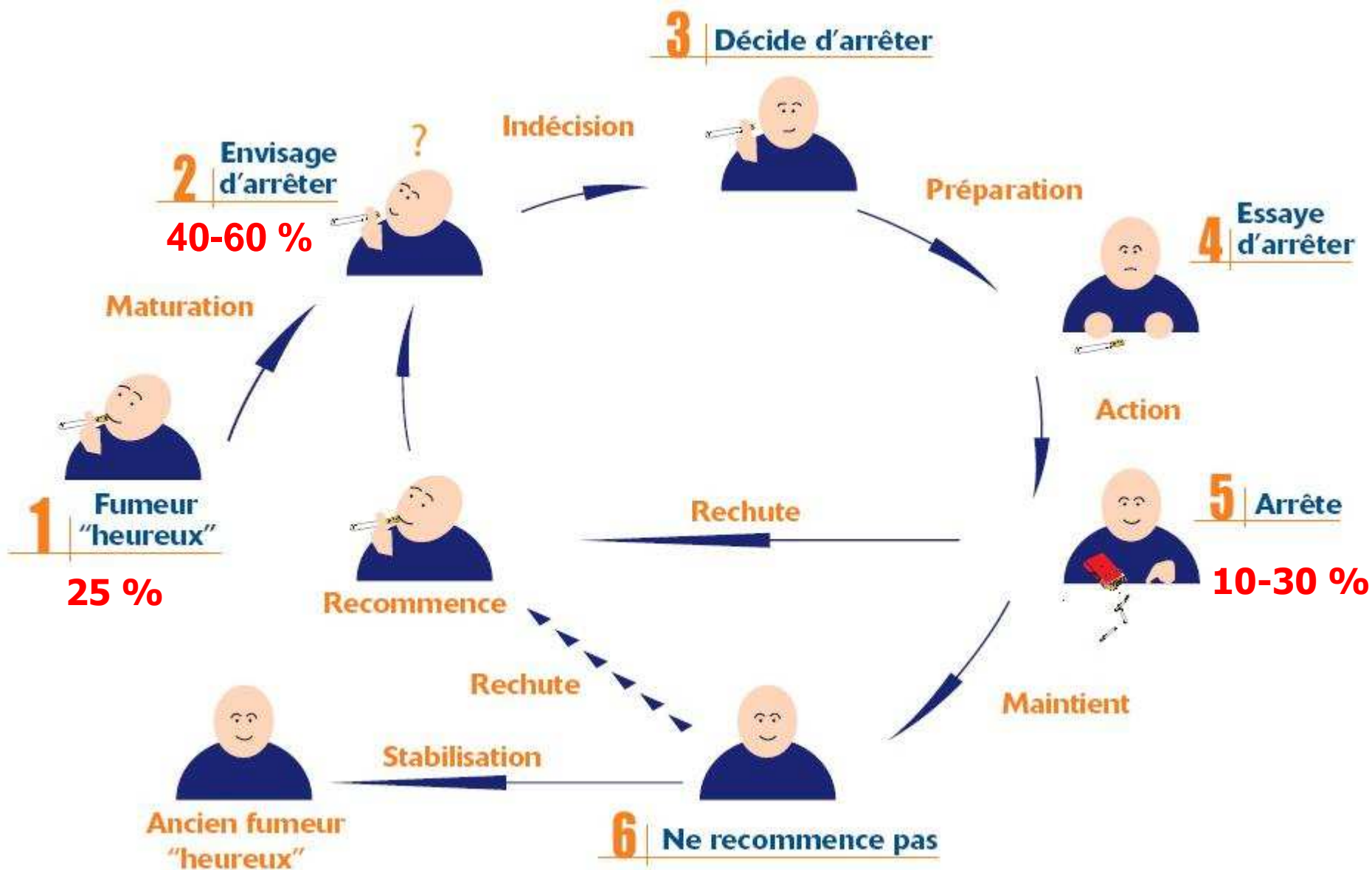
POUR LE GOÛT

EN A TOUS UNE BONNE RAISON
D'ACHETER DE FINIR.

Pour mes trente ans
appelez le 39 89*
www.banqueparibas.fr

* hors taxes et frais

© 2008 BNP Paribas





Les entretiens motivationnels

- Questions ouvertes
- Ecoute active en echo
- Mettre le doigt sur les contradictions
- Renforcer le sentiment de liberté de choix
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle
- Empathie
- Reformuler

Entretien de motivation

Motiver le fumeur hésitant au changement

Les avantages et les inconvénients du tabagisme

- **L'ambivalence et l'incertitude sont des éléments importants de la prise de décision.**
- **La décision doit être basée sur un processus de pondération des arguments positifs et négatifs.**
- **La technique de l'entretien de motivation implique de peser les éléments pour et contre la poursuite du tabagisme.**
- **La technique est appropriée pour les fumeurs hésitants.**
- **L'entretien de motivation permet au patient d'exprimer ses problèmes et ses craintes (problèmes de santé, symptômes de sevrage, prise de poids ...).**

Exercice : Entretien de motivation à changer

*Qu'aimez-vous dans
le fait de fumer ?*

*Que n'aimez-vous pas
dans le fait de fumer ?*

Le pour

Le contre

Exercice : Entretien de motivation

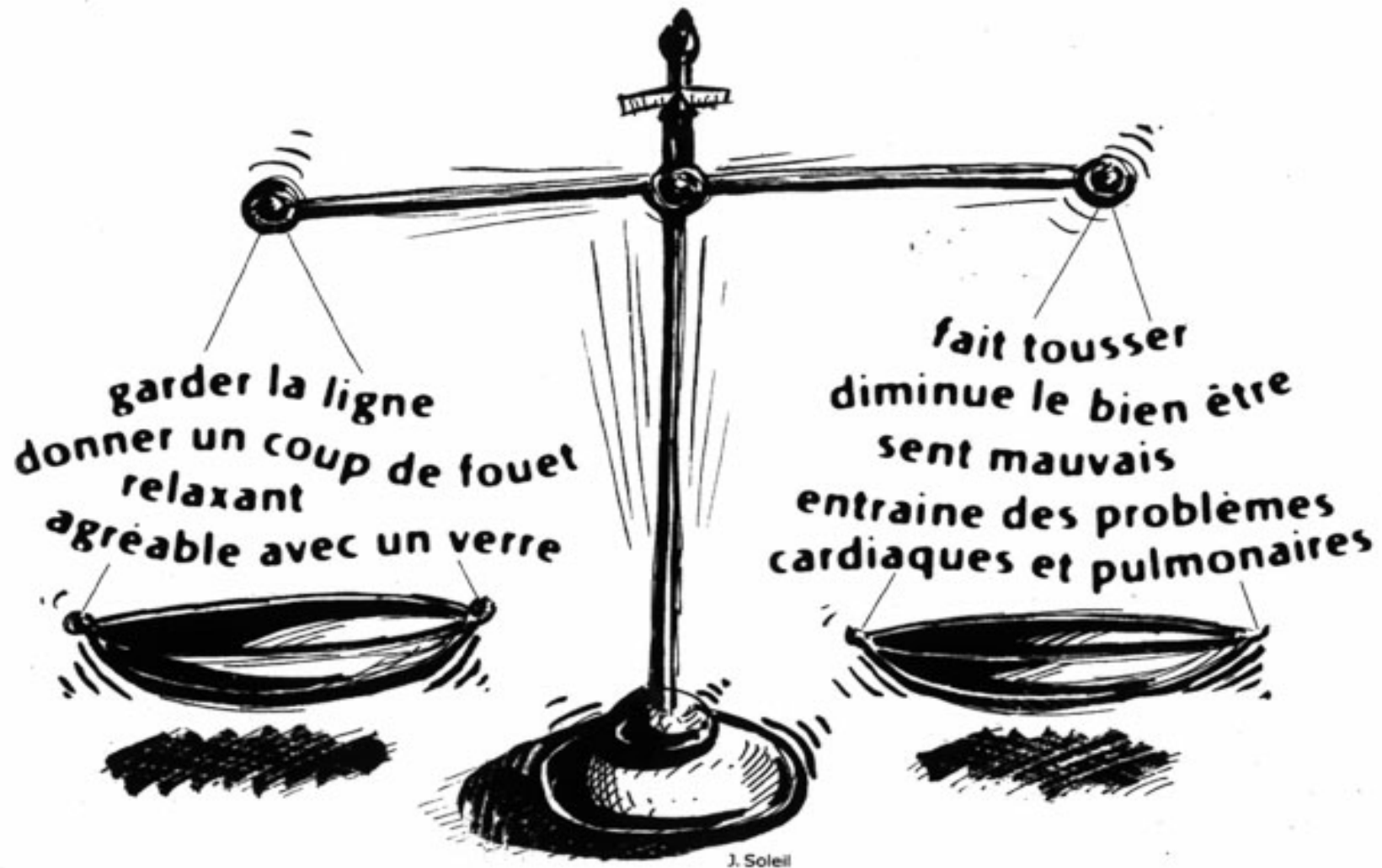
*Quelles sont vos
craintes à l'arrêt ?*

*Quels bénéfices
attendez vous de
l'arrêt*

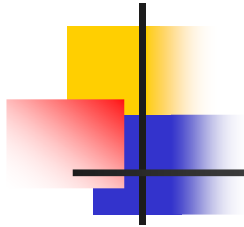
Le contre

Le pour

Hésitants : peser le pour et le contre



LE SUIVI



L'ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE



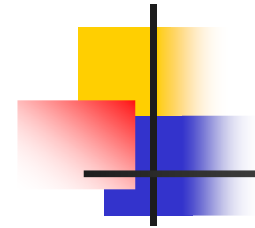
- **Aborder les difficultés (une par consultation)**
- **Poser les questions indispensables**
- **Suggérer les changements de rituels ou de comportement souhaitables**
- **Valoriser les efforts et les acquis**
- **Passer un contrat jusqu'au prochain rendez-vous**
- **Donner un contact à utiliser en cas de besoin**



L'ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE

- **La surveillance et l'adaptation des substituts à la nicotine**
- **La recherche d'un syndrome de sevrage et l'évaluation de sa gravité (DSM V)**
- **La recherche de l'installation de troubles comportementaux**
 - **Mineurs : sommeil, appétit, humeur instable**
 - **Majeurs : anxiété, dépression, augmentation de la consommation d'alcool**
- **La prévention et la prise en charge des rechutes en repérant les difficultés**
- **La valorisation des acquis (santé, qualité de vie, psycho affectifs)**
- Passer un contrat jusqu'au prochain rendez-vous,
- Donner un contact à utiliser en cas de besoin.

Prévention des reprises



- **Les reprises sont fréquentes :**
- **75-80% des reprises surviennent dans les 6 mois qui suivent le sevrage.**
- **Elles touchent 40-80 % des ex-fumeurs à 1 an.**
- **Les reprises doivent être présentées comme des étapes dans la démarche d'arrêt (succès différé).**
- **Source : Pierce et al, 1989**

LES RECHUTES DANS LES FAITS

- Perte de motivation16%
- Prise de poids15%
- Stress aigu16%
- Stress chronique13%
- Dépression16%
- Convivialité16%

**Rechutes: le Tabagisme = Trouble Chronique de santé
caractérisé par les rechutes.**

LE TCQ

Une cigarette maintenant n'aurait pas bon gout	1	2	3	4	5	6	7
S'il y avait une cigarette, ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer	1	2	3	4	5	6	7
Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement	1	2	3	4	5	6	7
Fumer une cigarette ne serait pas agréable	1	2	3	4	5	6	7
Je ferais n'importe quoi pour fumer une cigarette, là, maintenant	1	2	3	4	5	6	7
Je me sentirais moins fatigue (e) si je fumais, là, tout de suite	1	2	3	4	5	6	7
Je fumerai dès que j'en aurai l'occasion	1	2	3	4	5	6	7
Je ne serais pas capable de contrôler combien j'en fumerais si j'avais des cigarettes	1	2	3	4	5	6	7
Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas	1	2	3	4	5	6	7
Si je fumais je me sentirais moins déprimé(e)	1	2	3	4	5	6	7
Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer	1	2	3	4	5	6	7
Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer	1	2	3	4	5	6	7

Le TCQ

Question	Facteur 1 – Emotionnalité
3.	Si je fumais maintenant, je pourrais réfléchir plus clairement.
6.	Je me sentirais moins fatigué(e) si je fumais là, tout de suite.
10.	Si je fumais, je me sentirais moins déprimé(e).
12.	Je pourrais mieux maîtriser les choses si je pouvais fumer maintenant.

Facteur 2 – Attente	
1.	Une cigarette maintenant n'aurait pas un bon goût. ←
4.	Fumer une cigarette ne serait pas agréable. ←
7.	Je fumerais dès que j'en aurais l'occasion.

Le TCQ

Facteur 3 – Compulsion

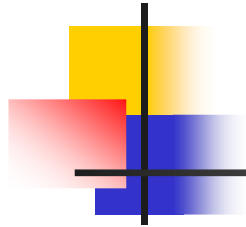
- | | |
|----|--|
| 2. | S'il y avait une cigarette ici, devant moi, il serait très difficile de ne pas la fumer. |
| 5. | Je ferais n'importe quoi pour une cigarette là maintenant. |
| 8. | Je ne serais pas capable de contrôler combien je fumerais si j'avais des cigarettes. |

Facteur 4 – Anticipation

- | | |
|-----|--|
| 9. | Si j'avais une cigarette allumée en main, je ne la fumerais probablement pas.
← |
| 11. | Il me serait facile de laisser passer l'occasion de fumer. ← |

Interprétation

- Les questions 1, 4, 9 et 11 sont formulées à l'envers (indiqué par une flèche dans le tableau regroupant les questions par facteur) pour éviter un remplissage automatique. Lors de l'analyse des réponses (score), il faut en tenir compte et donc inverser le score de ces items.
- Score : Les réponses vont de 1 à 7. (Il vaut mieux éviter les scores zéro.) Cela donne des extrêmes de 12 à 84.
- On peut simplement utiliser le score total, c'est le plus simple. Mais on peut utiliser la moyenne des scores ; cela a un intérêt si vous voulez connaître quel facteur est prédominant chez un sujet donné.



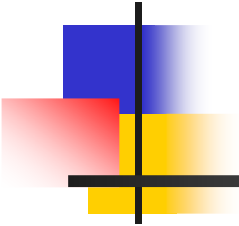
ROLE DE L' EQUIPE DE LIAISON EN TABACOLOGIE:

Les Infirmières Tabacologues

A L'HOPITAL QUE PROPOSER AUX PATIENTS?

- **Abstinence temporaire:** pendant la durée de l'hospitalisation avec aide d'une substitution nicotinique ou non
- **Réduction du risque**
- **Traiter le syndrome de manque:** protocoles mis en place au sein des services demandeurs/patients immobilisés
- Savoir appliquer le traitement
- Corriger les idées reçues
- augmenter sa motivation (balance)
- Rassurer, déculpabiliser
- **Initier un sevrage avec l'équipe de tabacologie:** consultation sevrage tabagique ou consultation en externe

Application d'un protocole de substitution dans un premier temps en attendant le passage de l'équipe de liaison



Protocole envoyé à tous les services
Possibilité de le consulter sur intranet
Revoir la prescription à 24h



Quand appeler l'équipe de liaison de tabacologie ?

- Patient fumeur hospitalisé en état de manque (après application du protocole par l'équipe soignante).
- Patient fumeur en abstinence temporaire (après application du protocole) pour travailler sa motivation.
- Initier un sevrage tabac au cours de l'hospitalisation.
- Donner un dossier rose ou bleu de tabacologie.

COMMENT PRESENTER L'EQUIPE ?

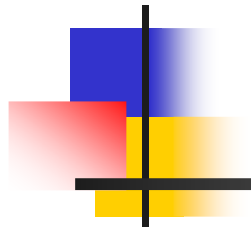


- Ne pas dire: la consultation anti-tabac.
- Ne pas dire: arrêt du tabac.
- Dire : une infirmière peut venir parler de votre tabagisme.
- On peut vous aider à combattre le manque de tabac.



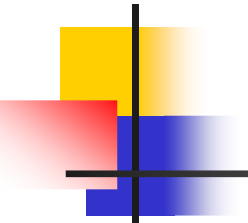
TOUJOURS UN SUIVI à la sortie

- Par le médecin traitant,
- L'équipe de tabacologie la plus proche du domicile

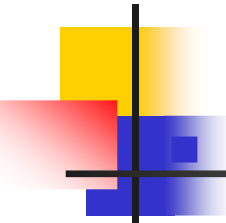


LA REDUCTION DU RISQUE

L'arrêt du tabac reste une aventure personnelle souvent difficile

- 
-
- 74%* des fumeurs ne se sentent pas prêts à arrêter de fumer dans les 6 prochains mois.
 - ils ne sont pas prêts mais l'hospitalisation ou la maladie intervient: ils ne peuvent pas fumer comme d'habitude mais refusent un arrêt complet.

Réduction sans substitut nicotinique



■ Le fumeur décide de réduire volontairement le nombre de cigarettes fumées sans substituts nicotiniques :

- Des cigarettes très attendues (*lutte permanente*).
- Des cigarettes fumées plus intensément: les besoins en nicotine doivent être comblés avec moins de cigarettes.
 - Shoots puissants.
 - Pénétration plus profonde et plus intense de la fumée, et des produits toxiques.
- Dépendance intacte, perte de motivation à l'arrêt.



Réduction et arrêt complet

- Motivation supplémentaire à l'arrêt.
- Doublement de l'effet « conseil minimal ».



Définition de la réduction du risque

**Une diminution de l'ensemble des
cigarettes fumées avec les substituts
nicotiniques dans le but d'un arrêt total.**



Mode d'emploi

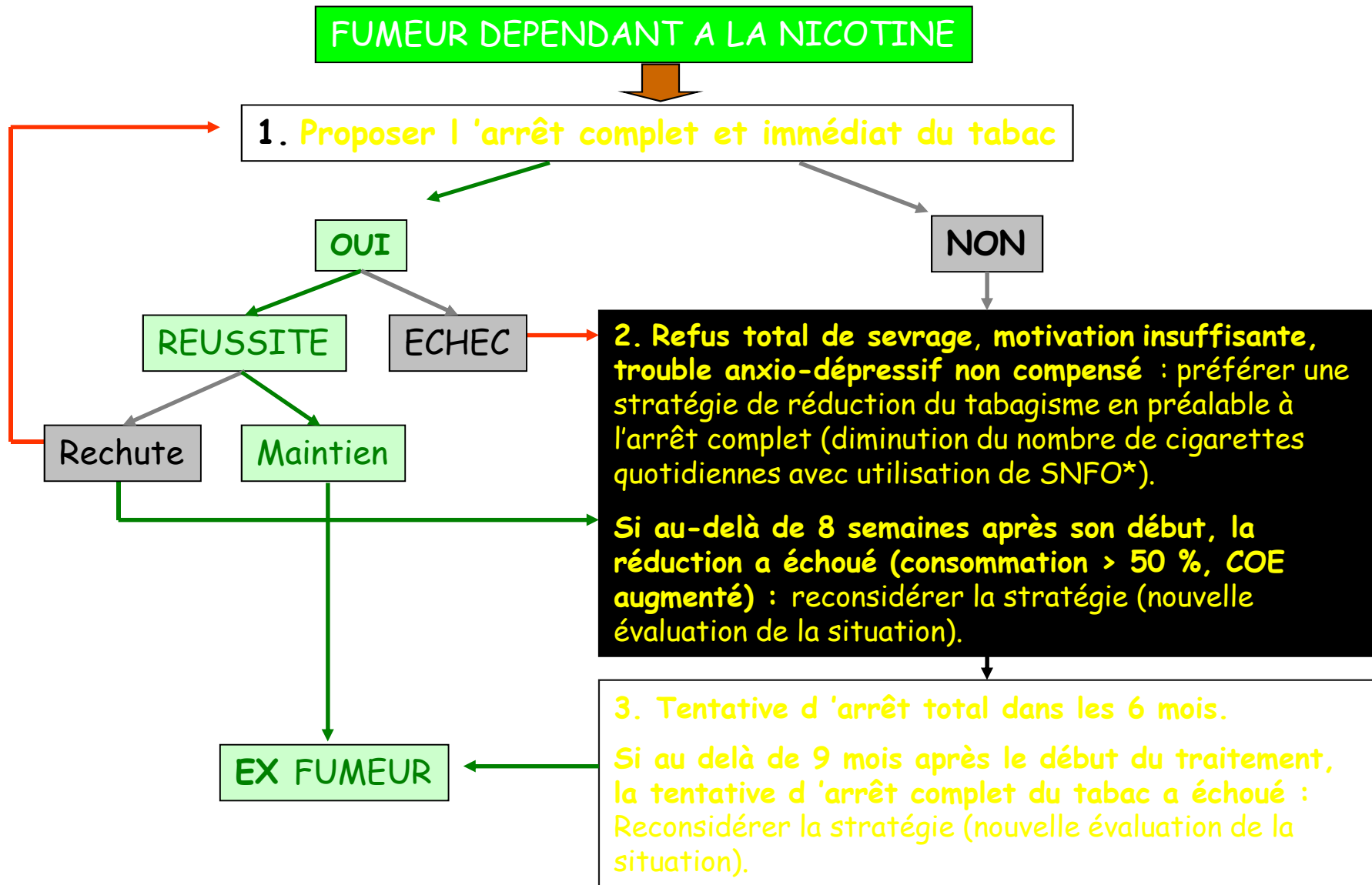
- Le fumeur choisit les cigarettes qu'il fumera et, entre temps, utilise des substituts nicotiques (formes orales ou inhalateur ou patches).
 - Moins de cigarettes fumées.
 - Des cigarettes fumées « normalement ».
 - Nicotémie conservée, avec moins de shoots.
 - Moins de fumée inhalée et taux de CO inférieurs.
 - Réduction globale de l'exposition à la fumée.



Résultat à court terme

- Réduction réelle du nombre de cigarettes fumées.
- Vraie réduction de la quantité de substances toxiques inhalées avec la fumée.
- Un but plus facile à atteindre dans un premier temps par rapport à un arrêt brutal.

Stratégie de réduction de la consommation de cigarettes et arrêt total du tabagisme selon J.PERRIOT



* Score au test de Fagerström ≥ 3