

DIU DE TABACOLOGIE
janvier 2018

LA CONSULTATION DE SEVRAGE TABAGIQUE

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

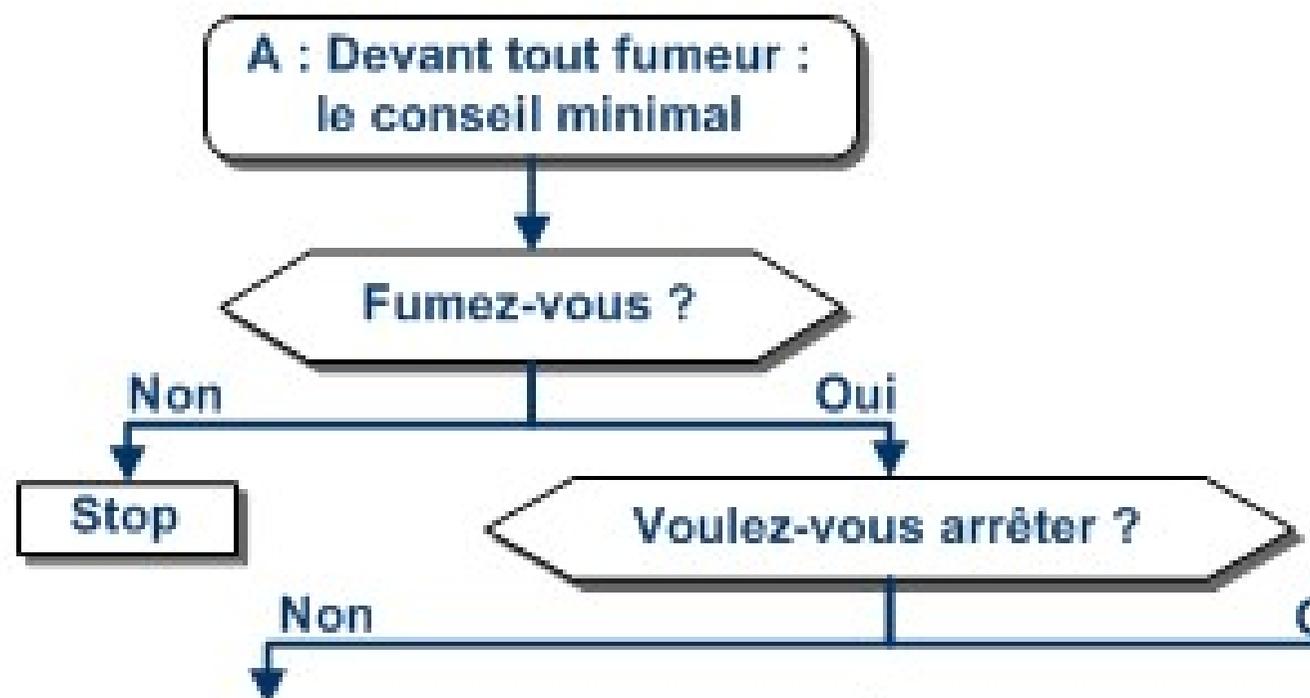
Etapes avant la consultation spécialisée

- 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
- Dédramatisation 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

LE CONSEIL MINIMAL POUR TOUT SOIGNANT



Intervention brève :

- Evoquer les raisons pour continuer à fumer
- Evoquer la disponibilité que vous pouvez offrir au patient pour en reparler quand il sera prêt à tenter un sevrage

Redoutez-

Le conseil d'arrêt :

Conseiller à chaque fumeur d'arrêter, d'évoquer la palette des aides et accompagnements disponibles pour y arriver et de proposer un support écrit d'information pour appuyer ce conseil.

Les sites : <http://www.tabac-info-service.fr>

Et ligne téléphonique gratuite : 3989.



**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 travaillent 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

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 »

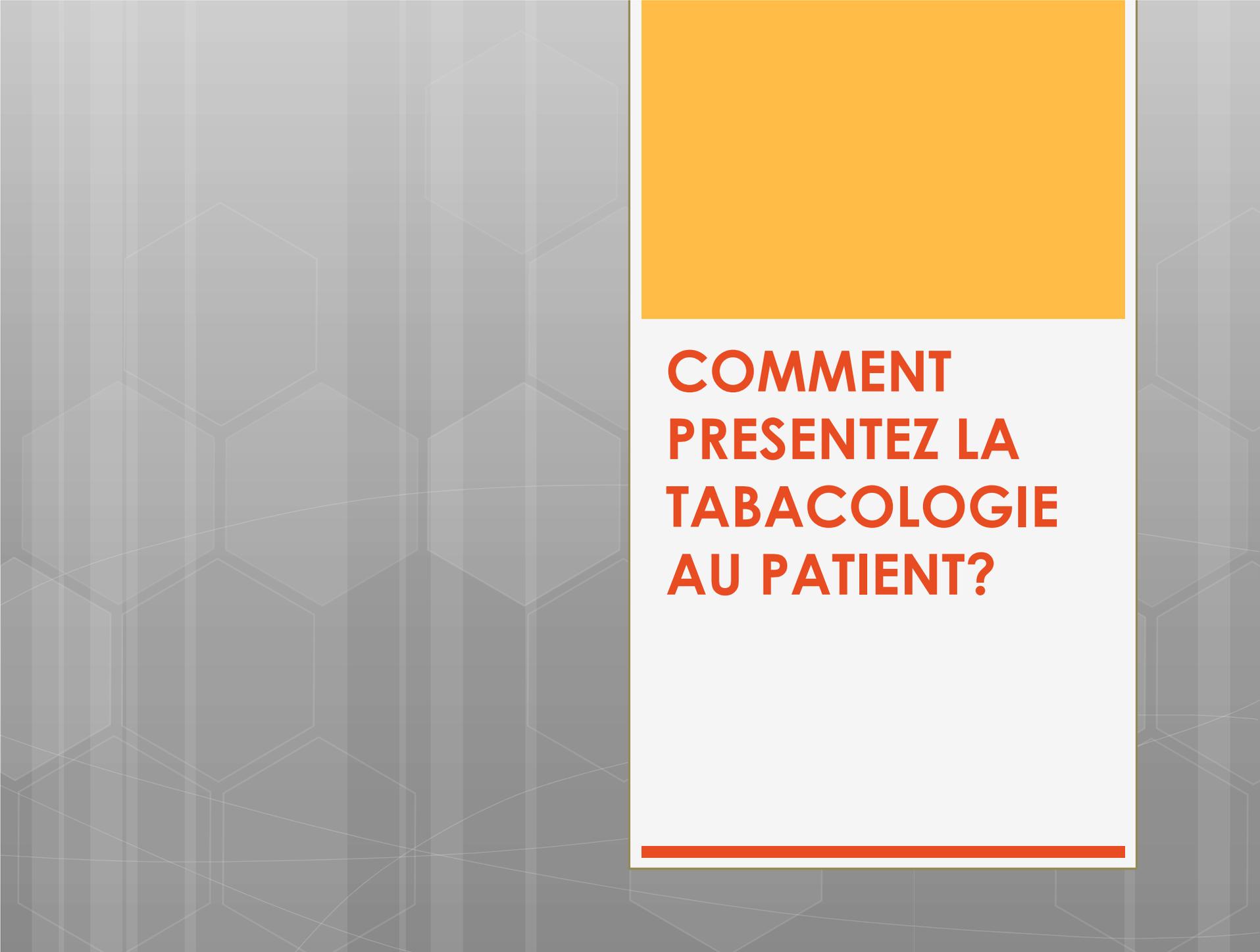
- Deux types de renforcements

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



**COMMENT
PRESENTEZ LA
TABACOLOGIE
AU PATIENT?**

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.

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.

DEROULEMENT D'UNE CONSULTATION TYPE



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

FUMEUR

IDENTIFICATION ET CONSEIL D'ARRÊT
(renforcer les non-fumeurs)

RECUEILLIR L'HISTOIRE DU TABAGISME
(ancienneté, consommation, antécédents d'arrêt et circonstances de reprise, pathologie somatique impliquant le tabagisme, antécédents psychiatriques, codépendances, tabagisme environnemental, contexte socioprofessionnel...)

EVALUATION DE LA SITUATION TABAGIQUE

- Etape du changement selon Prochaska et Di Clemente
- Niveau de motivation à l'arrêt (échelle Q-MAT ou RICHMOND)
- Niveau des dépendances (nicotinique=FAGERSTRÖM)
- Etat d'anxiété-dépression (échelle HAD et/ou BECK et ANGST)
- Prévion de la difficulté à s'arrêter (échelle DEMARIA-GRIMALDI)

PRISE EN CHARGE

**TABAGISME
CONSONANT**

20%

**INDUIRE UNE
DISSONANCE**

- Disponibilité
- « Harcèlement »
- Conseil minimal

**TABAGISME
DISSONANT**

60%

**INDUIRE LA DECISION
D'ARRÊT**

- Entretien motivationnel
- Conseil minimal
- Réduction de la consommation

**PRET A
L'ARRET**

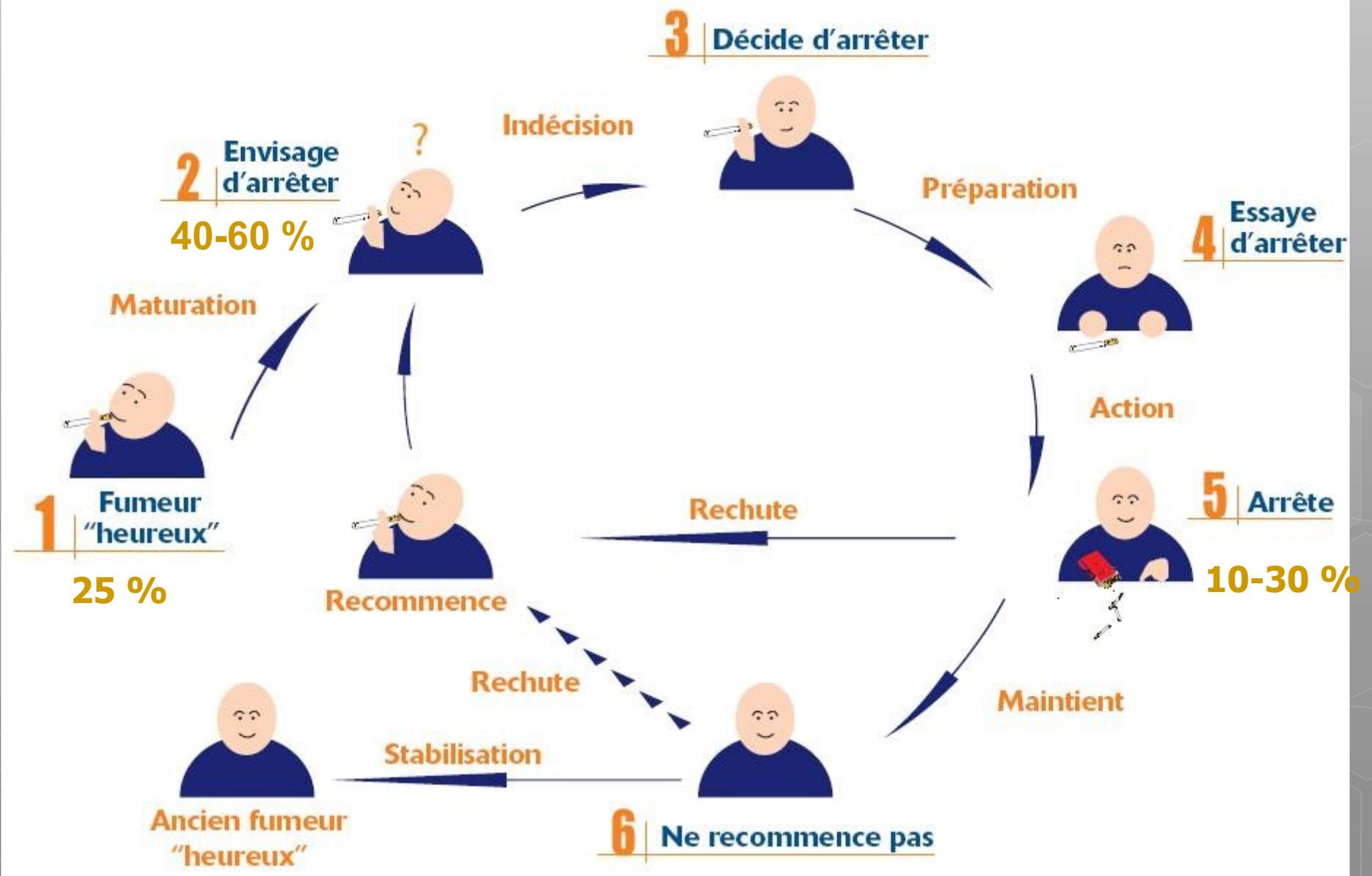
20%

**PRENDRE EN CHARGE
LE SEVRAGE**

- ETAT DYSTHYMIQUE (HAD)
 - IRS 3 à 6 semaines
 - puis arrêt du tabagisme
- PAS DE DYSTHYMIE
 - Arrêt du tabagisme

EVALUER LA MOTIVATION





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 ...).

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

Le pour

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

Le contre

***Quelles sont vos
craintes à l'arrêt ?***

Le contre

***Quels bénéfices
attendez vous de
l'arrêt***

Le pour

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**

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 ?*
- •



LES BENEFICES DE L'ARRÊT

Effets bénéfiques de l'arrêt

BDNH2005-16ARR-008

1 jour

CO dans le sang redevient normal
Diminution du risque d'infarctus

1 semaine

Amélioration de la fluidité de la
circulation sanguine

1 mois

La toux, la congestion des sinus et
l'essoufflement diminuent.

1 semestre

Recroissance ciliaire, production normale de mucus,
infections moins fréquentes.

1 an

L'excès de risque de maladie coronarienne est réduit
de 50% pour le fumeur qui a arrêté



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 de l'arrêt du 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.

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: bénéfique sur tous les paramètres opératoires.
- Arrêt du tabagisme moins de 3 semaines avant la chirurgie: bénéfique local du site opératoire + bénéfique 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 CHIMIOETHERAPIES
(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 DEPENDANCE

La dépendance

- Impossibilité de contrôler sa consommation: perte de contrôle
- Syndrome de manque à l'arrêt du produit avec du « craving »
- Poursuite du comportement malgré la connaissance des conséquences néfastes sur sa santé
- Phénomène de tolérance: il faut augmenter les doses pour obtenir le même effet

DEPENDANCE AUX SUBSTANCES (OMS 1975)

État psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des réponses comportementales et autres qui comportent toujours une compulsion (envie de prendre la substance contre la raison et la volonté = « craving » à prendre la substance de façon continue ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (syndrome de **LA DEPENDANCE (perte de contrôle de l'usage)**)

- * **syndrome de manque**
- * **craving**
- * **sensibilisation comportementale**

Critères de dépendance à la nicotine selon le DSM-5

- 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 où 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*

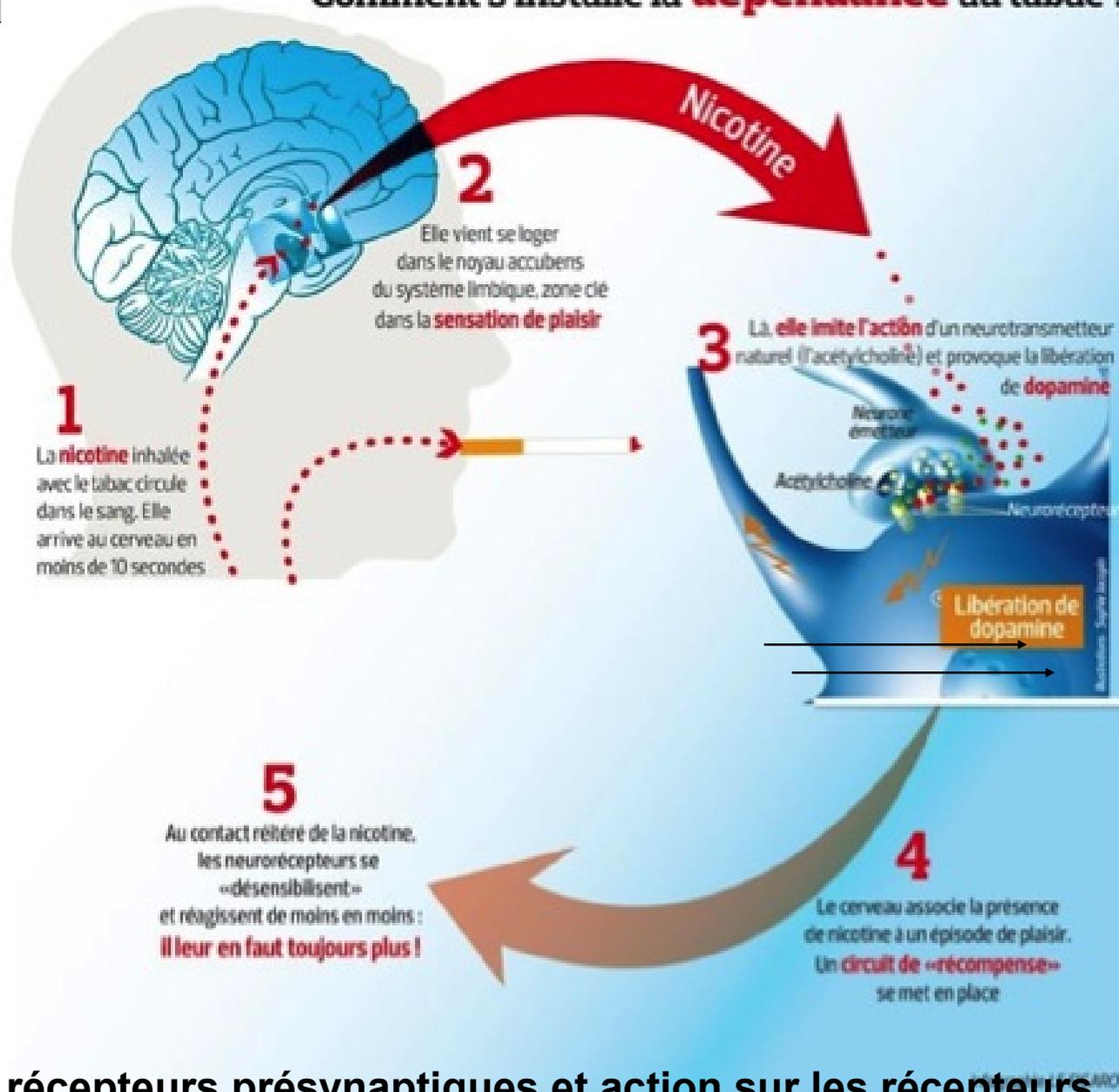
- 11 - Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - *syndrome de sevrage caractérisé à la substance*
 - *la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.*

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

ANALYSE DE LA DEPENDANCE PHYSIQUE

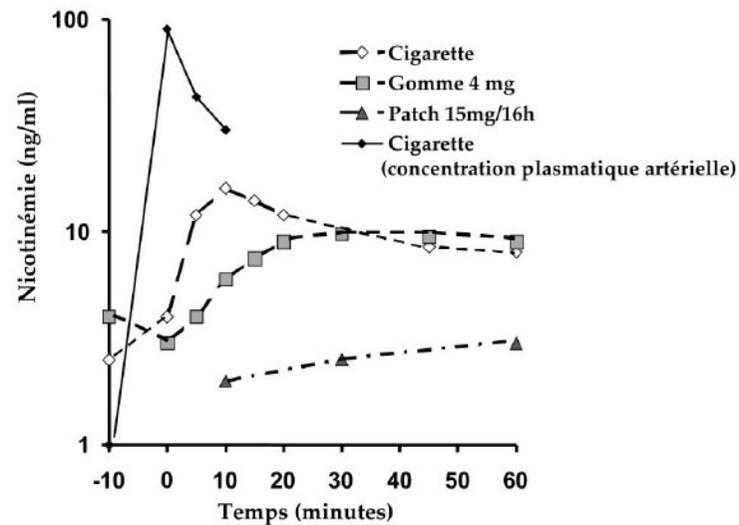


Comment s'installe la **dépendance** au tabac ?



action sur les récepteurs présynaptiques et action sur les récepteurs postsynaptiques → libération d'acétylcholine, noradrénaline, dopamine, sérotonine, ACTH

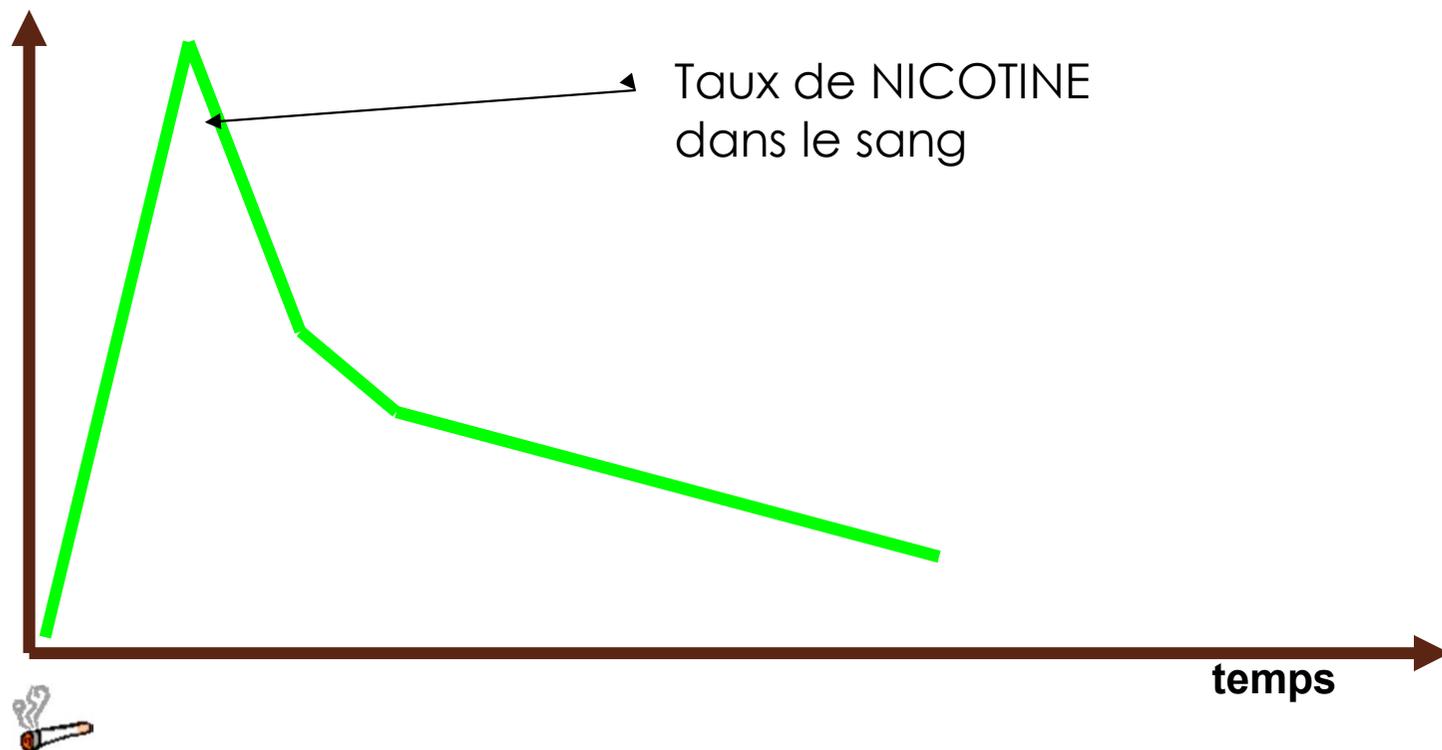
Variabilité individuelle de l'absorption et du métabolisme de la nicotine dans l'organisme influençant le comportement du fumeur et la dépendance La nicotine est lipophile et est donc vite absorbée au niveau buccal ou au niveau pulmonaire Elle peut arriver en 7 secondes au cerveau



Logarithme des concentrations plasmatiques artérielle après consommation d'une cigarette et veineuse après consommation d'une cigarette, d'une gomme de nicotine à 4 mg ou d'un patch de nicotine à 15 mg/16 h (d'après Henningfield, 1995)

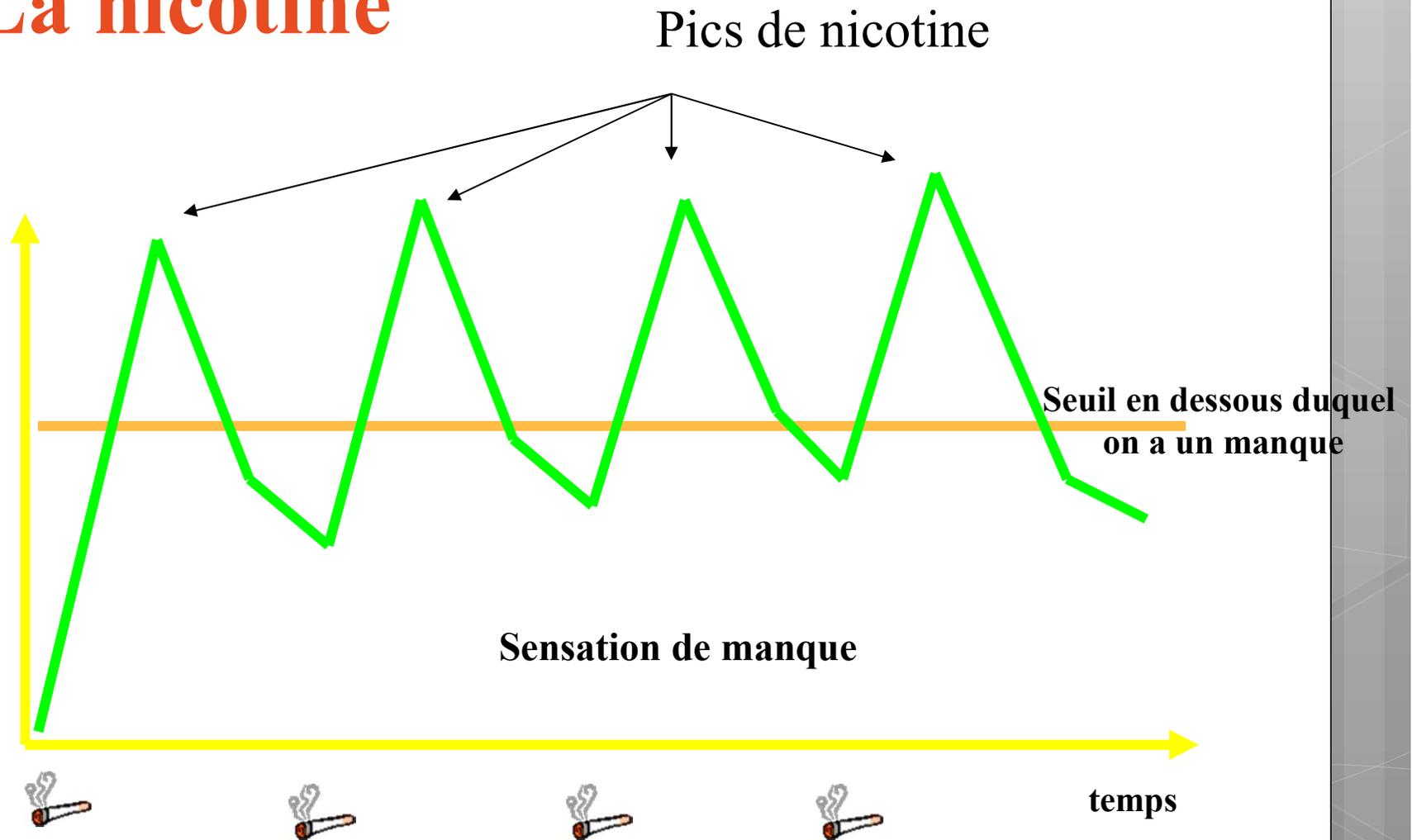
- **Nicotine**

- Respirée dans la fumée
- Vite absorbée au niveau buccal et aux alvéoles pulmonaires
- Se retrouve dans le sang, puis au cerveau en 7 secondes



**QUAND ON PREND UNE CIGARETTE ON CREE
UN PIC DE NICOTINE ARRIVANT AU CERVEAU EN 7 SECONDES**

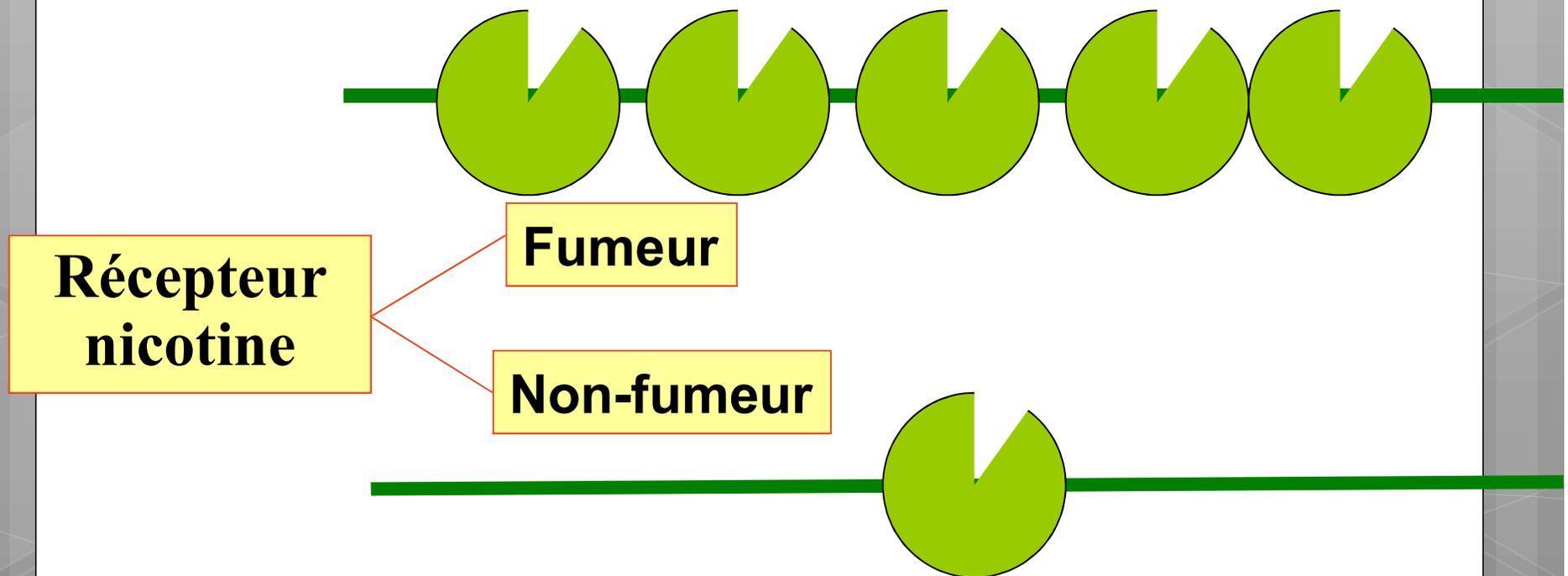
La nicotine



A chaque nouvelle cigarette on crée un pic de nicotine (appelé shoot)
Phénomène d'autotitration: nicotinémié stable et propre à chaque fumeur

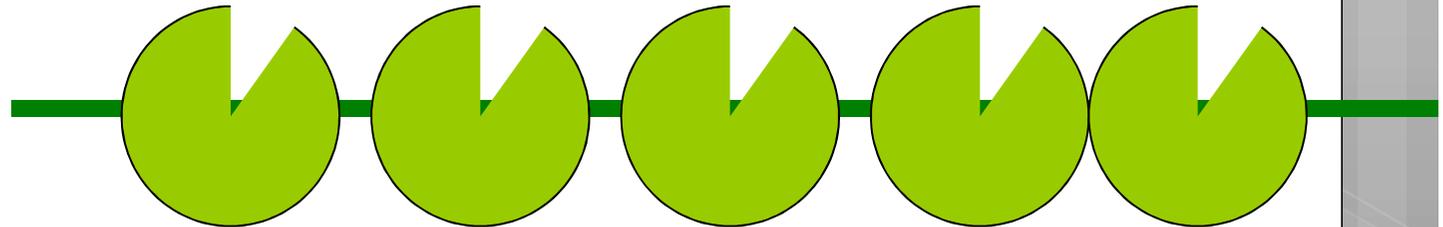
Les récepteurs à la nicotine

Membrane neurone zone réceptive
fumeur et non-fumeur

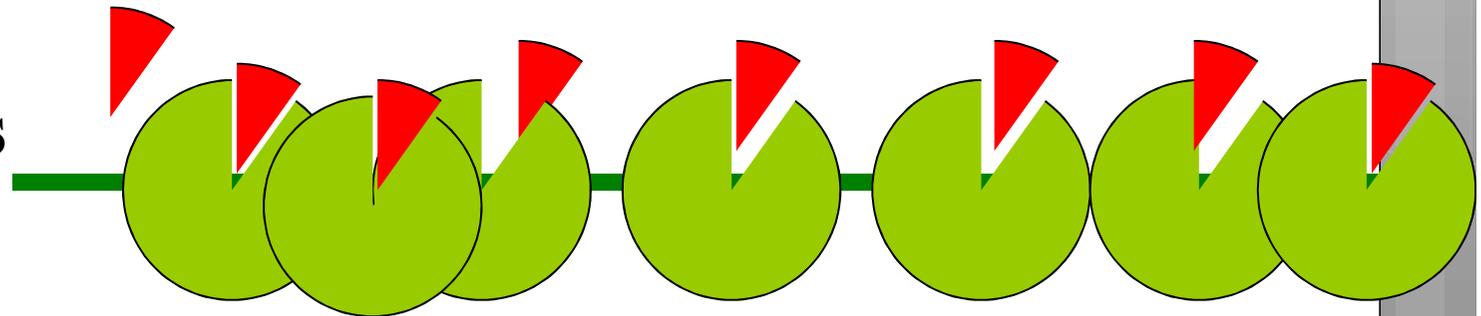


Les effets de la nicotine sur les récepteurs

**Fumeur
en manque**



**Nicotine
avec shoots**



Les shoots de nicotine des bouffées de cigarettes:

- **Saturent les récepteurs et calment le manque**
- **Augmentent le nombre de récepteurs et les désensibilise**

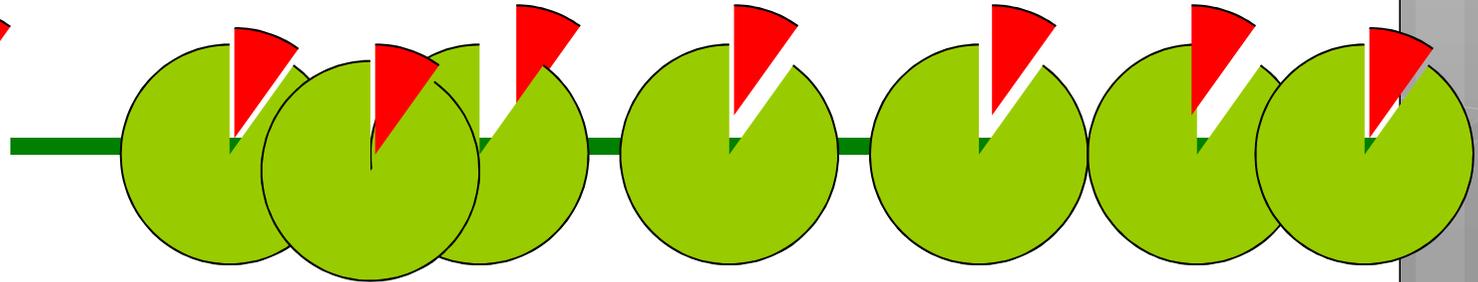
But du sevrage en nicotine

BDN2003-14DEP-004

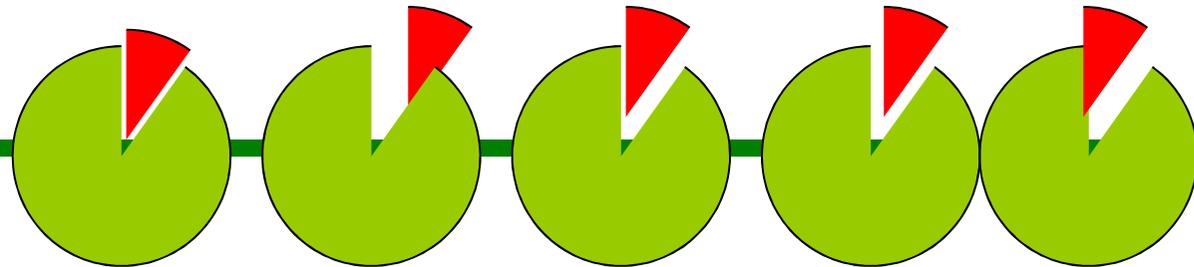
Le traitement nicotinique à 2 objectifs :

- Saturer les récepteurs et calme le manque
- Diminuer le nombre de récepteurs et les resensibiliser

Saturer les récepteurs



Diminuer le nombre des récepteurs



PHARMACOCINETIQUE 1

- **Absorption:** à travers les membranes cellulaires selon le Ph (variation selon le traitement du tabac apres récolte)
Importance de l'absorption buccale pour le tabac brun (Ph élevé), et de l'absorption par inhalation pour le tabac blond (Ph bas)
- Variation de la dose de nicotine selon l'intensité, la durée, le nombre de bouffées, de la profondeur d'inhalation

PHARMACOCINETIQUE 2

- **Distribution:** nicotine au cerveau en qq secondes puis distribuée dans tout le corps
- **Elimination:** nicotine métabolisée par le foie en majorité aussi par les poumons et les reins- la demi-vie d'élimination est très variable: environ 2 h (multiplication des demi-vies sur les longues périodes de consommation)

Les métabolites: cotinine et N'oxide de nicotine

Plus le tabagisme est initié tôt, plus la multiplication des récepteurs nicotiniques dans la région du noyau accumbens.

SENSIBILISATION COMPORTEMENTALE

- Augmentation de la réponse au fur et à mesure des administrations de la nicotine- Les effets peuvent persister même sans présence de la substance- Cela peut expliquer le « craving »- Elle favorise la rechute après abstinence (recherche compulsive du produit et des effets renforçateurs Elle est liée à l'environnement, au contexte et est différente selon les individus.

Notion de tolérance

Le craving constitue une pulsion à consommer du tabac et représente la dépendance psychologique et comportementale de la consommation tabagique.

Phénomène d'auto-titration: hyper-extraction de la nicotine

- Du fait de la dépendance, l'organisme est habitué à avoir un certain taux de nicotine: « taux de satisfaction » lié au nombre de cigarettes fumées habituellement
- En dessous de ce taux, l'organisme est en manque
- Si on diminue le nombre de cigarettes, le cerveau va chercher par tous les moyens à avoir le taux de nicotine qui lui est nécessaire pour ne pas être en manque. (tirer plus fort ou plus profondément sur les cigarettes restantes).
- Parallèlement, il inhalera plus de CO, plus de goudrons et autres substances toxiques

LA DEPENDANCE PHYSIQUE

- Auto questionnaire

Test de FAGERSTROM

- Dosage du CO expiré

- Appareillage : Testeur de CO
- Technique : expiration forcée, après 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.

ANALYSE DE LA DEPENDANCE PSYCHOLOGIQUE



SYNDROME ANXIETE DEPRESSION

- Les liens sont bien établis entre tabagisme et dépression.

Fréquence élevée de ce syndrome :

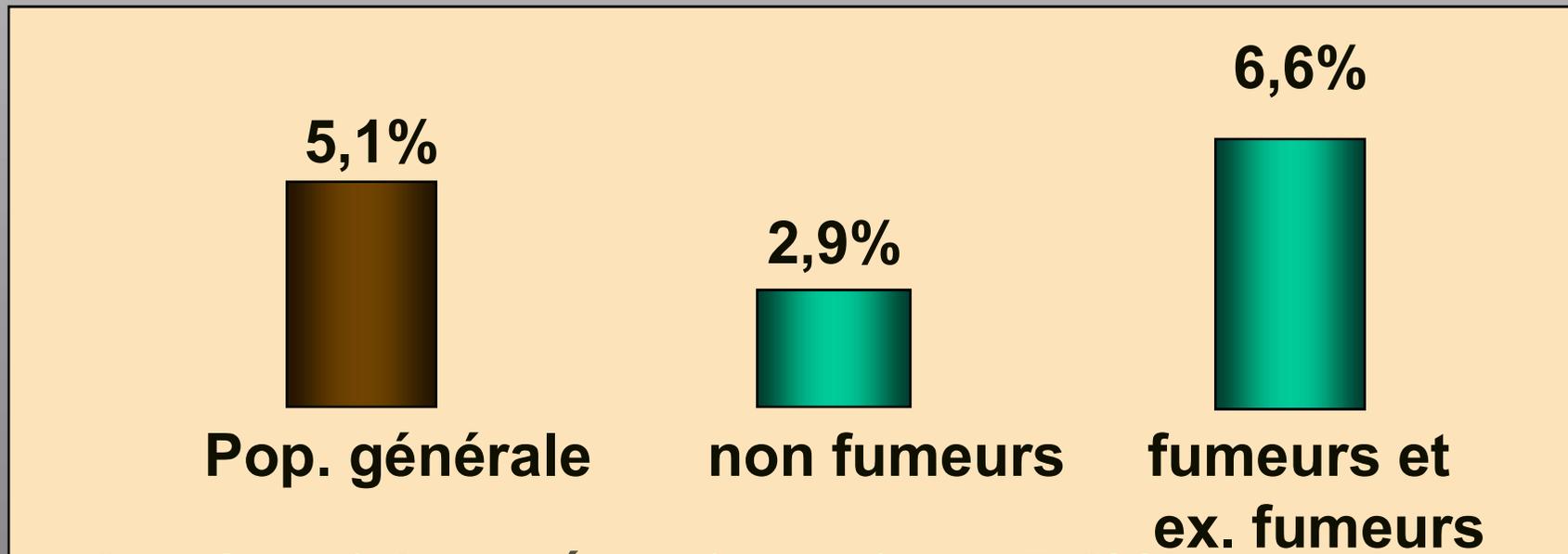
- Soit dans les antécédents,
- Soit actuelle.

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, gabaergique 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.

Dépression et tabac

- 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 patient,
- 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

Situation précise	Ce que je pense	A combien j'y crois %	Ce que je ressens	A combien j'en ai envie	Comment penser autrement	Que pourrais-je faire à la place de fumer
Un copain fume devant moi	Il a de la chance, j'étais mieux avant ...	95%	Je suis très mal, j'ai très envie ...	88 %	Je ne me supportais plus en fumant, je me sens vraiment mieux ...	Je sors de la pièce



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).

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 CRAVING

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

TOUJOURS UN SUIVI à la sortie

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