

LA CONSULTATION DE SEVRAGE TABAGIQUE

DIU DE TABACOLOGIE
28 janvier 2016

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

Dr MALECOT
malecotcm@orange.fr
mmalecot@cdhs.fr
Hôpital St Joseph St Luc
HCL
CDHS Villeurbanne et Vaulx
en Velin

Est ce qu'il y a une ou des choses qui vous choquent dans cette image ?

Médecin qui fume !
Affiches négatives
Patiente coincée
Médecin derrière son bureau, ne la regarde pas, pas en face,
... Et l'alliance thérapeutique dans tout ça !!!!

Etapas 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
- Dédratisation 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

Dépistage systématique et conseil d'arrêt ★

FUMEZ VOUS ?		NON
OUI		
« Avez vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? » « Voulez vous en parler ? » Remise d'une brochure INPES gratuite		« Avez vous déjà fumé ? » « Depuis quand avez vous arrêté ? »
OUI	« Je vous conseille d'arrêter de fumer » Evaluer la motivation...	Valoriser l'arrêt et faire exprimer les bénéfices « Je suis disponible si vous craignez de rechuter »
NON	« Je vous conseille d'arrêter de fumer » « Savez vous qu'il existe des moyens pour vous aider ? » « Je suis disponible pour en parler quand vous voulez »	

Effets bénéfiques de l'arrêt

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 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 Kucin 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.**

Intérêt en post opératoire

Favoriser l'aide à l'arrêt du tabac diminue les complications post opératoires
Conférence d'experts du 23 septembre 2005 sur le tabagisme péri-opératoire
(Association Française de Chirurgie AFC, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation SFAR, Office Français de prévention du Tabagisme OFT)

- Les risques de complications générales (cardio-vasculaires, respiratoires, infectieuses)
- L'augmentation du risque relatif (RR) porte selon les études sur :
- Le risque d'être transféré en réanimation (RR de 2,02 à 2,86)
 - Les complications infectieuses (RR de 2 à 3,5)
 - Les complications coronariennes (RR de 3)
 - Les complications respiratoires immédiates (RR de 1,71)

Intérêt en post opératoire

Favoriser l'aide à l'arrêt du tabac diminue les complications post opératoires

Conférence d'experts du 23 septembre 2005 sur le tabagisme péri-opératoire (Association Française de Chirurgie AFC, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation SFAR, Office Français de prévention du Tabagisme OFT)

Les risques de complications chirurgicales locales chez les fumeurs (cicatrices, lâchages de suture et d'anastomose, retard de consolidation osseuse...)

L'augmentation du risque de complications chirurgicales du tabagisme péri-opératoire est principalement liée aux effets néfastes sur la microcirculation et est confirmée par de nombreuses études et concerne tous les tissus traversés, de la peau à l'os, notamment :

- Les complications de cicatrice après chirurgie du genou (RR de 2,4)
- Les complications infectieuses de la cicatrice (estimation 12% vs 2% p< 0,05),
- La mauvaise cicatrisation à l'interface lambeau/site receveur en chirurgie plastique (27% vs 12%)
- Le risque d'éventration après laparotomie (RR de 3,93)
- L'infection sternale et médiastinienne en chirurgie thoracique (RR de 3)
- Les lâchages de suture digestive (RR de 3,18) et les fistules (RR de 3)
- Le risque de thrombose vasculaire (RR de 3,09)
- Le retard de consolidation osseuse (RR de 2,7 et RR de 8,1 : pseudarthroses)

BENEFICES EN CANCEROLOGIE

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

POURTANT BENEFICES DE L'ARRET

1. ACCROISSEMENT DE LA SURVIE

2. QUALITE DE VIE MEILLEURE

Cancer ORL : sevrage = guérison + 27 %

(Bowman GP, *et al. Head Neck* 2002)

Cancer Pulmonaire

Cancer BP Radio-induits chez la femme irradiée par K sein (RR = 6) (Ford MB, *et al. Cancer* 2003)

➤ EFFICACITE ET TOLERANCE DES

CHIMIOETHERAPIES (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
- Risque de BPCO sur une réduction pulmonaire par chirurgie +++

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 (FORMEZ VOUS !!!!)

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

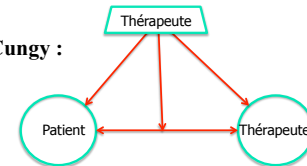
- Pour le thérapeute, **percevoir puis restituer** au patient ce qu'il comprend de sa réalité, en tenant compte des retours que celui-ci fait pendant l'entretien
- Explorer son mode de vie, ses problèmes, **les solutions qu'il a pu trouver lui même.....**
- Si le thérapeute ne développe pas sa capacité 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
- Patient et thérapeute sont CENTRES sur les problèmes à traiter plutôt que sur leur relation
- Le vélo de Charly Cungy :



REFORMULATION

- Reformulation « répétition »
 - Perroquet !
 - « mon médecin m'a dit qu'il fallait que j'arrête de fumer »
- Précisions des termes
 - Eviter l'incompréhension
 - « qu'entendez-vous par : la ecig, il faut s'en méfier ? »

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

Par les phrases clés :

- C'est quoi le plus difficile pour vous ?
- La dernière fois que vous avez essayé d'arrêter, c'était quand et comment ?
- Vous allez trop vite pour moi (le patient qui raconte toute sa vie !). Pouvez-vous raconter la cigarette qui a entraîné les autres quand vous avez rechuté ? Lieu, circonstances (avec qui, situation), pensées...

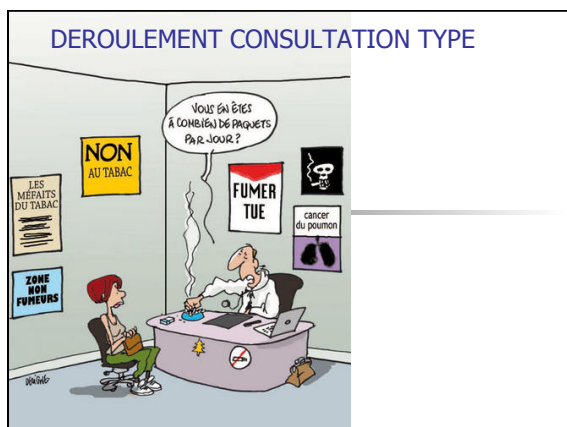
RENFORCER : « arroser ce que nous voulons voir pousser »

- Se définit par rapport à ce qu'il est souhaitable de développer
- Les types de renforcements
 - Au début : renforcer l'émotion de la personne : « cela a du être dur pour vous de ne pas y arriver ! ». **On veut voir pousser l'alliance !!!**
 - Au cours du sevrage : « vous avez réussi à ne pas fumer après le repas : raconter !. **On veut voir pousser la confiance en soi !!!**
 - Sur les faits : « comment ça a bien marché pour vous ? : Vous avez réussi à ... » **On ne s'intéresse qu'à ce qui a bien marché. On veut voir pousser l'attention à la réussite et non à l'échec !!!**
 - Portant sur la personne elle-même, ses qualités propres : « pour arriver à trouver ce moyen d'éviter la cigarette, il vous a fallu de l'ingéniosité ! » **Attention, cela peut être piège !!!**

Ne pas utiliser le MAIS qui oppose mais le ET qui permet d'accepter l'ambivalence !!!!

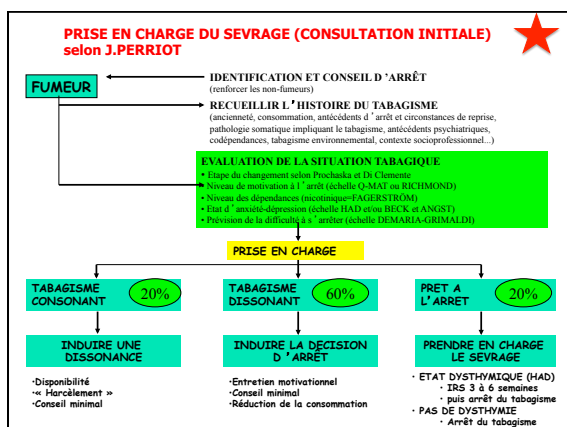
RESUME

- En début de séance concernant la session précédente
- En milieu de séance :
 - Quand on ne sait pas quoi dire
 - Pour reprendre les arguments du patient et faire la balance décisionnelle : « la cigarette c'est une béquille pour vous **ET** en même temps c'est important d'arrêter pour votre santé **(toujours finir la phrase par les avantages à arrêter !!!!)**
- En fin de séance pour faire le point sur ce qui a été traité
 - Pour reprendre les décisions du patient : « vous avez décidé de diminuer les cigarettes et de ... »



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 ? OU bien est ce que les jours où vous fumez 40 cigarettes, vous êtes écoeuré ou avez la sensation d'avoir trop fumé ? Au max, ça peut faire combien par jour ?**

Critères de dépendance à la nicotine selon le DSM-5 (ass. psychiatres américains) = tr. de l'utilisation d'une substance

- 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



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**

Attention, refaire les questions !!!

TEST DE FAGERSTRÖM ★

1 - Quand fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?		4 - Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
- dans les 5 premières minutes	3	- 10 ou moins	0
- entre 6-30 minutes	2	- 11-20	1
- entre 31-60 minutes	1	- 21-30	2
- après 60 minutes	0	- 31 ou plus	3
2 - Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit ? (cinéma, compartiments non-fumeurs, avion, etc...)		5 - Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?	
oui	1	oui	1
non	0	non	0
3 - Quelle est la cigarette qui vous manquerait le plus ?		6 - Fumez-vous également lorsque vous êtes malade et alité (grippe, angine, etc...) ?	
la première le matin	1	Oui	1
une autre	0	Non	0

EVALUATION

0 - 2 points Pas de dépendance à la nicotine	5 - 6 points Moyenne dépendance à la nicotine
3 - 4 points Faible 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 (Adjustement 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 (Lyon Sud labo HCL +++)
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

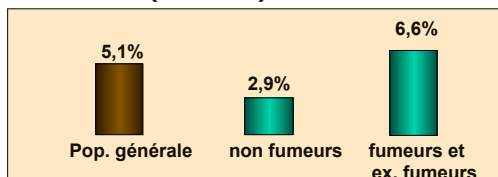
- Les liens sont bien établis entre tabagisme et dépression.
- Fréquence élevée de ce syndrome :
- Soit dans les antécédents,
 - Soit actuelle.

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, 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).



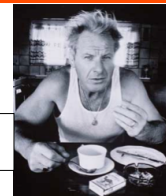
- Chez les sujets en dépression majeure: 74% fumeurs
- L'association tabac/dépression est forte (RR=2,9),
- elle est indépendante de l'âge, du sexe, de l'ethnie, du niveau socio-culturel.

Tabac et troubles anxio dépressifs

- Effet positif pour calmer le stress
 - Augmente la concentration
 - Travail plus efficace
- PAS d'EBM sur les troubles de l'humeur ou pour faire face au stress

Li J Psychiatric Res 2012 : Cigarette smoking and risk of completed suicide : A meta-analysis of prospective cohort studies

Par rapport aux non fumeurs RR de 1,81 (1,50-2,19)




Lucas J Affective Dis 2013 Cigarette smoking and completed suicide : Results from a prospective cohorts of American adults


Au delà de 25 cigarettes par jour RR de 4,13 (2,96-5,78)

Taylor BMJ 2014 : Change in mental health after smoking cessation : systematic review and meta-analysis

Arrêt du tabac a une puissance comparable à celle d'un antidépresseur sur la santé mentale




- **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.**

ANALYSE DE LA DEPENDANCE COMPORTEMENTALE



Au commencement...

M.J.Jarvis BMJ 2004 : Why people smoke ?

- Fumer est d'abord la manifestation d'une dépendance à la nicotine
- Adolescence, fumer est un acte symbolique



« Je ne suis plus un enfant ds les jupes de sa mère » et « je suis un dur »

« Les motifs psychologiques s'atténuant, l'effet de la nicotine va prendre le dessus pour que l'habitude perdure »

Extraits analyses cigarettier « Philip Morris »

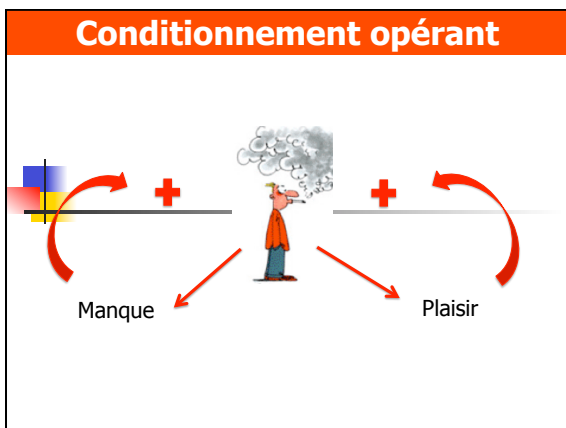
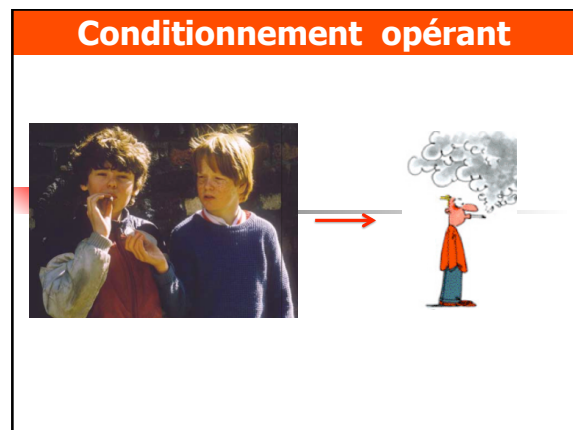
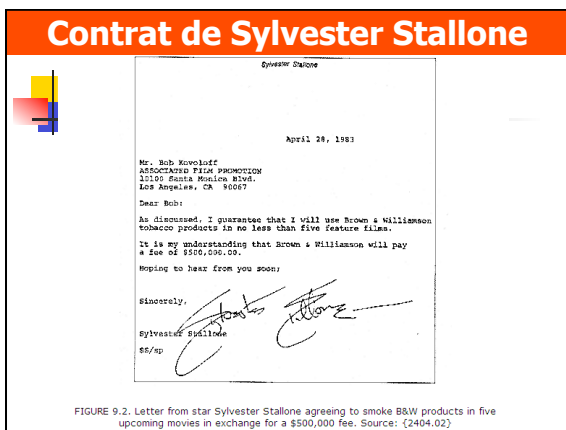
Apprentissage par imitation




Les êtres humains font l'acquisition de nouvelles compétences en observant le comportement d'autrui et en essayant de le reproduire

Exemple: en observant les comportements de leurs parents ou d'autrui, des personnes peuvent apprendre à faire face à leurs problèmes en consommant des SPA

De nombreux adolescents commencent à fumer en observant leurs amis et en commençant à faire comme eux



Dépendance comportementale

M.J.Jarvis BMJ 2004 : Why people smoke ?

Dépendance à la nicotine est primum movens

Conditionnement secondaire de délivrance de nicotine bouffée/bouffée, associé à de nombreux moments de la vie

- Avec le café
- Moments de pause
- Téléphone
- Avec des amis...
- Quand je rentre ds ma voiture, ds les embouteillages
- Entre deux activités
- Quand je vois un fumeur
- Il faut que j'ai quelque chose dans la main
- Rouler mes cigarettes calme déjà mon envie

Apprentissage classique

Diagram illustrating classical conditioning. The top part shows a bell (Son de Cloche) and food (Nourriture) leading to salivation (réponse). The bottom part shows a cow and a person thinking, leading to craving (Craving).

Conditionnement classique

- Avec le temps, la **substance psychoactive (SPA)** a pu être associée à des endroits particuliers, des personnes particulières, à des périodes de la journée, à des états émotionnels...
- L'exposition isolée à ces facteurs (décrits comme des hameçons ou gâchettes), est suffisante pour provoquer un craving plus ou moins intense (envie de consommer) qui peut être suivi d'une consommation de la substance psychoactive.

Automatisation des croyances

Renforcements immédiats positifs procurés par le tabac

- Alimentent des « croyances addictives »
 - « Filtre » de la réalité et biais d'interprétation des situations
 - Pensées favorisant la consommation
 - Déclenchement ou entretien de l'envie de consommer
- Entretiennent la dépendance
- Favorisent les rechutes

Conduite à tenir (1)

1. Reconnaître la dépendance comportementale

A travers le discours du patient
Questions ouvertes
Accepter inconditionnellement les paroles du patient

« Je suis obligé de manger si je ne fume pas »

« Voyons, il peut être possible de faire autre chose que de manger, essayer donc de ... »

« Vous êtes obligé de manger si vous ne fumez pas. Alors, bien sur, on va tenir compte de ça dans votre arrêt »

William R. Miller & Stephen Rollnick : *L'Entretien Motivationnel, Aider la personne à engager le changement*, InterEditions, 2006
Charly Cungi : *L'Alliance thérapeutique*, Retz, 2005

Conduite à tenir (2)

2. L'analyse fonctionnelle (AF)?

Le matin ds ma cuisine

Conséquences :

- Pour moi : ça calme mon angoisse
- Pour les autres : ma femme rouspète !

Comportement :

Je fume

Pensées :

J'ai besoin de fumer pour démarrer la journée
Ça me donne du courage

Émotions/Sensations :

L'envie est ds la bouche des que je bois mon café
J'ai une boule ds le ventre : angoisse

• Est-ce que ça fonctionne bien comme ça?

Charly Cungi : *Faire face aux dépendances*, Retz, 2000

Conduite à tenir (3)

3. A partir de l'AF, planifier une stratégie

Thérapie comportementale
Apprendre un nouveau comportement incompatible avec le comportement cible

On laisse le patient proposer ses solutions, on n'impose pas
On s'appuie sur ce qui a bien marché déjà !
On renforce les solutions qui vont ds le sens du changement
On l'invite à observer ce qui se passe ds les situations

Café : que voulez vous faire avec le café dont vous me dites qu'il est très lié au tabac ?

?

Je peux vous dire ce que font d'autres malades ?

- Éloigner le café du tabac
- Supprimer le café et le remplacer ou non
- Boire moins de café
- Discuter tout ce qu'il y a autour du café : la pause avec les collègues, le soir après que les enfants sont couchés...

Résolution de problèmes

Inquiétudes

'Oui mais, j'ai peur de...'

Stratégies

'Qu'en pensez-vous?'

La résolution de problèmes... *oui*

Quand ça marche (permet de préparer un plan d'action)

La résolution de problèmes, *mais...*

Quand ça ne marche pas (le patient n'agit pas)

Revenir à la motivation

Faire monter l'ambivalence (avantages/inconvénients)

Explorer des pas plus petits

Ce qu'il faut retenir !

- ECOUTER vos patients !

S'ils pensent qu'ils ont une dépendance au geste = ils ont une dépendance au geste

- 1/3 ttt pharmacologique dépendance nicotine
- 1/3 changer les habitudes (dépendance au geste)
- 1/3 apprendre à rester avec l'envie

ROLE DE L'ÉQUIPE 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