

DIPLÔME INTER UNIVERSITAIRE  
TABACOLOGIE ET AIDE AU SEVRAGE  
TABAGIQUE 2014/2015

DR MAYER

Impact du sevrage tabagique en SSR

Étude de la mise en place d'une prise en charge structurée par une équipe multidisciplinaire du sevrage tabagique en unité de Soins de suite à orientation respiratoire (unité de réhabilitation respiratoire)

# Plan Sevrage tabac en SSR

I-Introduction

- II-Méthodes
- III-Résultats
- IV-Discussion
- V-Conclusion

Evaluer la prise en charge du sevrage tabagique dans notre établissement et particulièrement dans le cadre de la réhabilitation respiratoire (unités de 61 lits)  
la réhabilitation respiratoire :

- soins personnalisés.
- patient atteint d'une maladie respiratoire chronique.
- équipe transdisciplinaire.

objectif:

- réduire les symptômes.
- optimiser les conditions physiques et psycho-sociales.
- diminuer les coûts de santé.
- améliorer la qualité de vie, accroître l' autonomie.
- réintégrer une vie sociale acceptable.

## Introduction

L'impact du tabagisme sur l'ensemble de nos patients est essentiel (BPCO, asthmatique, insuffisant respiratoire, patient porteur d'un cancer pulmonaire...).

# INTRODUCTION

- apprécier l'impact des décisions prise sur le long terme :
  - Intérêt de la présence d'une IDE associée à la psychologue.
  - Impact de la mise en place de consultation minimale (IDE) + de consultations de sevrage spécifique ( la psychologue ).
  - Prescription systématique des substituts nicotiniques.
  - Intérêt de l'ajout d'un groupe de parole « tabac ».
- . Difficultés:
  - durée d'hospitalisation de 4 semaines en moyenne.
  - l'absence de motivation.
  - la fréquence des rechutes lors du sevrage tabac.
- Le choix a été fait d'observer notre population de fumeur et ancien fumeur récent (arrêt de moins de 2 mois) qui entre pour une prise en charge en réhabilitation respiratoire.
- . L'objectif:
  - apprécier si les choix de prise en charge efficaces.
  - valider un suivi fiable de l'activité d'aide au sevrage.

## II- Méthodes

- A l'admission: tous les patients un questionnaire sur l'**usage du tabac**.
- Pour les fumeurs ou les anciens fumeurs (arrêt < 2mois): l'IDE remet l'imprimé **Vous et le tabac** + une mesure CO (étiquette du patient).
- L'IDE classe cet imprimé dans le casier "tabac" de la salle de soins.
- Le patient bénéficiait sur demande ou prescription d'une aide au sevrage.
- Le patient a bénéficié d'un séjour de réhabilitation respiratoire +/- aide au sevrage adaptée à sa situation clinique, s'il l'acceptait.
- En fin de séjour questionnaire **Vous et le tabac** + mesure Co + le questionnaire **la prise en charge du tabac**.
- questionnaires déposés dans le casier "tabac" de la salle de soins pour analyse.
- Ces documents seront numérisés dans le dossier patient SIH en fin de séjour par la secrétaire.

# Méthodes

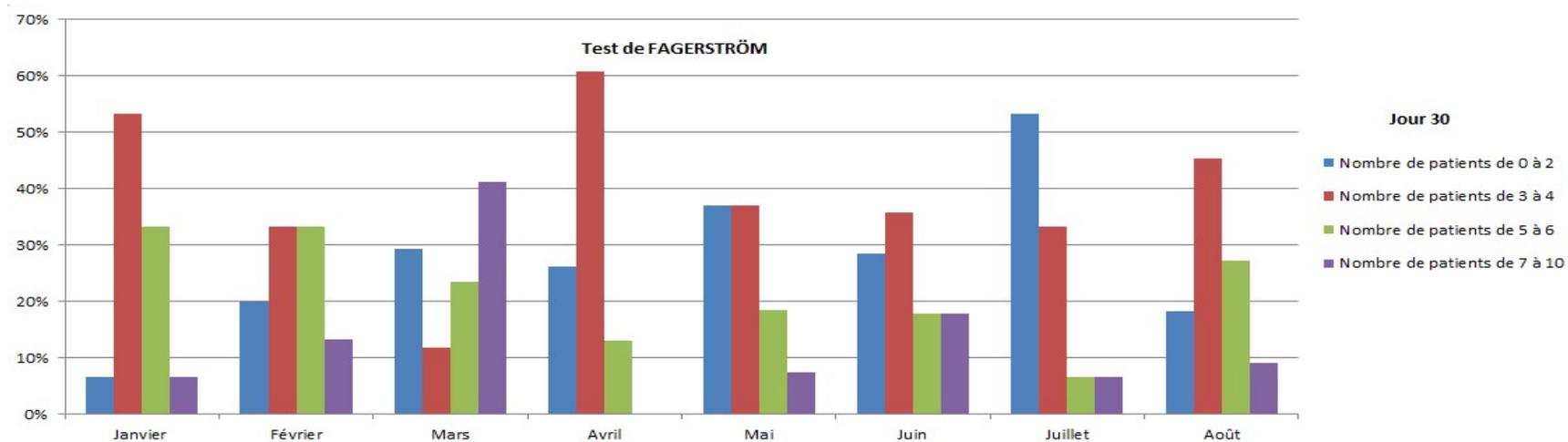
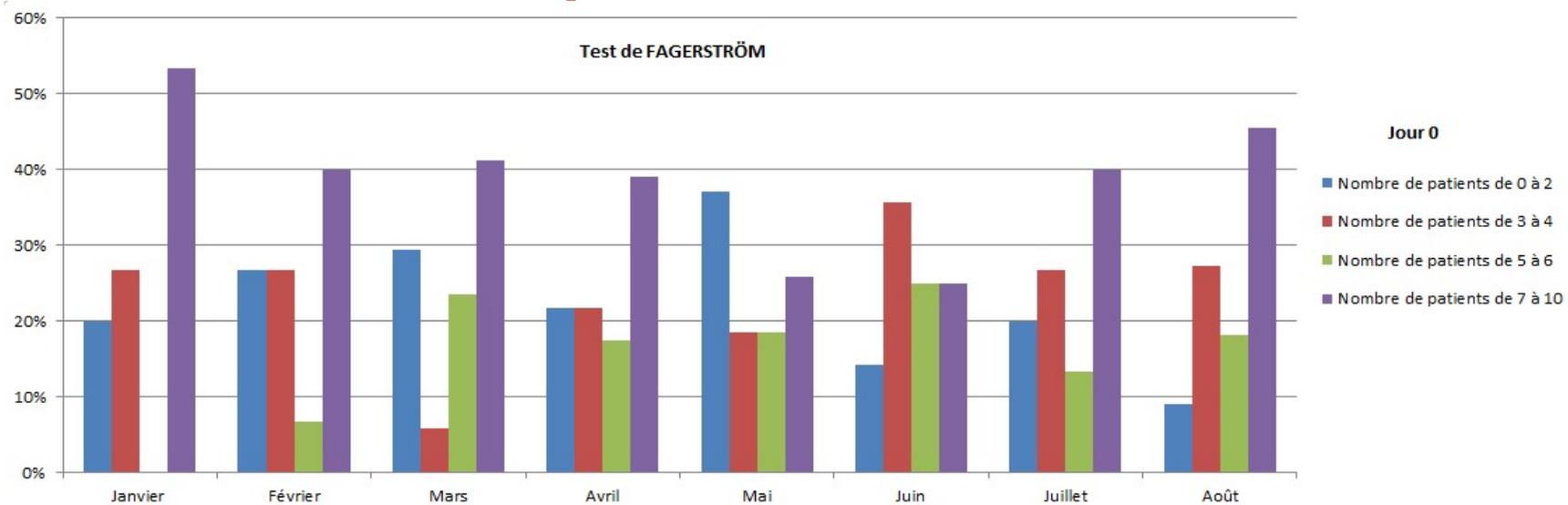
.le questionnaire **vous et le tabac** comprend :

- °évaluation de la dépendance (test de fargenstrom).
- °cotation de la motivation à l'arrêt du tabac (test de lagrue et legeron QMAT).
- °évaluation du degré d'anxiété et du niveau de dépression (HAD).
- °taux de Co expiré .

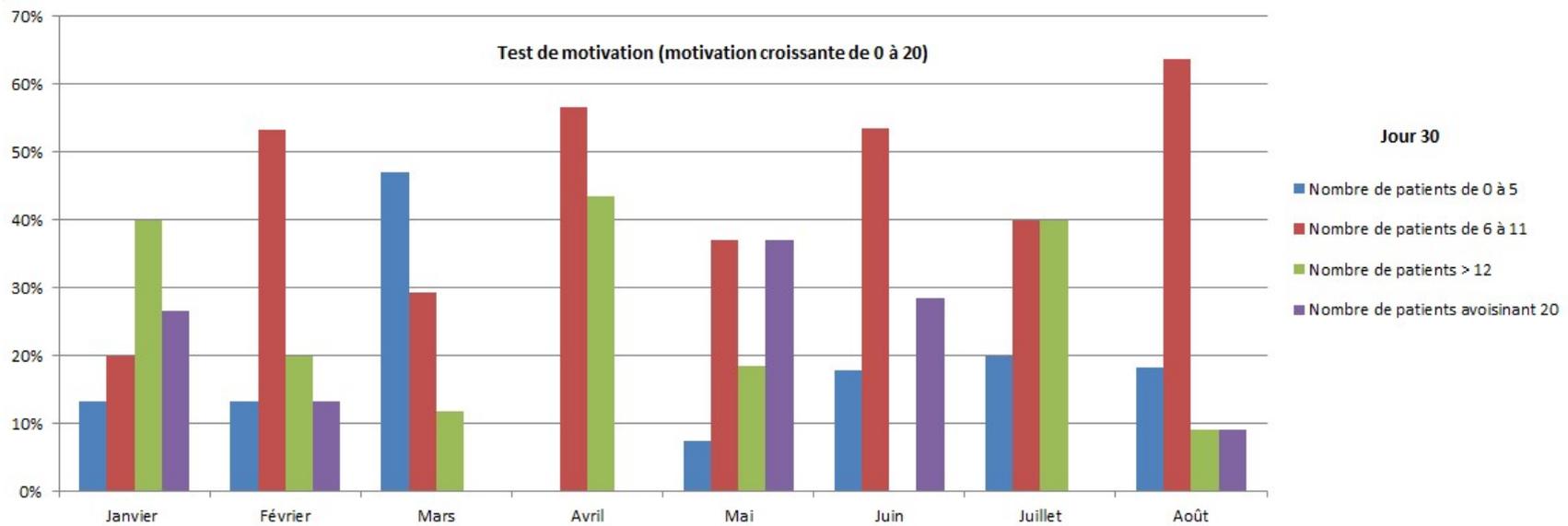
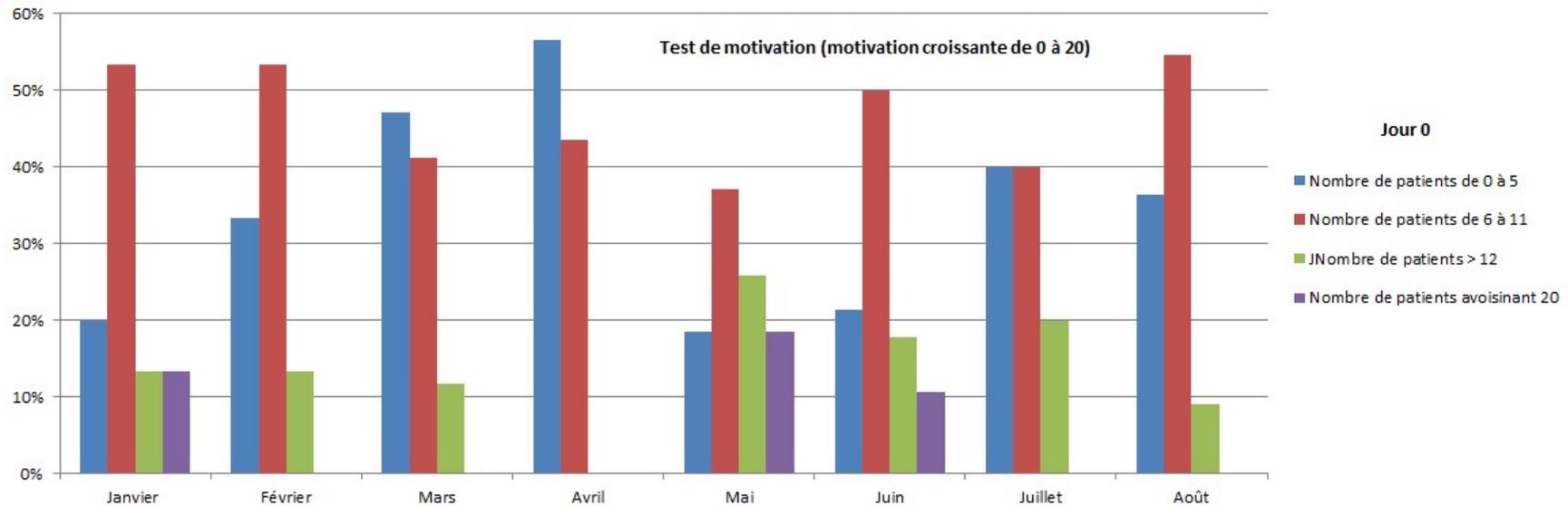
• **Le bilan de la prise en charge** comprend:

- °consultation médecin aide au sevrage.
- °consultation info tabac .
- °consultation psychologue.
- °table ronde .
- ° SN.
- ° e-cigarette.
- °auriez-vous souhaité une prise en charge supplémentaire?

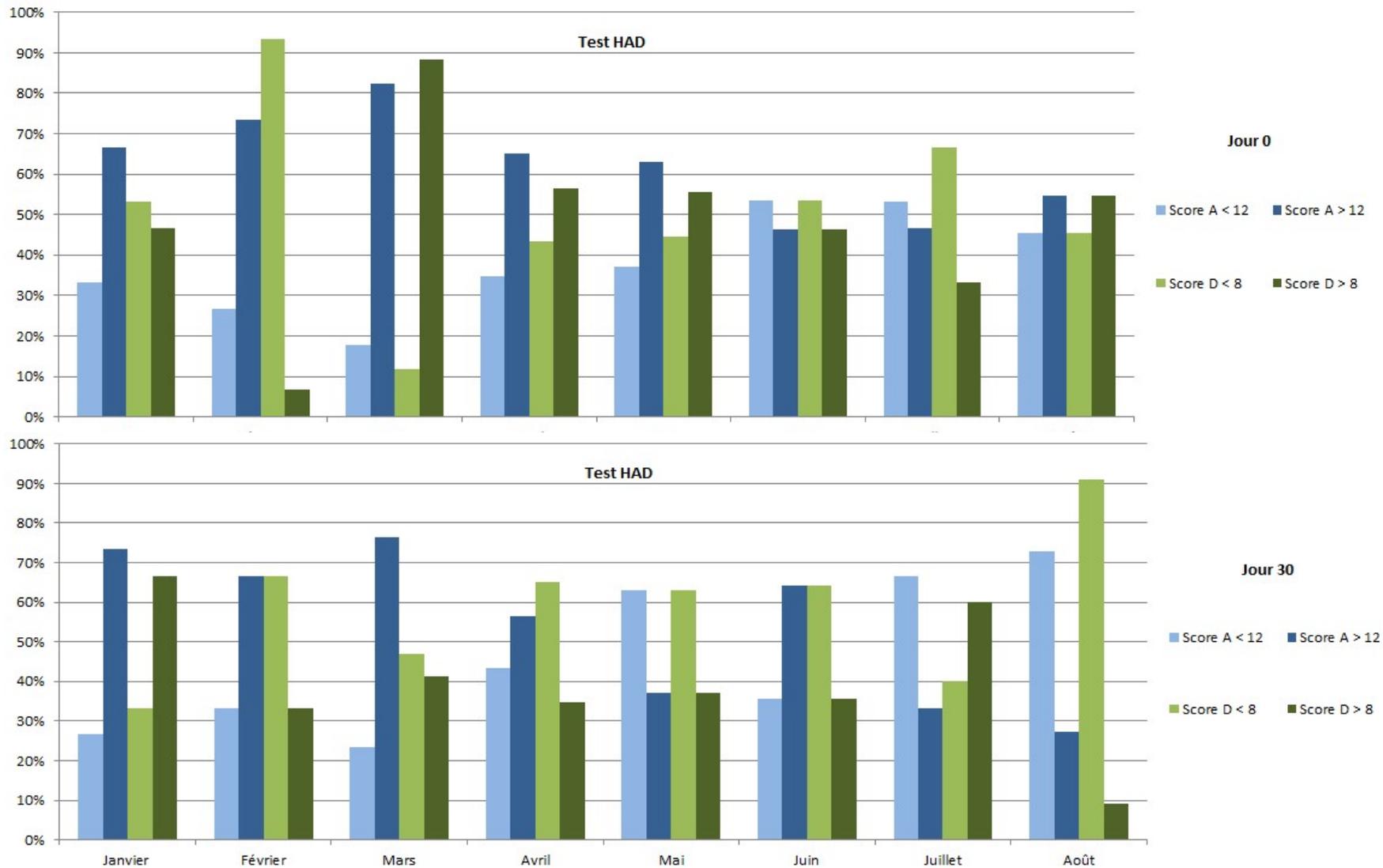
# Résultats Dépendance



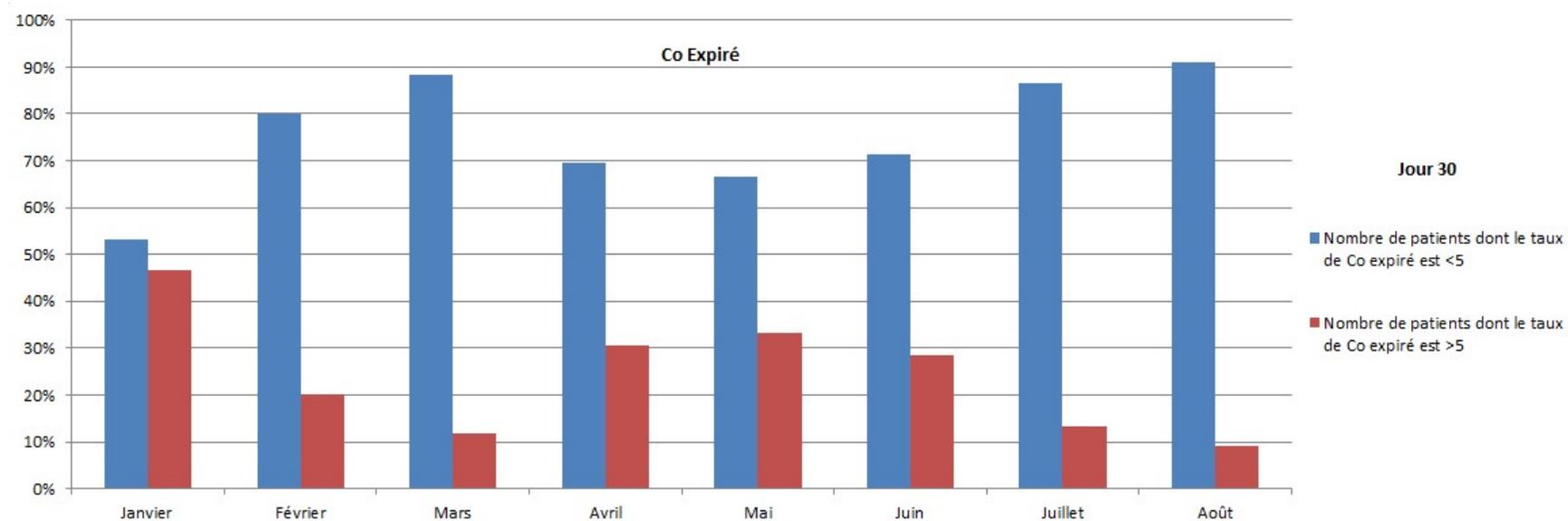
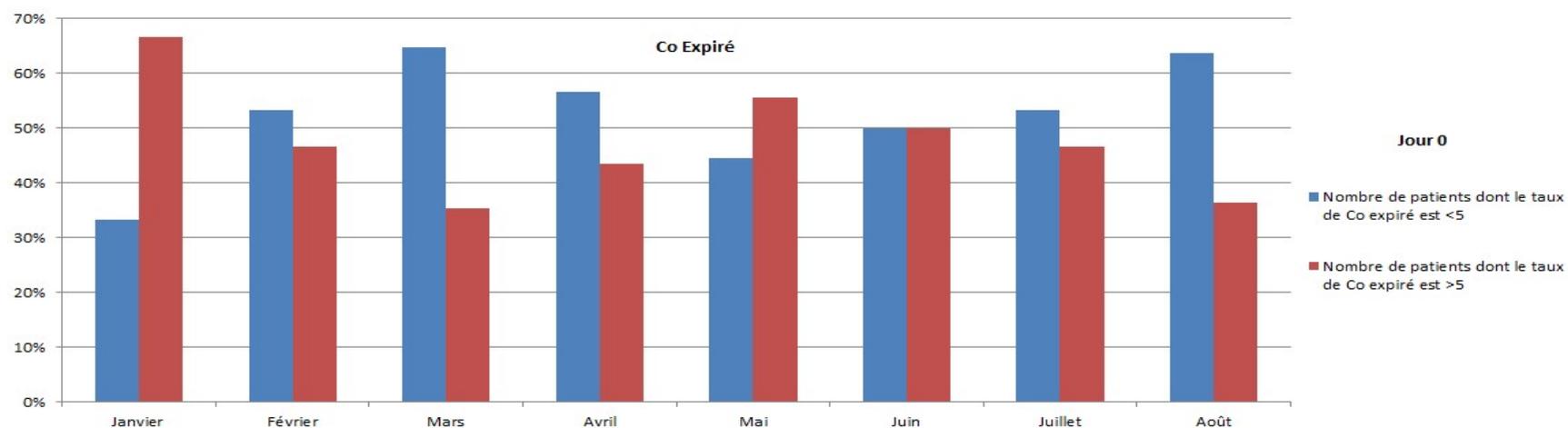
# Résultats motivation



# Résultats anxiété dépression



# Résultats Consommation tabac



## Discussion/consommation/dépendance

- Les patients admis ont souvent arrêté récemment de fumer :
  - le retentissement de leur pathologie.
  - en raison d'une hospitalisation récente (séjour en réanimation ou soins continus).
  - accompagner ces ex-fumeurs dans la démarche de maintenance du sevrage tabagique.
- . La validité du sevrage tabagique :
  - la mesure du Co expiré.
  - nombre de cigarettes /jour déclaré (à colliger sur le plan statistique).
- Notre population de fumeurs = patients très dépendants :
  - nombreux insuffisants respiratoires.
  - BPCO .
- .des Hard Cores Smokers:fumeurs:
  - d'âge supérieur ou égal à 26 ans.
  - consommation supérieure ou égale à 15 cig/jour.
  - tabagisme quotidien depuis 5 ans.
  - pas de tentative d'arrêt dans l'année précédente.
  - pas d'intention ni désir d'arrêt dans les 6 mois à venir.

# Discussion Motivation

- La motivation de nos patients avec la prise en charge était améliorée =l'impact favorable de l'aide au sevrage.
- L'existence d'un groupe témoin permettrait de mieux évaluer l'aide au sevrage.
- Notre population de fumeurs non motivés :
  - °fumeurs difficiles : fumeurs malades de leur tabagisme mais persistants à fumer avec une Consommation > 20cigarette/j et/ou Fargentrom > 7 associé à une pathologie psychiatrique.
  - °Les fumeurs difficiles présentent des TAD, Co consommation, SPA, une précarité.
- Fumeur BPCO à Perception d'une difficulté majeure a l'arrêt vs Fumeur (motivation).
- Le test de Lagrue et Legeron (QMAT) est validé / utilisation difficile/ remplacer par le Richmond.

# Discussion/anxiété/dépression

- **L'anxiété** stable.

L'hypothèse :l'impact de l'hospitalisation avec le réentraînement à l'effort permet de limiter l'anxiété.

Moyens: thérapeutiques anxiolytiques , le soutien psychologique (effectué par la psychologue les kinésithérapeutes, AS, IDE ou APA) , séances de relaxation.

sevrage = source d'angoisse, augmentation compensée par le reste de la prise en charge.

- **La dépression** améliorée .

Moyens: dépistage systématique par l'équipe de kinésithérapie pour la prise en charge en réhabilitation respiratoire.

.La mise en place d'une prise en charge médico-psychologique systématique: entretien, médicament, relaxation et activités (physique et occupationnelle) =favorable.

# Discussion/arret du tabac

- réduction = projet d'arrêt définitif.
- la durée des séjours( 4 à 6 semaines ) trop brève pour suivi efficace .
- le réseau local inexistant = projet principal :résoudre difficulté majeure.
- Il était essentiel de suivre la dépendance et la motivation à l'arrêt .
- Baisse du tabagisme de 20 à 34% +Amélioration en juillet et aout :  
Hypothèse: coordination systématique entre l'équipe paramédicale et tabac.

Moyens: conseil minimal d'arrêt +/-entretien motivationnel + les informations pour des correspondants relais + courrier de synthèse de la prise en charge d'aide au sevrage.

Projet:Le groupe de parole n'a pu être mis en place .

Les ateliers et consultation d'éducation thérapeutique sont à mettre en place.

# Conclusion

- La prise en charge mise en place a été efficace.
- Le suivi était réalisable.
- Des adaptations des recueils de données ont été mises en place:
  - Dossier INPES.
  - questionnaire usage du tabac intégré à la macro cible d'entrée des IDE.
- . Projet:
  - le recueil des données est à informatiser.
  - Il nous faudra isoler :
    - les femmes de notre population globale.
    - mieux dépister les Co addictions + les prendre en charge (alcool, cannabis, médicament).
  - La mesure de Marqueurs d'imprégnation à discuter:
    - Alcool: CDT.
    - Cannabis: cannabinoïdes (urines ).
  - confronter nos données à l'évolution pondérale.

# Conclusion/Projet

.Isoler le groupe de patient « le conseil minimal d'arrêt » // prise en charge maximale (psychologue, IDE, groupe de parole, substitut nicotinique).

.Certitude: Impossible d'imposer.

.Constat: organisation de l'équipe tabac =alliance avec l'équipe = efficacité du sevrage.

. la littérature ( sevrage BPCO pour une efficacité maximale):

- SN +intervention comportementale + hospitalisation.
- L'hospitalisation sevrage du fumeur BPCO augmente le succès .
- Associées médicaments d'aide à l'arrêt + les interventions comportementales.

.Projet: Former l'équipe de façon transversale : IDE, AS, cadre infirmier, technicien du sommeil et médecin . Moyens: cours sur l'e-cigarette, le sevrage du BPCO et conseils pratiques sur SN.

# Conclusion

°Le **projet principal** : création d'un réseau sevrage tabac la prise en charge des fumeurs sur l'ensemble des services de l'établissement + en externe via un projet de demande d'ouverture à l'HAS et la CPAM .

°Nécessité à créer un réseau de thérapie comportementale et cognitive (TCC) pour la maintenance et la prévention des rechutes.

°S'engager vers une approche thérapeutique individuelle, de groupe, familiale englobant d'autres professionnels.

°L'approche concomitante du sevrage tabac avec l'équipe d'éducation thérapeutique // réhabilitation respiratoire => aborder l'entrée dans une nouvelle vie avec de nouvelles compétences sans tabac (activités physiques, une nouvelle hygiène de vie... )



Remerciements:  
Dr Malécot  
Dr Arvers