Yannick Descharmes

KINESITHERAPIE

ET

SEVRAGE TABAGIQUE

Diplôme Inter Universitaire de Tabacologie

Université Claude Bernard Lyon I

2008

Introduction

On sait, grâce aux travaux d'USSHER notamment, que l'activité physique à des effet bénéfiques dans le processus de sevrage tabagique. Le problème restant, comment initier une activité physique durable comme facteur protecteur dans cette entreprise d'arrêt ? La kinésithérapie peut, grâce à certaines techniques, palier à ce problème.

Objectif de l'étude

Ainsi, ce mémoire a eu pour objectif d'évaluer l'impact de la kinésithérapie respiratoire exercée en libéral et plus particulièrement du réentraînement à l'effort et de l'utilisation du podomètre sur le processus d'aide à l'arrêt du tabac.

Méthode

Pour ce faire il a été mis à l'étude une prise en charge dérivée du réentraînement à l'effort du BPCO et utilisant le podomètre afin d'initier les patients à la pratique de l'activité physique comme rempart contre le tabac.

Résultats

Cette étude a comporté 9 patients réentrainés sur une durée de 6 mois dans un protocole digressif faisant peu à peu la place à l'auto prise en charge. Les

résultats montrent à 6 mois un taux d'abstinence de 44% et une augmentation de l'activité physique non chiffrée mais relatée par 66% de ces patients. Ce programme n'a pu être tester statistiquement du fait du faible nombre de patients inclus. Toutefois ce protocole est réalisable en cabinet de kinésithérapie libérale et remporte une large satisfaction auprès des patients pris en charge.

Conclusion

L'hypothèse de départ en donc validée, la kinésithérapie respiratoire à sa place dans le sevrage tabagique, mais elle doit encore être évaluée sur une plus grande échelle de patients pour pourvoir diffuser cette prise en charge.

SOMMAIRE

INTRODUCTION P6

PREMIERE PARTIE : ACTIVITE PHYSIQUE ET TABAC P7

1 LE SPORT, NOUVEL ALLIE CONTRE LE TABAC

1.1 SPORT,TABAC ET SANTE PUBLIQUE

1.2 APS ET TABAC DANS TABAC ET LIBERTE

2 SEVRAGE TABAGIQUE ET APS

P9

2.1 CE QUI NE MARCHE PAS

2.2 CE QUI MARCHE

P10

2.1 La durée

2.2 La modalité

2.3 L'intensité

P11

2.3 APS ET PODOMETRE, UNE AFFAIRE DE MOTIVATION

P12

2.3.1 Qu'est-ce qu'un podomètre?

2.3.2 Le podomètre est-il fiable?

2.3.3 Pourquoi utiliser un podomètre ?

3 SEVRAGE TABAGIQUE ET REENTRAINEMENT A L'EFFORT

P13

3.1 LA REHABILITATION RESPIRATOIRE

3.2 LE REENTRAINEMENT A L'EFFORT

P14

4 CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

P15

SECONDE PARTIE : LA PRISE EN CHARGE

P16

1 DISCUSSION DES DIVERS PARAMETRES DU PROTOCOLE

P17

1.1 LE TEMPS

1.1.1Le protocole

1.1.2 La séance

1.1.3 La digression

1.2 LE CONTENU

1.2.1 L'endurance

1.2.2 Le travail musculaire

1.2.3 La relaxation de fin de séance

P18

1.2.4 La boite à outil

1.3 LA PRESCRIPTION D'APS

1.4 LE TRAVAIL DE GROUPE

P19

1.5 LE PODOMETRE

2 LE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE

P20

2.1 LA SEANCE TYPE

2.2 RHYTMICITE

2.3 EVALUATION

P21

2.3.1 Les outils d'évaluations

2.3.1.1 Evaluation du patient

2.3.1.2 Evaluation du protocole

P22

2.3.2 Limites de l'évaluation

2.3.3 Chronologie de l'évaluation

2.3.3.1 A la première séance :

2.3.3.2 Toutes les séances *P23*

2.3.3.3 Tous les mois

2.3.3.4 En fin de prise en charge

2.4 POPULATION INCLUSE

3 CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE

P24

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

P25

1 LA POPULATION

1.1 GENERALITES

1.2 FREINS ET MOTIVATIONS

1.3 CODEPENDANCES ET PATHOLOGIES ASSOCIEES

1.4 LES TESTS

P26

1.5 LA SUBSTITUTION

2 EVOLUTION DES CRITERES

2.1LES EVALUATIONS VISUELLES ANALOGIQUES

2.2 LE TEST HAD

2.3 LA MESURE DE L'APS

P27

2.4 LES RECHUTES ET ARRETS DE PROGRAMME

2.5 LE POIDS

2.6 LE TCQ

P28

2.7 EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE

2.7.1 Impact du programme et satisfaction des patients

2.7.2 Evaluation de la prise en charge elle-même

2.7.3 Le podomètre et l'APS

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

P30

1 ANALYSE DES RESULTATS

2 LA PRISE EN CHARGE VUE PAR DES PATIENTS

P31

3 CE QUI VA ETRE CHANGE

P32

4 EVALUATION DE L'HYPOTHESE DE DEPART

P33

4.1 LE NOMBRE D'ARRET A 6 MOIS

4.2 LA QUANTITE D'APS A 6 MOIS

4.3 LA SATISFACTION DES PATIENTS

4.4 DU POINT DE VUE DU KINESITHERAPEUTE

P34

4.5 VALIDATION DE L'HYPOTHESE GENERALE

CONCLUSION

P35

ANNEXES P36

BIBLIOGRAPHIE P49

INTRODUCTION

L'objet de ce travail est d'explorer la place que peut prendre le kinésithérapeute, libéral de surcroît, dans l'aide au sevrage de la personne tabagique.

Assis, lors d'un cours du DIU de Tabacologie, au beau milieu, de médecins, sages-femmes, psychologues ou autres infirmiers(es) , je me suis retrouvé à me poser cette question existentielle : Que viens-je faire ici en tant que Masseur-kinésithérapeute ?, question que certains ont du se poser à mon sujet en apprenant

ma profession. Il est vrai que chacune des professions présentes occupait une place naturelle et reconnue au sein de l'aide au sevrage tabagique. Des lors je sus quel serait mon sujet de mémoire : Le rôle du kinésithérapeute dans ce processus de sevrage tabagique.

Avant de chercher quelle place vais-je pouvoir occuper, présentons tout d'abord quel type de kinésithérapie je pratique. Je suis donc masseur kinésithérapeute spécialisé en kinésithérapie respiratoire installé en libéral. Structure privée où j'exerce sur prescription auprès d'un public parfois, voire, souvent victime du tabagisme. Parmi ces victimes il y a les patients atteints de Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) avec lesquels nous pratiquons le réentraînement à l'effort.

C'est précisément à l'aide de ce réentraînement à l'effort que je vais essayer de démontrer ou du moins de présenter une certaine place de la kinésithérapie dans l'aide au sevrage tabagique.

PREMIERE PARTIE ACTIVITE PHYSIQUE ET TABAC

1 LE SPORT, NOUVEL ALLIE CONTRE LE TABAC

1.1 SPORT, TABAC ET SANTE PUBLIQUE

La journée mondiale sans tabac 2002 a eu pour thème l'alliance thérapeutique entre l'activité physique et sportive (APS) et l'action contre le tabac (1).

Il y est clairement exprimé que le sport est un outil essentiel pour lutter contre le tabagisme ceci à travers trois axes :

- Le sport pour se motiver à arrêter
- Le sport pour ne pas rechuter
- Le sport pour ne pas prendre de poids

Cette journée mondiale a pour mérite de poser clairement le sport comme rempart contre le tabagisme, plus récemment on retrouve cette problématique au premier plan puisqu'elle est abordé dans l'éditorial de la revue tabac et liberté de ce début d'année 2008.

1.2 APS ET TABAC DANS TABAC ET LIBERTE (2)

Gilbert Lagrue, après un bref rappel des conséquences du tabac sur l'aptitude à l'effort physique, met le doigt sur quelques points importants.

L'APS doit toujours être recommandée au sujet souhaitant s'arrêter de fumer, ces conseils étant mieux suivi après 40 ans et surtout pour une APS en endurance. Compte tenu des différents aspects de la dépendance tabagique, physiologique, psychologique, et comportemental, l'APS a le mérite d'agir sur toutes. Mais ce qui m'a semblé le plus important c'est que l'APS, en tant qu'aide au sevrage tabagique, permet d'introduire une notion fondamentale tant dans la psychologie de l'être humain que dans celle du tabagique : le plaisir.

En effet, l'APS procure du plaisir, ainsi le sevrage tabagique peut (doit) procurer du plaisir (notion que je développerai volontiers dans ce mémoire). Mais Gilbert Lagrue souligne que dans la pratique cela se heurte à des difficultés de deux ordres :

- Lié au patient peu enthousiaste lorsque cela lui est proposé.
- Lié aux consultations de tabacologie qui n'ont pas les structures pour **initier un entraînement progressif** à l'effort réalisé sur le modèle des centres de réadaptation cardiaque (réentraînement à l'effort).

Il ne suffit donc pas de dire « ne fumez plus, mangez moins, faites du sport » mais bien d'inciter à la pratique des APS à l'aide de techniques basées sur la

psychologie cognitivo-comportementale. Et Gilbert Lagrue de conclure par un proverbe chinois :

« Savoir sans agir, ce n'est pas savoir ».

Ainsi l'APS érigée comme rempart contre le tabagisme semble constituer un bon outil mais rencontre quelques problèmes. Ces difficultés sont principalement dues au manque de motivation des personnes (on peut les comprendre) et au manque de structures pour initier ces APS.

2 SEVRAGE TABAGIQUE ET APS

J'ai examiné les résultats de douze études, dont deux meta-analyses, concernant les bénéfices des APS sur le sevrage tabagique. Le premier constat est que cela marche effectivement mais reste à savoir comment. Ainsi, on retrouve différentes modalités de prescription et de pratique de l'exercice physique que l'on peut classer en trois paramètres : la durée, la modalité, l'intensité.

Les objectifs de ces études :

Montrer si L'APS sous différentes formes peut diminuer les symptômes liés à l'arrêt du tabac et prévenir la rechute. Les paramètres observés sont :

- L'envie de fumer
- Le gain de poids
- Le stress
- Les symptômes de manque
- Le maintien de l'activité physique

2.1 CE QUI NE MARCHE PAS

Le simple fait de conseiller une activité physique ne suffit pas à diminuer les symptômes dus à l'arrêt du tabac à long terme (3). Effectivement les études montrent un net bénéfice à 6-7 semaines mais pas à 12 mois (4,5), ce qui peut déjà souligner le fait de trouver un moyen d'augmenter le suivi. La pratique seule des APS ne suffit pas non plus, une étude menée sur APS seule versus aide au sevrage tabagique conventionnel (substituts nicotinique notamment) ne montre pas de bénéfice supplémentaire du premier mode (3).

2.2 CE QUI MARCHE

2..2.1 La durée

La meta-analyse (12 études) de Taylor et Ussher nous indique que de très courtes durées d'exercice (10 min) peuvent induire une diminution des symptômes de sevrage jusqu'à 50 minutes après l'exercice et 10 min pour l'envie de fumer (6). Une autre étude d'Ussher relate des bénéfices similaires pour une durée d'exercice de 5 minutes (7).

Il semblerait ainsi que la durée influe surtout en fonction de la situation (7). En effet, une durée courte d'exercice conviendrait à un besoin aigü de faire passer

les symptômes d'envie de fumer ou de manque (7,8), les exercices plus longs ayant des bénéfices plus à long terme.

En résumé les études ont montré des bénéfices sur les conséquences de l'arrêt du tabac pour des durées allant de 5 minutes à 30 minutes d'exercice, ceci variant en fonction de la modalité de l'exercice comme nous allons le voir.

2.2 .2 La modalité

On retrouve trois façons de faire pratiquer de l'exercice physique dans ces publications : Le vélo, la marche et le travail musculaire statique.

- Le travail sur cycloergomètre, en endurance, a montré de nets bénéfices mais il semble que cela soit plus difficile à mettre en place, l'effort endurant aérobie étant peu pratique (7)

- La marche a été très étudiée et on observe de net progrès pour des durées assez courtes à savoir 15 minutes ceci à faible intensité, Ussher ayant étudié les effets d'une marche sur un Mile (9). L'avantage est qu'elle peut se pratiquer en auto prise en charge

- L'exercice statique : Afin de savoir pour quelle intensité minimale on peut obtenir des effets bénéfiques, Ussher à démontré qu'un simple exercice de contraction statique des muscles (se joindre les mains en contractant les membres supérieurs) pouvait amener une baisse immédiate de l'envie de fumer et cela jusqu'à 20 minutes (7).

2..2.3 L'intensité

Comme nous l'avons vu précédemment, il suffit de peu d'intensité pour obtenir des effets positifs. Taylor nous indique que, sur cylcoergomètre, on obtient des résultats pour une intensité d'effort égale à 24% de la fréquence cardiaque de réserve (Fréquence Cardiaque de réserve= FC max- FC Repos) (6). On obtient des résultats positifs pour une intensité à 60-85% de FC de réserve et pour un travail statique (6). Toutefois le travail à intensité légère semble avoir une meilleure pertinence selon Daniel (10)

En revanche une intensité trop soutenue pour des personnes sédentaires peut être une cause d'échec comme le montre cette étude de Bock réalisée à 80% de la capacité aérobie maximale où l'on observe en fait une intensité réelle développée à 56% donc sans pouvoir atteindre l'objectif (11).

Pour résumer il semblerait que ce qui importe c'est l'objectif que l'on souhaite atteindre grâce à ces APS, chaque paramètre ayant des avantages et des inconvénients.

Toutefois les résultats de ces études sont à modérer car il n'existe pas encore suffisamment d'essais pour déterminer les contours précis d'une telle prise en charge comme le laisse à penser deux revues d'articles d'Ussher réalisées en 2000 et 2005 (12,13)

Pour finir notons qu'Ussher a conduit une étude et donné des résultats similaires (14) dans le sevrage alcoolique, avec une baisse de l'envie de consommer, ce qui intéressant dans la perspective des poly-addictions.

2.3 APS ET PODOMETRE UNE AFFAIRE DE MOTIVATION

2.3.1 Qu'est-ce qu'un podomètre?

Le podomètre est un appareil servant à compter les pas et est très intéressant par sa simplicité d'utilisation et son prix très abordable. Il nous fourni trois données, le nombre de pas, le nombre de mètres parcourus et la dépense calorique (paramètre plus aléatoire).

2.3.2 Le podomètre est-il fiable?

Le podomètre est un appareil fiable (15). Il présente en effet une marge d'erreur de l'ordre de 1 % (16). Les résultats obtenus constituent un meilleur indice de la pratique d'activité physique qu'un journal de bord ou que les réponses à un questionnaire sur les activités quotidiennes (16).

Une revue de 25 articles parus depuis 1980 et portant sur la fiabilité du podomètre, a été publiée en 2002 dans la revue Sports Medicine (17).

2.3.3 Pourquoi utiliser un podomètre ?

Le podomètre permet de prescrire un type de marche personnalisé, d'obtenir une rétroaction immédiate et de constater les améliorations. La rétroaction est perçue comme une grande source de motivation par l'utilisateur, qui peut ainsi modifier à la hausse son objectif de départ (15).

Cette approche est intéressante en tabacologie car elle nous fournit une structure, un outil, qui est non seulement donné à la personne mais bien encadré et surtout validé scientifiquement.

3 SEVRAGE TABAGIQUE ET REENTRAINEMENT A L'EFFORT

Définissons tout d'abord ce qu'est la réhabilitation respiratoire avant d'aborder le réentraînement à l'effort.

3.1 LA REHABILITATION RESPIRATOIRE

Selon la définition récente de la Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF) , « La réhabilitation respiratoire est un ensemble de soins personnalisés, dispensé au patient atteint d'une maladie respiratoire chronique, par une équipe transdisciplinaire (médecins pneumologue, cardiologue, infirmiers, technicien de laboratoire, pharmacien, diététiciens, psychologues, masseur-kinésithérapeute et professeur d'activité physique adaptée). Elle a pour objectif de réduire les symptômes, d'optimiser les conditions physiques et psychosociales, de diminuer les coûts de santé par une stabilisation des manifestations systémiques de la maladie » (SPLF 2005,16).

Les objectifs prioritaires sont donc d'influer à la fois sur les déficiences (altération physique) et les désavantages (la dyspnée) afin de minimiser le handicap (claustration, sédentarité) (16). Rappelons que le tabac est le facteur principal de cette évolution ver le handicap puisqu'il est le principal responsable de la BPCO. On parle alors d'altération de la qualité de vie et donc de la façon dont on va pouvoir donner au patient les moyens d'améliorer celle-ci.

Cette réhabilitation à l'effort comporte ainsi différents points

- L'optimisation du traitement médical
- Le réentraînement à l'effort,
- Le sevrage tabagique,
- L'enseignement thérapeutique,
- La kinésithérapie,
- Le diététique,
- Le support psychologique et social

3.2 LE REENTRAINEMENT A L'EFFORT

Il fait appel à des techniques proches de l'entraînement sportif : intervall-training », travail au seuil ventilatoire. Il est basé sur la reprise progressive et surveillée d'une activité physique sollicitant les mécanismes d'adaptation cardio-respiratoires à l'effort. Le réentraînement à l'effort regroupe l'ensemble des techniques et des stratégies qui permettent à l'individu d'améliorer ses performances fonctionnelles. (17)

Ce protocole est celui actuellement pratiqué au sein de mon cabinet et réalisé selon les recommandations de la Société de pneumologie en langue française. C'est la base, à partir de laquelle je vais partir, pour construire une aide possible au sevrage tabagique en kinésithérapie respiratoire. Il se déroule en 24 séances bihebdomadaires.

1ère partie : Endurance.

- 35 min de pédalage sur cycloergomètre à charge constante (25min sur tapis de marche). Effort calé sur la fréquence cardiaque cible correspondant à une dyspnée de 3-4 à l'échelle de BORG (annexe 1).
- Surveillance : Fréquence cardiaque, SaO2, Dyspnée, Douleur, Fatigue par échelle de BORG.

2nde partie : Musculation

- Réhabilitation gymnique de 30 min

Travail de tous le groupes musculaires avec alternance de gestes à visée musculaire et visée ventilatoire. Travail de relaxation en fin de séance

Ce travail global va permettre au patient de faire reculer son seuil d'essoufflement, et donc de faire des efforts plus importants avant de se sentir essoufflé et de ce fait retrouver une qualité de vie.

4 CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Au vu de tous ces travaux je me donne pour objectif dans ce mémoire d'intégrer tous ces éléments dans un protocole de prise en charge kinésithérapique libéral. Ce protocole sera basé sur l'adaptation d'un réentraînement à l'effort à la problématique du sevrage tabagique. L'objectif est ainsi de constituer une rampe de lancement vers une pratique des APS comme rempart comme les conséquences de l'arrêt du tabac mais aussi que de poser l'APS comme source de plaisir compensatoire à l'arrêt du tabac. Je vais à l'aide de ce qui à prouvé son efficacité tenter d'établir une prise en charge kinésithérapique standardisée transmissible à des confrères intéressés par la tabacologie.

L'hypothèse ainsi posée est :

La kinésithérapie respiratoire libérale a-t-elle sa place dans le processus de sevrage tabagique ?

SECONDE PARTIE : LE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE

Avant d'énoncer un protocole il est utile de commenter ce qui m'amener à choisir tel ou tel paramètre dans la conception de celui-ci.

Considérons que l'arrêt du tabac et le risque de rechute s'organisent selon les trois dépendances psychologique, physique et comportementale pour aborder les effets recherchés.

D'un point de vue physique cette prise en charge veillera à considérer le syndrome de manque, le souffle, le poids, le schéma corporel ainsi que le plaisir d'effectuer une activité physique ou tout du moins de retrouver le plaisir de s'en sentir capable.

Concernant l'aspect psychologique, on peut bien évidemment considérer la notion de plaisir cette fois-ci plus psychique, la convivialité mais aussi le travail sur l'ennui le stress l'anxiété et le sentiment d'efficacité personnel dont une de mes collègue a pu démontrer l'importance dans la lutte contre le craving et dont l'APS faire la part belle.

D'un point de vue comportemental l'activité physique vise à substituer le comportement tabac mais aussi à aider à opérer le changement de groupe d'appartenance « de fumeur » au groupe non fumeur. La rééducation de groupe aura cet objectif

Tout ces paramètres non exhaustifs mais principaux sont basés sur un seul et même principe : le transfert de compétences dixit lao Tseu

« Si tu donnes un poisson à un homme, il mangera un jour.

Si tu lui apprends à pêcher, il mangera toujours »

1 DISCUSSION DES DIVERS PARAMETRES DU PROTOCOLE

1.1 LE TEMPS

1.1.1 Le protocole

La durée totale de prise en charge est fixée à 6 mois car si l'on prend l'activité physique comme un nouveau comportement, en remplacement du comportement tabac, c'est le temps nécessaire pour l'initier, l'apprendre et enfin le pérenniser.

1.1.2 La séance

Je me suis basé sur la durée d'une séance de réentraînement à l'effort c'est-à-dire 1h15. D'une part car cela a prouvé son efficacité chez les BPCO et d'autre part cela permet d'insérer cette nouvelle activité dans le carnet de rendez-vous du

kinésithérapeute et ceci sans être trop chronophage dans celui du patient (faisable entre midi et deux)

1.1.3 La digression

Plus le temps passe et plus les séances s'estomperont au profit d'une activité physique autonome on retrouve une nouvelle fois le transfert de compétence (voir ci-dessous avec le podomètre)

1.2 LE CONTENU

1.2.1 L'endurance

Le travail en endurance permet d'améliorer les capacités physiques, le bien être et toutes les vertus des APS sans effort conséquent puisque ces patients travailleront sur cycloergometre pendant 35 minutes à un essoufflement modéré (3 sur une échelle de BORG modifiée, voir annexe). C'est ce qui est recommandé chez la BPCO mais aussi par les travaux d'USSHER.

1.2.2 Le travail musculaire

La musculation de tous les groupes musculaires n'a pas pour but d'augmenter la masse mais plutôt d'améliorer la qualité, la tonicité musculaire et la perception du schéma corporel. Ce travail s'effectuera pendant 30 minutes d'une manière ludique, dynamique et conviviale.

1.2.3 La relaxation de fin de séance

Si les personnes le souhaitent (tout le monde n'accroche pas sur la relaxation) je leur apprendrai et leur ferai pratiquer quelques exercices de sophrologie (basique) destinés à mieux gérer leur stress, à améliorer la détente ou bien encore à lutter conter l'envie de fumer.

1.2.4 La boite à outils

Je classe dans cette boite, les outils que l'on peut donner à la personne pour gérer des situations difficiles liées au manque de la cigarette. C'est le fruit de formations diverses et d'expériences professionnelles donc non prouvées mais assez appréciées des patients BPCO. On retrouve, en cas de difficultés (envie de fumer, anxiété, émotion fortes…) :

- Manger une pomme
- Boire un verre d'eau (En dix gorgées)
- La tension détente : Comme l'a prouvé USSHER un exercice physique statique court aide à limiter le craving. En sophrologie nous avons un outil appelé « tension détente ». Cet exercice consiste à contracter d'une manière la plus totale tous les muscles du corps sur une apnée aussi longue que possible suivi d'un relâchement rapide sur une expiration forte et totale.
- La respiration abdominale : Expirer vider l'énergie « négative » inspirer remplir d'énergie positive.
- Exercice « Assis-debout » : S'asseoir et se lever 10 fois. 5 fois en soufflant et vidant une pensée négative, puis 5 fois en inspirant bien et faisant entrer 5 pensées positives.

- Prendre le podomètre et faire 200 pas (5minutes d'exercices)

1.3 LA PRESCRIPTION D'APS

La prescription d'activité physique est destinée à remplacer une ou plusieurs séances ratées afin de ne pas interrompre le cycle d'initiation du nouveau comportement. Cela consiste à donner des consignes pour autant de séances manquées, de telle sorte que la personne effectue la même dose d'APS en termes de sensation et non en quantité. Par exemple une personne ne pouvant venir le midi sera invitée à aller marcher le soir jusqu'à ce qu'elle ait eu « sa dose ». La notion de dose étant importante mais cette fois ci c'est une dose de plaisir et non de nicotine.

1.4 LE TRAVAIL DE GROUPE

Les bénéfices du travail de groupe n'est plus à démontrer ainsi les séances se feront en petit groupes de 3 ou 4 personnes. J'essaierai d'animer ces groupes pour faire avancer la problématique des uns grâce à celle des autres (sans faire de thérapie de groupe). Puisque j'en aurai le temps j'essaierai d'apporter, comme on le ferait en éducation thérapeutique sur la BCPO ou l'asthme, un contenu théorique sur le tabac et tout ce qui s'y rapporte. Mais, ceci ne faisant pas l'objet du mémoire je n'ai pas protocolisé le contenu, on y trouvera ce que j'ai appris lors du DIU (la nicotine, la dépendance, le poids….)

1.5 LE PODOMETRE

Comme ont pu le démontrer les études, le podomètre est un formidable outil de motivation et de transfert de compétence. Ainsi au fur et à mesure que les séances s'espaceront j'utiliserai le podomètre pour inciter la personne à pratiquer l'APS dans sa vie quotidienne ceci d'une manière objectivable (prescription chiffrée d'APS, tant de pas, tant de durée). Je fournirai alors une petite carte sur laquelle la personne notera le nombre de pas effectués (voir annexe 2).

Ainsi cet objet est à lui seul un objet transitionnel entre le tabacologue et son patient. On prend alors un comportement « faire le tour du parc » et l'on cherche comment l'instaurer d'une manière régulière et d'en faire ressortir les bénéfices (valorisation des chiffres) afin de le pérenniser. La difficulté de motiver les patients à l'APS, se trouve dans le fait que les bénéfices de l'activité physique sont bien souvent longs à se faire sentir et surtout l'on manque de moyens pour la valoriser. Le but est donc d'inciter à l'APS grâce au podomètre en donnant des objectifs chiffrés et en insistant sur le plaisir, le cadre, la sensation corporelle et psychique, le souffle retrouvé et plus encore.

Ceci va permettre de motiver le patient mais aussi de lui faire prendre conscience à court terme des bénéfices de l'arrêt du tabac car dans un premier temps les bénéfices de l'arrêt ne sont pas évidents et souvent supplantés par

l'inconvénient du manque. Plus le sevrage est vécu avec plaisir plus il aura de chance de durer.

Ce podomètre n'est pas la réelle finalité de ce travail, c'est-à-dire que l'important n'est pas que la personne l'utilise mais qu'à la fin de la pris en charge la personne pratique une activité physique régulière grâce à lui. Ce qui la protégera de la reprise du tabac, mais aussi de tous les facteurs de reprise, notamment le poids, tout en faisant grandir son sentiment d'efficacité personnel. Se sentir capable de refaire du sport influe indubitablement sur se sentir capable de ne plus fumer, c'est du moins le postulat de cette prise en charge ou l'hédonisme prend sa place.

2 LE PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE

2.1 LA SEANCE TYPE

- 35 Minutes de cycloergometre en endurance
- 30 Minutes de travail musculaire et respiratoire
- Echange et discussion au cours de la séance

2.2 RHYTMICITE

- *Premier mois* : 2 séances de réentraînement à l'effort par semaine
- *Second mois* : 1 séance de RE par semaine + podomètre

- *Troisième mois* : 1 séance de RE tout les 15J + podomètre
- *Quatrième mois* : 1 séance de RE + podomètre
- *Cinquième et sixième mois :* appel téléphonique.

2.3 EVALUATION

2.3.1 Les outils d'évaluations

2.3.1.1 Evaluation du patient

Ces premiers outils sont destinés à évaluer au plus près la situation des patients par rapport à leur arrêt du tabac et par rapport à la prise en charge. Ainsi il est important d'évaluer la motivation à l'arrêt ainsi que la motivation à l'activité physique, le QMAT et la balance motivationnelle seront utilisés pour évaluer cela.

Concernant l'évolution des signes du sevrage tabagique j'ai choisi les Tests HAD et le TCQ l'un prenant en compte avec une assez grande sensibilité l'état anxieux et dépressif, le second prenant en compte le « craving », la compulsion à fumer.

Enfin j'utiliserai également trois échelles visuelles analogiques. Ces échelles représentent la perception propre du patient à un instant T. Ce sont des valeurs quantitatives et subjectives.

Les échelles de 10 cm évalueront (voir annexe 2) :

- **Le bien être** : Concept qui confine à la santé, au plaisir, à la réalisation de soi.
- **L'envie de fumer** : La façon dont le patient aura conscience de sont envie de fumer
- **La détente** : Le but étant d'évaluer un ressenti plutôt physique.

L'EVA sert d'évaluation pour le kinésithérapeute mais aussi d'autoévaluation pour le patient. Toujours dans l'objectif du transfert de compétence, le patient doit apprendre à s'auto-évaluer pour ensuite agir et gérer.

L'évaluation de l'activité physique se fera à l'aide d'une petite carte sur laquelle les patients pourront noter le nombre de pas effectués (voir annexe 3).

Au bout du premier mois, lorsque le podomètre sera utilisé, je demanderai au patient tout d'abord de le porter une semaine entière afin d'évaluer le niveau APS pratiqué normalement. Puis en fonction de cela je prescrirai un type de marche. Soit le niveau de base est insuffisant, alors je lui conseille de le porter de la journée jusqu'à effectuer 8000 pas minimum voir 10000. Si le niveau de base est suffisant je conseillerai plutôt d'effectuer une marche d'une demi heure une a deux fois par semaine, elle-même chiffrée.

Concernant ces tests : outre le fait d'observer comment la prise en charge peut les faire varier, il sera important de tester leur intérêt et leur faisabilité pour le kinésithérapeute.

2.3.1.2 Evaluation du protocole

Comme j'ai pu le préciser plus haut, les divers éléments du protocole ont été prouvés par d'autres auteurs et de ce fait n'ont plus à l'être. En revanche ce que je cherche à évaluer c'est la qualité et la faisabilité de la prise en charge libérale en kinésithérapie. Ainsi, l'avis des patients et le taux d'abstinence à la cigarette viendront confirmer ou non l'hypothèse posée précédemment. Pour évaluer cela j'ai réalisé un questionnaire envoyé, à la fin de la prise en charge, par courrier aux différents patients (voir annexe 4). Dans ce questionnaire on retrouve tous les objectifs à savoir :

- L'abstinence
- La prise poids
- La satisfaction des patients
- L'impact sur l'arrêt du tabac
- L'impact sur les reprises
- L'impact sur la pratique de l'activité physique
- Les différents critères du protocole (temps, intensité, le podomètre)

En somme, tout ce qui aidera à améliorer la prise en charge

2.3.2 Limites de l'évaluation

Les limites de l'évaluation se trouve dans le fait que cette prise en charge est une première mouture et donc évidemment perfectible. Ces résultats sont plus destinés à perfectionner ce protocole, en attendant de tester statistiquement celui-ci dans le futur.

2.3.3 Chronologie de l'évaluation

2.3.3.1 A la première séance :

- HAD
- BALANCE MOTIVATIONELLE
- QMAT
- FAGERSTROM

2.3.3.2 Toutes les séances

- Abstinence tabagique
- Activité physique et podomètre
- EVA Bien être
- EVA Envie de fumer
- EVA Détente.

2.3.3.3 Tous les mois

- Le TCQ
- l'HAD

2.3.3.4 En fin de prise en charge

- Questionnaire d'évaluation du protocole donné au patient.

2.4 POPULATION INCLUSE

Toute personne en phase d'arrêt ayant une motivation à l'activité physique suffisante pour aborder ce travail. Après avoir rencontré les quatre tabacologues sur la région de Bourg en Bresse et leur avoir présenté le projet nous avons convenu que les patients me seront adressés après une première consultation de tabacologie. Les rendez-vous avec le tabacologue seront ensuite concomitants de la prise en charge. En effet, la kinésithérapie n'a pas pour but de se substituer à une prise en charge tabacologique mais plutôt un complément capable de pérenniser et d'optimiser les résultats obtenus avec le tabacologue.

3 CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE

Cette prise en charge, destinée à démontrer l'hypothèse de départ, aura comme critères de succès :

- Le nombre d'arrêt à 6 mois
- La quantité d'activité physique réalisée à 6 mois

- La satisfaction des patients
- La faisabilité du protocole du point de vue du kinésithérapeute.

TROISIEME PARTIE RESULTATS

1 LA POPULATION

1.1 GENERALITES

La population de patients recueillie comporte 9 patients dont une large part de femmes (6/9). La moyenne d'age se situe autour de 43 ans (écart type, ET, à 7,5).

Concernant l'histoire tabagique de ces patients on retrouve un début du tabagisme moyen à 16 ans, une consommation moyenne de 18 cigarettes, pour un nombre de paquet année moyen de 22 PA et une moyenne située entre 2 et 3 tentatives d'arrêt.

1.2 FREINS ET MOTIVATIONS

D'un point de vue motivationnel, comme nous l'indiquent les diagrammes 1 et 2, on remarque que la première motivation est la santé et que le premier frein est la peur de la prise de poids. En deuxième rang derrière le poids on retrouve la notion de plaisir perdu avec l'arrêt du tabac.

1.3 CODEPENDANCES ET PATHOLOGIES ASSOCIEES

Deux patients comportent des coaddictions l'un à l'alcool mais dénié (information recueillie auprès du médecin) et un second à tendance boulimique. Peu de patients ont des traitements associés, on retrouve un BPCO traité par bronchodilatateur de longue durée ainsi que deux patients traités par antidépresseurs.

1.4 LES TESTS

Le Test HAD montre une tendance à l'anxiété des personnes prises en charge puisque l'on retrouve 8,7 pour l'anxiété (écart type à 2,7). En revanche l'aspect dépressif reste modéré avec un score de 6,3 (écart type à 3,2).

Les patients comportent une bonne motivation à l'arrêt comme le montre le QMAT à 16/20 (ET à 4,58).

La dépendance tabagique est moyenne puisque le test de Fagerström s'élève à 5,66 (ET 1,5)

1.5 LA SUBSTITUTION

Chez ces 9 patients on retrouve tout les traitements substitutifs ou presque, voir diagramme 3.

2 EVOLUTION DES CRITERES

2.1 LES EVALUATIONS VISUELLES ANALOGIQUES

On note une continuelle baisse des valeurs moyennes des EVA détente bien-être et envie de fumer (Diagramme 4). Toutefois on peut remarquer une remontée des valeurs après 60 jours de prise en charge. Ces valeurs ont surtout été importantes en temps réel et ont permis aux patients d'exprimer et de matérialiser l'état de tension ainsi que leur envie de fumer afin d'en discuter en séance.

2.2 LE TEST HAD

Les résultats du test HAD sont assez contradictoires puisque le score d'anxiété baisse sur 120 jours tandis que le score de dépression lui monte (Diagramme 5). On remarque donc que l'évolution des deux scores n'est pas corrélée.

Le score de Dépression monte certes mais la différence n'est pas franche. Le score d'anxiété, lui, descend plus nettement et ceci même en isolant les non

fumeurs puisqu'il passe de 8.7 à 5 pour la totalité et de 8.5 à 3.6 chez les abstinents (Diagramme 6).

2.3 LA MESURE DE L'APS

Initialement l'activité physique devait être mesurée grâce au podomètre, malheureusement cette mesure est un échec. En effet, les patients ont bien utilisé le podomètre en revanche deux seulement ont noté le nombre de pas réalisés sur la carte prévue à cet effet. Il ne m'est ainsi pas possible de quantifier l'augmentation de l'activité physique d'une manière chiffrée comme prévue initialement.

2.4 LES RECHUTES ET ARRETS DE PROGRAMME

Sur les 9 personnes une a arrêté le programme peu après le début, une autre n'est pas venue au 6ème mois (rechute), les autres ont continué jusqu'au terme de la prise en charge.

D'un point de vue chronologique on observe que les rechutes ont surtout eu lieu après 3 mois de prise en charge ceci principalement au court du mois d'Août (Diagramme 7).

Le Diagramme numéro 8 explicite, ces rechutes et arrêts et l'on constate qu'une personne ayant rechuté a réussi à de nouveaux s'arrêter au cours de la prise en charge.

2.5 LE POIDS

En moyenne les personnes qui ont suivi le programme ont pris 2.9 Kg (3.25 chez les non fumeurs) avec un écart type de 2,6.

2.6 LE TCQ

Ce test destiné à évaluer l'envie irrépressible de fumer, reste sur toute la prise en charge dans des valeurs modérées, entre 33,5 et 39,4/84 (Diagramme 9). On constate une augmentation sans que celle-ci soit importante. En isolant, cette fois, les non fumeurs on observe une courbe différente mais une évolution similaire 32.5 (J30) - 39 (J120à), toujours à la hausse (Diagramme 10).

2.7 EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE (ANNEXE 5)

2.7.1 Impact du programme et satisfaction des patients

L'avis des patients sur l'aide qu'a pu leur apporter ce programme, ainsi que la satisfaction qu'ils en ont tirée, sont retrouvés dans les questions 1, 6, 17. La satisfaction a été testée d'une manière indirecte en demandant s'ils conseilleraient cette prise en charge à un de leur proche, là encore les chiffres montrent une réelle satisfaction avec 100% de oui.

2.7.2 Evaluation de la prise en charge elle-même

Les questions 3,4,5 concernent le programme. Les réponses données se situent dans une moyenne en majorité. Les questions 7, 8, 9, elles, sont destinées à évaluer le contenu du discours éducatif au cours des séances. Les sujets que les patients ont apprécié sont au nombre de quatre : le tabac, l'aspect comportemental de l'arrêt du tabac, le travail respiratoire et la diététique. En revanche aucun patient n'aurait souhaité aborder d'autre sujet ni même changer quelque chose à cette prise en charge (question 18). Ce qui ne veut évidemment pas dire que tout a été abordé et qu'il n'y a rien à changer (voir discussion).

2.5.3 Le podomètre et l'APS

Mon questionnaire a bien évidemment été rédigé après le début de ce programme et j'ai pu constater l'échec de la quantification d'APS grâce au podomètre. Ainsi, les questions 10 à 16 sont destinées à apprécier l'utilisation de celui-ci et la pratique de l'APS.

On aurait pu penser que les patients n'ont pas noté leurs pas parce qu'ils n'ont pas utilisé le podomètre, hors tous déclarent l'avoir utilisé (Question 12) et 38% l'utilisent encore ce qui est positif (Question 14). Les raisons pour lesquelles le podomètre n'est plus utilisé par 62% sont l'oubli et le côté peu pratique (Question 15). Notons également que toutes ces personnes seraient prêtes à le conseiller auprès d'amis (Question 16)

Concernant la pratique de l'activité physique grâce à ce programme, toutes les personnes indiquent en pratiquer plus grâce à celui-ci (Question 10). Concernant les APS (Question 11) et on y trouve outre le tennis, deux activités en endurance et donc assez protectrices d'un point de vue reprise du tabac soient le footing et la marche.

QUATRIEME PARTIE DISCUSSION

1 ANALYSE DES RESULTATS

Vu le peu de patients inclus dans ce travail il m'a semblé difficile de pouvoir interpréter statistiquement les résultats obtenus. Entre les vacances et les absences il a parfois été difficile de recueillir ces données d'une manière parfaitement linéaire. Toutefois j'essaierai de tirer une tendance générale sachant que ces chiffres seront très dépendants des dispositions personnelles de ces patients.

Concernant l'échantillon de patients on peut dire qu'il ne présente pas de problèmes particuliers. La dépendance y est moyenne les autres paramètres également et la motivation est excellente. Ce qui déjà, il faut le dire, avantage la prise en charge en terme de succès.

Il est à noter que l'évaluation s'est effectuée sur 160 jours (seulement pour les tests) compte tenu de la date fixée pour rendre ce mémoire.

Concernant les EVA on note une baisse très conséquente, le bien être, la détente et l'envie de fumer étant en nette baisse après quelques variations à la hausse. Il est à noter que ces trois valeurs évoluent quasiment en parallèle. Cette évaluation au départ destinée à l'autoévaluation à un instant donné se révèle être intéressante à analyser sur la durée et d'une manière statistique sur une population plus grande.

Le test HAD vient confirmer les EVA puisque l'anxiété y baisse très nettement également. En revanche l'augmentation du caractère dépressif peut-il s'expliquer par l'arrêt du rôle antidépresseur du tabac ?

Le TCQ, lui, vient un peu en contradiction, du moins pour ce qu'il en est de mes connaissances, avec l'envie de fumer à l'EVA. En effet les valeurs recueillies au TCQ augmentent sensiblement ou du moins ne suivent pas la dévolution des envies de fumer.

En somme les hypothèses avancées entre APS et tabac se confirment en partie puisque avec la pratique de l'APS l'anxiété décroît, la prise de poids se fait modérée et l'abstinence se maintient.

En effet, la rechute même si elle a eu lieu pour 5 des personnes prises en charge a quasiment toujours eu lieu lors des périodes de vacances, là ou ni le tabacologue ni la kinésithérapie n'étaient présentes (le mois d'Août). Le fait d'avoir l'impression d'être livré à soi-même durant cette période a certainement influé sur le nombre de rechutes.

Ainsi il serait très intéressant de tester ces outils sur une population plus conséquente pour tirer plus de conclusions. Mais ce qui est intéressant c'est l'intérêt pour le kinésithérapeute de faire passer ces tests. Or si l'on considère que le réentraînement à l'effort est un adjuvant de la consultation tabacologique alors je ne pense pas qu'il soit nécessaire de faire passer ces tests, le tabacologue les effectue déjà. En effet, il sont chronophages et de ce fait empêchent de se concentrer sur le réel travail : La quantification de l'APS. Faire passer un TCQ, un HAD et les EVA ont pris beaucoup de temps au début de séances et il devenait alors difficile de passer encore quelques minutes sur l'analyse des pas réalisé avec le podomètre. Ainsi, pour la suite de la prise en charge j'ai réalisé quelques ajustements.

2 LA PRISE EN CHARGE VUE PAR DES PATIENTS

Au vu des résultats, on peut dire que cette prise en charge a eu un fort impact sur l'aide à l'arrêt du tabac comme nous le montrent spécifiquement les questions portant sur ce sujet.

Du point de vue durée et intensité il semblerait que le protocole de 4 mois - de réentraînement à l'effort - comprenant des séances d'une heure et quart à intensité modérée soit un bon compromis pour les patients comme le montrent les résultats du questionnaire tant dans l'avis exprimé des patients que sur l'impact qu'il ont ressenti sur leur sevrage tabagique. Ces patients ont été satisfaits, vu le peu de désaffections également sur un temps de prise en charge tout de même long, mais surtout tous le conseilleraient à un proche y compris le podomètre.

Ceci confirme le fait que ce n'est pas l'outil qui est en question mais bel et bien son utilisation. En effet tous l'ont utilisé certains l'utilisent encore (67%) et grâce à lui pratiquent plus d'APS.

Pour résumer et terminer l'analyse des données de ce questionnaire, on peut tirer une conclusion assez positive et encourageante. Toutefois je nuancerai ces résultats par le fait que ces 8 patients savaient que cette prise en charge comptait pour l'obtention d'un DIU de tabacologie. Il est à mon sens indéniable que cela ait pu jouer dans les réponses données.

3 CE QUI VA ETRE CHANGE

Cette prise en charge va être continuée au vu de la satisfaction des patients mais aussi des tabacologues - il aurait été intéressant de les questionner - mais quelques ajustements vont avoir lieu.

Tout d'abord établir cette prise en charge m'a demandé beaucoup d'efforts ; établir, maîtriser et évaluer une prise en charge en même temps n'a pas été aisé. Ainsi ce qui va changer dans ce prochain cycle c'est qu'il sera plus facile d'évaluer quelque chose dont j'aurai désormais plus l'habitude.

Concrètement, je me concentrerai sur les évaluations de l'EVA et du podomètre : En étant plus concentrés, les patients seront plus enclin à noter ces données. Je vais également utiliser un autre test plus centré sur les effets de manque du tabac, le test de Hughes (Annexe 6). Ce test me semble plus explicite pour en discuter en séance ce que le TCQ ne permet pas. Enfin, maîtrisant plus la prise en charge j'essaierai de structurer le discours offert en éducation thérapeutique sur le tabac avec des thèmes fixés ainsi que des objectifs d'acquisition pour le patient.

4 EVALUATION DE L'HYPOTHESE DE DEPART

4.1 LE NOMBRE D'ARRETS A 6 MOIS

Je n'ai volontairement pas donné de seuil de réussite concernant le nombre d'arrêts à 6 mois, mais on peut considérer que 4 personnes encore abstinentes sur 9 (si l'on inclut la personne ayant arrêté au début) est un bon résultat. En effet, comparé au pourcentage habituel, 44% d'abstinents est un bon chiffre, tout du moins à défaut de test statistique, ce n'est pas un échec.

Au vu de ces résultats on peu considérer que l'hypothèse est validée.

4.2 LA QUANTITE D'APS A 6 MOIS

La mesure de l'APS prévue initialement ayant échoué il m'est difficile de donner une réponse chiffrée à cette hypothèse. Toutefois le pourcentage de personnes affirmant pratiquer plus d'APS grâce à cette prise en charge est conséquent. En effet 66% déclarent pratiquer plus d'activité physique et pour 50% de manière hebdomadaire.

Au vu de ces résultats on peu considérer que l'hypothèse est validée partiellement (pas de données précises)

4.3 LA SATISFACTION DES PATIENTS

En examinant les questions numéro 1, 6 et 17 on peut avoir un bon indicateur de la satisfaction des patients et de l'importance qu'ils ont donné à ce programme sur leur aide à l'arrêt du tabac. Ces données sont toutes au-dessus de la moyenne pour ces trois questions.

Au vu de ces résultats on considérer que l'hypothèse est validée.

4.4 DU POINT DE VUE DU KINESITHERAPEUTE

Cette hypothèse est celle que je me suis réservée et qui consiste à dire : « Cette prise en charge est-elle réalisable dans mon cabinet ou celui d'un confrère ? »

La réponse est oui et l'hypothèse peut être validée puisque ce programme a plu aux patients mais aussi aux tabacologues prescripteurs de la région de Bourg en Bresse et d'une manière générale il s'est bien intégré dans mon carnet de rendez- vous. Toutefois il devra être amélioré pour être viable à long terme.

4.5 VALIDATION DE L'HYPOTHESE GENERALE

En somme, la kinésithérapie respiratoire libérale **a-t-elle sa place** dans le processus de sevrage tabagique ?

Les critères pris en compte pour la validation de cette hypothèse étant positifs (dont un partiellement), on peut considérer que l'hypothèse générale est validée .

La kinésithérapie respiratoire libérale **a sa place** dans le processus d'aide à l'arrêt du tabac.

Rappelons bien évidemment que ce n'est pas une étude statistiquement démontrée, ce qui pondère la validation théorique de l'hypothèse.

CONCLUSION

La kinésithérapie respiratoire libérale à bien un rôle à jouer dans l'aide au sevrage tabagique. Ceci grâce à une méthode telle que le réentraînement à l'effort, destiné au BPCO et dont le but final est le même : Un changement de comportement.

En effet, pour ces deux populations de patients, le comportement « activité physique », initié, appris et entretenu grâce à la kinésithérapie, est une alternative au comportement nocif de départ. Face à ce changement de comportement, ce qui m'a le plus surpris c'est que le réentraînement à l'effort, sans le savoir, est une sorte de thérapie cognitive et comportementale.

Enfin, cette réflexion m'amène à une toute autre plus générale. En effet, en considérant l'APS comme une source de plaisir (hédonique) ainsi qu'un mode de substitution, je classerai cette prise en charge dans une catégorie que j'appellerai les substituts hédoniques. Puisque l'on substitue la nicotine, perdue avec l'arrêt de la cigarette, pourquoi ne pas substituer le plaisir, présent majoritairement dans les balances décisionnelles ? Et alors pourquoi ne pas élargir ceci à d'autres activités hédoniques telles que l'art créatif, la cuisine et bien d'autres choses ? C'est exactement la suite que nous allons donner à cette expérience sur Bourg en Bresse en développant des activités de substitut hédonique.

ANNEXES

ANNEXE1

ECHELLE DE DYSPNEE DE BORG MODIFIEE

Appréciation	Degré de perception de la dyspnée
0	absence totale de dyspnée
0.5	dyspnée à peine perceptible
1	très légère
2	Légère
3	Moyenne
4	assez sévère
5	Sévère
6	
7	très sévère
8	
9	presque maximale
10	Maximale

ANNEXE 2

JE ME SENS

TRES BIEN PAS TRES BIEN

_____

FUMER

PAS ENVIE TRES ENVIE

_____

DETENTE

TRES DETENDU PAS DETENDU

ANNEXE 3

ANNEXE 4

ENQUETE DE SATISFACTION SUR L'AIDE A L'ARRET DU TABAC ET REENTRAINEMENT A L'EFFORT

1. Quel a été l'impact du réentraînement à l'effort sur votre tentative d'arrêt du tabac ?

Pas d 'impact
Impact maximal

0 1 2 3 4 5 6 7
8 9 10

2. **Avez-vous pris des kilos au cours de cet arrêt ?**

OUI NON

3. **La durée totale (6mois) vous a-t-elle parue**

Trop courte Courte Bonne Longue Trop longue
1 2 3 4
5

4. **La durée d'une séance**

Trop courte Courte Bonne Longue Trop longue
1 2 3 4
5

5. **L'intensité vous a-t-elle parue :**

1 2 3 4 5 6
7

nulle très faible faible modérée importante très importante
maximale

6. **Quel impact sur votre parcours d'arrêt du tabac ont eu les informations données au cours de ces séances ?**

Pas d 'impact

Impact maximal

0 1 2 3 4 5 6 7

8 9 10

7. Quels sujets avez-vous aimé aborder ?

.....

8. Quels sujets auriez vous aimé aborder ?

.....

9. Avez-vous utilisé les outils appris en séance du type, respiration, manger une pomme, tension-détente et autres sur vos envies de fumer ?

Un peu Beaucoup Pas du tout

10. Pratiquez vous plus d'activité physique grâce à cette prise en charge ?

OUI NON

11. Si oui de quelle manière ?

.....

12. Avez-vous utilisé le podomètre ?

OUI NON

13. Si non pourquoi ?

……..

14. L'utilisez vous toujours ?

OUI NON

15. Si non pourquoi ?

……..

16. Recommanderiez cet outil un de vos proches comme solution d'aide à la pratique de l'activité physique ? De perte de poids ou d'arrêt du tabac ?

OUI NON

17. Recommanderiez vous cette prise en charge une personne souhaitant arrêter de fumer ?

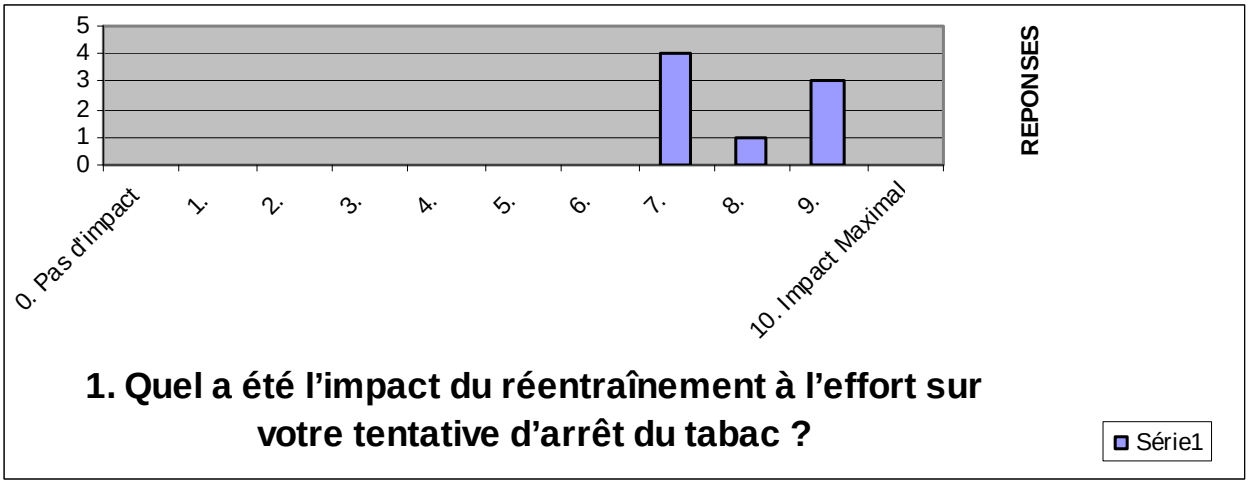
Pas du tout d'accord	1	2	3	4	5	6	7	Tout à fait d'accord

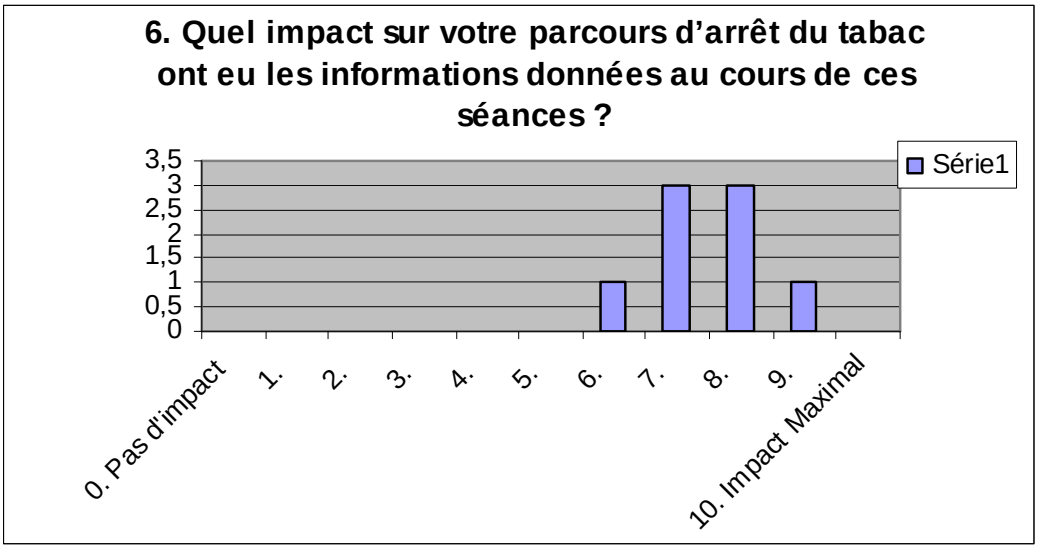
Pas d'accord

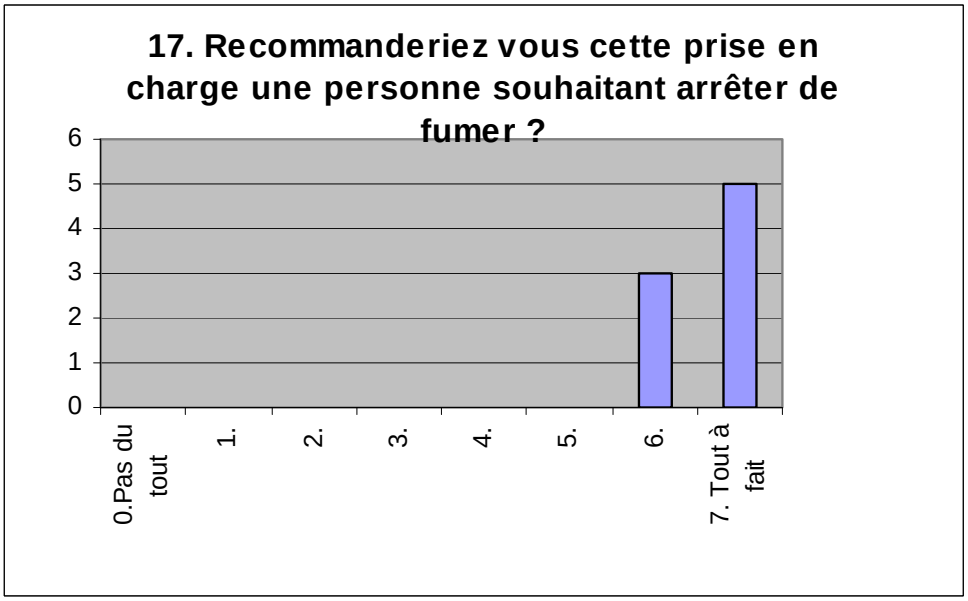
18. Si vous deviez changer quelque chose dans cette prise en charge quelle serait-elle

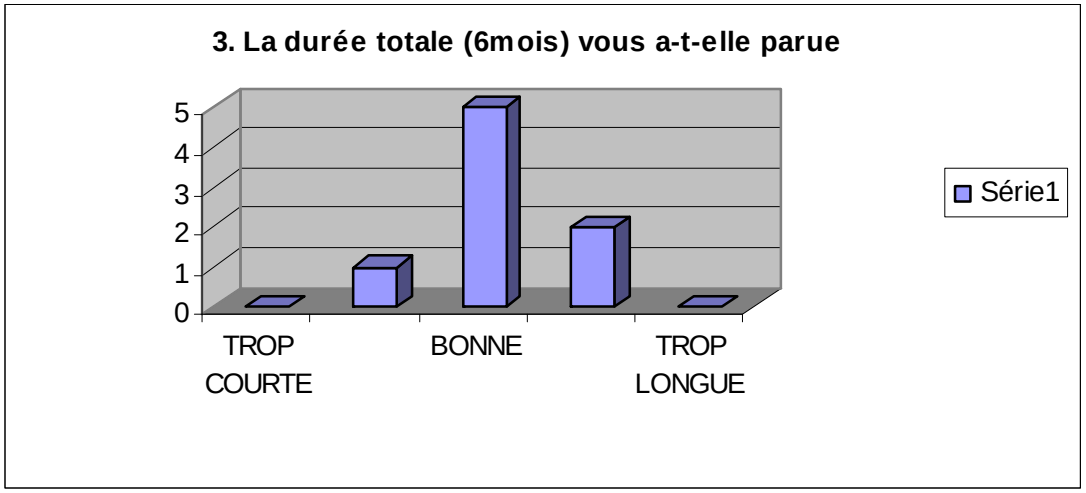
……

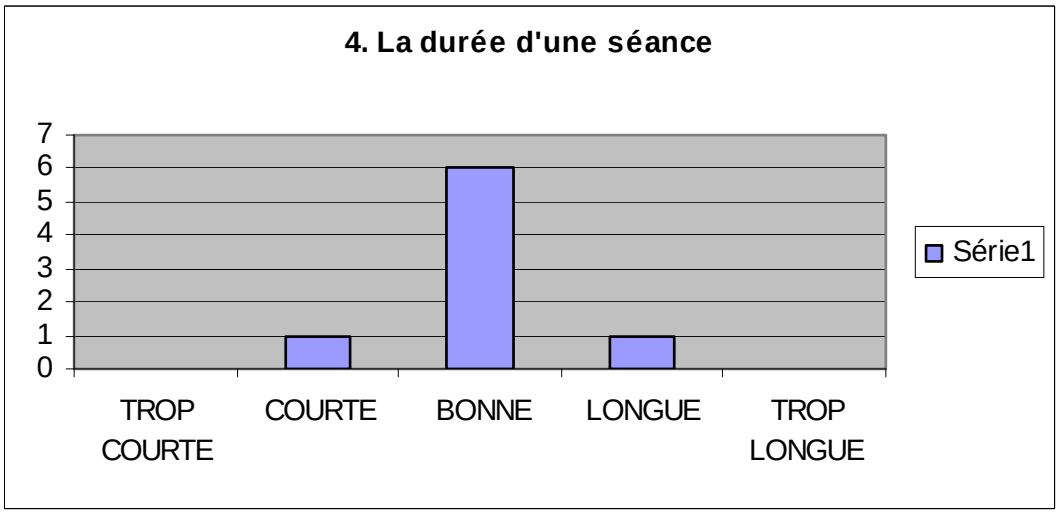
ANNEXE 5

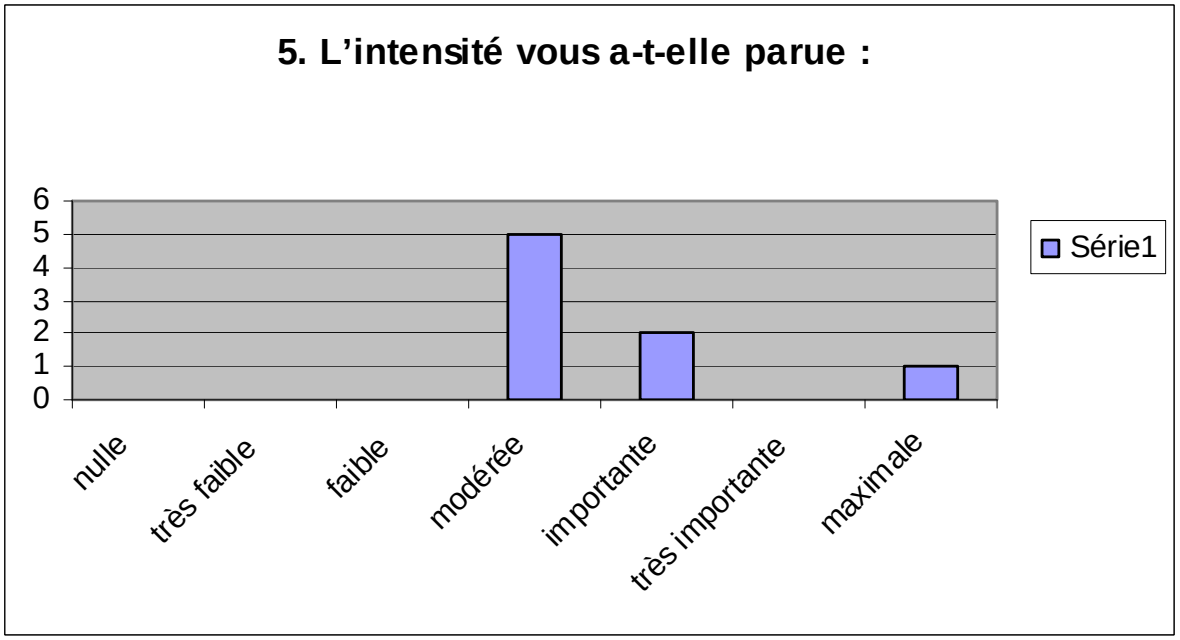

5
4
3
2
1
0
0. Pas d'impact
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10. Impact Maximal
REPONSES
1. Quel a été l'impact du réentraînement à l'effort sur votre tentative d'arrêt du tabac ?
Série1

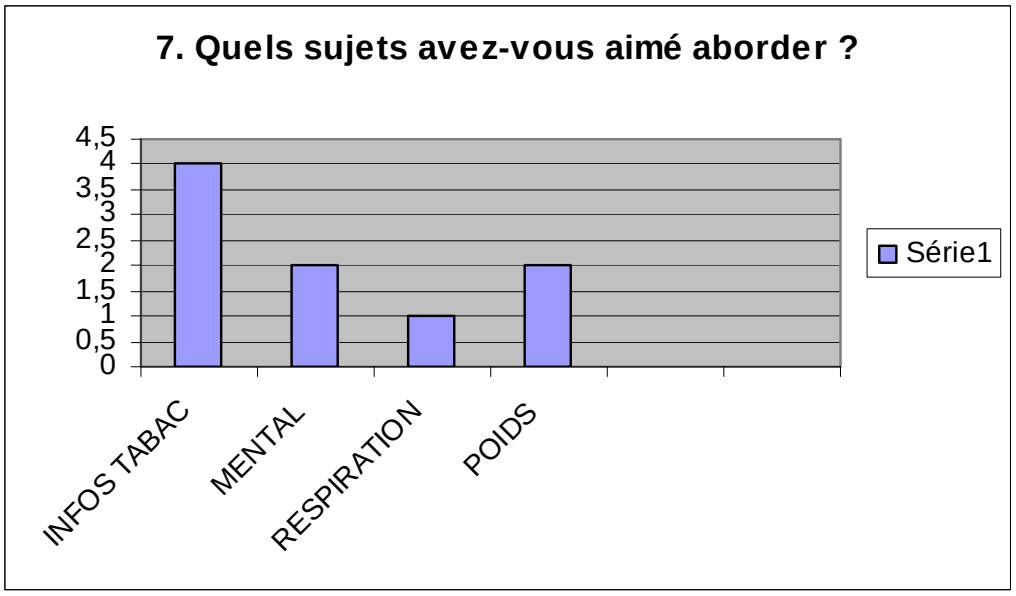

6. Quel impact sur votre parcours d'arrêt du tabac ont eu les informations données au cours de ces séances ?
Série1
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
0. Pas d'impact
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10. Impact Maximal

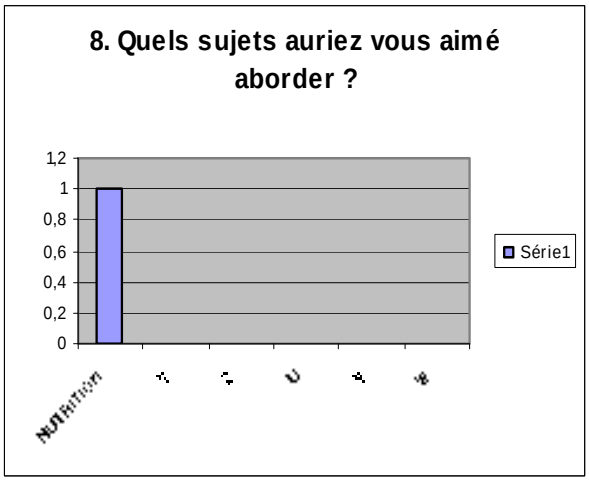

17. Recommanderiez vous cette prise en charge une personne souhaitant arrêter de fumer ?
6
5
4
3
2
1
0
0.Pas du tout
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7. Tout à fait

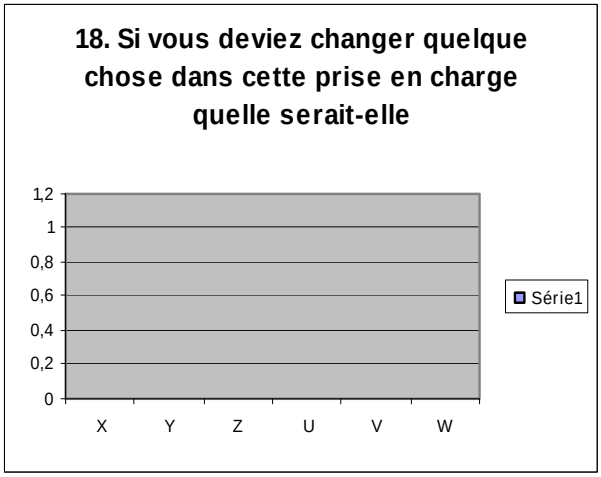

3. La durée totale (6mois) vous a-t-elle parue
5
4
3
2
1
0
TROP COURTE
BONNE
TROP LONGUE
Série1

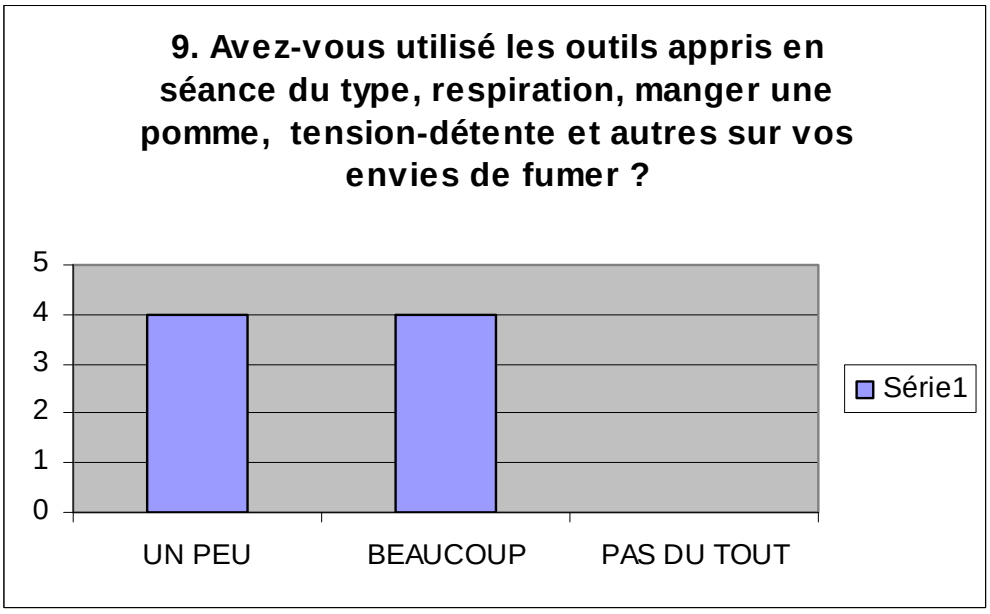

4. La durée d'une séance
7
6
5
4
3
2
1
0
TROP COURTE
COURTE
BONNE
LONGUE
TROP LONGUE
Série1

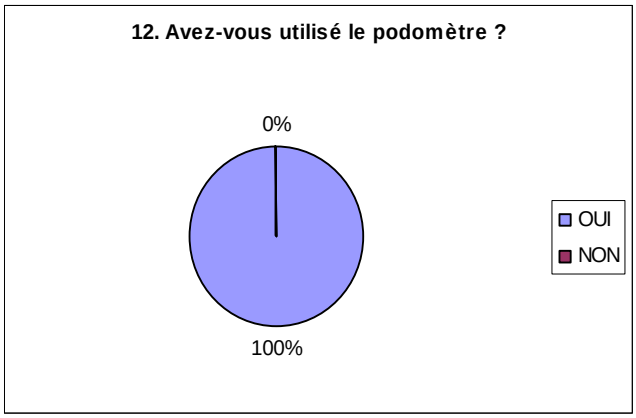

5. L'intensité vous a-t-elle parue :
6
5
4
3
2
1
0
nulle
très faible
faible
modérée
importante
très importante
maximale
Série1

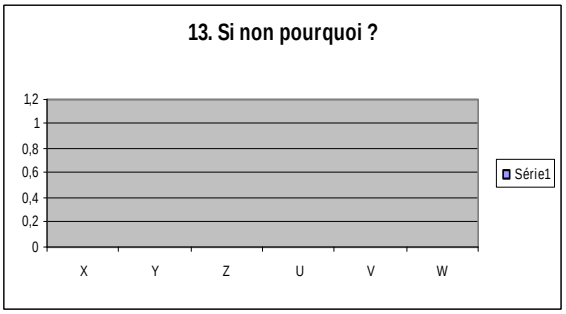

7. Quels sujets avez-vous aimé aborder ?
4,5
4
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
INFOS TABAC
MENTAL
RESPIRATION
POIDS
Série1

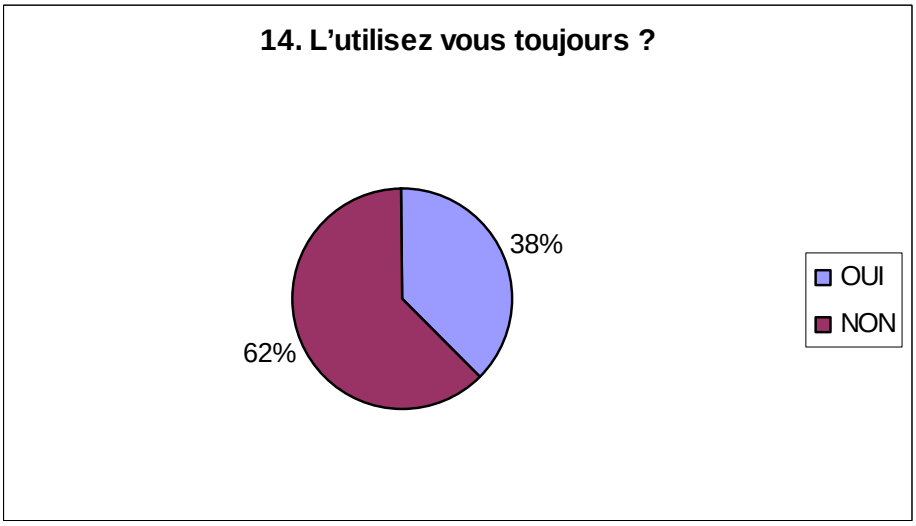

8. Quels sujets auriez vous aimé aborder ?
1,2
1
0,8
0,6
0,4
0,2
0
Série1

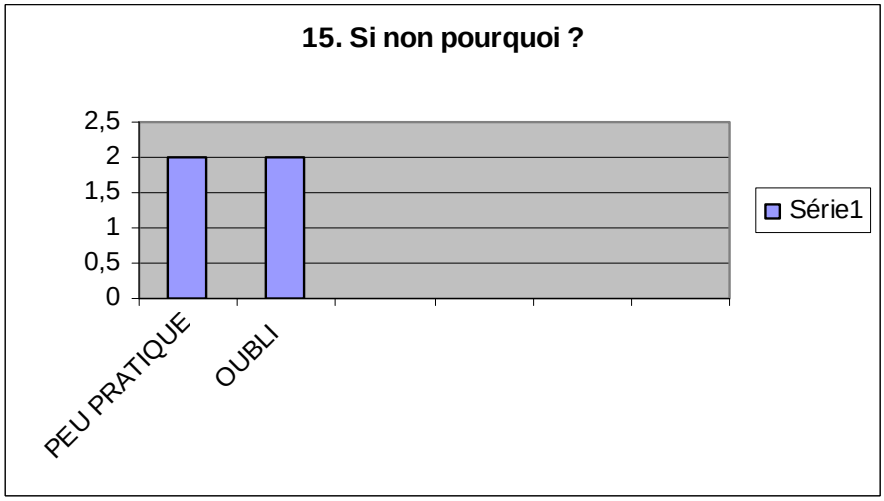

18. Si vous deviez changer quelque chose dans cette prise en charge quelle serait-elle
1,2
1
0,8
0,6
0,4
0,2
0
X
Y
Z
U
V
W
Série1

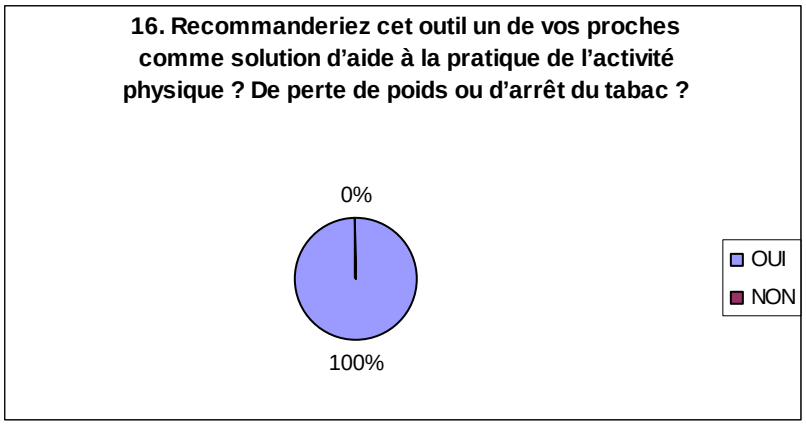

9. Avez-vous utilisé les outils appris en séance du type, respiration, manger une pomme, tension-détente et autres sur vos envies de fumer ?
5
4
3
2
1
0
UN PEU
BEAUCOUP
PAS DU TOUT
Série1

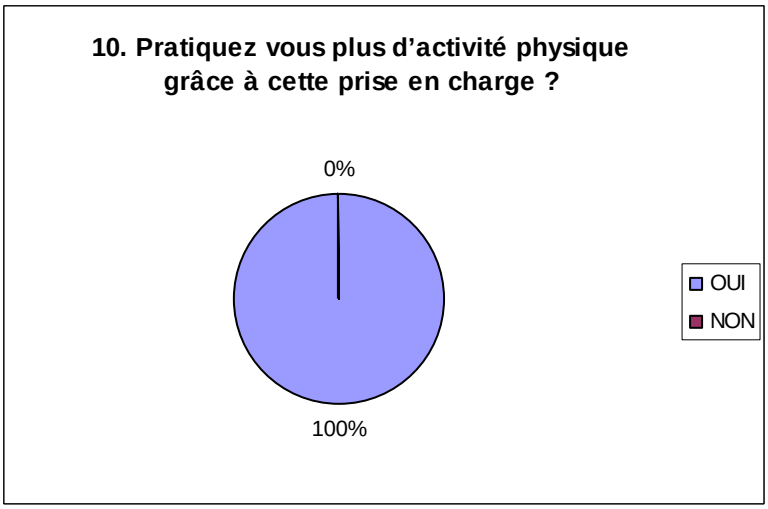

12. Avez-vous utilisé le podomètre ?
0%
100%
OUI
NON

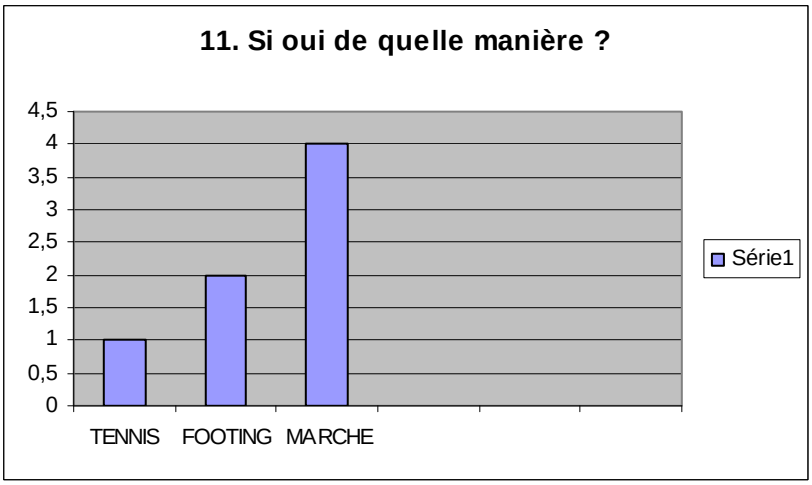

13. Si non pourquoi ?
1,2
1
0,8
0,6
0,4
0,2
0
X
Y
Z
U
V
W
Série1

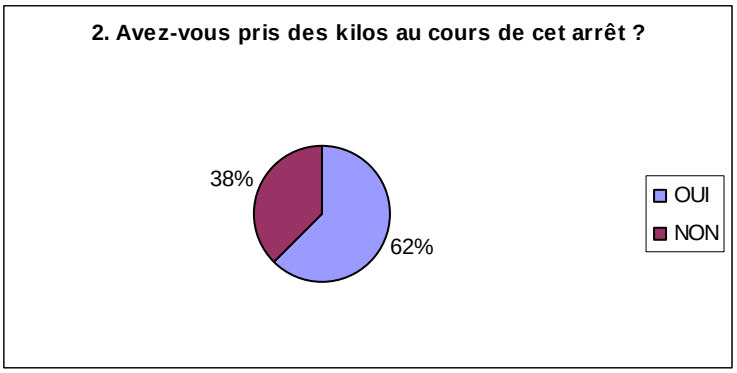

14. L'utilisez vous toujours ?
38%
62%
OUI
NON


15. Si non pourquoi ?
2,5
2
1,5
1
0,5
0
PEU PRATIQUE
OUBLI
Série1


16. Recommanderiez cet outil un de vos proches comme solution d'aide à la pratique de l'activité physique ? De perte de poids ou d'arrêt du tabac ?
0%
100%
OUI
NON


10. Pratiquez vous plus d'activité physique grâce à cette prise en charge ?
0%
100%
OUI
NON


11. Si oui de quelle manière ?
4,5
4
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
TENNIS
FOOTING
MARCHE
Série1



ANNEXE 6

SYNDROME DE SEVRAGE TABAGIQUE

Hughes J, Hatsukami DK. Errors in using tobacco withdrawal scale
***Tob Control*. 1998 ; 7 (1) : 92-3**

Notez de 0 à 4, pour chacune des rubriques suivantes, ce que vous ressentez aujourd'hui en appliquant le barème suivant.

Pour chaque rubrique, entourez d 'un cercle le chiffre correspondant à votre réponse

	Inexistant, Pas du tout	Très légérement	Légèrement	Moyennement	Fortement
1 – Humeur dépressive	0	1	2	3	4
2 – Insomnie	0	1	2	3	4
3 – Irritabilité, frustration, colère	0	1	2	3	4
4 – Anxiété	0	1	2	3	4
5 – Difficulté de concentration	0	1	2	3	4
6 – Agitation, fébrilité	0	1	2	3	4
7 – Augmentation de l'appétit	0	1	2	3	4
8 – Envie de fumer	0	1	2	3	4

Score : **(évaluation du syndrome de manque au cours du suivi de l'arrêt)**

ANNEXE 7

NOM		AGE	CONS	PA	PERSO	PRO	MOTIV	FREINS	TTT	COADD	PCTRPD
IK	NF	39	20	20	MARIEE 2ENF	DIRECTRICE	PROCHES	STRESS POIDS		AUCUNE	
LR	F	44	11	13	CELIB SE	SANS	SANTE	CONVIVIALITE	LAROXYL	AUCUNE	?
LP	NF	36	20	8	DIV 1E	ART CREAT	HONTE	PLAISIR ENNUI POIDS	RAS	RAS	16-25
IV	F	39	20	20	DIV 1E	ART CREAT	SANTE IMAGE DE SOI	PLAISIR ENNUI POIDS		RAS	17-21
DP	F	49	20	30	MARIEE 2ENF	NOUR AGRRE	SANTE ARGENT	STRESS POIDS	ANTIDEP	RAS	20-20
FJ	NF	45	20	30	DIV 2ENF	W HOP	DECLIC SANTE	PLAISIR	RAS	RAS	14-16
JPR	NF	60	20	40	MARIEE 2ENF	OUVRIER MECANIQUE	SANTE	ALCOOL	SPIRIVA	ALCOOL DENI	
CP	F	40	?	20	CONCUB 2E	MK	SANTE	PLAISIR ENNUI POIDS	RAS	BOULIMIE	
GS		37	20	18	CELIB SE	SEMPLOIS	NON MOTIVEE	POIDS	RAS	RAS	15-17

NOM	TENTATIVE	CSES ECHEC	SUBSTITUT		HAD A	HAD D	QMAT	FAGER
IK	3	STRESS	CHAMPIX	J	6	11	16	6
LR	5	FESTIF	SN 15MG INHALEUR	0	6	6	16	4
LP	3	STRESS	RIEN	0	10	5	19	4
IV	4	STRESS MOTIV	21-7MG	0	5	2	20	5
DP	0	-	SN 21	0	9	7	15	7
FJ	3	MQ MOTIV PLAISIR	SN 21-14 SNFO 4MG	0	10	1	20	7
JPR	1	STRESS	CHAMPIX	0	8	8	15	8
CP	4		RIEN	0	12	8	18	6
GS	1	?	RIEN	0	13	9	5	4

J			1	J			2	J			3	J			4	J			5
	1	1	1	3	3	3	3	7	7	7	7	10	10	10	10		14	14	14
1	4,2	6,5	4,7	3	8,5	6,7	10	7	3,5	3,6	3,6	10	2,7	3,8	4,3	14	5,7	6,7	3,7
1	0,5	0,5	0,5	3	0,5	0,5	0,5	7	0,5	1	1	10	1,8	2,2	1,5	17	1	0,5	1
1	2	0	1	7	1	0	1	14	4	3,5	5	16	3,2	4,5	5	21	4	1,5	3
1	4,6	2,5	5	7	5,8	5,6	4,8	14	5,5	5,2	4,6	16	3,4	4,8	3,4	25	2,5	3,5	2,9
1	7	8,2	9,2	4	8,5	0,5	5,2	14	1,5	0,5	0,5	18	0,5	0,2	1	22	6,5	1,2	5,5
1	5	5	0	7	2	2	2,8	12	2	2	2	17	2,2	2	1	19	0,5	0,5	0,5
1	7,2	6	7,5	7	7,4	2,8	7,3	10	3,5	3,5	3,6	12	3,2	3,8	2,4	18	2	2	2
1	7,5	0,5	9	5	9	9,5	9,5	7	5	0	10	12	3,7	0,2	2,8	21	1,2	0	1,2
1	5,5	0	5,5	ARRET															
1	4,8	3,2	4,7	5,4	5,3	3,5	5,1	11	3,2	2,4	3,8	14	2,6	2,7	2,7	20	2,9	2	2,5

J			6	J			7	J			8	J			9	J			10
	16	16	16		30	30	30		35	35	35								
16	1,8	4,2	2,6	30	8,8	1,7	2	35	6,3	2,2	2,6	45	3	3	3	50	4,2	6,5	4,7
21	1,5	0,6	2,5	28	1,4	0,5	1	32	1,2	1	1,2	60	2	1,8	2	63	1,7	1,5	1,5
25	4	0,7	2	29	3	3	4,5	32	1,2	0,7	0,2	45	1,5	1	2,3	49	0,5	0,5	0,5
30	6,3	3,2	6,5	31	6	3	5	49	2,3	3,3	3	60	2	2	2	65	7,2	8,2	8,5
30	4	2,5	7	34	6,7	0,5	4,2	43	1,2	1,5	1,2	48	0,5	0	0,5	60	0	0	0
23	1,3	0	1	25	1,5	1,5	2	35	0,5	0,5	1								
21	2,5	2,6	2,6	25	1,7	1,5	1	28	1	1	1	45	0,8	0,4	0,6	33	0,6	0,6	0,6
24	2,5	2,4	2,5	28	4,8	0	7	35	2	0	2								
24	3	2	3,3	29	4,2	1,5	3,3	36	2	1,3	1,5	51	1,6	1,4	1,7	53	2,4	2,9	2,6

J			11	J			12	J			13	J			14	J			15
60	7,7	5	4	68	8	3,7	2,5	75	9	3,5	3,5	100	9	5	3				
67	1,2	1	1,5	70	1,5	1,5	1,5	80	0,9	1,2	1	85	1	0,6	0,9	90	1	1	1
60	2,4	0	1,4	65	1,5	0	1,7	70	2,3	0	2,5	87	0	0	0	95	0	0	0
80	6,6	7,2	7,2	90	1,5	7,5	5,2	95	1,2	4,3	5								
65	1,7	0,8	1	70	0,5	0	0	75	0	0	0	78	5,5	1	1	90	0	0	0
																90	1	0	1
45	0,6	0,6	0,6	48	0,6	0,6	0,6	60	0,4	0,4	0,4	65	0,6	1	0,6	85	0,2	0,2	0,2
63	3,4	2,4	2,6	69	2,3	2,2	1,9	76	2,3	1,6	2,1	83	3,2	1,5	1,1	90	0,4	0,2	0,4

J			16	J			17	J			18	J			19

												160	1	1	1
100	1,2	0	1	110	3	2	2	120	2	2	2	160	1,5	1,5	1,5
								120	0	2	0	160	1	1	1
								120	5	5	5				
95	0,5	0,5	0,5												
90	1	0,2	0,2	95	0,2	0,6	0,2	110	1	1	1	160	0	0	0
90	2	2	2												
94	1,2	0,7	0,9	103	1,6	1,3	1,1	118	2	2,5	2	160	0,9	0,9	0,9

	HAD			HAD			HAD					
	A	D	J	A	D	J	A	D	J	A	D
30	11	16	90	13	15	120	13	15	160	3	8
30	6	10	90	5	5	120	4	6	160	5	6
30	7	4	90	3	4	120	7	8	160	3	6
30	5	2	90	5	5	120	7	7	160		
30	5	7	90	4	6	120	4	6	160	9	9
30	3	8	90	6	5	120	3	8			
30	5	6	90	6	9	120	5	8	160	5	8
30	8	8				120	13	13			
	6.3			6				8,9			7,4
		7,6			7	120	7			5	

	0	30	90	120	160
ANXIETE	8,7	6,3	6	7	5
DEPRESSION	6,3	7,6	7	8,9	7,4
NF					
A	8,5	6,5	7	7	3,7
D	6,3	8,5	8,3	9,8	7,3

TCQ			TCQ			TCQ			TCQ			TCQ		
J	X	Y	J	X	Y	J	X	Y	J	X	Y	J	X	Y
30	47		60	52		90	49		120	50		160	51	
30	38		60	49		90	36		120	30		160	26	
30	26		60	27		90	28		120	28		160	30	
						90	45		120	44		160		
30	40		60	29		90			120	30		160	54	
30	32		60	26		90	35		120	37				
30	24		60	40		90	24		120	26		160	36	
30	28					90	38		120	39				
MOY	34			37			36			36			39	

TCQ MOYEN	30	60	90	120	160
	34	37	36	36	39,4

TCQ NON FUMEUR	30	60	90	120	160
	47	52	49	50	51
	26	27	28	28	30
	32	26	35	37	
	24	40	24	26	36

					POIDS	
					ik	5
					LR	0
					LP	2
					IV	5
					DP	5
32	36	34	35	39	FJ	6
					JPR	0
					CP	0
						2,875
						2,64237447
					NF	3,25

BIBLIOGRAPHIE

TABAC, SPORT ET SANTE PUBLIQUE

1 **Le sport nouvel allié contre le tabac**, Journée Mondiale de lutte contre le tabac 2002, Dossier de presse.

2 Gilbert Lagrue, **Tabac et liberté**, Janvier 2008, p1.

SEVRAGE TABAGIQUE ET ACTIVITE PHYSIQUE

3 Ussher M, West R, McEwen A, Taylor A, Steptoe A. **Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation: a randomized controlled trial**. Addiction. 2003 Apr;98(4):523-32.

4 Ussher M; West R; Mc Ewen AZ; Taylor A; Steptoe A; **Efficacity of exercice counselling as an aid for smoking cessation: 12 month follow-up. A randomized controlled trial**. Addict Behav. 2007 Dec;32(12):3060-4.

5 Ussher M, **Exercice interventions for smoking cessation**, Cochrane Database system rev 2005 Jan

6 Taylor AH, Ussher M, Faulkner G, **The acute effects of exercice on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour : a systematic review**. Addiction. 2007 Apr;102(4):534-43

7 Ussher M; West R, Doshi R, Sampuran Ak **Accute effect of isometric exercice on desire to smoke and tobacco withdrawal symptoms**; Hum Psychopharmacol. 2006 Jan;21(1):39-46.

8 Ussher M, Nunziata P, Cropley M, West R. **Effect of a short bout of exercise on tobacco withdrawal symptoms and desire to smoke**. Psychopharmacology (Berl). 2001 Oct;158(1):66-72.

9 Taylor AH; Katomeri M; Ussher M; **Accute effects of self-paced walking on urges to smoke during temporary smoking abstinence**; Psychopharmacology (Berl). 2005 Aug;181(1):1-7.

10 Damiel J ; Cropley M ; Ussher M ; West R **Accute effects of a short bout of moderate versus light intensity exercice inactivity on tabacco withdrawal symptoms in sedentary smokers** Psychopharmacology (Berl). 2004 Jul;174(3):320-6. Epub 2004 Mar 2

11 Bock BC, Marcus BH, King TK, Borrelli B, Roberts MR. **Exercise effects on withdrawal and mood among women attempting smoking cessation**. Addict Behav. 1999 May-Jun;24(3):399-410.

12 Ussher MH, West R, Taylor AH, McEwen A. **Exercise interventions for smoking cessation**. Cochrane Database Syst Rev. 2000

13 Ussher MH, Taylor AH, West R, McEwen A. **Does exercise aid smoking cessation?** A systematic review. Addiction. 2000 Feb;95(2):199-208. Review.

14 Ussher M, Sampuran AK, Doshi R, West R, Drummond DC. **Acute effect of a brief bout of exercise on alcohol urges**. Addiction. 2004 Dec;99(12):1542-7.

15 Gaudet-Savard, T. et Poirier, P. (2004). **Le podomètre : un nouvel outil pour simplifier votre prescription d'exercice**. Actualité médicale, 25(7) : 8-11.

16 Bassett, D.R., Ainsworth, B.E., Leggett, S.R., Mathien, C.A., Main, J.A., Hunter, D.C. et al. (1996). **Accuracy of five electronic podometers for measuring distance walked**. Med Sci Sports Exerc, 28: 1071-77.

17 Tudor-Locke, C., Williams, J.E., Reis, J.P. et al. (2002). **Utility of pedometers for assessing physical activity: convergent validity**. Sports Med, 32(12): 795-808.*

TABAC ET REENTRAINEMENT A L'EFFORT

18 **Recommandations de la société de Pneumologie de Langue Française sur la réhabilitation du malade atteint de BPCO**, rev Mal Respir 2005 ; 22 : 696-704

19 Ch.Hérisson, C.Préfaut, N Kotzki (1995) **Le réentrainement à l'effort**, Masson Paris