Diplôme Inter-Universitaire de tabacologie
Et d'aide au sevrage tabagique

Mémoire soutenu le 9 octobre 2008

Universités de Clermont-Ferrand, Grenoble,
Lyon et Saint-Étienne

Marie-Hélène FERREIRA
Infirmière Service Tabacologie
CHU St-Etienne
Faculté de SAINT-ETIENNE

Année 2007-2008

DESCRIPTIF DE LA POPULATION HOSPITALISEE POUR LAQUELLE L'EQUIPE DE LIAISON EN TABACOLOGIE INTERVIENT

Evaluation à 3 mois des impacts et des bénéfices de cette intervention sur le statut tabagique et sur la motivation du patient

RESUME

L'hospitalisation est souvent une nécessité. Elle ne relève habituellement pas du choix des patients. Parmi les mesures destinées à lutter contre le tabagisme à l'hôpital, il faut souligner la mise en place d'unités de coordination en tabacologie depuis avril 2000. Notre équipe de liaison de tabacologie au CHU de St Etienne a été créée selon ces recommandations en juin 2007 ; dans le cadre de mon mémoire, je me suis intéressée, à la population de patients fumeurs hospitalisés vus par notre équipe.

L'objectif principal de cette étude était la description de la population hospitalisée pour laquelle notre équipe de liaison en tabacologie intervenait.

L'objectif secondaire était de comparer ce groupe étude à un groupe témoin, pour ensuite évaluer à 3 mois l'impact de notre passage, sur le statut tabagique et sur la motivation de nos patients à l'arrêt du tabac.

L'enquête a été réalisée sur tous les patients fumeurs hospitalisés (n=114) qui ont été vus par notre équipe sur 5 mois, via un questionnaire ; ils ont ensuite été recontactés 3 mois plus tard téléphoniquement. Parallèlement, nous avons contacté une trentaine de patients qui avaient été hospitalisés 1 an auparavant, et qui n'avaient pas vu d'équipe de liaison de tabacologie au cours de leur hospitalisation, ce qui nous a permis de constituer un groupe témoin.

43,9 % des patients vus par notre équipe étaient hospitalisés en cardiologie et 16,7 % en chirurgie cardiovasculaire. Ils avaient un âge moyen de 49,7 ans avec une nette prédominance masculine (73 %). La dépendance tabagique de notre population était importante avec une moyenne de 26 cigarettes par jour et un score de Fagerström à 6,4 sur 10. 73 % d'entre eux n'avaient jamais tenté plus d'une fois un sevrage tabagique. Leur motivation à l'arrêt était bonne avec un test de Richmond à 7 sur 10 ; 17 % seulement d'entre eux étaient au stade I du cycle de Prochaska.

Dans le groupe témoin (n=31), nous avons retrouvé des patients plus âgés (54 ans) avec une prédominance masculine encore plus forte (77 %). Le score de Fagerström était plus faible (4,8) et le nombre de cigarettes fumées par jour moins important (20). Leur motivation à l'arrêt était identique (7/10) mais 37 % d'entre eux étaient en pré-contemplation.

Suite à notre rappel téléphonique, 55 % des patients de notre groupe étude étaient en arrêt à 3 mois, contre 45 % pour le groupe témoin à 1 an. 29 % de nos patients étaient en diminution contre 6 % pour le groupe témoin. 73% des patients du groupe étude avaient bénéficié de substitution nicotinique contre 37 % pour le groupe témoin. 98 % de nos patients s'estimaient satisfaits de notre passage (72 % beaucoup et 26 % un peu).

Nous avons retrouvé dans la littérature de nombreux descriptifs de patients hospitalisés fumeurs qui correspondent à notre étude : globalement, ce ne sont pas les mêmes fumeurs que ceux qui s'adressent aux consultations de tabacologie.

L'hospitalisation secondaire à une pathologie liée au tabac constitue une excellente occasion pour intervenir auprès des fumeurs mais elle n'est pas suffisante pour que l'arrêt perdure dans le temps.

La plupart des études s'accordent pour dire, que des interventions par du personnel qualifié menées durant l'hospitalisation, et comprenant un suivi régulier à la sortie de l'hôpital, obtenaient des taux significativement plus élevés qu'un simple conseil minimal. A court terme, le succès du sevrage était également lié à l'usage d'une substitution nicotinique adaptée débutée, pendant l'hospitalisation.

La tabacologie est encore une spécialité nouvelle et insuffisamment reconnue. Le rôle des infirmières est déterminant dans la prise en charge du fumeur. Elles sont des relais, particulièrement efficaces pour mobiliser les autres professionnels de santé dans la lutte contre le tabagisme.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. HISTORIQUE

II. OBJECTIF DE L'ETUDE

III. METHODOLOGIE
1. Lieu de l'étude
2. Population étudiée

IV. LIMITES DE CETTE ETUDE

V. LES RESULTATS
1. Taux de réponse
2. Caractéristiques de la population étudiée
3. Description du groupe témoin et tableau comparatif avec le groupe étude
4. Statut tabagique du groupe étude 3 mois après l'intervention de l'équipe de liaison de tabacologie et tableau comparatif avec le groupe témoin.
5. Impact de l'équipe de liaison sur l'arrêt de tabac

VI. DISCUSSION
1. Critiques méthodologiques
2. Discussion sur les caractéristiques de la population
3. Discussion sur le statut tabagique de notre étude à 3 mois
4. Impact d'une intervention en tabacologie

CONCLUSION

REMERCIEMENTS

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

MINIMEMOIRE

INTRODUCTION

L'hospitalisation est souvent une nécessité. Elle ne relève habituellement pas du choix des patients. L'établissement de santé ne peut se limiter à interdire de fumer, mais doit proposer une aide au fumeur dépendant pour s'arrêter (1).

La création du réseau «Hôpital sans tabac» (association loi 1901) en 1997 a été une étape décisive dans la lutte contre le tabagisme à l'hôpital ; fondé par la mutuelle nationale des hospitaliers et l'Assistance publique Hôpitaux de Paris, ce réseau s'appuie sur le Code européen de réseau Hôpital sans tabac (annexe 1).

Parmi les mesures destinées à lutter contre le tabagisme à l'hôpital, il faut souligner la mise en place d'unités de coordination en tabacologie (circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme) (2).

En mettant un terme à l'ambivalence de l'hôpital envers les zones fumeurs tolérées par la loi de 1991 (loi EVIN), le décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 (3) exclut le tabac à l'hôpital.

Infirmière, travaillant dans le service de tabacologie au CHU de Saint-Etienne, je me suis intéressée dans le cadre de mon mémoire, à la population de fumeurs hospitalisés vus par notre équipe : Qui étaient-ils ? Quel était leur statut tabagique et leur dépendance ? Quelles étaient leurs motivations à arrêter le tabac ? Avaient-ils des craintes ?

Nous tenterons dans un deuxième temps, d'évaluer les impacts et les bénéfices de l'intervention de l'équipe de liaison de tabacologie (ELT) sur le statut tabagique et la motivation du patient.

Nous avons retrouvé dans la littérature, de nombreux descriptifs de patients hospitalisés fumeurs mais peu d'études randomisées, qui ont évalué l'impact d'une équipe de liaison sur le statut tabagique et la motivation des patients fumeurs. Il faut dire que la tabacologie est encore une spécialité nouvelle et un peu oubliée dans l'addictologie, et que la mise en place du nouveau décret est très récente.

Nous avons donc entrepris une évaluation de ces patients vus lors de leur hospitalisation, dans 11 services pilotes du CHU de Saint-Etienne et de l'Institut de Cancérologie de la Loire (ICL) que nous avons recontactés 3 mois après leur sortie de l'hôpital. Parallèlement nous avons contacté une trentaine de patients qui n'avaient pas vu d'équipe de liaison de tabacologie au cours de leur hospitalisation, ce qui nous a permis de constituer un groupe témoin.

I. HISTORIQUE

Création d'une unité de coordination en tabacologie en 2003 au C.H.U de Saint-Étienne constituée au départ d'un mi-temps médical puis passage à un temps plein fin 2005. Elle réalisait essentiellement des consultations externes.

En mai 2007, suite à un appel à projet de l'Institut National du Cancer (INCA), il y a eu création d'une équipe de liaison en tabacologie (ELT) à cheval sur 2 établissements: l'Institut de Cancérologie de la Loire (ICL) pour 30 % et le C.H.U pour 70%.

Cette équipe avait pour objectifs :

-l'information au lit du patients,

-la prise en charge de l'état de manque des patients hospitalisés immobilisés,

-la possibilité de débuter un sevrage,

-la formation des équipes infirmières et aides-soignantes en 2 modules.

Cette équipe est actuellement constituée d'1,5 équivalent temps plein infirmier et d'1/2 poste de secrétaire.

Elle a commencé à travailler en lien avec 11 services pilotes (cités plus bas dans « lieu de l'étude ») qui traitaient des pathologies où le tabagisme est fortement impliqué.

II. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude était de décrire la population hospitalisée pour laquelle notre équipe de liaison en tabacologie intervenait.

L'objectif secondaire était de comparer ce groupe étude à un groupe témoin, pour ensuite évaluer à 3 mois l'impact de notre passage sur le statut tabagique et sur la motivation à arrêter de fumer de nos patients.

III. METHODOLOGIE

1. Lieu de l'étude

11 services pilotes :

- CHU de Saint-Etienne : 9 services dont
  - 2 services de cardiologie (2 x 27 lits) + 1 unité de soins intensifs en Cardiologie (8 lits).
  - 1 service de Chirurgie cardio-vasculaire (34 lits).
  - 2 unités de Pneumologie (2 x 25 lits)+ 1 service d'hôpital de jour (7 lits).

- 1 service de Chirurgie thoracique (12 lits).
- 1 service de Grossesses pathologiques (20 lits).

- Institut de Cancérologie de la Loire (ICL) :
  - 2 services de cours séjours de (25 + 12 lits)
  - dont 1 unité d'hématologie en secteur stérile (12 lits)

2 . Population étudiée

a) Critères d'inclusion :

Il s'agissait de patients hospitalisés au CHU de Saint-Etienne ou à l'ICL, dans l'un des 11 services pilotes, de tout âge, hommes ou femmes, quelque que soit la pathologie, qui déclaraient fumer régulièrement ou de temps en temps, et qui étaient d'accord pour recevoir une information sur le tabagisme ou pour démarrer un sevrage tabagique.

La demande venait soit d'eux-mêmes ou le plus souvent était proposée par l'équipe soignante qui nous appelait.

b) Critères d'exclusion :

- Patients relevant de la psychiatrie et hospitalisés en psychiatrie.
- Patients refusant de remplir le questionnaire.
- Patients étant dans l'incapacité de répondre aux questions de façon cohérente ou fiable.
- Problème de langue.

3. Création d'un groupe témoin

Par rapport à l'évaluation de l'impact de l'équipe de liaison de tabacologie sur le statut tabagique des patients, il nous était difficile de nous approprier les résultats quels qu'ils soient.

En cas d'abstinence prolongée, nous ne pouvions savoir si elle était induite par notre passage ou si seule la maladie voire l'hospitalisation avait été le facteur déclenchant de l'arrêt.

Nous avons donc défini un groupe témoin : des patients qui aurait été hospitalisés mais n'aurait pas vu d'équipe de liaison de tabacologie (ELT) lors de leur séjour à l'hôpital.

Il s'agissait de patients hospitalisés de janvier à avril 2007 à l'unité de Soins Intensifs de Cardiologie du CHU de St-Etienne qui n'avaient pas vu d'ELT lors de leur hospitalisation puisqu'à cette date, l'équipe n'existait pas encore.

Ces derniers participaient à une enquête intitulée : «Observatoire OLIMPIC» qui avait pour mission de «voir l'impact à 1 an d'un programme de réentrainement à l'exercice et de l'éducation, sur les facteurs de risque cardio-vasculaire chez le patient coronarien, sur les habitudes de pratique d'activité physique, les habitudes alimentaires et le bilan glucido-lipidique ». Ils avaient rempli un questionnaire sur leur qualité de vie lors de leur hospitalisation début 2007, et avaient accepté d'en remplir un autre, identique, 1 an plus tard. Dans ce questionnaire, une partie était réservée aux fumeurs (annexe 2) et j'ai pu avoir accès à certaines données, comme l'âge de la 1ère cigarette, le nombre de cigarettes fumées, le nombre de tentatives d'arrêt, le test de Richmond et le cycle de Prochaska ; j'allais pouvoir comparer ces deux populations.

Après avoir recueilli les données qui m'intéressaient concernant leur tabagisme au moment de leur hospitalisation, je les ai contactés entre janvier et avril 2008 afin de faire le point avec eux sur leur situation tabagique un an après leur hospitalisation.

4. Chronologie de l'étude

Octobre 2007 : - Réflexion sur le thème du mémoire
-Construction du questionnaire en concertation avec Dr Denis-Vatant
- Validation du questionnaire par Dr Vercherin, statisticien au département de santé publique du C.H.U.

Novembre 2007 à mars 2008 :
-questionnaire testé par quelques patients puis donné à tous ceux vus par notre équipe de liaison.

Février 2008 à juin 2008 :
- rappel des patients de l'étude 3 mois après leur hospitalisation

Mars 2008 : - recueil de données de 50 patients hospitalisés entre janvier et mars 2007 faisant partie de l'étude « olimpic » sur la qualité de vie.
- appel téléphonique des 31 sujets du groupe témoin.

Juillet 2008 : - rentrée des données sur fichier Excel
- sortie des statistiques par Dr Vercherin.

5. Elaboration des questionnaires

a) à J0

Un questionnaire a été réalisé à partir du dossier INPES en collaboration avec le Dr Denis-Vatant, médecin tabacologue au C.H.U (annexe 3).

Il se composait :

- d'une partie descriptive : service d'origine, données socio-démographiques, Antécédents, IMC.
- de l'histoire et des habitudes tabagiques : âge 1ère cigarette, nombre de cigarettes fumées, tentatives d'arrêt, test de Fagerström (4), avantages et inconvénients à fumer avec le test de l'ATS-18(5).

L'ATS-18 est une échelle pouvant mesurer les différents comportements ou attitudes chez les fumeurs et les anciens fumeurs ; c'est un instrument fiable et qui a été validé lors d'une étude à Genève (Suisse) faite de 1995 à 1998 par JF Etter. 3 sous-échelles prennent en compte les effets néfastes du tabagisme (10 critères), les avantages psychoactifs (4 critères) et le plaisir de fumer (4 critères).

- le moral, la motivation avec les tests de Richmond (6), de Prochaska (7) et la compétence à l'arrêt à l'aide d'une échelle visuelle analogique.
- les motifs de l'arrêt et les craintes.

Le test HAD ne figure pas volontairement dans le questionnaire car une phase d'hospitalisation étant souvent anxiogène en elle même, il risquait de ne pas refléter la réalité.

On leur demandait à la fin du questionnaire s'ils acceptaient d'être contactés téléphoniquement 3 mois plus tard.

Après avoir été validé par le Dr Vercherin, statisticien, ce questionnaire a tout d'abord été testé sur quelques patients, afin d'en vérifier sa compréhension puis a été distribué aux 11 équipes soignantes de ces services pilotes. Elles étaient chargées de le remettre aux patients, qui acceptaient de recevoir la visite de l'équipe de liaison de tabacologie. Quand nous arrivions au lit du patient, ce dernier nous le rendait rempli ; nous en profitions pour revoir ensemble ce qui n'aurait pas été compris et nous reprenions systématiquement le test de Fagerström car souvent sous-évalué quand il est rempli en auto questionnaire.

b) à J+3 mois

Groupe d'étude

J'ai contacté ce groupe de patients par téléphone 3 mois après leur sortie de l'hôpital. Le questionnaire était court (annexe 4) et adapté aux trois situations possibles : l'arrêt, la diminution ou la reprise ; je leur demandais enfin si notre intervention les avait aidée. Ces quelques échanges ont permis de redonner quelques conseils et pour quelques-uns une prise de rendez-vous avec notre équipe pour redémarrer un sevrage.

Groupe témoin

Une partie des patients avaient déjà renvoyé leur deuxième questionnaire, et j'ai téléphoné aux autres afin d'avoir les renseignements qui m'intéressaient.

6. Exploitation des résultats

Il s'agit d'une analyse statistique descriptive, des patients vus par l'ELT et d'évaluation à 3 mois qui sera comparée à un groupe témoin à partir :

- d'un questionnaire de départ rempli par les patients,
- d'un 2ème questionnaire téléphonique.

Ces résultats, une fois mis sur un tableur fichier Excel, ont été envoyés au Dr Vercherin. Les analyses ont été faites à l'aide du logiciel statistique SAS version 8.02 :

- Test du Chi-deux pour comparer des pourcentages.
- Test t de Student afin de comparer deux moyennes.

Nous avons retenu un seuil de significativité du test fixé à 5 %.

IV. LIMITES DE CETTE ETUDE

- Je compare un groupe de 114 patients versus un groupe de 31 patients (groupe témoin).
- Dans le cadre de ce mémoire, j'ai dû contacter mon groupe d'étude au bout de 3 mois versus 1 an pour le groupe témoin.
- Je compare un groupe de patients hospitalisés pour diverses pathologies versus un groupe hospitalisé pour pathologie cardiaque.
- L'intérêt de ce groupe témoin était surtout de pouvoir voir l'impact de l'équipe, par rapport au groupe de l'étude et démontrer l'importance du suivi dans le sevrage tabagique.

V. LES RESULTATS

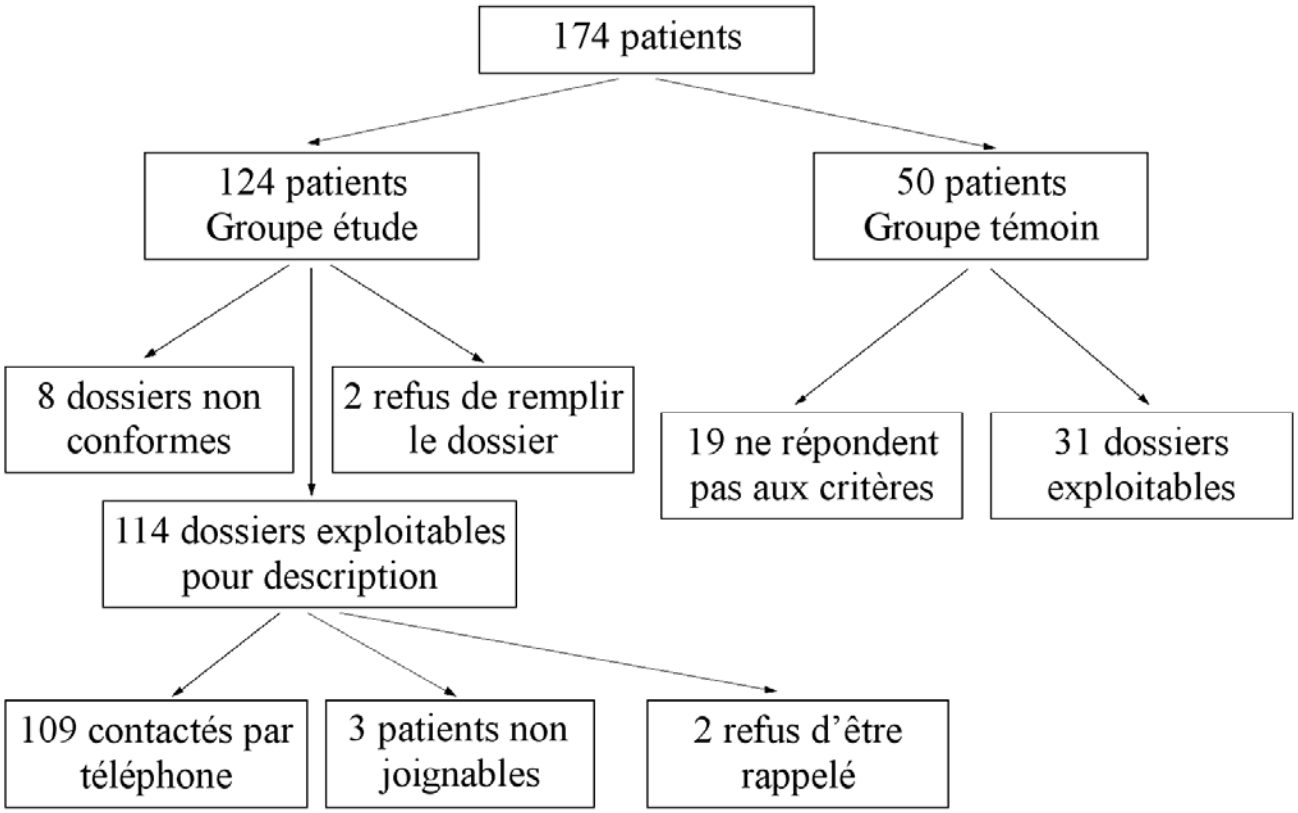
1. Taux de réponses:

a) Groupe étude

- 124 dossiers furent collectés entre novembre 2007 et mars 2008 : 8 étaient non conformes et 2 n'avaient pas été remplis par refus : 114 dossiers donnèrent lieu à une analyse descriptive statistique.
- 5 sujets n'ont pu être contactés téléphoniquement 3 mois après leur sortie de l'hôpital (3 non joignables et 2 avaient refusé d'être rappelés).
- 109 dossiers permettront donc l'analyse de l'impact de l'équipe de liaison sur l'évolution du sevrage tabagique.

b) Groupe témoin

Pour le groupe témoin, 50 dossiers furent consultés, 19 ne fumaient déjà plus lors de leur hospitalisation, 31 dossiers furent exploitables et les patients furent contactés téléphoniquement, tous répondirent.

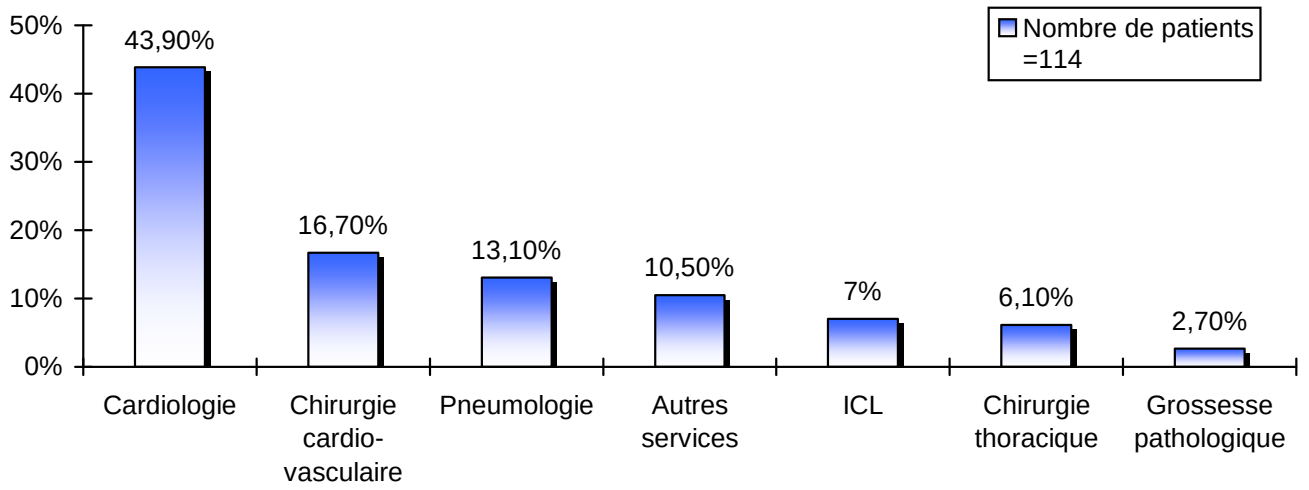


a) La **<u>répartition selon les services demandeurs</u>** est résumée dans le tableau 1 et le graphique 1 donne une bonne vue d'ensemble. On remarque que 43,9 % des patients ont été vus dans les services de cardiologie et 16,7 % en chirurgie cardiovasculaire.

Tableau 1: Répartition selon les services demandeurs

SERVICES	**Sujets (n=114) Nb**	**%**
Cardiologie	50	43,9
Chirurgie cardio-vasculaire	19	16,7
Pneumologie	15	13,1
Autres services	12	10,5
ICL	8	7
Chirurgie thoracique	7	6,1
Grossesse pathologique	3	2,7

Graphique 1



b) Répartition selon l'âge et le sexe

L'âge moyen était de 49,7 ans avec des extrêmes allant de 18 à 79 ans ; 50 % avaient moins de 50 ans et 10 % moins de 30 ans.

Nous notons une très nette prédominance masculine (73 %).

c) Comorbidités non psychiatriques

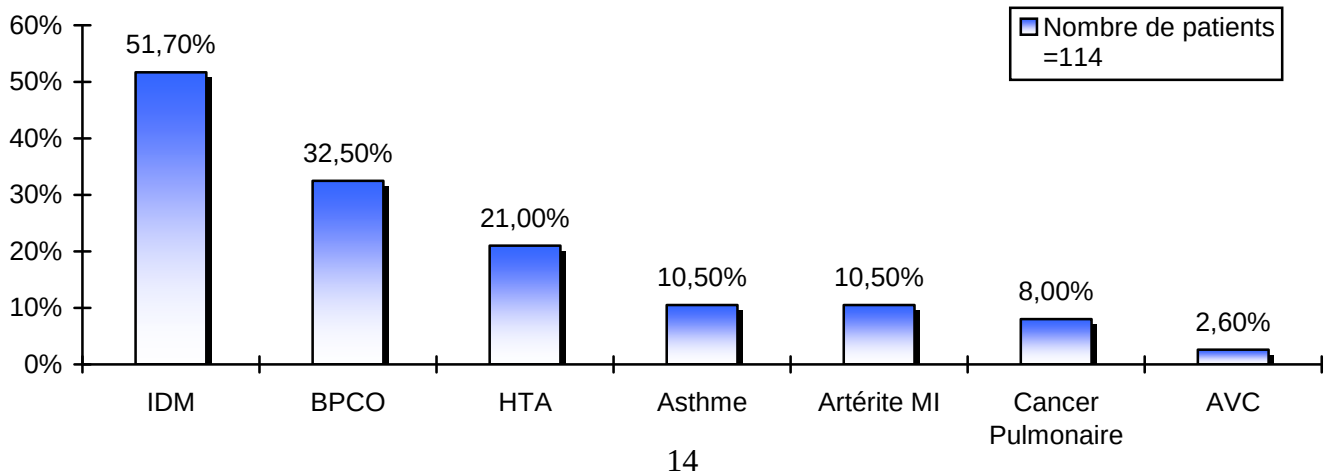
Plus de 50 % des patients avaient fait un infarctus du myocarde et 1/3 présentait une BPCO (tableau 2 + graphique 2).

Nous devons tenir compte du fait que certains patients hospitalisés en cardiologie pour IDM avaient coché cet item, alors qu'ils n'avaient pas d'antécédents cardiaques auparavant, contrairement à la BPCO ou l'HTA qui sont des pathologies déjà connues et souvent anciennes.

Tableau 2 : pathologies associées
(Plusieurs items possibles)

Pathologies associées	**%**
IDM	51,7
BPCO	32,5
HTA	21
Artérite MI	10,5
Asthme	10,5
Cancer Pulmonaire	8
AVC	2,6

Graphique 2



d) Comorbidités psychiatriques

27 % avaient comme Antécédents une dépression antérieure et 33 % un trouble anxieux, sachant que certains ont répondu positif aux deux items (tableau 3).

Seulement 20% se mettaient moins de 5/10 sur l'échelle analogique visuelle du moral.

Tableau 3 : Comorbidités psychiatriques
(Plusieurs items possibles)

	%
Prise de tranquillisants	21
Prise d'antidépresseurs	18,5
Dépressions antérieures	27
Troubles anxieux	33,3
Moral /10	6/10

***e) L'histoire tabagique** est résumée dans le tableau ci-dessous (tableau 4) :*

8 % des patients avaient débuté leur tabagisme avant 12 ans, 34 % vers l'âge de 13-14 ans et seulement 6 % après 25 ans.

50 % des patients fumaient au moins 20 cigarettes par jour et 25% au moins 30 ; la moyenne était de 26 cigarettes quotidiennes.

87 % étaient abstinents depuis leur hospitalisation.

La moyenne de test de Fagerström était de 6,4/10 ; 60 % de nos patients étaient fortement voire très fortement dépendants à la nicotine (F≥7).

73 % des patients n'avaient jamais tenté plus d'une fois un sevrage tabagique ; aucune tentative pour 1/3.

Tableau 4 : caractéristiques du statut tabagique

Age 1ère cigarette	17 ans (de 8à 19)
Age tabac régulier	19 ans (de12 à 50)
Nombre cigarettes (moyenne)	26 (de 6 à 60)
Nombre de cigarettes depuis hospitalisation : 0 1à 5 5à 10	86,8% 10% 3,2%
Fagerström : 0 à 4 5-6 7-8 9-10 Moyenne : 6,4	17% 23% 39% 21%
Nombre d'arrêts : 0 1 > 4 Moyenne : 1,1	31% 42% 3,5%

f) <u>Analyses des freins et des motivations</u>

La motivation a été testée avec 2 tests différents : une échelle analogique sur 10 et le test de Richmond sur 10. Nous retrouvions une moyenne de 7/10 pour ces 2 tests, avec une moyenne plus homogène pour le Richmond.

2/3 des patients vus par notre équipe soit 67 % acceptaient une aide au sevrage, les autres une simple information.

D'après le cycle de Prochaska, 17 % des patients étaient au stade de contemplation et 67 % en pré-contemplation contre 14 % pour le stade préparatoire et seulement 2 % au stade de l'action.

L'ATS-18(5) :

-Les inconvénients à fumer sont notés sur 50 :

La moyenne pour nos patients était de 39,8 /50

.4,5 % ont moins de 25/50

. 9 % ont plus de 40/50

-Les avantages psychoactifs sont sur 20 :

La moyenne était de 15,8 /20

.89 % ont plus de 10/20

.62 % ont plus de 15/20

-Le plaisir à fumer est noté sur 20 :

La moyenne était de 14,4/20

.80 % ont plus de 10/20

.50 % ont plus de 15/20

Le prix du tabac est la première des motivations à l'arrêt, (43%) en dehors des raisons de santé. Nous avons fait le choix de ne pas proposer la santé comme item, car nous partions du principe qu'étant tous hospitalisés, la santé était forcément leur principale préoccupation. Venaient ensuite la pression de l'entourage (38 %), l'envie d'un environnement plus sain (37 %) et la lassitude de la dépendance (30 %) (tableau 5).

Tableau 5 : Répartition selon les motivations de l'arrêt en % en dehors des raisons de santé
(Motivations parfois multiples pour le même patient)

Motivations	**%**
Coût	43
Faire plaisir à l'entourage	38
Environnement plus sain	37
Ne plus être dépendant	30
Refaire du sport	12
Décret	5

Les principales craintes étaient de ne pas y arriver (62 %), d'être en manque (54 %) et d'être énervé (51 %).7% seulement craignent un manque de concentration comme le montre le tableau 6.

Tableau 6 : Répartitions selon les difficultés ressenties à l'arrêt en %
(Plusieurs items possibles par patient)

Craintes	**%**
Ne pas y arriver	62
Le manque	54
Etre énervé	51
Le stress	39
Prise de poids	33
Problème de concentration	7

La compétence à l'arrêt a été testée sur une échelle visuelle analogique (EVA) sur 10 : 56 % des patients avaient un score ≥ 7/10 et même 20 % se sentaient très capables d'y arriver (10/10).

2. Description du groupe témoin et comparaison avec le groupe étude (tableau 7)

Les deux groupes étaient à peu près identiques au niveau de l'âge : celui du groupe étude présentait une moyenne d'âge de 49,7 ans contre 54,2 ans pour le groupe témoin (test du chi-deux, $p>0.05$).

De même pour la variable « sexe », le groupe étude était à 73 % masculin contre 77 % pour le groupe témoin (test du chi-deux, $p>0.05$).

La consommation de cigarettes était plus élevée dans notre groupe étude, 26 cigarettes par jour avec un écart type de 10, versus 20 cigarettes pour le groupe témoin avec un écart type de 16, ce qui est significatif (test t de Student, $p<0.05$).

La dépendance était elle aussi plus forte chez nos patients avec un Fagerström à 6,4 contre 4,8 pour le groupe témoin ($p<0,05$; test t Student), sachant que ce test est certainement sous-évalué chez les sujets témoins puisqu'ils l'avaient rempli seuls ; ce test avait été repris systématiquement avec nos patients pour éviter ce biais.

23 % du groupe témoin n'avaient jamais arrêté de fumer contre 31 % pour l'autre groupe, cette différence n'étant pas significative ($p>0,05$).

La moyenne de tentatives de sevrage est de 1,6 dans le groupe témoin versus 1,1 pour le groupe étude.

De même pour la motivation, les deux groupes avaient un test de Richmond identique (7,1/10) ce qui n'était pas significatif ($p=0,99$).

On retrouvait plus de gens motivés dans le groupe étude et cette différence apparaissait comme significative ($p<0,05$): 17 % de ce groupe était au stade 1 du cycle de Prochaska(7) (pré-contemplation) contre 37 % pour l'autre groupe.

En isolant les patients de l'étude vus en cardiologie (44 % des patients de l'étude soit 50 sujets), nous ne notons pas de différences significatives, les résultats sont sensiblement identiques au groupe étude toutes pathologies confondues, si ce n'est peut-être une proportion d'hommes encore plus élevée (82 %).

Tableau 7 : Description du groupe témoin et tableau comparatif avec le groupe étude + patients de cardiologie de l'étude

Caractéristiques	Groupe témoin (n=31) en %	Groupe étude (n=114) en %	Groupe étude service cardiologie (n=50) en %
Age	54,2	49,7	50
Sexe : masculin féminin	77 23	73 27	82 18
Fagerström	4,8	6,4	6,3
Nombre de cigarettes	20	26	25
Test de Richmond/10	7	7	7
Prochaska (stade) : -pré-contemplation -contemplation -préparation/action	 37 37 26	 17 67 16	 16 72 12
Nombre d'arrêt	1,6	1,1	0,9

4. Statut tabagique du groupe étude 3 mois après l'intervention de l'équipe de liaison de tabacologie et comparaison avec le groupe témoin (tableau 8).

Le groupe témoin était en arrêt total à 45 % contre 55 % ($p<0,05$; test chi-deux) pour notre groupe étude, sachant qu'il s'était écoulé 1 an pour le 1er groupe versus 3 mois pour le 2ème, ce qui fausse un peu la comparaison. En sortant les patients de cardiologie de notre étude, le nombre d'arrêt à 3 mois passe ainsi à 69 % (à noter 2 données manquantes).

On note très peu de patients en diminution dans le groupe témoin : soit ils ont arrêté (45 %) soit ils ont repris (1 sur 2).Alors que dans le groupe étude, seuls 16 % des sujets ont repris leur consommation ancienne : soit ils ont arrêté (55 %) soit ils sont en diminution (29 %).

73 % des patients du groupe étude avaient bénéficié de substitution nicotinique contre 37 % pour le groupe témoin, la différence étant très significative (p <0,0001).

Aucun patient n'a été suivi par rapport au tabac dans le groupe témoin contre 24 % dans le second groupe ce qui est très significatif (p =0 ,0065).

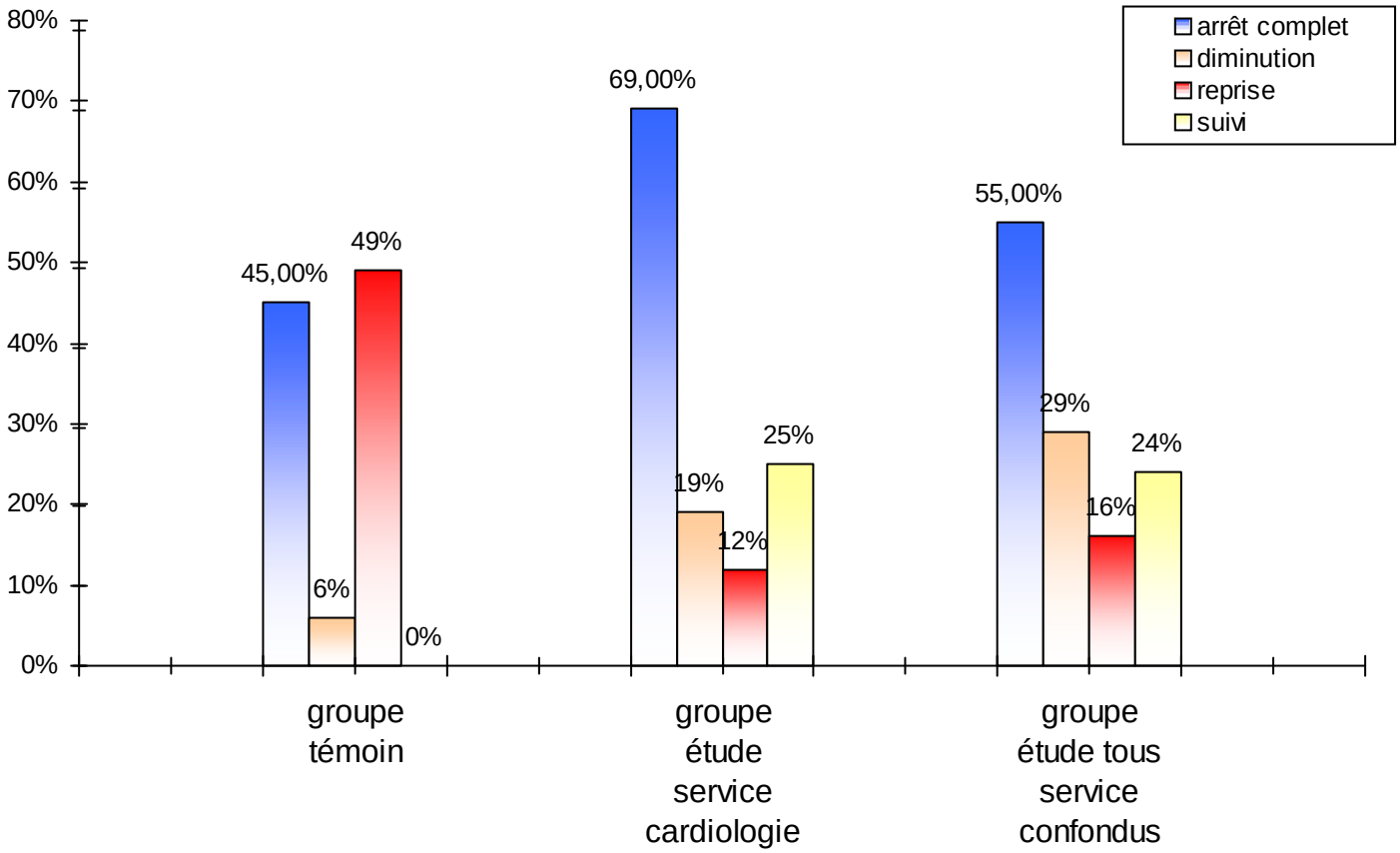
75 % des patients de l'étude qui ont rechuté l'ont fait à partir du deuxième mois contre 85 % pour le groupe témoin.

Tableau 8 et graphique 8 : Comparatifs du statut tabagique après hospitalisation

Caractéristiques	**Groupe témoin (n=31) à 1 an**		**Groupe étude service cardiologique (n=48) à 3 mois**		**Groupe étude tous services confondus (n=109) à 3 mois**	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Arrêt complet	14	**45**	33	**69**	60	**55**
Diminution	2	6	9	19	32	29
Reprise	15	**49**	6	**12**	17	**16**
SN	10*	**37**	32**	**71**	73***	**73**
Suivi : -effectif	0	**0**	12	**25**	26	**24**
-envisagé	4	**13**	6	**12,5**	17	**15,5**

*4 données manquantes**5données manquantes***9 données manquantes

Graphique 3



En étudiant les caractéristiques des patients de l'étude qui étaient en arrêt du tabac depuis 3 mois (tableau 9), 56 % étaient issus de services cardiologiques et 20 % de chirurgie cardiovasculaire: c'étaient essentiellement des hommes (87 % contre 73 % pour la population étudiée), avec une moyenne d'âge de 55 ans (5 ans de plus que la moyenne).

Ces patients avaient une consommation quotidienne de cigarettes de 26,7, un test de Fagerström à 6,2 (F≥7 pour 56 % des patients ; F<5 pour 33 %) et un nombre de tentatives d'arrêt de 1,2 ce qui est équivalent à la moyenne des patients de l'étude.

Par contre, ces sujets avaient un meilleur moral (6,6/10 contre 6/10), une meilleure motivation (Richmond à 7,8 contre 7) et 6 % seulement d'entre eux étaient au stade 1 de Prochaska contre 17 % pour la moyenne générale.

78 % d'entre eux avaient bénéficié de substituts nicotiniques et tous (100 %) disent avoir été aidés par l'équipe de liaison de tabacologie (80 % étaient même très satisfaits); 38 % étaient toujours suivis par l'équipe.

Tableau 9 : Caractéristiques de la population étudiée en arrêt à 3 mois

Caractéristiques	**Sujets en arrêt (n=60) en Nb**	**en %**
Services demandeurs :		
Cardiologie	33	56
CCV	12	20
Pneumologie	7	11
Autres services	8	13
Sexe : masculin	52	87
féminin	8	13
Age (moyenne)	55	
Cigarettes /j (moyenne)	26,7	
Fagerström (moyenne)	6,2	
Nb tentatives d'arrêt (moyenne)	1,2	
Moral (moyenne)	6,6	
Richmond (moyenne)	7,8	
Prochaska		
Stade1 (pré contemplation)	4	6
Stade 2(contemplation)	44	73
Stade 3-4 (préparation/action)	12	21
Substitution nicotinique		
Oui	47	78
Non	13	22
Aide consultation		
Beaucoup	48	80
Un peu	12	20
Pas du tout	0	0
Suivi		
Oui	23	38
Non	35	58
envisagé	2	4

-Comparaison des taux d'arrêts du tabac ou de la diminution :

-selon la compétence :

On peut remarquer que le nombre d'arrêt antérieur modifie la compétence dans le sevrage : l'indice sur l'EVA passe de 6/10 pour 0 arrêt à 7,5/10 s'il y a déjà eu au moins deux tentatives.

-selon le Richmond

Sur les 60 patients de l'étude en arrêt du tabac, 71% avaient une motivation bonne ou très bonne avec un test de Richmond ≥7/10 et une moyenne de 7,8. Seulement 50% des patients en diminution avaient ce test ≥7/10 avec une moyenne de 6,1/10.

-selon Prochaska

7% des patients de notre étude en arrêt du tabac était en phase de pré-contemplation avant notre intervention (stade 1 du cycle de Prochaska)contre 31% pour les patients en diminution ; seulement 9% de ces derniers en étaient au stade de préparation (stade 3 du cycle) contre 20% pour nos patients en arrêt (stade 3ou 4).

-selon la dépendance

Les patients en arrêt avaient un Fagerström en moyenne à 6,2/10 : 33 % étaient peu dépendants (F<5) et 56 % l'étaient fortement (F≥7) .

Chez les patients en diminution, 19% étaient peu dépendants (F<5) et 61 % très dépendants (F≥7) ; la moyenne était de 6,5/10.

-selon le moral

63 % des patients en arrêt avaient un moral ≥6 sur l'EVA contre 47 % de ceux en diminution.

2. Impact de l'équipe de liaison sur l'arrêt de tabac

72 % des patients pensaient que le fait d'avoir vu une ELT les avait beaucoup aidé, un peu pour 26 % et pas du tout pour 2 %. 9 patients n'ont pas voulu répondre.

24 % de ces patients étaient suivis par une équipe de tabacologie et 15,5 % l'envisageaient suite à mon appel téléphonique.

Pour les patients qui avaient diminué leur consommation, ils refumaient une moyenne de 9 cigarettes (2 à 25 avec un écart type de 5) et 58% d'entre eux avaient une motivation > à 6/10 pour arrêter totalement.

75% de ceux qui avaient repris leur consommation initiale avaient rechuté plus d'un mois après leur sortie d'hôpital.

VI. DISCUSSION

Nous avons comparé notre étude descriptive à plusieurs autres études réalisées sur des patients hospitalisés.

Certaines ont été réalisées dans le cadre du DIU de Tabacologie et nous allons nous appuyer sur le travail des Drs Duboeuf, Malecot, Combier, Gallice-Gaillard, Hugonnier et de Mmes Deshors et Ogier-Lizée ; d'autres ont été faites dans le cadre de rapports d'activités des équipes de liaison de tabacologie tel le CH de Colmar ou l'hôpital Européen Georges Pompidou à Paris (HEGP) :

Dr Combier a réalisé une étude entre avril et septembre 2005 sur le statut tabagique de 96 patients hospitalisés dans les services de soins intensifs de Cardiologie de la région Stéphanoise(8).

Dr Duboeuf a étudié les caractéristiques d'une population tabagique hospitalisée dans un service de pneumologie au C.H.U de Saint-Etienne entre janvier et avril 2001 (9).

Dr Hugonnier a fait une étude sur la prise de poids au cours du sevrage tabagique en consultation de tabacologie en 2005 au CHU de Saint-Étienne (10).

Dr Malecot a évalué une consultation de tabacologie concernant 84 patients de cardiologie et de pneumologie à l'Hôpital Cardiologique de Lyon sur une période de 17 mois, de novembre 2004 à avril 2005(11).

Une autre enquête réalisée par Me Ogier-Lizee porte sur 100 patients hospitalisés dans les trois services à spécialité cardiovasculaire de l'Infirmerie Protestante à Caluire dans le Rhône, au cours des mois de mars et avril 2006 (12).

Me Deshors a décrit une population d'anciens tabagiques et de fumeurs persistants atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive liée au tabac, suivis dans le service de pneumologie du CHU de Saint-Etienne en 2004 (13).

Dr Martelli a réalisé un premier bilan d'activité de la consultation d'aide au sevrage tabagique à l'Hôpital Européen Pompidou(HEGP) à Paris en 2001 (14).

Me Cilia, infirmière en tabacologie à l'hôpital Pasteur de Colmar décrit le profil des fumeurs vus en consultation sur l'année 2005(15).

Nous nous référerons aux chiffres de la population générale de la consultation du Dr Perriot au dispensaire Emile Roux sur la période 1999-2005 (16).

Nous nous appuierons également sur divers articles trouvés dans la bibliographie internationale.

1. Critiques méthodologiques

Il s'agit d'une petite étude avec peu de patients (n=114) mais ce sont tous les patients hospitalisés vus par notre équipe de novembre 2007, (date à laquelle j'ai démarré mon étude) à mars 2008, date à laquelle je devais clore cette enquête de façon à ce que je puisse rappeler les derniers patients fin juin pour l'analyse statistique des résultats. Je pensais en voir plus mais nous avons constaté une petite baisse de motivation des équipes soignantes sur la fin de l'année qui nous appelaient moins dans les services.

Ces patients étaient de différents services et ils étaient rappelés au bout de 3 mois or, on sait que c'est dans les trois premiers mois qu'il y a le plus de reprise (17), ce qui explique les 15% de suivis envisagés suite à mon appel téléphonique.

Le nombre de patients dans le groupe témoin est encore plus faible : 31 ; j'ai pu bénéficier des données de l'enquête « Olimpic » faite sur une année mais je ne pouvais me servir que des patients vus avant mai 2007 qui ne pouvaient avoir été vu par l'équipe (arrivée en mai 2007). Sur ces patients, 31 seulement étaient fumeurs lors de leur hospitalisation et tous étaient issus des soins intensifs de cardiologie. Ces patients étaient rappelés au bout d'un an, sachant qu'on estime qu'il y a environ 20% de déclarations erronées à 12 mois d'arrêt (1).

Il était donc difficile de comparer objectivement deux groupes aussi distincts mais l'intérêt était de voir ce que le passage d'une ELT pouvait apporter. Le recrutement de nos 114 patients provenait principalement de cardiologie et de chirurgie cardiovasculaire ; pourquoi les autres services étaient-ils moins représentés ?

Nous pouvons évoquer deux hypothèses :

-on peut penser que c'est toujours difficile de mettre de nouvelles choses en place, entre autre une ELT et qu'il faut donner le temps à tous les services de s'adapter .

Effectivement, une enquête menée aux Hôpitaux Universitaires de Genève en 1999 (18) a montré que seules 31% des infirmières identifiaient le statut tabagique du patient («est-ce que vous fumez?») et 1,3% seulement leur proposaient de l'aide pour arrêter de fumer.

Les résultats de notre étude nous auront permis de repérer les services où le message était moins bien passé.

-on peut penser également que pour des pathologies chroniques comme la pneumologie, les patients ont déjà tenté plusieurs sevrages avec l'aide ou par l'information de leur médecin et que c'est une population moins fumeuse,

ou moins motivée s'il y a déjà eu plusieurs tentatives de sevrage qui se sont soldées par des échecs.

Le fait d'avoir un groupe suffisamment nombreux de patients issus de cardiologie (n=50) nous a permis de le sortir du groupe étude afin de le comparer au groupe témoin.

2. Discussion sur les caractéristiques de la population

a) <u>selon les données socio-démographiques</u>

Dans la population générale et selon les premiers résultats du baromètre 2005, la proportion de personnes âgées de 12 à 75 ans qui déclarent fumer « *ne serait-ce que quelques fois* » est de 29,9 %. Chez les femmes, cette proportion est de 26,5 % tandis que chez les hommes, elle est de 33,3 % (19).Cela nous est difficile de comparer cette population fumeur avec la nôtre parce que l'on ne trouve pas la proportion d'hommes ou de femmes.

Cependant, on retrouve dans l'étude rétrospective du Dr Hugonnier (10) sur « la prise de poids au cours de sevrage tabagique en consultation de tabacologie » faite sur la consultation du Dr Denis-Vatant au CHU de St-Etienne, les caractéristiques de sa population : cette dernière se composait de 157 patients dont 48 % d'hommes et 52 % de femmes avec un âge moyen de 43 ans, ce qui diffère de notre étude qui est composée de patients majoritairement masculins (73 %) avec un âge moyen de 49,7 ans. Les chiffres du Dr Perriot (16) sur les caractéristiques de sa consultation sont équivalents à ceux du Dr Hugonnier : sur 1109 patients vus entre 1999 et 2005, 45,6 % sont des hommes et 54,4 % des femmes, avec un âge moyen de 43,7 ans.

Le dernier rapport d'activité des équipes de liaison en addictologie en 2005 (20) par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du Ministère de la Santé (DHOS) indique que les deux tiers des patients vus par les équipes de liaison sont de sexe masculin : 67,4 % d'hommes pour 32,6 % de femmes et deux tiers de ces patients sont âgés de 40 ans et plus. Je n'ai pas retrouvé de moyenne d'âge.

Ces chiffres sont tout à fait comparables avec ceux de notre étude ainsi que les diverses études citées ; le pourcentage d'hommes prédomine dans toutes: 79 % dans l'enquête de Me Ogier-Lizee, 88 % dans celle de Me Deshors et 67 % pour Dr Malecot. L'équipe de liaison de tabacologie de Colmar a vu 66 % d'hommes et celle de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEPG) 60,2 %.

Ce pourcentage important d'hommes par rapport aux femmes dans les études de patients hospitalisés peut s'expliquer par le fait que globalement, il

est reconnu qu'il y a plus d'hommes que de femmes dans la population hospitalisée. De même, la maladie liée au tabac apparaît après 20 à 30 ans de tabagisme et à cette époque, on retrouvait plus d'hommes que de femmes fumeurs.

L'âge n'est pas très élevé mais cependant plus que dans la population générale, ce qui est logique puisque l'hospitalisation touche une catégorie de gens plus âgés: l'âge moyen est de 49,7 ans dans notre étude contre 50 ans à Colmar, 45,8 ans à l'HEPG , 50 ans dans l'étude du Dr Malecot, 54 ans pour le Dr Combier ; un peu plus chez Me Ogier-Lizee avec une moyenne de 59 ans et de 66 ans pour l'étude de Me Deshors qui touche une population BPCO, pathologie souvent décelée tardivement.

b) <u>selon les services demandeurs</u>

Un rapport d'activité des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie a été élaboré en 2005 par un comité de pilotage sous l'égide de la DHOS (21). Sur l'ensemble du territoire français, 70% des patients vus par les équipes de liaison sont en difficulté avec l'alcool et 14 % avec le tabac.

Selon ce rapport, les 3 services les plus cités sont les services de gastro-entérologie, les urgences et la médecine interne mais il faut savoir que sur ces équipes répertoriées de France, 28 % seulement prennent en charge le tabac, le reste est pour l'alcool et les drogues illicites ; la tabacologie reste malgré tout un peu oubliée dans le pôle d'addictologie.

Dans notre étude, les services demandeurs sont essentiellement la cardiologie (43,9 %) et la chirurgie cardio-vasculaire (16,7%). Il nous est difficile de comparer ces chiffres avec d'autres études car c'est le début de la mise en place de cette équipe de liaison de tabacologie (ELT) ; nous avons démarré avec 11 services pilotes et toutes les spécialités ne sont pas représentées. L'ORL par exemple est largement représentée au CH de Colmar (34 % des consultations en chirurgie sont effectuées en ORL) alors que ce service n'appartient pas encore à notre protocole de prise en charge. La médecine est également bien représentée, l'équipe de Colmar assure 29 % de ses consultations de médecine en pneumologie (13,1 % dans notre étude), 19 % en neurologie et 12 % en médecine générale.

Malgré l'impact important du tabac sur les pathologies liées à l'ORL et la neurologie, ces deux services ne sont pas présents dans nos services pilotes tout simplement parce qu'ils n'étaient alors pas situés sur le même site géographique.

L'équipe de liaison de l'HEGP à Paris, quand à elle, prend en charge toutes les addictions (tabac, alcool et drogues) mais nous ne retrouvons pas de

chiffres sur les services appelant l'équipe spécifiquement pour le tabac. Les autres études touchent des populations ciblées (pneumologie pour Dr Duboeuf et Me Deshors, cardiologie pour Dr Combier et Me Oggier-Lizée).

c) <u>selon les Antécédents</u>

Notre population étant majoritairement cardiaque, nous retrouvons 51 % d'ATCD d'IDM sachant que ces résultats sont biaisés puisque certains ont coché cet item alors qu'ils étaient en phase aiguë et beaucoup n'avaient jamais eu de problèmes cardiaques avant leur hospitalisation.

L'évaluation de deux consultations de tabacologie sur Saint-Etienne et Béziers faite par Me Gallice (22) sur 3 mois en 2006 montre que 39 % des patients déclarent être atteints d'au moins une pathologie cardiovasculaire ou respiratoire.

Le Dr Combier recense 23 % d'ATCD d'IDM et 9 % de BPCO contre 32 % dans notre étude ; ce chiffre s'explique aisément puisque la population de l'étude du Dr Combier est issue des soins intensifs de cardiologie alors que nous avons vu 13,1 % de notre population en service de pneumologie. De même, plus de 30 % de la population vue par l'ELT de l'HEG présentaient des pathologies respiratoires.

La population décrite par le Dr Hugonnier présente des ATCD de dépressions à 50 % et à 47 % pour des troubles anxieux. Dans notre population étudiée, nous retrouvons 27 % de dépression antérieure et 33 % de troubles anxieux; elle se rapproche de la population vue au dispensaire Emile Roux à Clermont-Ferrand en qui présente 34 % de dépressions antérieures et 38 % de troubles anxieux (16). L'enquête menée par Mme Gallice répertorie 31 % de patients avec un trouble dépressif et 56 % avec un trouble anxieux.

Tous ces chiffres ne nous étonnent pas, tabagisme et pathologies psychiatriques sont fréquemment liées: les troubles anxio-dépressifs sont fréquents chez les fumeurs fortement dépendants et la prévalence de la dépression est de 3% chez les non fumeurs contre 6,6 % chez les fumeurs (23).

L'ELT de Colmar voit des patients hospitalisés qui présentent un score HAD d'anxiété majeure pour 11% d'entre eux et 30 % ont un score qui montre un trait dépressif. Pour notre part, le test HAD ne figure pas volontairement dans le questionnaire car une phase d'hospitalisation étant souvent anxiogène en elle même, il risquait de ne pas refléter la réalité.

d) <u>selon l'histoire tabagique</u>

Notre étude montre que *l'âge de la 1ère cigarette* se situe vers 17 ans et 19 ans pour une consommation régulière, soit un délai de 2 ans, alors que les données actuelles sont respectivement de 13,7 et 15 ans avec un délai d'un peu plus d'un an (1). Les résultats des autres études citées vont dans le même sens que la nôtre : l'âge moyen d'initiation au tabagisme est nettement plus élevé que dans la population générale. Dans l'étude du Dr Combier, la première cigarette est fumée à 17 ans (21 ans pour une consommation quotidienne), à 18,4 ans dans celle du Dr Duboeuf en pneumologie et 17 ans pour l'étude de Me Deshors.

Dans la population générale, la *consommation de tabac moyenne* par jour chez les fumeurs réguliers est de 14,8 cigarettes par jour en 2005 (19).

Dans la population hospitalisée, les données des diverses études sur la dépendance tabagique montrent toutes une consommation largement supérieure à celle de la population générale avec seulement quelques légères différences en fonction des pathologies :

Dans notre étude, les patients fument en moyenne 26 cigarettes par jour (de 6 à 60) avec un test de Fagerström (F) à 6,4 sur 10 : 60 % avaient un F≥7 et 17 % un F<5.

Les consultants de l'unité de tabacologie de Colmar (15) consomment en moyenne 24 cigarettes par jour (de 3 à 80) avec une majorité de patients présentant une forte dépendance physique : 42% des fumeurs ont un Fagerström de 7 à 10 sur 10(contre 60% dans notre étude) et 43% de 4 à 6 ; la moyenne des tests de Fagerström est de 5,92 sur 10.

A l'Hôpital Européen Georges Pompidou, la consommation moyenne est de 23,6 cigarettes par jour avec un Fagerström à 5,4 (14).

L'étude du Dr Duboeuf dans le service de pneumologie de St Etienne par contre, présente de plus gros fumeurs avec une consommation moyenne de 35,2 cigarettes par jour et un test de Fagerström à 7,4 sur 10 (9).

Dans ce même service mais en 2004 et sur une population exclusivement BPCO (13), nous notons une moyenne des scores de Fagerström de 6 sur 10.

Le test de dépendance de Fagerström dans l'étude du Dr Combier (8) est de 4,8 sur 10, ce qui est très bas pour une population de cardiaque mais qui rejoint le chiffre de notre groupe témoin issu de cardiologie (F=4,8) alors que le groupe de patients de cardiologie sortis de notre étude présente lui un Fagerström à 6,3.

Il est toutefois important de signaler que les chiffres des scores du Fagerström sont souvent sous-évalués car le test est souvent rempli par le

patient seul et qui n'est pas dans les mêmes conditions que chez lui ; la cigarette du matin est souvent prise bien plus tard, hospitalisation oblige, et fausse donc considérablement ce test.

Dans le service, nous avons fait le choix de corriger systématiquement le test du Fagerström pour nous permettre d'adapter au mieux la substitution nicotinique, ce qui fait que nos résultats ne sont peut-être pas comparables aux autres; par contre, nous ne savons pas non plus si ce test a été corrigé ou non dans les études citées.

Dans la consultation de tabacologie évaluée par Dr Malecot (11), le test de dépendance de Fagerström est de 5,4 sur 10 avec une consommation moyenne de 20 cigarettes par jour; on pourrait penser que ces patients ont rempli le questionnaire seuls. Par contre, l'évaluation de la consultation du Dr Denis-Vatant faite par le Dr Hugonnier indique que 72% de sa population étudiée sur une période de 6 mois a un score de Fagerström ≥7 et est donc fortement (32%) ou très fortement (40%) dépendante à la nicotine. On retrouve sensiblement les mêmes chiffres pour la consultation de Dr Perriot : 68% de ses patients vus en consultation ont un score de Fagerström ≥7 et sont fortement (35,7%) ou très fortement (32,4%) dépendants, avec une moyenne de 7,3/10; on peut penser que le Dr Denis-Vatant et le Dr Perriot reprennent le test de Fagerström avec leurs patients.

e) <u>selon le cycle de Prochaska</u>

Des données existent concernant la population générale : 40% de sujets sont en pré-contemplation, 40% en dissonance et 20% en phase de préparation ou d'arrêt.

Curieusement, ces données correspondent aux résultats de notre groupe témoin avec respectivement 37%,37% et 26% alors qu'ils différent totalement de la population hospitalisée vue par notre équipe : 17% de nos patients seulement étaient au stade de pré-contemplation (67% en contemplation et 16% en préparation ou arrêt). L'étude du Dr Combier confirme nos chiffres : 14% de ses patients étaient au stade de pré-contemplation. On peut cependant se poser la question de la validité des réponses. Le fait d'être dans la phase aiguë d'une maladie peut il shunter une étape dans le cycle de Prochaska ?

f) <u>selon la motivation</u>

Dans *la population générale* et parmi les fumeurs actuels, 59.9 % ont envie d'arrêter (19).

Un tiers (34.6%) de ces fumeurs dissonants ont le projet précis d'arrêter de fumer, le plus souvent dans le mois à venir (41.3%), mais une fois sur 5 (19.5%) dans un avenir non déterminé.

La peur de la maladie est citée comme l'une des raisons d'arrêter par 41.6% des fumeurs, le prix par 26.8% et enfin l'envie de se débarrasser de la dépendance par 19.1% (19). Dans notre étude, le prix du tabac est la première des motivations à l'arrêt (43%) en dehors des raisons de santé. Nous avons fait le choix de ne pas proposer la santé comme item car nous partions du principe qu'étant tous hospitalisés, la santé était leur principale préoccupation et nous voulions les aider à trouver d'autres motivations à l'arrêt du tabac. La dépendance venait en 4ème position avec 30% de réponses positives.

Dr Gallice-Gaillard (22) a réalisé une enquête prospective durant une période de 3 mois en 2006 afin d'évaluer la motivation des patients entre deux consultations de tabacologie au CHU de St-Étienne, ces patients n'étaient pas hospitalisés mais venaient d'eux-mêmes le plus souvent ou étaient envoyés par leur médecin traitant. On retrouve chez eux une motivation moyenne de 7,2 sur 10 ce qui correspond aux chiffres des patients fumeurs hospitalisés de notre étude.

Dans *la population hospitalisée*, nous avons trouvé d'autres études mais qui évaluent cette motivation de façon différente et il est donc difficile de les comparer à notre étude. Nous allons cependant les citer afin de démontrer que dans chaque étude, quelque soit le moyen utilisé pour évaluer la motivation, celle-ci est forte pendant l'hospitalisation. La motivation est souvent évaluée par une échelle visuelle analogique (EVA) allant de 0 à 10, utilisée pour sa simplicité.

Dans notre étude, on retrouve une moyenne identique de 7/10 aux deux tests de motivation (l'EVA et le test de Richmond) ce qui prouve que les patients ont rempli ce questionnaire avec attention et intérêt. Ce résultat est égal à la moyenne de la population générale, ce qui est assez étonnant; on aurait pu penser que l'hospitalisation ou la maladie augmentent la motivation à l'arrêt mais nous nous y attarderons plus longuement dans le prochain chapitre.

L'étude faite par MJ Ogier-Lizee (12) sur 100 patients fumeurs hospitalisés en chirurgie cardiovasculaire montre qu'à l'arrivée dans le service, 54% des patients avaient une bonne motivation (de 7 à 9 sur 10 pour 20%), voire une très bonne motivation (10 sur 10 pour 34%) pour arrêter de fumer.

En revanche la grande majorité des patients (86%) vus par l'équipe de liaison en tabacologie à l'hôpital de Colmar(15) présente une très forte

motivation à arrêter de fumer : 51 % ont évalué leur motivation de 9 à 10 sur l'échelle EVA, 35 % de 6 à 8 sur 10 et seulement 14 % ont une motivation inférieure à 5 sur 10. La moyenne est de 8,2 sur 10 et leur principale motivation est la santé.

Lors de l'évaluation de la consultation de tabacologie à l'Hôpital Cardiologique de Lyon faite par le Dr Malecot (11), la motivation à l'arrêt était supérieure à 7 sur 10 pour 73 % des hommes et 78 % des femmes ; la moyenne est de 7,7 sur 10. On pourrait partir de l'hypothèse que les patients hospitalisés pour une pathologie cardiaque sont plus motivés parce que le cœur représente l'organe vital, ils ont vraiment eu très peur et sont prêts à tout pour que cela ne se reproduise plus, donc à ne plus fumer. Pourtant, quand nous isolons de notre groupe étude les patients de cardiologie, nous retrouvons strictement le même chiffre de motivation pour les deux groupes (7/10).

80 % des patients vus par Dr Duboeuf (9) en service de pneumologie à St-Etienne sont des tabagiques dissonants et leur motivation à l'arrêt est essentiellement liée à la santé. La motivation de la population BPCO étudiée par Mme Deshors a été évaluée par le test du Q-Mat, la moyenne était de 10,6/20 : ce sont des patients plus âgés avec une pathologie plus ancienne qui leur apparaît moins vitale que le cœur ; 84 % de ces patients envisagent l'arrêt quand il y a une gêne respiratoire importante ou une mise sous oxygène.

D'après l'ATS-18 (5), nos patients étaient conscients des inconvénients du tabac (40/50) puisqu'ils savaient que leur pathologie était liée au tabac mais ils étaient encore beaucoup dans le plaisir de fumer (14,5/20) et dans la recherche de plaisirs psychoactifs (15,8/20). Après avoir joint JF Etter, ce dernier nous a confirmé que l'on ne pouvait interpréter ses scores uniquement que dans la comparaison entres groupes ou l'analyse des changements avant/après; nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de résultats pouvant être comparés aux nôtres. En intégrant ce test peu connu dans notre questionnaire, nous nous attendions à des résultats intéressants et par manque d'information, nous avons été déçus de ne pas pouvoir mieux nous en servir.

g) <u>selon les freins</u>

Les craintes sont nombreuses et la peur de ne pas y arriver arrive en tête avec 62 % de notre population étudiée puis la peur d'être en manque pour 54 %, d'être énervé pour 51% ou stressé pour 39 %.

Dans le mémoire du Dr Hugonnier sur la prise de poids au cours du sevrage, à la question sur les freins à l'arrêt, 36 % des patients répondent

spontanément « la peur de prendre du poids », contre 33 % dans notre étude. Nous n'avons pas retrouvé d'autres chiffres pouvant être comparés aux nôtres.

3. Discussion sur le statut tabagique dans notre étude à 3 mois

a) ***quelques commentaires sur les chiffres***

-Dans notre étude, sur 109 patients, on retrouve 55 % d'arrêt à 3 mois, ce qui correspond aux chiffres de l'enquête du Dr Duboeuf chez ses patients de pneumologie: 50 % d'arrêt à 2 mois malgré 30 % seulement de SN.

-Je trouvais intéressant de sortir les patients hospitalisés en cardiologie de notre étude (n=48) afin d'avoir une comparaison plus proche avec le groupe témoin qui était issu du même service (n=31): le nombre d'arrêt à 3 mois de nos patients passe ainsi de 55 % à 69 %.

Il faut rester prudent quand on sait que c'est avant 3 mois qu'il y a le plus de reprise (17).

Si nous comparons ces résultats à ceux de Mme Ogier-Lizee (100 patients hospitalisés en cardiovasculaire), 44 % d'entre eux étaient abstinents à 2 mois, 29% à 4 mois et tous refumaient à 6 mois si l'on considère que les 10 % qui n'ont pas répondu à la question sont en échec.

Il est vrai que 75 % des patients de notre étude qui ont rechuté l'ont fait à partir du deuxième mois ainsi que 85 % pour le groupe témoin.

-Notre groupe témoin était en arrêt total à 45 % contre 55 % pour notre groupe étude ($p<0,05$; test chi-deux) ; sachant qu'il s'était écoulé 1 an pour le 1er groupe versus 3 mois pour le 2ème, cela fausse un peu la comparaison.

-Dans la littérature, dans sa consultation de tabacologie, sur 360 fumeurs dépendants traités par SN, G.Lagrue (17) donne un taux d'abstinence à un an de 26%. Les résultats du Dr Hugonnier (10) correspondent à ces chiffres : 23% d'abstinence à un an sur 136 fumeurs.

Dans sa consultation de 1999 à 2005, le Dr Perriot (16), affiche un taux d'arrêt de 53,4% à 6 mois et de 35,1% à un an.

Notre groupe témoin a un taux supérieur de réussite avec 45 % d'arrêt à un an. Il faut cependant rester prudent sur l'analyse de ces chiffres : c'est une population exclusivement issue de cardiologie et comme nous l'avons vu précédemment, les résultats sont statistiquement plus élevés chez ces patients ; de même, ces 45 % sont calculés sur un échantillon de 31 patients ce qui est loin d'être le cas du Dr Perriot qui en compte 1109.

Il faut tenir compte également du fait qu'on estime à environ 20 % le taux de déclarations erronées à 12 mois d'arrêt (1) ; beaucoup d'arrêts ne sont en fait pas réels, comme en témoigne le travail de Powel (24) : six mois après

une intervention artérielle, 22 % des patients se déclaraient non fumeurs mais en utilisant un marqueur de tabagisme, 52 % s'avéraient encore fumeurs et plus de la moitié des arrêts n'étaient pas confirmés.

b) <u>population abstinente à 3 mois</u>

En étudiant les caractéristiques de nos patients abstinents à 3 mois, j'ai trouvé une population essentiellement masculine (87 % contre 73 % pour la moyenne de l'étude), un peu plus âgée (55 ans contre 50 ans) et issue à 56 % de cardiologie et 20 % de chirurgie cardio-vasculaire. Ces résultats vont dans le sens de nos recherches et nous savons qu'une pathologie cardiaque va augmenter les chances de réussite dans le sevrage tabagique (nous le développerons dans un prochain chapitre).

Ces patients avaient, avant l'arrêt, une consommation quotidienne de cigarettes de 26,7 versus 26, un test de Fagerström à 6,2 versus 6,4 et un nombre de tentatives d'arrêt à 1,2 ce qui est équivalent à la moyenne des patients de l'étude (1,1). Je pensais trouver une population moins dépendante or nous remarquons qu'elle ne diffère guère de la population étudiée lors de l'hospitalisation. La population générale de la consultation du Dr Perriot abstinente à 6 mois rejoint notre population abstinente avec un nombre de cigarettes fumées avant l'arrêt de 26 contre 25 pour les patients en échec, un test de Fagerström à 7,2 versus 7,3 et un nombre d'arrêts antérieurs similaires à l'autre groupe (3,9 contre 3,1). On pourrait croire que la forte consommation de cigarettes ainsi que la forte dépendance physique à la nicotine ne sont pas des éléments majeurs de la réussite d'un sevrage ; pourtant, dans l'étude du Dr Perriot (16), le taux de réussite à un an qui est de 29,2 % pour les patients ayant un F≥9, passe à 36,6 % pour ceux ayant un F à 7-8 et à 39,3 % lorsque le F est <7.

Par contre, dans notre étude, ces sujets avaient un meilleur moral (6,6/10 versus 6/10), une meilleure motivation (Richmond à 7,8 contre 7) et 6 % seulement d'entre eux étaient au stade 1 de Prochaska contre 17 % pour la moyenne générale. De même, dans l'évaluation de la consultation du Dr Perriot, 90 % des patients abstinents avaient un Richmond moyen ou élevé contre 55 % de ceux en échec et 14 % des ex fumeurs étaient dans la pré-contemplation versus 20 %.

Dans l'étude d'Ockene (25), les taux de sevrage à un an étaient significativement plus élevés dans le groupe de patients dont le stade était l'action (43 %) ; ceux en phase de contemplation étaient 24 % à arrêter et seulement 11 % chez ceux en pré-contemplation.

Une enquête réalisée auprès des patients fumeurs hospitalisés aux Hôpitaux Universitaires de Genève (18) 1 an après qu'ils aient été vus pendant leur hospitalisation, a montré que 29 % d'entre eux avaient cessé de fumer, avec pour la majorité un arrêt initié à l'hôpital. Plus de la moitié des personnes qui fumaient encore avaient diminué leur consommation de tabac, et les deux tiers avaient fait au moins une tentative d'arrêt durant l'année écoulée. Un aspect important de cette évaluation était l'opinion des patients sur leur ressenti: 80 % des personnes interrogées avaient jugé la consultation utile à très utile, et 73 % avaient estimé qu'elle avait influencé à des degrés divers leur comportement tabagique.

Dans notre étude, 78 % des ex-fumeurs avaient bénéficié de substituts nicotiniques (contre 73 % pour les patients en échec) et tous (100 %) disaient avoir été aidés par l'équipe de liaison de tabacologie (80 % étaient même très satisfaits); 38 % étaient toujours suivis par l'équipe contre 24 % pour l'autre groupe.

95 % des patients abstinents du Dr Perriot avaient été substitués contre 90 % de ceux qui étaient en échec. Seulement 3,4 % des abstinents estimaient que la consultation ne les avait pas aidés contre 15,7 % pour les patients en échec.

c) <u>stratégie de réduction des risques</u>

Selon le baromètre santé 2005 (19), 30 % de la population générale de fumeurs souhaitent diminuer leur consommation et 34 % de ceux qui ont tenté de s'arrêter ont d'abord diminué.

Le concept de réduction du risque (harm reduction) vise ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas s'arrêter de fumer totalement ; elle a pour objectif la diminution durable de la consommation de tabac afin de limiter les risques induits (1).

Parfois, la diminution de la consommation peut être une première étape vers l'arrêt et la phase de réduction va être mise à profit pour développer l'entretien motivationnel, l'auto observation du tabagisme et préparer un arrêt total (26).

Dans notre étude, on note très peu de patients en diminution dans le groupe témoin qui n'a pas vu d'ELT: soit ils ont arrêté (45 %) soit ils ont repris (1 sur 2).Alors que dans le groupe étude qui a vu une ELT, seuls 16 % des sujets ont repris leur consommation ancienne : soit ils ont arrêté (55 %) soit ils sont en diminution (29 %).

On retrouve des chiffres identiques dans l'étude du Dr Duboeuf : 30 % des patients étaient en diminution ; cette stratégie de « réduction du risque » s'avère être efficace chez des patients qui ne sentent pas prêts à arrêter totalement et ce peut être une première étape vers un arrêt.

Dans une étude de Wennike sur 2 ans (27), 67 % des fumeurs ayant conduit une stratégie de réduction déclarent être intéressés par l'arrêt total.

De même, dans l'étude faite sur des patients fumeurs hospitalisés aux Hôpitaux Universitaires de Genève (18), plus de la moitié des personnes qui fumaient encore à un an ont diminué leur consommation de tabac, et les deux tiers ont fait au moins une tentative d'arrêt durant l'année écoulée.

d) <u>influence de la maladie et de l'hospitalisation sur le sevrage</u>

Le diagnostic d'une maladie liée à la consommation du tabac ou la survenue d'une complication aiguë sont des occasions privilégiées de motivation pour l'arrêt du tabac.

On pourrait penser que face à la maladie, le fumeur va renoncer définitivement au tabac; en réalité, beaucoup continuent à fumer malgré leur connaissance du risque et même parfois malgré l'apparition de complications liées au tabac (28). Comme le dit G.Lagrue, « la connaissance d'un risque n'a jamais suffi à modifier un comportement » (17).

On retrouve des différences dans le taux d'arrêt du tabagisme en fonction de la maladie liée au tabac.

En France, selon l'étude EURASPIRE (29), 25 % des coronariens continuent à fumer six mois après leur accident coronaire et près de 50 % reprendront la cigarette dans les semaines ou les mois qui suivront leur sortie de l'hôpital. Effectivement, dans notre groupe témoin, 55 % des patients fument encore un an après leur hospitalisation.

Une étude sur l'arrêt du tabac suite à un problème cardiaque a montré que sur 1023 patients hospitalisés pour un Infarctus du Myocarde, 55 % avaient cessé de fumer au bout de 3 mois contre 45 % qui avaient continué (30). Le taux d'arrêt des patients hospitalisés de cardiologie vus par notre équipe est beaucoup plus important : 69 % d'entre eux ne fumaient toujours pas à 3 mois.

Le degré de sévérité de la pathologie paraît être un élément déterminant pour débuter un arrêt du tabac. L'infarctus du myocarde (IDM) entraîne une forte motivation chez le fumeur pour arrêter. Dans l'étude d'OCKENE et col (25), les résultats de sevrage les plus élevés sont souvent retrouvés chez les patients hospitalisés après un IDM. Le cœur, organe noble et indispensable à la survie fait que le patient, par peur de mourir va être plus motivé pour arrêter

le tabac. Les patients porteurs d'une pathologie moins sévère avaient de moins bons résultats.

Dans notre étude, si le taux d'arrêt est à 69 % chez les patients de cardiologie à 3 mois, il descend à 55 % dans le groupe étude toutes pathologies confondues.

De toute évidence, l'influence de l'hospitalisation après un accident cardiaque peut donner l'influx à l'arrêt et nous pourrions croire que certaines pathologies chroniques telles que la BPCO ou les cancers, vont déclencher un désir de sevrage par la maladie elle-même.

Pourtant, dans la population BPCO de Mme Deshors (13), même si nous n'avons pas les chiffres du taux d'arrêt, nous constatons que chez les sujets qui ont réussi leur sevrage, plus de la moitié l'ont fait à l'apparition de la gêne respiratoire et l'annonce d'une BPCO n'est à l'origine que de 11 % des arrêts. Les patients n'assimilent pas toujours cette pathologie à une vraie maladie pensant souvent qu'il est normal de tousser lorsque l'on fume.

L'étude des patients hospitalisés en pneumologie faite par le Dr Duboeuf nous indique 50 % d'arrêt et 30 % de diminution de la consommation, mais à 2 mois, il nous faut donc rester prudent.

L'unité de médecine interne générale du Massachusetts Général Hospital à Boston (31) a voulu tester l'efficacité d'un programme de sevrage tabagique chez des patients fumeurs hospitalisés pour un pontage coronarien. 93 patients ont été testés entre juillet 1986 et juillet 1987. Deux groupes ont été constitués, l'un a juste reçu une information sur le tabagisme et l'autre bénéficiait de conseils et de vidéos sur les dépendances comportementales par une infirmière formée à la tabacologie. Le statut tabagique a été réévalué à six reprises dans l'année après la chirurgie puis au bout de cinq ans. Les résultats montrent que cinq ans après l'intervention, même sans intervention spécifique, près de la moitié des fumeurs avaient arrêté de fumer et que le programme d'éducation au sevrage tabagique des patients hospitalisés n'avait pas augmenté le taux d'abstinence.

Les auteurs demandent à ce que les efforts futurs se concentrent sur l'accroissement de la motivation chez les patients qui ont tenté à plusieurs reprises d'arrêter de fumer. La sévérité de la pathologie a plus été déterminante pour un arrêt du tabac que le fait d'avoir été hospitalisé ou informé.

Lors d'une *hospitalisation* en urgence, le patient cesse presque toujours de fumer mais cet arrêt n'est que temporaire.

La motivation à l'arrêt obéit à un processus de maturation bien décrit par Prochaska (7) et le fumeur passe par différents stades avant d'être au

maximum de sa motivation. Le patient qui arrive à l'hôpital en urgence n'est pas forcément au bon stade de maturation pour démarrer un sevrage, certaines étapes de ce cycle peuvent être alors « shuntées ». En effet, le patient est souvent très motivé par l'arrêt du tabac lors de son hospitalisation en urgence et c'est là que l'on doit engager toutes les démarches pour débuter un sevrage et l'aider à se débarrasser de cette dépendance.

Une enquête auprès des patients fumeurs hospitalisés aux Hôpitaux Universitaires de Genève (18) vus par leur équipe de liaison effectuée un an après, a montré que le seul facteur prédictif d'arrêt était une désaccoutumance commencée à l'hôpital ($p < 0,001$), ce qui confirme l'opportunité unique que représente l'hospitalisation et dont les professionnels de santé devraient tirer profit.

L'institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa a conçu un programme pour repérer et traiter tous les fumeurs hospitalisés à l'institut : entre avril 2003 et mars 2004, plus de 1300 fumeurs ont été dépistés à l'hospitalisation, 91 % ont reçu une information sur le sevrage tabagique. Au bout de 6 mois, 44 % ne fumaient plus (32).

Dr Duboeuf analyse dans son étude l'impact de l'hospitalisation sur le tabagisme de patients d'un service de pneumologie (9) ; il en ressort que 2 mois après la sortie de l'hôpital, 20 % de ces patients n'avaient pas changé leurs habitudes tabagiques, 30 % des patients avaient diminué leur consommation de tabac et 50 % avaient arrêté de fumer. Ils étaient pourtant très dépendants avec un Fagerström à 7,4 et 80 % étaient des fumeurs dissonants avec une motivation surtout liée à la santé.

Depuis que l'interdiction de fumer dans les hôpitaux est entrée en vigueur en Irlande, des études ont démontré que l'introduction de cette mesure avait augmenté le taux d'abstinence chez les patients hospitalisés par rapport aux patients fumeurs suivis mais avant l'interdiction de fumer à l'hôpital. K. Doherty (33) a démontré dans son étude que sur 1086 patients fumeurs, 53 % avaient arrêté de fumer après une hospitalisation contre 29 % avant l'interdiction.

D'autres études similaires montrent que les conseils du médecin durant l'hospitalisation, au lit d'un malade hospitalisé associé au travail de modification comportementale de l'infirmière suivi de rappels téléphoniques au domicile du patient augmente l'impact du message d'arrêt du tabac et présente l'avantage d'être peu coûteux (34) (35).

En résumé, l'hospitalisation secondaire à une pathologie liée au tabac constitue une excellente occasion pour intervenir auprès des fumeurs lorsque leur motivation à l'arrêt du tabac est élevée. Une démarche en établissement

hospitalier renforce l'importance de l'abandon du tabac au sein de cette population de patients mais l'hospitalisation n'est pas suffisante pour que l'arrêt perdure dans le temps.

e) Impact de la motivation

Le maintien prolongé de la motivation est aussi nécessaire à moyen et long terme. Dans notre étude, les patients qui étaient dans une démarche de réduction avaient une motivation ≥7/10 sur l'EVA pour plus de la moitié (58%) d'entre eux au bout de 3 mois pour redémarrer un sevrage.

Je n'ai pas retrouvé de chiffres à comparer dans les autres études.

Que les patients aient envisagé un arrêt ou non, l'invitation à poursuivre cette démarche peut être prise comme une opportunité unique de commencer une désaccoutumance au tabac ou simplement de faire une expérience d'arrêt. L'objectif est alors une expérimentation de sevrage du tabac, augmentant ainsi les compétences de la personne lorsqu'elle sera prête à effectuer une nouvelle tentative d'arrêt.

4- Impact d'une intervention en tabacologie

L'intervention peut prendre plusieurs formes : cela va d'une simple information ou conseil minimal (qui permet de tripler le taux d'arrêt du tabagisme à 12 mois =5% d'arrêt(1)) jusqu'à la véritable consultation de tabacologie, qui peut déboucher sur une substitution temporaire le temps de l'hospitalisation, sur une proposition de diminution de la consommation ou sur un sevrage.

a) rappels des recommandations et de l'état des lieux de la tabacologie hospitalière en France.

S'agissant de la dépendance au tabac, la circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 (36) a permis le renforcement ou la création de consultations hospitalière de tabacologie et d'unités de coordinations en tabacologie (UCT). Elle souligne que « le travail de liaison effectué par les équipe de tabacologie doit à terme être intégré dans le dispositif général de prise en charge des dépendance ».

L'ouverture de consultations hospitalières de tabacologie a été encouragée au sein de l'ensemble des établissements de santé. A la fin de l'année 2000, chaque département disposait d'au moins une consultation hospitalière de tabacologie dans un de ses établissements de santé. A 5 ans,

tous les établissements de santé de plus de 500 lits devaient disposer d'une telle consultation (37).

Il est recommandé d'utiliser comme dossier médical un dossier standardisé comme celui du Comité Français d'Education pour la Santé(CFES)- Réseau Hôpital sans Tabac qui constitue un support pour permettre une prise en charge de qualité de la personne dépendante. Toutes les consultations doivent également disposer d'un appareil permettant le dosage du CO en fin d'expiration.

En Rhône-Alpes, des crédits conséquents ont été attribués aux équipes de liaison et de soins en addictologie (38) par l'Agence Régionale de l'hospitalisation (ARH) en 2001 et 2002. Un premier bilan en 2003 indique que fin novembre, 23 équipes fonctionnaient sur 44 établissements publics ou privés. Les domaines investis sont l'alcool pour toutes les équipes, le tabac pour 10 équipes ; seules 4 équipes affichaient des poly-prises en charge. Il apparaît que l'activité principale concerne les interventions auprès des patients à la demande des services hospitaliers.

La tabacologie reste malgré tout un peu oubliée dans le pôle d'addictologie.

Notre équipe de liaison de tabacologie été créée selon ces recommandations en juin 2007 et intervient pour 70 % sur le CHU de Saint-Etienne et pour 30 % sur l'Institut de Cancérologie de la Loire (ICL). Elle est actuellement constituée d'1,5 équivalent temps plein infirmier et d'1/2 poste de secrétaire.

b) <u>influence de l'équipe de liaison de tabacologie(ELT)</u>

-aide de l'ELT dans notre étude

Dans notre étude, l'impact de l'ELT peut se mesurer sur 4 critères :

-aide dans la démarche

Dans notre étude à 3 mois, à la question : « l'équipe de liaison de tabacologie vous a-t-elle aidée un peu, beaucoup ou pas du tout dans votre démarche de sevrage (arrêt ou diminution) ?», 98 % des patients répondent par l'affirmative (72 % beaucoup et 26 % un peu) ; seuls 2 % pensent que l'équipe ne leur a rien apporté. Les 60 sujets de notre enquête en arrêt à 3 mois sont satisfaits à 100 % (80% beaucoup et 20 % un peu).

Dans la population générale vue par le Dr Perriot, 88 % de ses patients ont trouvé une aide certaine : 25 % évaluent l'aide apportée réelle et 36 %

importante ou capitale ; 12% seulement estiment n'avoir eu aucune aide ou faible.

L'opinion des patients fumeurs hospitalisés aux Hôpitaux Universitaires de Genève (18) un an après leur hospitalisation révèle que 80% des personnes interrogées ont jugé la consultation utile à très utile et 73% ont estimé qu'elle avait influencé à des degrés divers leur comportement tabagique.

-diminution de la consommation

Dans notre groupe témoin qui n'a pas vu d'ELT, on note très peu de patients en diminution: soit ils ont arrêté (45%) soit ils ont repris (1 sur 2), seuls 6% ont diminué. Alors que dans le groupe qui a vu l'ELT, seuls 16 % des sujets ont repris leur consommation ancienne et 29 % des patients ont diminué leur consommation de cigarettes (avec 9 cigarettes par jour contre 26).

La réduction des risques étant une notion nouvelle pour les patients, on peut penser que notre intervention a été bénéfique.

-aide par une substitution nicotinique (SN)

A court terme, le succès du sevrage est également lié à l'usage d'une substitution nicotinique adaptée (d'où l'importance de la correction du test de Fagerström) débutée pendant l'hospitalisation.

La substitution nicotinique est une thérapeutique qui permet de doubler le taux d'arrêt à 12 mois (26) : elle est d'autant plus efficace que le fumeur est plus fortement dépendant ; elle va donc nous être d'une très grande aide puisque notre population de fumeurs hospitalisés est comme nous l'avons vu, souvent très dépendante.

Nous ne parlerons que de substitution nicotinique et non du Champix* qui n'est pas pris en charge par le CHU de Saint-Étienne contrairement aux SN.

On note la réelle influence de notre équipe en comparant les pourcentages d'utilisation des SN dans les deux groupes : 73 % des patients du groupe étude avaient bénéficié d'une substitution nicotinique contre 37 % pour le groupe témoin, la différence étant très significative ($p < 0,0001$) ; cela peut expliquer le chiffre important de 69 % d'arrêt à 3 mois dans le groupe de patients hospitalisés en cardiologie.

Les patients du CH de Colmar vus par l'ELT ont bénéficié de SN à 80 % et ceux de l'HEGP à 85 %; le Dr Perriot a substitué ses patients vus en consultation sur l'année 2005 à 92 %.

La proposition d'une SN est encore trop peu souvent proposée aux fumeurs hospitalisés (39) quand il n'existe pas d'ELT; ce qui était le cas des patients vus par Dr Duboeuf : 30% seulement ont été substitués.

On peut imaginer que dans l'étude de Mme Ogier-Lizée, peu de patients l'aient été car à 6 mois, tous refumaient : 35 % d'entre eux ont eu recours à l'aide médicale mais nous ne savons pas ce qu'elle entend par une « aide médicale » ; pourtant 54 % de ces patients manifestaient une bonne voire une très bonne motivation pour arrêter de fumer (test de Richemont≥7/10).

Une équipe du principal hôpital de Boston aux Etats-Unis (40) s'est penchée sur l'utilisation des SN chez les fumeurs hospitalisés : sur les 650 fumeurs pris en compte, 34 seulement avaient eu recours aux patchs transdermiques. Leur utilisation n'a pas eu d'incidence sur la proportion des patients qui avaient maintenu leur sevrage à 1 mois et 6 mois post-hospitalisation. Les auteurs pensent que les patchs ont juste été utilisés le temps de l'hospitalisation dans le cadre d'une substitution temporaire dans le cadre de la loi anti-tabac.

Un autre essai clinique à l'Université de Nottingham à Londres (41) a comparé l'impact d'un traitement de substitution de la nicotine (TSN) associé à un bref entretien conseil et une intervention minimale pour le sevrage tabagique chez des patients entrant à l'hôpital. L'étude portant sur 274 patients a démontré que l'abstinence après un entretien conseil associé à des TSN était plus forte que pour les groupes entretien-conseils seuls. La différence entre les groupes était significative pour les prévalences d'abstinence à la sortie et après 12 mois. Le pourcentage d'abstinence à 12 mois pour le groupe associant traitement de substitution de la nicotine et entretien-conseil est de 17 % soit un chiffre dans la moyenne des études similaires (réussite dans environ 20 % des cas). Il y a donc une importance de la prise en charge pendant l'hospitalisation mais cela ne marche réellement que si le patient est aidé par des SN et a un suivi après sa sortie d'hôpital.

-suivi

Dans notre étude, 24 % de nos patients étaient suivis par une équipe de liaison de tabacologie et 15,5 % l'envisageaient suite à mon appel téléphonique 3 mois après l'hospitalisation. Parallèlement, dans le groupe témoin, aucun patient n'a été suivi par rapport au tabac, la différence avec

notre étude est donc très significative (p =0 ,0065) ; 13 % cependant l'envisageaient suite à mon appel.

Au CH de Colmar, sur 221 patients vus lors de leur hospitalisation, 28 seulement ont continué un suivi, soit 11 % ; leur rapport d'activité ne mentionne pas les taux de réussite ou d'échec.

Mr Heno, directeur de l'AFIT (Association Française des Infirmières Tabacologues) a effectué une observation locale en 2003 sur 122 patients rencontrés majoritairement en pneumologie et cardiologie et a noté que seuls 16 % des patients hospitalisés vus par une équipe de liaison en tabacologie revenaient pour un suivi d'un arrêt du tabac et ce, malgré une bonne adhésion de ces patients lors de l'entretien motivationnel ; il me signale d'ailleurs que ce phénomène s'observe dans les autres hôpitaux s'il s'en réfère aux échanges qu'il a eu dans le cadre de l'une de ses journées nationales de l'AFIT. Cela nous rassure et notre pourcentage de suivi à 24 % (25 % pour les patients de cardiologie) nous conforte sur l'utilité d'une ELT.

Pourtant, dans un poster fait par J. Perriot lors d'une journée de tabacologie en 2003, le dispensaire Emile Roux présente un taux de suivi à 6 mois de 42 % et à 12 mois de 38 % mais ce ne sont pas des patients hospitalisés et la démarche était personnelle.

-aide IDE

En France, le rôle important des infirmiers diplômés en tabacologie n'est plus à démontrer dans la stratégie de la lutte contre le tabagisme. Ils accompagnent les fumeurs dans leurs tentatives d'arrêts dans le cadre strict des méthodes reconnues et validées par la conférence de consensus d'octobre 1998 (28) et les recommandations de l'AFSSAPS(42) publiées en 2003.

Plusieurs études ont été effectuées pour démontrer l'efficacité d'un programme d'aide au sevrage chez les patients hospitalisés et rechercher l'organisation la plus efficace pour initier un arrêt à long terme et le rôle de l'infirmier est souligné dans plusieurs publications.

L'efficacité la plus importante pour le long terme a été retrouvée dans les programmes incluant une consultation avec un médecin spécialisé, des entretiens avec une infirmière spécialement formée et un suivi téléphonique régulier à la sortie de l'hôpital (39).

Une revue de quinze études menées aux Etats-Unis entre 1990 et 2000 conclut que des interventions par du personnel qualifié menées durant l'hospitalisation et comprenant un suivi durant au moins un mois, obtenaient des taux significativement plus élevés qu'un simple conseil minimal (39).

L'unité de Santé Publique du Centre Hospitalier du Grand Portage au Québec a présenté un projet régional d'aide à l'arrêt du tabac (43) dont l'objectif était « d'expérimenter la dispensation d'un programme éducatif d'abandon du tabagisme auprès de patients hospitalisés, en intégrant ce programme au rôle du personnel soignant ». Des tests ont été réalisés au début de l'hospitalisation dans un groupe étude et dans un groupe témoin, constitués de fumeurs hospitalisés de 15 à 64 ans, excluant les individus hospitalisés pour cause psychiatrique, les patients en phase terminale et les hospitalisés d'un jour. Le groupe étude a reçu des informations et des conseils sur l'arrêt du tabac contrairement au groupe témoin. Les tests ont été refaits à la sortie de l'hôpital, deux mois et un an après la sortie. Le programme montre une réelle tendance à générer des effets supérieurs en terme d'adoption d'un comportement non-tabagique à ce qu'entraîne le seul fait d'être hospitalisé et de recevoir une information sur le tabagisme : Sur les 600 fumeurs hospitalisés rejoints par ce programme sur un an en 1998-1999, 80 % des participants jugent l'intervention utile (chiffres équivalents à notre étude) et apprécient particulièrement le suivi après l'hospitalisation, la documentation et les conseils. Après un an, le taux d'abstention tabagique est de 25%, ce qui est beaucoup moins que notre groupe témoin (45% d'arrêt à un an) qui lui n'a bénéficié ni d'interventions spécifiques au tabac ni de suivi.

Pourtant une étude similaire réalisée par l'Institut des Sciences de la Santé à Oxford (44) sur 487 patients âgés de plus de 18 ans et fumant au moins une cigarette par jour qui pour la moitié ne reçoivent que le conseil minimal alors que l'autre moitié bénéficie d'une intervention plus intensive avec un suivi par une infirmière à la sortie montre qu'à 12 mois les résultats ne sont pas significatifs entre les deux groupes pour démontrer qu'un suivi avec une infirmière augmente les chances de réussir un sevrage tabagique.

En partant du principe que les patients hospitalisés sont susceptibles d'être plus réceptifs pour débuter un arrêt du tabac, 33 études randomisées ont été reprises par la revue COCHRANE dans une méta-analyse afin de déterminer l'efficacité d'une intervention sur le sevrage tabagique débuté à l'hôpital (39). Il en ressort qu'il n'y a pas de bénéfice significatif pour des interventions légères même en ajoutant du bupropion ou des substituts nicotiniques. Par contre une intervention intensive avec un suivi de plus d'un mois après la sortie a augmenté les chances d'abstinence et ce d'autant plus que les patients étaient hospitalisés pour des maladies cardio-vasculaires.

-aide rappel téléphonique

Le suivi téléphonique joue un rôle important pour éviter les rechutes qui sont fréquentes dans les 4 premiers mois suivant la sortie (39).

Plus de 15 % des patients de mon étude recontactés par téléphone à 3 mois ont désiré reprendre un suivi parce qu'ils se sentaient sur le point de craquer et n'osaient pas faire le pas de nous appeler ; ils ont beaucoup apprécié la démarche et se sont sentis soutenus.

12% des patients non vus par l'ELT mais contactés à un an et qui avaient repris la cigarette ont également pris contact avec notre service.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'évaluer les caractéristiques des patients hospitalisés vus par notre équipe : globalement, ce ne sont pas les mêmes que ceux vus en consultation. Cela va nous permettre d'améliorer notre prise en charge du fumeur hospitalisé. A trois mois, nous avons pu vérifier un certain impact de notre passage sur le statut tabagique des patients : plus de la moitié des patients étaient en arrêt à trois mois et pour les autres il semble y avoir une stabilisation de leur motivation.

Cette étude nous a également permis de pointer certains dysfonctionnements et ainsi, voir que notre message n'était pas passé dans tous les services.

Ensuite, cette enquête ne s'arrête pas là : nous rappèlerons tous les patients à un an afin d'affiner la démarche et voir ainsi sur une durée plus importante l'impact réel de notre équipe de liaison sur le sevrage.

Trois perspectives d'avenir se dégagent :

-la première serait de repasser dans les services moins demandeurs afin d'évaluer le savoir et la motivation du personnel soignant, quitte à redonner une petite formation en guise de rappel. Je pense que cela passe également par la resensibilisation des cadres de ces différents services ainsi que des internes. Les formations pourraient être plus importantes dans les IFSI (écoles d'infirmières) ainsi que dans les facultés de médecine où la tabacologie est une discipline nouvelle mais enseignée tardivement et peut-être pas suffisamment prise au sérieux.

- c'est dans les 3-4 premiers mois du sevrage que les rechutes sont les plus fréquentes, c'est donc une période délicate. Suite à l'expérience que j'ai eue en rappelant les patients par téléphone, on pourrait imaginer dans l'idéal, de prendre le temps chaque mois de rappeler de manière systématique les patients qui ont été vus par notre équipe, qui étaient dans une démarche d'arrêt voire de diminution et qui n'envisageaient alors pas de suivi.

- Nous avons vu l'importance capitale du suivi pour un sevrage confortable et durable dans le temps. Un nombre important de patients qui ne reviennent pas vers le service de tabacologie pourrait s'expliquer en partie, par une question de proximité. Beaucoup de patients hésitent en effet, à se déplacer vers un hôpital où ils auront des difficultés pour circuler ou stationner…pour un arrêt du tabac qu'ils pensent pouvoir gérer seuls ! Il ne faut alors pas hésiter à passer le relai en direction d'autres services plus proches de leur domicile et aux médecins traitants ; c'est d'ailleurs ce que

nous nous efforçons de faire dans notre service en envoyant une lettre type aux médecins traitants de façon à les impliquer également dans le sevrage de leurs patients.

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements :

A tous les enseignants du DIU de tabacologie.

A Madame Denis-Vatant, médecin tabacologue à l'hôpital Nord de Saint-Etienne qui, avec beaucoup de gentillesse et de patience m'a guidée et soutenue.

Au Docteur Cerisier qui a accepté que je me serve de son étude « Olimpic » afin de constituer un groupe témoin.

Au Docteur Vercherin qui a réalisé l'analyse statistique des données et a fait preuve d'une grande disponibilité.

A Sandrine, secrétaire du service de tabacologie qui a contribué à la mise en page de ce mémoire.

A mon fils Thomas qui m'a été d'un grand secours pour m'aider à faire les tableaux et graphiques.

A mon mari et mes deux filles, Claire et Léa qui m'ont soutenue tout au long de cette année studieuse.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Tabacologie et sevrage tabagique. Jean Perriot ; P.M Lorca ; D. Boussiron ; R. Schwan.

(2) Circulaire DH/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.

(3) Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

(4) Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerström test for Nicotine Dependence: revision of the Fagerström tolerance questionnaire. Br J Addict 1991; 86 (9): 1119-27.

(5) JF .Etter JF, Humair JP, Bergman MM, Perneger TV. Development and validation of the Attitudes Towards Smoking Scale (ATS-18). Addiction. 2000 ; 95 :613-25.

(6) RL Richemond Addiction, 1993, 88 : 1127-35.

(7) Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., &Fava, J.L. (1998). Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking. Journal of Consulting and clinical Psychology, 56, 520-528.

(8) Statut tabagique et degré d'anxiété/dépression des patients hospitalisés en cardiologie. M.Combier-mémoire DU Tabacologie 2005.

(9) Dr Duboeuf. Etude des caractéristiques d'une population de tabagique dans un service de pneumologie. Mémoire DU Tabacologie 2001.

(10)Dr Hugonnier. Prise de poids au cours du sevrage tabagique en consultation de tabacologie en 2005 au CHU de Saint-Étienne.

(11) Dr Malecot. Evaluation d'une consultation de tabacologie en cardiologie et pneumologie. Mémoire DU 2006.

(12) M.J Ogier-Lizée. Etude réalisée sur 100 patients hospitalisés dans 3 secteurs cardiovasculaires à Caluire (69) entre Mars et Avril 2006. Mémoire DU Tabacologie 2006.

(13) I. Deshors. Descriptif d'une population d'anciens tabagiques et de fumeurs persistants atteinte de broncho pneumopathie chronique obstructive liée au tabac, suivie dans un service hospitalier. Mémoire DIU de tabacologie 2004

(14) Dr Martelli. Prise en charge des addictions à l'HEGP.

(15) M-L Cilia . Rapport d'activité de l'infirmière en tabacologie. Année 2005. Hôpital Pasteur COLMAR.

(16) Dr Perriot :Caractéristiques des consultants du dispensaire Emile Roux à Clermont-Ferrand (période 1999-2005) et résultats du sevrage à 6 et 12 mois des 1109 consultants. Spiral : cours DIU tabacologie2007-2008.

(17) Lagrue G. Arrêter de fumer. Paris : Odile Jacob, 2001.

(18)Prise en charge des patients fumeurs hospitalisés aux Hôpitaux Universitaires de Genève Patricia Borrero, Sarah Kupferschmid.

(19) Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Edition INPES.

(20) Exploitation des rapports d'activité type des équipes de liaison en addictologie en 2005, DHOS/OFDT. Christophe Palle-Maguy Jean-François.

(21) Note d'information N°DHOS/02/2007/302 du 31 juillet 2007 relative au rapport d'activité 2005 des équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie.

(22) Claire Gallice-Gaillard. Evolution de la motivation des patients entre la première et la deuxième consultation hospitalière de tabacologie. Mémoire DIU tabacologie 2006.

(23) Travaux de Glassmann. AH Glausmann et al. Smoking, smoking cessation and major depression. JAMA 1990; 264: 1546-1549

(24)Powel JD. Smoking and factors influencing the outcome of arterial construction. Ann Chir Gynecol 1992; 81: 236-41

(25)OCKENE J, Kristeller TL, Goldberg, Ockene I, Merriam P, Barrett S. Smoking cessation and severity of disease: the Coronary Artery Smoking Intervention Study. Health Psychol. 1992: 11: 119-126.

(26)Lagrue G, Dupont P Fakhfakh R, et al. Le traitement de la dépendance nicotinique dix ans après. Press Med 2002 ; 31 :291-5

(27)Wennike P, Danielson T, Landfeld B, et al, smoking reduction promore cessation: a placebo controlled trial of nicotine gum with 2 year Follow up, Addiction, 98, 1395-1402

(28) Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac. Octobre 1998.

(29) D. Wood and al. EUROASPIRE (EUROpean Action through Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events). Eur Heart J 1997; 18: 1569-82.

(30) Cessation of smoking after myocardial infarction. A. Aberg; R. Bergstrand; S. Johansson; G. Uvenstam; A. Vedin; H. Wedel; C. Wilhelmsson; L. Wilhelmsen.

(31)Rigotti NA, McKool KM, Shiffman S. Predictors of smoking cessation after coronary artery bypass graft surgery. Ann Intern Med. 1994 Feb 15 ; 120 (4) : 287-93.

(32)Promoting smoking cessation during hospitalization for coronary artery disease. REID Robert D; PIPE Andrew L; QUINLAN Bonnie 2006, vol.22, n°9, pp.775-780.

(33)Irish tobacco legislation-effect on hospital patients. Kirsten Doherty. UK National Smoking Cessation Conference. 2007.

(34)Nancy Houston Miller, RN; Patricia M Smith, PhD; MSc; Robert DeBusk, MD; Davis Sobel, Md, MPH; C. Barr Yalor, MD. Smoking cessation in hospitalized patients. Results of a randomized trial.Arch Intern Med 1997; 157; 409-415.

(35)Krumholtz et col. Cost effectiveness of a smoking cessation program after myocardial infarction. LJ Am Coll Cardiol. 1993; 19: 566-575

(36) Circulaire DH/DGS/2000/182 du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.

(37)Lettre du ministère de l'emploi et de la solidarité à la direction des hôpitaux et à la direction générale de la santé. Paris, le 5 avril 2000.

(38)Equipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie. Interview de Marie-José Communal, médecin inspecteur régional. La lettre de l'ORS Rhône-alpes N°38, Juin 2003.

(39)Na de Rigotti, M. de Munafo, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev.
2007 Jul 18; (3): CD001837.

(40) American Journal of Preventive Medicine, 1999, 17 : 255-259

(41)Thorax 2003; 58 : 484-488.

(42) Scholte OP , Reimer W, de Swart E, de Bacquer D for the EUROASPIRE investigators. Smoking behaviour in European patients with established coronary heart disease. Eur Heart J 2006; 27: 35-41

(43)Projet régional d'aide à l'abandon du tabac pour les patients fumeurs hospitalisés. Institut National de Santé Publique du Québec. Juillet 2001.

(44)Lancaster T, Dobbie W, Vos K, Yudkin P, Murphy M, Fowler G. Randomized trial of nurse-assisted strategies for smoking cessation in primary care. Imperial Cancer Research Fund General Practice Research Group, Division of Public Health and Primary Care, Institute of Health and Primary Care, Institute of Health Sciences, Oxford.

ANNEXE 1

CODE EUROPEEN DU RESEAU « HOPITAL SANS TABAC »

1. Mobiliser les décideurs et sensibiliser tous les personnels. Informer les patients et les usagers.

2. Mettre en place un comité de prévention du tabagisme. Définir une stratégie et coordonner les actions.

3. Mettre en place un plan de formation des personnels et les former à l'abord du fumeur.

4. Prévoir l'aide au sevrage, organiser la prise en charge adaptée et le suivi du fumeur dépendant.

5. Etablir un plan d'aménagement des zones fumeurs à distance des lieux de soins et d'accueil.

6. Adopter une signalétique appropriée : panneaux, affiches…

7. Supprimer toute incitation au tabagisme : suppression de cendriers…

8. Organiser des manifestations de sensibilisation. Renouveler les campagnes d'information.

9. Assurer la continuité et se doter de moyens d'évaluation : assurance qualité.

10. Convaincre d'abord, contraindre si besoin. La lutte contre le tabagisme à l'hôpital concerne l'ensemble des acteurs de l'établissement : depuis l'administration (en particulier la Direction et le conseil d'administration) jusqu'à l'ensemble des médecins, le Comité médical d'établissement(CME), les soignants d'une manière générale, la pharmacie (qui doit mettre à disposition des traitements spécifiques du sevrage tabagique) et l'ensemble du personnel qui doit respecter l'interdiction de fumer.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE OLIMPIC

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE A JO

Le service dans lequel vous êtes hospitalisé a fait appel à l'équipe de liaison en tabacologie. Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire afin de mieux vous connaître.

Date ……. Service
……

Nom……. **Prénom** ……

Adresse……
……

Code postal ……Ville ……. Téléphone …….

Date de naissance ……../……../…… Sexe H ☐ F ☐

Pour les femmes : êtes-vous actuellement enceinte ? oui ☐ non ☐

Taille = ……. Poids = ……..

Pourquoi êtes vous hospitalisé ? : ……..

Depuis combien de jours ?……

Souhaitez vous parler de votre tabagisme ? …… oui ☐ non ☐

Souhaitez vous : ☐ une information sur l'arrêt du tabac
☐ une aide durant votre hospitalisation parce que le tabac vous manque
☐ Une aide pour débuter un arrêt du tabac

A-DONNEES MEDICALES PRINCIPALES

ATCD :

Etes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires ci-dessous ?

- Un infarctus du myocarde, angine de poitrine ☐
- Un accident vasculaire cérébral ☐
- Une artérite des membres inférieurs ☐
- HTA (hypertension artérielle) ☐

Etes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes ?

Un cancer du poumon, de la gorge, du larynx : ☐
Une bronchite chronique : ☐
De l'asthme : ☐

Prenez-vous assez régulièrement les médicaments suivants ? oui ☐ non ☐

Des tranquillisants ☐
Des antidépresseurs ☐
Un traitement de substitution ☐
(subutex, méthadone)

Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour une dépression nerveuse oui ☐ non ☐
ayant occasionné un arrêt total ou partiel d'activité ?
Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour un trouble anxieux ? oui ☐ non ☐

B-BILAN DE DEPENDANCE TABAGIQUE

Combien de cigarettes fumez-vous habituellement chaque jour ? ……..
donnez le nombre moyen de cigarettes (1 cigarillo équivaut à 2 ou 3 cigarettes)
précisez s'il s'agit de cigarettes roulées ou de cigarillos
Combien de cigarettes fumez-vous depuis votre hospitalisation ? ……..
Avez vous récemment (depuis 1 mois) réduit votre tabagisme ? ……..
La raison est-elle liée à la maladie ? ……

B1-Test de Fagerström (degré de dépendance au tabac)

Merci d'entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.

Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?
- dans les 5 minutes 3
- 6-30 minutes 2
- 31-60 minutes 1
- Plus de 60 minutes 0

Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex cinéma, bibliothèques)
- Oui 1
- Non 0

A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
- A la première de la journée 1
- A une autre 0

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?
- 10 ou moins 0
- 11 à 20 1

21 à 30 2
31 ou plus 3

Fumez-vous à des intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ? Oui 1 Non 0

Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ? oui 1 non 0

B2-Quelle est votre histoire avec le tabac ?

A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? à ……..ans

A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? à …….ans

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? oui ☐ non ☐

Combien de fois ? …….
Combien de fois plus de 7 jours ? ……
Comment ? …….

C-COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ?

C1-Echelle de votre moral

Evaluez par une note de 0 à 10 **votre moral actuel** : Entourez le chiffre qui correspond à votre réponse. (0 indique « je n'ai pas du tout le moral » et 10 « Je me sens tout à fait bien »)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D-QUEL EST VOTRE DEGRE DE MOTIVATION A L'ARRET DU TABAC ?

D1-Echelle de motivation

Evaluez par une note de 0 à 10 votre intention actuelle d'arrêter de fumer
(0 signifie 'je n'ai absolument pas envie d'arrêter de fumer' et 10 'je suis fermement décidé(e) à arrêter').

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

D2-Test de RICHMOND

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?
non 0 oui 1

Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?

- Pas du tout 0
- Un peu 1

- o Moyennement 2
- o Beaucoup 3

Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les deux semaines à venir ?

- o Non 0
- o Peut-être 1
- o Vraisemblablement 2
- o Certainement 3

Pensez-vous être ex-fumeur dans les six mois ?

- o Non 0
- o Peut-être 1
- o Vraisemblablement 2
- o Certainement 3

D3- Evaluation de la maturité de la décision d'arrêt (d'après PROCHASKA et DI CLEMENTE)

Envisagez vous sérieusement d'arrêter de fumer pendant les 6 mois qui viennent ? oui ☐ non ☐

Envisagez vous sérieusement d'arrêter de fumer pendant les 30 jours qui viennent ? oui ☐ non ☐

Avez vous tenté d'arrêter de fumer dans les 12 derniers mois ? oui ☐ non ☐

D5-Tester votre motivation à arrêter de fumer

Inconvénients	Absolument pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plus ou moins d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1/ La fumée de mes cigarettes laisse une odeur désagréable.					
2/ Fumer est extrêmement risqué pour ma santé					
3/ J'aurais davantage d'énergie si je ne fumais pas					
4/ Fumer m'abîme la peau					
5/ Fumer me donne une haleine très désagréable					
6/ Cela me gêne de dépendre de la cigarette					
7/ Je me détruis la					

santé avec les cigarettes					
8/ Mes cigarettes me font dépenser trop d'argent					
9/ La fumée de mes cigarettes dérange beaucoup les autres					
10/ En fumant je mets la santé des autres en danger					

Avantages :	Absolument pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plus ou moins d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1/ Fumer une cigarette me calme quand je suis énervé					
2/ Dans les moments de stress, une cigarette me calme					
3/ Une cigarette m'aide à supporter les moments difficiles					
4/ Après une cigarette, je parviens mieux à me concentrer					
5/ J'aime le geste de fumer					
6/ C'est tellement agréable de fumer!					
7/ J'aime tenir une cigarette entre mes doigts					
8/ J'adore fumer					

D6-Echelle de compétence

Evaluez par une note de 0 à 10 votre compétence actuelle à réussir d'arrêter de fumer

(0 signifie 'je me sens absolument incapable d'arrêter de fumer' et 10 'je me sens tout à fait capable d'arrêter de fumer').

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

E1- Si vous envisagez un arrêt :

Qu'elles seraient vos peurs ? .....

1-
2-
3-

Qu'elles seraient vos raisons d'arrêter en dehors de la santé ? ……
1-
2-
3-

C'est fini ! Merci d'avoir répondu.
Si vous êtes d'accord, nous vous téléphonerons dans 3 mois pour savoir où vous en êtes avec votre tabagisme ? ☐ oui ☐ non

FIN

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE

Actuellement

1) Vous avez arrêté de fumer totalement ☐

2) Vous avez diminué ☐

3) Vous avez arrêté puis repris ☐

4) Vous n'avez jamais arrêté ni diminué ☐

1) <u>Vous avez arrêté de fumer totalement</u> :

❖ Vous pensez que la consultation de tabacologie vous a aidé :

☐ Beaucoup ☐ un peu ☐ pas du tout

❖ Etes-vous suivi :

☐ OUI Par qui : ☐ médecin traitant ☐ tabacologue
☐ NON

☐ ENVISAGE

2) <u>Vous avez diminué</u> :

❖ Nombre de cigarettes par jour : …….

❖ Vous pensez que la consultation de tabacologie, vous a aidé à diminuer :

☐ Beaucoup
☐ un peu
☐ pas du tout

❖ Votre motivation à l'arrêt de 0 à 10 : …….

❖ Votre compétence à l'arrêt de 0 à 10 : ……

❖ Etes-vous suivi :

☐ OUI Par qui : ☐ médecin traitant ☐ tabacologue

☐ NON

3) <u>Vous avez arrêté puis repris</u> :

❖ Quand ?

☐ à la sortie de l'hôpital
☐ après 1 semaine
☐ après 1 mois

❖ Nombre de cigarettes par jour : ……

❖ Cause reprise :
……..……..……..……
……..……..……..……
……..……..……..

❖ Vous pensez que la consultation de tabacologie vous a aidé :

☐ Beaucoup
☐ un peu
☐ pas du tout

❖ Votre motivation à l'arrêt de 0 à 10 : ……

❖ Votre compétence à l'arrêt de 0 à 10 : ……

❖ Etes-vous suivi :

☐ OUI Par qui : ☐ médecin traitant ☐ tabacologue

☐ NON

4) <u>Vous n'avez jamais arrêté ni diminué</u> :

❖ Pourquoi ?

☐ vous êtes trop dépendant
☐ vous n'en avez pas envie
☐ c'est trop difficile
☐ autre

❖ Votre motivation à l'arrêt de 0 à 10 : ……

❖ Votre compétence à l'arrêt de 0 à 10 : ……

❖ Etes-vous suivi :

☐ OUI Par qui : ☐ médecin traitant ☐ tabacologue

☐ NON

❖ La consultation de tabacologie a-t-elle changée votre comportement vis à vis du tabac :

☐ OUI

☐ NON

❖ Comment avez-vous perçu l'aide de l'équipe de tabacologie pour résoudre votre problème de tabagisme :

☐ utile
☐ utile mais insuffisante
☐ inutile