

Compte-rendu soirée

Tabac

24 septembre 2024



Le président de la CPTS La Rochelle, M. Pierre-Yves FARRUGIA, débute la soirée en remerciant l'IFSI qui met à disposition l'amphithéâtre pour organiser cet événement. Il rappelle ensuite que les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ont des missions dans lesquelles des projets sont mis en place. Les administrateurs de la CPTS La Rochelle se félicitent de voir que de nouveaux professionnels de santé qui ne sont pas administrateurs s'emparent des missions et mettent en place de nouveaux projets, comme c'est le cas pour cette soirée.

M. Pierre-Yves FARRUGIA souligne que la CPTS se porte bien, que ce soit concernant la réussite des projets portés (97,2% des objectifs ont été atteints sur la dernière année), que ce soit concernant le nombre de professionnels de santé adhérents ou encore concernant la partie financière.

Avant de commencer à présenter les diaporamas, un tour de table est fait où chaque participant se présente en donnant son nom, son prénom et sa profession. Le public est assez varié avec des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers, des médecins généralistes mais aussi une pneumologue et cancérologue et un pharmacien.

Les intervenants se présentent à leur tour :

- Dr Aliette FAUCHILLE, médecin généraliste formée en tabacologie, ancienne médecin militaire
- Mme Emmanuelle LAUMONNIER, masseur-kinésithérapeute libérale, faisant beaucoup de kinésithérapie respiratoire
- M. Damien FORZY, masseur-kinésithérapeute libéral et travaillant également au sein du Comité Départemental contre les Maladies Respiratoires

Les intervenants soulignent qu'ils ont tous les 3 un D.U. de tabacologie.

SENSIBILISATION RPIB

Dr Aliette FAUCHILLE
Médecin généraliste La Rochelle

Emmanuelle LAUMONNIER
Kinésithérapeute La Rochelle

Damien FORZY
Kinésithérapeute La Rochelle

Le Dr Aliette FAUCHILLE fait une présentation de la première partie de cette soirée sur le RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) autour du tabagisme. Cette partie comprend des notions générales sur le tabac.

ZOOM SUR LE TABAC



Nicotianatabacum

> Absorbe tout ce qui se trouve dans
l'environnement (air, terre)

y compris les polluants
(ex: polonium, radon...)

Qu'est-ce que le tabac ? Il s'agit d'une plante originaire d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud. Elle absorbe tout ce qui se trouve dans l'environnement, y compris les polluants et une très grande partie de la production de tabac se fait en Chine où les sols sont très pollués.



Plus de 7000 composants
Plus de 100 carcinogènes et irritants

Nicotine = pesticide naturel de la plante, poison (OMS)
tolérance pour les fumeurs

Combustion incomplète :
>> goudrons : carcinogène
>> **monoxyde de carbone** :
gaz inodore, incolore qui se fixe sur les globules rouges à la place de l'oxygène

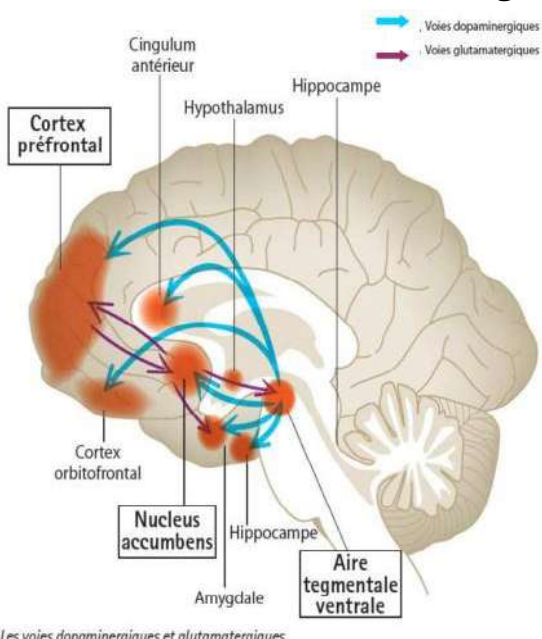
Le Dr Aliette FAUCHILLE présente la diapositive ci-dessus, rappelant les principaux composants des cigarettes.

DÉPENDANCE

Addiction :

Impossibilité de contrôler un comportement

Poursuite de la consommation malgré conséquences négatives



Substance addictive : **Nicotine**

Action au niveau du cerveau
Active le circuit de la récompense (Dopamine)

Majoration des effets : association
alcool / tabac, cannabis / tabac

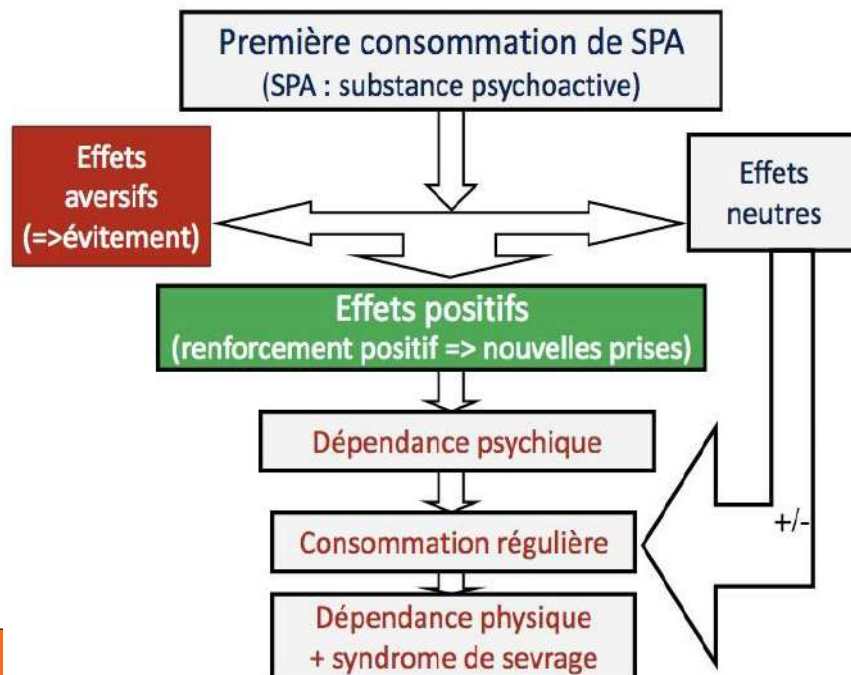
CRAVING : Besoin irrépressible, violent,
= urgence à consommer le produit

Le Dr Aliette FAUCHILLE donne la définition de la dépendance de l'OMS : état psychique, parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, entraînant une réponse comportementale ou autre, comportant toujours une compulsion

à prendre le produit pour sentir les effets physiques et parfois éviter l'inconfort de son absence, dans le sevrage. Une tolérance peut être présente ou non.
L'addiction est une impossibilité de contrôler un comportement : la poursuite de la consommation malgré des conséquences négatives.

Différents types de dépendance au tabac

- **Physique** : Nicotine
- **Psychologique**: effet psycho-actif de la nicotine, plaisir, relaxation, stimulation
- **Comportementale**: automatismes (gestes, habitude), environnement (situations conviviales)
- **Sensorielle**: goût, odeur, chaleur, irritation voies aériennes hautes
- **Identitaire**: soi par le fait de fumer, appartenance au groupe social « fumeurs »



➡ **TABAGISME** : Maladie chronique acquise à l'adolescence évoluant par rechutes

Le Dr Aliette FAUCHILLE présente le schéma ci-dessus qui correspond à l'installation de la dépendance.

Quelques chiffres: en France

- $\frac{1}{4}$ des 15-75 ans fument quotidiennement
= **12 millions** (Baromètre santé 2020)
- Tabac responsable de **75000** décès /an
= population de La Rochelle
> 80 AIRBUS A380
(1 crash tous les 4 jours)



Accident de la route : 3400 mort en 2023 en France



Le Dr Aliette FAUCHILLE présente les chiffres ci-dessus. Elle commente le chiffre concernant le nombre de morts dans des accidents de la route avec ceux des fumeurs : il y a 22 fois moins de morts liés à la route qu'au tabac.



- 1ère cause de mort évitable
Un fumeur sur deux meurt de son tabagisme

A partir de la diapositive ci-dessus, le Dr Aliette FAUCHILLE pose 2 questions :

- Qu'est-ce qui est le plus risqué pour ces ouvriers dans le bâtiment qui fument ? Le risque de tomber ou le tabac ?
- Est-ce qu'ils monteraient sur l'échafaudage en sachant qu'ils ont une chance sur deux de tomber du 100^{ème} étage ?

RISQUES LIÉS AU TABAC

- Risques cancers, maladies pulmonaires, ORL, cardiaques, vasculaires, urologiques, fertilité, gestationnels...
- Risque du tabagisme actif et passif

Risque lié à la durée d'exposition > dose

Le Dr Aliette FAUCHILLE présente les risques liés au tabac en s'appuyant sur la diapositive ci-dessus.

Elle ajoute que la fumée qui sort par le bout incandescent de la cigarette est plus toxique que la fumée inhalée. Beaucoup de personnes ne le savent pas mais quand une cigarette brûle toute seule, lorsque les personnes, les enfants, les femmes enceintes, les conjoints sont intoxiqués de cette manière.

Par ailleurs, le Dr Aliette FAUCHILLE informe les personnes présentes que le risque lié au tabac est davantage lié à la durée d'exposition qu'à la quantité de cigarettes fumées : par exemple, si on fume 1 cigarette par jour pendant 20 ans, c'est pire que de fumer un paquet par jour pendant 1 an.

SEVRAGE TABAGIQUE

- Près de 6 fumeurs quotidiens sur 10 souhaitent arrêter de fumer



Le Dr Aliette FAUCHILLE souligne que la bonne nouvelle est le nombre de fumeurs désireux d'arrêter de fumer. L'objectif de la soirée de sensibilisation organisée par la CPTS La Rochelle est de pouvoir les repérer pour leur proposer une intervention brève.

M. Damien FORZY complète l'intervention introductive du Dr Aliette FAUCHILLE en expliquant que le tabagisme est la première cause de mort évitable avec un taux de 1 mort sur 8 en France. En faisant des calculs rapides, il y a 25% de fumeurs en France et comme 1 fumeur sur 2 meurt du tabac, ça fait 12,5% de la population française qui meurt du tabac.

REPERAGE PRECOCE INTERVENTION BREVE

Tous les personnels de santé sont concernés par ce sujet
C'est un sujet de prévention de santé publique



+ Medical Team

set 2

Mme Emmanuelle LAUMONNIER prend la parole pour présenter le RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève), autrefois appelé le conseil minimal. Le but du RPIB est de poser systématiquement la question du tabac aux patients fumeurs et si ces derniers ont envie

de changer leur façon de consommer, l'objectif est de les guider avec des outils qui seront donnés lors de cette soirée.



Le RPIB est une méthode de **repérage** de la consommation de tabac, et une **adaptation** de notre intervention auprès de nos patients.

Il faut susciter l'engagement vers un **changement de comportement** vis-à-vis de la consommation de tabac.



Mme Emmanuelle LAUMONNIER dit que tous les personnels de santé sont concernés par le sujet puisque c'est un sujet de prévention en santé publique.

ALLIANCE THERAPEUTIQUE:

Pour favoriser l'entrée en relation avec le patient fumeur et permettre un échange, il est indispensable de créer une alliance thérapeutique :

- adopter une attitude bienveillante, non directive, non jugeante,
- exprimer son empathie
- poser des questions ouvertes
- éviter d'avoir un discours magistral et un « jargon » médical
- affirmer sa disponibilité
- laisser parler la personne et l'aider à verbaliser son expérience et sa problématique par rapport au tabac.

Mme Emmanuelle LAUMONNIER explique qu'une question ouverte est une question à l'opposé d'une question fermée (qui demande une réponse par oui ou non). La question ouverte est souvent posée par des « que » ou des « comment ».

Par exemple, si on pose la question fermée « Souhaitez-vous arrêter de fumer ? », le patient va répondre par oui ou par non alors que si on pose la question « Que vous apporte votre cigarette ? », un débat va s'ouvrir et pourra alors être exploité.

Tous les éléments cités dans la diapositive ci-dessus sont très importants car le patient doit avoir envie de parler au professionnel de santé pour s'interroger.

EVITER LA RESISTANCE :

Le dialogue sera d'autant plus efficace en évitant:

- la confrontation
- de se mettre en position supérieure ou moralisatrice
- de nier la compétence pratique et l'autonomie de la personne
- de donner un cours
- de poser des questions par curiosité

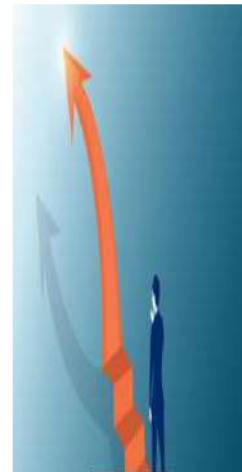
Le RPIB ET SES 4 ETAPES

ETAPE 1: **REPERAGE**

ETAPE 2 : **RESTITUTION DU SCORE**

ETAPE 3 : **DELIVRER UNE INTERVENTION BREVE**

ETAPE 4 : **AU COURS DU SUIVI, MAINTENIR LE SOUTIEN**



LE REPERAGE

Il s'agit donc de repérer le patient fumeur en posant tout simplement mais systématiquement la question:

« **vous arrive-t-il de fumer?** »

NON → Fin de repérage

OUI → Evaluer la dépendance à l'aide de tests validés

Si le patient a répondu « oui », plusieurs tests peuvent être utilisés pour évaluer la dépendance du patient au tabac.

Test 1: FAGERSTRÖM simplifié



Simple, rapide, objectif sur la dépendance physique

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

Le Fagerström est un test simple et rapide, que l'on peut trouver facilement. A l'issue du test, un score de dépendance ressort.

Test

Cigarette Dependence Scale 12

Ce test vous permet de calculer l'échelle de dépendance à la cigarette.

Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance aux cigarettes : 0 = je ne suis absolument pas dépendant(e) des cigarettes, 100 = je suis extrêmement dépendant(e) des cigarettes.

Points	0-20	21-40	41-60	61-80	81-100
0-5 cigarettes	1	2	3	4	5
6-10 cigarettes	1	2	3	4	5
11-15 cigarettes	1	2	3	4	5
16-20 cigarettes	1	2	3	4	5
21-25 cigarettes	1	2	3	4	5
26-30 cigarettes	1	2	3	4	5
31-35 cigarettes	1	2	3	4	5
36-40 cigarettes	1	2	3	4	5
41-45 cigarettes	1	2	3	4	5
46-50 cigarettes	1	2	3	4	5
51-55 cigarettes	1	2	3	4	5
56-60 cigarettes	1	2	3	4	5
61-65 cigarettes	1	2	3	4	5
66-70 cigarettes	1	2	3	4	5
71-75 cigarettes	1	2	3	4	5
76-80 cigarettes	1	2	3	4	5
81-85 cigarettes	1	2	3	4	5
86-90 cigarettes	1	2	3	4	5
91-95 cigarettes	1	2	3	4	5
96-100 cigarettes	1	2	3	4	5

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

Probabilité, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Indiquez si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

Points	1	2	3	4	5
Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer.	1	2	3	4	5
Je suis très souvent à l'hôtel de manque de cigarettes.	1	2	3	4	5
Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi.	1	2	3	4	5

Votre score total :

Test

Cigarette Dependence Scale 12

Ce test vous permet de calculer l'échelle de dépendance à la cigarette.

Indiquez si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

Points	1	2	3	4	5
Je suis préoccupé(e) des cigarettes.	1	2	3	4	5
Je fume trop.	1	2	3	4	5
Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller fumer des cigarettes.	1	2	3	4	5
Je fume tout le temps.	1	2	3	4	5
Je fume malgré les risques que cela présente pour ma santé.	1	2	3	4	5

Votre score total :

Interprétation du résultat :

Score de 1 à 10 : Dépendance faible

Score de 11 à 20 : Dépendance modérée

Score de 21 à 30 : Dépendance sévère

Score de 31 à 40 : Dépendance très sévère

Score de 41 à 50 : Dépendance extrême

Le deuxième test qui peut être utilisé pour évaluer la dépendance du patient vis-à-vis du tabac est le Cigarette Dependence Scale qui se compose de 12 items. Comme pour le test précédent, un score de dépendance ressort de ce test. Ce deuxième test est plus long et comme l'idée du RPIB est de faire des interventions brèves, Mme Emmanuelle LAUMONNIER recommande l'utilisation du Fagerström.

Étape 2

RESTITUER LE SCORE

C'est indispensable de restituer le score des tests au patient, pour qu'il prenne conscience de son niveau de dépendance, et cela permet d'ouvrir le dialogue.

Si Fagerström ≤ 1 ou CDS ≤ 24



- Dépendance faible
- Valoriser les bénéfices de l'arrêt et de la réduction (quantité et durée sont délétères)
- Renouveler le repérage régulièrement

Si Fagerström ≥ 2 ou CDS ≥ 25



- Dépendance intermédiaire à forte
- Expliquer au patient qu'il est probablement dépendant, et lui demander « Qu'en pensez-vous ? »

**EXPLIQUER LA DEPENDANCE TABAGIQUE:**

Il existe plusieurs types de dépendance chez le fumeur, comme vous l'a expliqué Mm Fauchille.

**FAIRE LE LIEN ENTRE LA CONSOMMATION DE TABAC ET LES DIFFICULTES DU FUMEUR OU LES EVENTUELS CONSTATS CLINIQUES:**

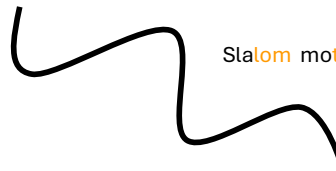
essoufflement? Toux? Tachycardie? Chirurgie prévue? ...

**EXPLORER L'INTERET D'UN CHANGEMENT:**

l'ambivalence explique l'hésitation du fumeur, et il faut l'aider à faire émerger ses envies et ses freins par des questions simples telles que:

Selon vous quels sont :

- « vos avantages à fumer? »
- « vos inconvénients à fumer? »
- « vos inconvénients à arrêter de fumer? »
- « vos avantages à arrêter de fumer? »



Slalom motivationnel

Une fois l'explication de la dépendance tabagique faite, il est important de faire le lien entre la consommation de tabac et les difficultés du fumeur en lui posant des questions :

- Est-ce que vous ressentez un essoufflement ?
- Est-ce que vous toussiez le matin ?
- Est-ce que vous avez une chirurgie prévue et est-ce que vous connaissez les conséquences du tabac sur les complications que cela peut entraîner sur la cicatrisation ?

Il faut ensuite explorer l'intérêt du changement au patient et c'est là l'étape la plus importante du RPIB. Mme Emmanuelle LAUMONNIER explique qu'il est intéressant de faire dessiner et compléter par écrit aux patients un tableau avec 4 colonnes : vos avantages à fumer, vos inconvénients à fumer, vos inconvénients à arrêter de fumer et vos avantages à arrêter de fumer. Dès que ces 4 questions sont posées et que le patient complète ce tableau, un questionnement se passe pour le patient.



Proposer des objectifs, en laissant le choix, en facilitant l'émergence de ses envies par rapport à la diminution ou l'arrêt du tabac:

**Soit la personne n'est pas disposée à s'engager dans le changement**

vos conseils ne sont pas vains, ni inutiles.

- remettez de la documentation
- listez les bénéfices du sevrage(santé, budget, entourage, liberté, goût, odorat...)
- Laissez la « porte ouverte » à une rencontre ultérieure

**Soit la personne est disposée à s'engager dans le changement :**

plan d'**ACTION** détaillé par M Forzy

Vous l'aider à fixer des objectifs vers l'arrêt ou la réduction

- proposez des traitements nicotiniques de substitution
- informez sur les alternatives au tabac fumé (vape,...)
- remettez lui une plaquette des lieux de consultation d'aide au sevrage tabagique



L'une des participantes demande comment accompagner un patient qui ne fume qu'une cigarette par jour et dont le score des tests sera donc négatif car le patient n'est pas dépendant à la nicotine. Mme Emmanuelle LAUMONNIER répond qu'il faut amener le patient à se demander pourquoi il fume cette cigarette (antistress ? réconfort ? car la boucle de la récompense est activée) et l'accompagner en lui proposant la vape qui est

une solution intermédiaire pour qu'il se détache petit à petit et qu'il garde un geste car il n'est effectivement pas dépendant à la nicotine.

Pour les « petits fumeurs », il est important que tous les professionnels de santé aient le même discours : le fait de fumer est délétère. Plusieurs études ont démontré que dès une cigarette, c'est délétère sur tous les risques : cardiovasculaires, cancers, bronchopathies... Il faut que les professionnels de santé soient convaincus et convainquent les patients que l'objectif est d'arrêter la consommation de tabac et non pas de la diminuer.

Le Dr Marion LAFARGE, pneumologue, explique qu'elle demande également à ses patients combien de cigarettes fument-ils d'affilé au réveil afin d'évaluer leur dépendance au tabac. Elle leur demande également s'ils se réveillent la nuit et fument. Les réponses à ces questions permettent de déterminer le nombre de patchs à prescrire aux patients.

L'une des personnes présentes demande comment accompagner les femmes enceintes qui entendent dire de la part de certains professionnels de santé qui les accompagnent qu'il faut diminuer la consommation de tabac mais ne pas forcément l'arrêter pour que le stress ne soit pas trop élevé. M. Damien FORZY répond qu'il faut bien accompagner les femmes enceintes dans leurs traitements de substituts nicotiniques en majorant la substitution. La femme enceinte est dans une période délicate car elle ne doit pas fumer pour différentes raisons (sociales, par rapport à son enfant, culpabilité...) et en même temps, les œstrogènes métabolisent plus vite la nicotine et la dépendance est donc plus forte. M. Damien FORZY répète qu'il faut vraiment les accompagner dans la substitution et l'objectif est d'arrêter la consommation de tabac. Il souligne aussi que les boîtes de substituts nicotiniques affichent un pictogramme de femme enceinte barrée mais cette information est fautive et depuis longtemps : il est acté depuis 1997 que l'on peut prescrire des traitements de substituts nicotiniques aux femmes enceintes.

Aide au sevrage tabagique

→ Gestion de la dépendance physique

les TNS

→ Gestion de la dépendance psycho -
comportementale

l'accompagnement

M. Damien FORZY prend la parole pour parler de l'aide au sevrage tabagique pour les patients qui ont décidé à se sevrer.

Le professionnel de santé accompagne le patient que ce dernier souhaite un sevrage progressif ou un sevrage brutal : les études ne montrent pas de différence de résultats entre les 2 sevrages.

Les professionnels de santé vont d'abord s'occuper de la dépendance physique du patient. Ce qui est bien dans le sevrage du tabac, c'est qu'il existe un substitut à molécule (ce qui n'est pas le cas dans beaucoup de molécules psychoactives).

Ensuite, il faudra accompagner le patient dans le changement de ses habitudes, dans sa gestion de la vie sans tabac.

La dépendance physique

Shoots nicotiques par la voie inhalée



Stimulations +++ du circuit de la récompense



Multiplication des récepteurs cérébraux



Syndrome de manque à l'arrêt

- craving : envie de fumer
- irritabilité, agitation
- fragilité émotionnelle

- augmentation de l'appétit: grignotage (sucre ++)
- troubles du sommeil
- difficultés de concentration

Pour revenir brièvement sur la dépendance physique, c'est le shoot nicotinique qui est apprécié par les fumeurs mais qui est aussi responsable de la dépendance physique au niveau cérébrale avec l'activation du circuit de la récompense. Le shoot nicotinique, c'est 8 secondes pour arriver au cerveau lorsque le produit est fumé. Avec le temps, plus il y a une tolérance avec la multiplication des récepteurs cérébraux et donc plus il y a de dépendance et le syndrome de manque à l'arrêt augmente. C'est là que les professionnels de santé vont aider les patients à travers l'aide des substituts nicotiniques.

Objectifs des TNS

- Soulager le syndrome de manque
- Réduire les envies (en quantité et en intensité)
- Contrôler les envies

Privilégier l'association « patch(s) + forme(s) orale(s) »

Les patchs

- mode de diffusion continue = le traitement de la dépendance

Les formes orales

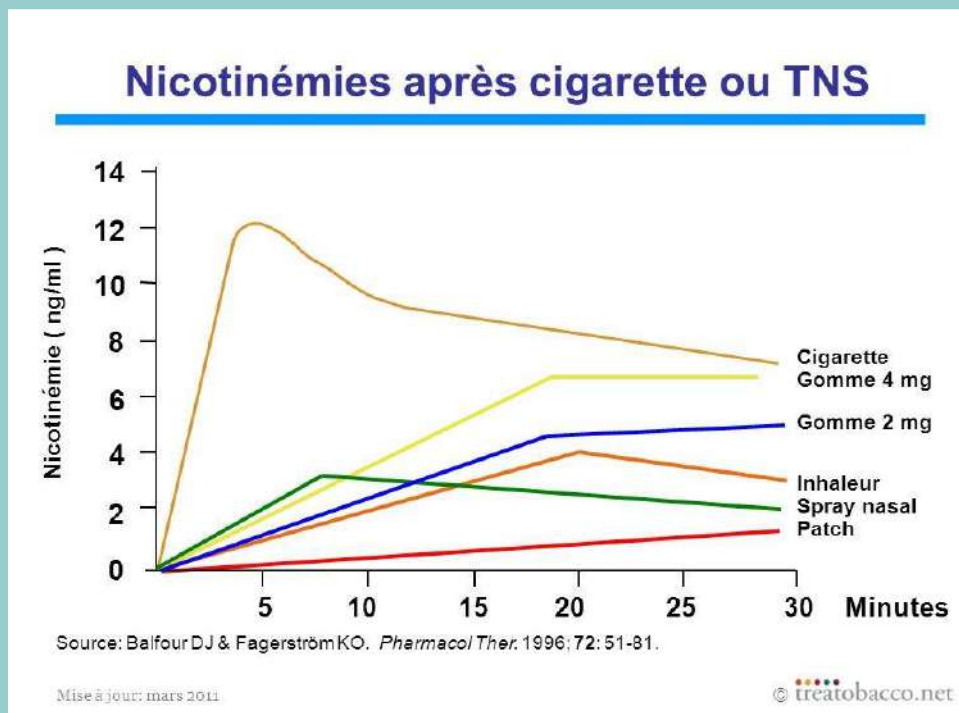
- gestion des envies au cours de la journée

Soulager le syndrome de manque et réduire les envies constituent le rôle des patchs. Malgré ce substitut, il restera des envies de fumer et c'est là que les formes orales ont leur rôle. Les études montrent que les patchs et les formes orales sont complémentaires. Il est demandé si l'on peut fumer avec un patch. M. Damien FORZY répond que oui, on peut fumer en ayant un patch mais cela peut entraîner un surdosage en nicotine et c'est pour ça que la prescription de la bonne quantité de nicotine dans les substituts nicotiniques est importante : il ne faut pas sous-doser les substituts car cela peut entraîner des signes de manque, ni les sur-doser car cela peut entraîner des signes de surdosage.

Qui peut prescrire des TNS ?

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé autorise, en plus des **médecins** et des **sages-femmes**, les **médecins du travail**, les **chirurgiens-dentistes**, les **infirmiers** et les **masseurs-kinésithérapeutes** à prescrire les traitements nicotiques de substitution.

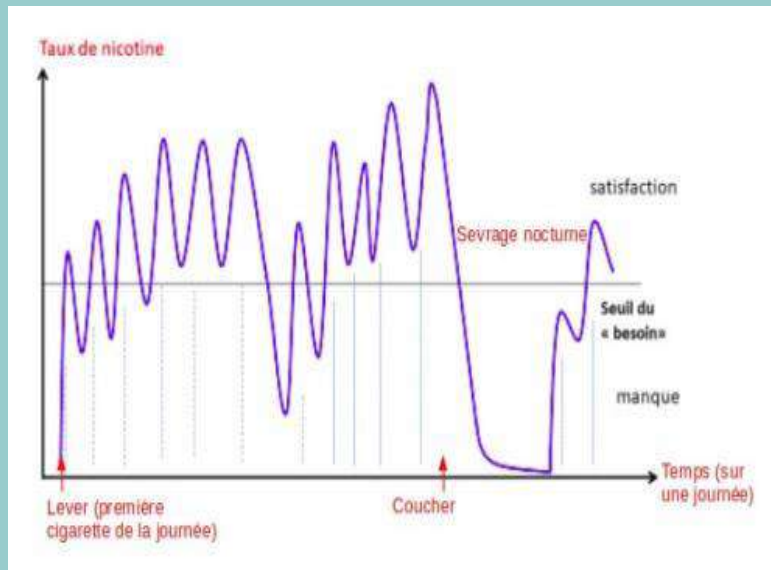
Cinétique des différents TNS



Le schéma ci-dessus montre la manière dont la nicotine monte au cerveau en fonction de la manière dont elle est prise. Ce schéma montre bien que rien ne remplace la cigarette et le shoot nicotinique qu'elle apporte. Les gommes et les pastilles mettent 15 à 20 minutes pour que la nicotine arrive au cerveau. Concernant le patch, il faut à peu près une heure pour que la nicotine arrive au cerveau. Le spray nasal n'existe plus, maintenant il y a un spray buccal.

Les participants demandent où se situent la e-cigarette. M. Damien FORZY explique qu'elle n'apparaît pas sur ce schéma mais elle devrait être un peu au-dessus de la courbe jaune concernant la gomme 4mg.

Les patchs



Objectif → être au bon dosage

Sur le schéma ci-dessus, le seuil du « besoin » est imagé par la ligne grise. Au lever, le patient va fumer la première cigarette pour atteindre ce seuil puis refumera à chaque fois que le taux de nicotine passera en-dessous de ce seuil. Le patient régule seul sa consommation de cigarettes pour être au-dessus de ce seuil.

Dans le cadre des substituts nicotiniques, certains ont tendance à penser qu'ils n'ont pas besoin de patch la nuit car ils ne fument pas la nuit. Ceci est faux car sans patch, le taux de nicotine va diminuer et le matin, le patient aura envie de fumer pour atteindre le seuil du « besoin » et comme son taux de nicotine sera très bas, il se peut qu'une seule cigarette ne lui permette pas d'atteindre le seuil et il fumera une deuxième cigarette.

Cela dit, le fait d'avoir un patch et une diffusion de nicotine la nuit peut perturber le sommeil car le patient n'avait pas d'apport en nicotine avant la nuit. Cette perturbation dure entre 2 et 4 jours. Lorsque cela arrive, M. Damien FORZY conseille aux patients d'attendre quelques jours car cela est normal et si cela ne passe pas, il leur propose de refaire un point quelques jours plus tard. Si cela ne passe pas et que le patient revient après quelques jours, une adaptation du dosage des patchs de nuit peut être faite. Pour les patients qui ne supportent pas les patchs la nuit car cela leur cause trop de troubles du sommeil, il existe également des patchs de 16h.

Les patchs

Dosage simple

1 cigarette industrielle = 1mG



1 roulée = 2 industrielles

1 cigarillo = 3 industrielles



si troubles associées (co-addiction ou troubles psychiatriques)

si femme enceinte

→ majorer la substitution

Pour déterminer le seuil du « besoin » et donc déterminer quel dosage prescrire, la règle est simple : 1 cigarette industrielle = 1mG. Il est important de prendre en compte quel type de cigarette est fumé par le patient pour adapter la prescription à la consommation du patient. Dans certains cas, il faut majorer la substitution (troubles associés, femmes enceintes).

Les différents patchs



Dosage 7mG, 14mG ou 21mG / 24h

Dosage 10mg, 15mG ou 25mG / 16h

La diapositive ci-dessus montre les différents patchs existants. M. Damien FORZY explique que les patchs ont une diffusion constante pendant 16 ou 24h. Si un patient ne veut pas utiliser de patch la nuit, il vaut mieux qu'il utilise un patch de 16h plutôt qu'un patch de 24h qu'il enlèverait pour dormir car dans ce cas, il n'aurait pas la quantité de nicotine suffisante. Par exemple, un patch de 21mG sur 24h ne délivrera que 14mG si le patient le retire 8 heures pour dormir.

Les patchs

→ posologie sur 24h si dépendance physique forte

(1ère cigarette proche du réveil, conso majorée le matin, Fagerstrom $\geq$ à 4)

→ délai de mise en action d'1h environ

→ si troubles du sommeil:

- s'assurer que cela est bien lié aux patchs
- patienter un peu si possible pour voir évolution
- réduire le dosage la nuit ou passer sur un dosage 16h
et gérer le craving matinal (forme orale)

→ si problèmes cutanés:

- bien changer de zone tous les j
- bien nettoyer les résidus de colle, hydrater la zone
- changer de marque de patch au besoin

→ C-indic: les mineurs

(pas les femmes enceintes, pas les troubles cardiovascu)

→ Posologie: mini 3 mois, sevrage très progressif

Le principal problème des patchs sont les problèmes cutanés. Pour éviter cela, il faut bien nettoyer les résidus de colle en retirant le patch avant la douche, en nettoyant bien la zone sous la douche et en changeant de zone tous les jours et en ne revenant pas sur la même zone pendant 3-4 jours. Si cela ne fonctionne pas, il faut savoir que tous les patchs n'ont pas la même colle et qu'il faut donc essayer une autre marque de patchs.

Il n'y a pas de contreindications si ce n'est pour les mineurs.

Concernant la posologie, il est noté minimum 3 mois mais M. Damien FORZY souligne que l'on pourrait mettre 6 mois. La règle est de prendre son temps car le sevrage nicotinique est très lent.

Les formes orales

→ différentes formes :

à sucer

à mâcher

sublinguales



→ différents goûts (menthe ++, eucalyptus, fruit, citron, nature...)

→ différents dosages

1mG – 1,5mG – 2mG - 2,5mG – 4mG

OBJECTIF → **trouver ce qui plaît au patient !**

Le but est de trouver la bonne combinaison entre la façon d'avoir le produit en bouche, le goût et le dosage.

Les formes orales

→ posologie : à la demande

(dose max par jour : de 24 à 30 selon fabricants...)

→ délai de mise en action de 15 à 20 min environ

→ Mode de prise : absorption buccale ++



Les pastilles à sucer ne sont pas vraiment « à sucer »

Les gommes à mâcher ne sont pas vraiment « à mâcher »

► doivent rester au moins **15 min en bouche**

► la nicotine est dégradée par le système digestif

► risques de troubles digestifs (ballonnements.....)

M. Damien FORZY souligne qu'il faut bien expliquer aux patients que les pastilles à sucer et les gommes à mâcher ne sont pas à consommer en quelques minutes. Elles doivent rester en bouche au moins 15 minutes car l'absorption est buccale et si le patient

consomme trop vite le produit, ce dernier partira dans le système digestif qui ne fera pas parvenir la nicotine au cerveau.

Autres formes orales

L'inhaleur



Le spray buccal



PAS DE PRISE EN CHARGE

Les formes orales non remboursées sont présentées sur la diapositive ci-dessus.

L'inhaleur est un petit objet qui contient 10mG de nicotine et qui dépose des gouttelettes dans la bouche quand le patient tire dessus. Rien ne va dans les poumons, l'absorption de la nicotine se fait par les muqueuses buccales. C'est un outil qui est intéressant pour la gestuelle. Il s'agit d'un dispositif médical même s'il n'est pas remboursé.

Gestion de la substitution

SOUS-DOSAGE



signes de manque

=

envie de fumer, irritabilité, fragilité émotionnelle, grignotage, troubles du sommeil, difficultés de concentration

SUR-DOSAGE



signes de surdosage

=

nausées, bouche pâteuse, maux de tête, impression d'avoir trop fumer, vertiges, palpitations

► *adapter au fil du temps le type de TNS utilisé et la posologie en fonction du patient (ses symptômes, ses objectifs, ses goûts, ses envies)*

L'accompagnement dans le sevrage est très important car il faut adapter le dosage afin d'éviter les situations de sous-dosage ou de surdosage. Certains patients disent qu'ils ont déjà essayé les substituts mais que ça n'a pas marché : dans beaucoup de cas, c'est que le dosage n'était pas adapté. C'est pourquoi l'accompagnement et la modification du dosage sont importants.

Professionnel de santé	Date: _____
Nom et Prénom : FORZY Damien	
Profession : Jassourkinésiméroux Tabacologue	
Adresse : 10 boulevard du matériel Lysleu	
N°RPPS ou ADELI : 117011509	
Téléphone : 0646418830	
Patient	
Nom : _____	
Prénom : _____	
☐ Patch (dispositif transdermique)	
Posologie : 1 / jour	
Dosage : ☐ 7 mg/24h ☐ 14 mg/24h ☐ 21 mg/24h ☐ 10 mg/16h ☐ 15 mg/16h ☐ 25 mg/16h	
Durée : 7 jours 28 jours	
Appliquer sur une peau saine, propre, sans trace de pilosité, en évitant les zones de frottement. 1 fois/j, à la même heure chaque jour, en général le matin peu de temps après le réveil. Un nouveau patch sera appliqué toutes les 24h sur un site d'application différent.	
Ajouter une forme orale si besoin ☐ Oui ☐ Non	
Pour être active, la nicotine doit être absorbée par la muqueuse buccale ; si elle est avalée avec la salive, elle sera sans effet.	
☐ Gomme à mâcher: Dosage : 2 mg 8 mg Durée : 7 jours	
Ne pas mâcher la gomme trop vigoureusement. Mâcher une tère fois la gomme jusqu'à ce que le goût vienne puis la garder entre la joue et la gencive environ 10 min : la gomme se ramollit et permet à la nicotine de se libérer progressivement.	
☐ Comprimés à sucer : Dosage : 1 mg 1.5 mg 2 mg 4 mg Durée : 7 jours	
Le comprimé doit régulièrement être déplacé d'un côté de la bouche à l'autre, jusqu'à dissolution complète (environ 20 à 30 min). Ne doit pas être mâché ou avalé. S'abstenir de boire ou de manger lorsque le comprimé est dans la bouche.	
☐ Comprimés sublinguaux: Dosage : 2 mg Durée : 7 jours	
Ne pas avaler ni croquer le comprimé. Le placer sous la langue où le comprimé se dissout lentement (environ 30 min)	
☐ Pastilles à sucer : Dosage : 1.5 mg 2.5 mg Durée : 7 jours	
La pastille doit être régulièrement déplacée d'un côté de la bouche à l'autre et sucée lentement jusqu'à dissolution complète (environ 30 min). Elle ne doit pas être mâchée, avalée ou croquée. S'abstenir de boire ou de manger lorsque la pastille est dans la bouche.	
☐ Spray buccal: pulvérisations de 1 mg Durée : 7 jours	
Appuyer fermement sur la partie supérieure du distributeur pour libérer une dose dans la cavité buccale en évitant les lèvres. Ne pas inhaler lors de la pulvérisation afin que le produit n'entre pas dans les voies respiratoires. Pour de meilleurs résultats, éviter de déglutir pendant les quelques secondes qui suivent la pulvérisation. Si la 1ère pulvérisation n'est pas efficace il est possible d'en faire une 2nd. Maximum 4 pulvérisations par heure.	
☐ Inhaler (Non Remboursé) - cartouche de 10 mg Durée : 7 jours	
La fréquence des aspirations ainsi que leur intensité seront à adapter en fonction des besoins. Si l'envie n'est pas soulagée, augmenter la fréquence et/ou l'ampleur des bouffées. Chaque cartouche de 10 mg se substitue approximativement à 3-4 cigarettes. Après ouverture, toute cartouche doit être utilisée dans les 12 heures car la quantité de nicotine diminue dès son ouverture par évaporation.	
Posologie à adapter quotidiennement par le patient en fonction de ses envies. Si plus de 12 unités/jour de substitution sous forme orale revoir le dosage des patches.	
Renouveler ☐ fois	Signature et tampon du prescripteur

Concernant l'ordonnance, les informations à faire apparaître sont classiques : nom et prénom du professionnel de santé, profession, adresse, n° RPPS ou ADELI, téléphone, date, nom et prénom du patient, la posologie, le dosage, la durée... Les ordonnances peuvent également être rédigées à la main.

Place de la VAP

Légalement : n'est pas un dispositif médical
ne fait pas partie des TNS
pas assez de recul sur ses effets à long terme

→ **un prof de santé ne peut le recommander**

En pratique : pas de combustion = pas de CO, goudrons, irritants, métaux...
4 substances : PG, GV, arômes, **nicotine** (tabac : + de 4000)
intérêt gestuel, inhalation / hit, conservation comportement
beaucoup de patients l'utilisent !

→ **son utilisation ne doit pas être découragée (HAS)**

Il est rappelé que les risques du tabac sont liés à la combustion et non à la nicotine qui a pour fonction de rendre dépendant. Les professionnels de santé doivent donc sortir les patients de la combustion des cigarettes.

LA VAP : recommandations HAS

Recommandations de bonne pratique de 2014 de la HAS

(validé par le collège le 14/06/2023) :

La HAS ne recommande pas la cigarette électronique comme outil de l'arrêt du tabac, mais considère que son utilisation chez un fumeur qui a commencé à vapoter et qui veut s'arrêter de fumer ne doit pas être découragée.

La HAS reste attentive à toute nouvelle donnée qui permettra de réévaluer la place de la cigarette électronique dans la stratégie thérapeutique d'arrêt du tabac.

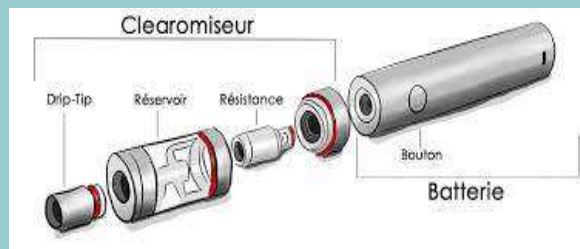
outil de réduction des risques

- si échec du sevrage
- dans le cadre de co-addiction, de troubles psychiatriques

(IQOS de Philip Morris = tabac chauffé → produit du tabac avec combustion à 350°)

M. Damien FORZY attire l'attention des participants sur l'IQOS de Philip Morris : il s'agit de tabac chauffé, donc il y a combustion du tabac.

La VAP en pratique



Objectif : trouver le bon outil et les bons réglages pour obtenir un plaisir d'usage (goût, puissance, entrée d'air, nicotine)

Veiller au bon usage :

- changement régulier de la résistance
- produits norme AFNOR

Conseil : « vaper comme vous fumiez ! »



Si vape +++

→ revoir TNS

→ augmenter taux de nicotine du liquide

M. Damien FORZY passe rapidement sur la diapositive ci-dessus mais rappelle qu'un patient qui souhaite utiliser la VAP car le sevrage est difficile doit être accompagné par un magasin de VAP spécialisé qui saura l'orienter sur les réglages de la VAP. La dépendance physique est finalement plus facile à gérer car il existe des moyens de la combler alors que cela est plus compliqué pour la dépendance psycho-comportementale.

La dépendance psycho-comportementale

Le CRAVING trouve ses origines dans la dépendance physique, mais aussi dans la dépendance comportementale et psychologique.

Dépendance comportementale : *liée aux habitudes, aux automatismes*

- fumer avec un café, après le repas
- en voiture, en téléphonant
- en pause
- entre amis, famille

Dépendance psychologique : *liée au rôle de certaines cigarettes*

- fumer pour se détresser, se calmer
- quand est triste, angoissé
- pour se concentrer, travailler
- pour combattre la fatigue, l'ennui

La dépendance psycho-comportementale

Objectifs:

- **accompagner** le patient à traverser cette période difficile du sevrage, de changement des habitudes
- **valoriser** ses efforts, ses réussites
- transformer ses difficultés ou échecs en **expériences** bénéfiques pour la réussite future
- évaluer et **orienter** au besoin (tabacologues, addictologues, psychologues, psychiatres, nutritionnistes...)

M. Damien FORZY explique que pour aider le patient avec la dépendance psycho-comportementale, il est très important de l'accompagner car la période est très difficile pour le patient. Il faut valoriser ses efforts et ses réussites et lui expliquer que les échecs font partie des addictions et qu'il faut les transformer en expériences.

Conclusion

- Amener nos patients vers l'arrêt du tabac
 - = l'affaire de tous
 - = le rôle d'un professionnel de **SANTÉ**
- le tabagisme est une addiction : arrêter n'est pas une question de volonté !
- le tabagisme est une logique d'émotions, pas de raison !!
- notre rôle :
 - REPERER
 - INTERVENIR
 - ACCOMPAGNER
 - ORIENTER SI BESOIN

M. Damien FORZY conclut son intervention en disant que la soirée organisée par la CPTS La Rochelle avait pour but de montrer que l'arrêt du tabac chez les patients est l'affaire de tous les professionnels de santé puisque le tabac altère la santé des patients. Il est convaincu que si chaque professionnel de santé questionne ses patients, ces derniers trouveront peut-être que les professionnels de santé sont "lourds" mais à force d'entendre la question, il se peut que le patient se questionne sur sa consommation et engage une démarche vers l'arrêt du tabac en sachant qu'il a plein de professionnels de santé qui peuvent l'accompagner dans sa démarche.

Il faut également arrêter de dire qu'arrêter la consommation de tabac est une question de volonté : c'est quelque chose de beaucoup plus complexe, mêlant la motivation, les compétences psycho-sociales, l'accompagnement, le contexte etc. Comme le disait le Dr Aliette FAUCHILLE, la majorité des fumeurs souhaitent arrêter donc s'il ne s'agissait que de volonté, ils ne fumeraient plus.

Un fumeur accompagné dans son sevrage a 10 fois plus de chance de parvenir à arrêter de fumer qu'une personne ne bénéficiant pas d'accompagnement.

Le Dr Marion LAFARGE insiste sur le fait qu'il est important de poser la question de la consommation de tabac aux patients.

Par ailleurs, M. Damien FORZY explique qu'une intervention brève avec prescription fonctionne mieux qu'une intervention brève sans prescription.

Merci pour votre attention

Questionnaire à l'issue de la soirée tabacologie



A l'issue des présentations faites par les 3 intervenants, un questionnaire est rempli par les personnes présentes pour faire un point sur ce que leur a apporté cette soirée. A l'issue du Mois Sans Tabac, un nouveau questionnaire sera envoyé aux personnes présentes pour faire le point sur leur pratique vis-à-vis de leurs patients.

Un document d'aide à la prescription des substituts nicotiniques a été préparé par les 2 intervenants et est distribué à l'ensemble des participants.





Aide à la prescription de substituts nicotiniques

Nombre de cigarettes / jour	< 10 cig/j	11-20 cig/j	21-30 cig/j	> 30 cig/j
Dosage en nicotine 1 cig manufacturée = 1mg de nicotine	7 ou 14 mg/24h + FO	21 mg/24h + FO	21 + 7 mg/24 h ou 21 + 14 mg/24h + FO	21+21 mg/24h + FO

1 cigarette roulée = 2 cigarettes manufacturées
1 cigarillo = 3 cigarettes manufacturées