

# 16e Rencontre nationale des Infirmières en Tabacologie

XVI<sup>e</sup> RENCONTRE NATIONALE  
DES INFIRMIERES EN TABACOLOGIE

Vendredi 14 octobre 2016

GH Pitié Salpêtrière – Paris 13<sup>e</sup>



Centre de Formation Continue de l'AP-HP :  
Management et Pratiques Professionnelles pour le Personnel Hospitalier

***Bibliographie thématique** : les références sont classées par ordre chronologique décroissant au sein de chaque rubrique. Ces références documentaires sont accessibles au Centre de documentation (sauf celles précédées d'un astérisque) : contactez le 01 42 16 07 76*

## SOMMAIRE

■ Santé publique et tabagisme : généralités	2
■ Consommation de tabac et données sociales	4
■ Effets sur la santé – Facteurs de risque	5
■ <b>BPCO : mesures spécifiques</b>	6
■ Traitements, substituts nicotiniques et sevrage	7
■ Prise en charge et interventions infirmières	11
■ <b>Entretien motivationnel et éducation thérapeutique</b>	13
■ Grossesse et tabac	16
■ Personnes âgées	18
■ Personnes en situation de handicap	19
■ Sites internet	20

Contact : [joel.delarue@aphp.fr](mailto:joel.delarue@aphp.fr)



Centre de documentation de l'AP-HP  
Direction des Ressources Humaines  
Centre de la Formation et du  
Développement des Compétences

## ■ Santé publique et tabagisme : généralités

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

[Lutte contre le tabagisme](#), 2016/05, [en ligne] (consulté le 2/08/16).

GERY (Yves)/BEGUINOT (Emmanuelle)

**Empêcher de vendre un produit mortel dans un emballage glamour [Interview]**. SANTE EN ACTION (LA), 2016/03, [n° 435](#), 39-40. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

La nouvelle loi de santé publique instaure comme mesure-phare le paquet neutre. Parmi les nombreuses autres dispositions : l'interdiction de fumer en voiture en compagnie d'enfants, l'obligation d'information des industriels du tabac sur leurs dépenses de lobbying. Toutefois, une nouvelle hausse des taxes n'a pas été retenue. Se pose aussi la question des moyens alloués à ces mesures de prévention du tabagisme.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Santé publique France)

[Le tabac en France : nouvelles données du Baromètre santé Inpes 2014](#), 2015/02, [en ligne] (consulté le 2/08/16).

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

[Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019](#), 2014, [en ligne] (consulté le 2/08/16).

DELCROIX (Michel-Henri)/GOMEZ (Conchita)

**Cesser de fumer, lutter contre le tabagisme. Éthique individuelle, de santé publique ? (suite)**.

Dossier. De l'éthique/2.GESTIONS HOSPITALIERES, 2013/02, n° 523, 96-98, tabl. réf.bibl.

Après un premier article paru dans le dernier numéro, l'auteur poursuit son analyse sur l'importance de la lutte contre le tabagisme, notamment chez les adolescentes et les femmes enceintes. Un défi éthique et de santé publique.

JACQUAT (Denis)/TOURAINÉ (Jean-Louis)

[Evaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme](#), Rapport d'information, 2013/02, [en ligne] (consulté le 2/08/16).

DELCROIX (Michel-Henri)

**Cesser de fumer, lutter contre le tabagisme. Éthique individuelle, de santé publique ?** Dossier. De l'éthique/1.GESTIONS HOSPITALIERES, 2013/01, n° 522, 36-38. 13 réf.

Dans une société de financiarisation mondiale des biens de consommation, dominée par la double contrainte de la crise financière et du libre-échange marchand, rappeler la nécessité de l'éthique individuelle pour "cesser de fumer", de l'éthique de santé publique pour "lutter contre le tabagisme" peut apparaître incongru, voire utopique. Et pourtant, près de six millions de personnes meurent chaque année prématurément à cause du tabagisme (soit près de 10% de la mortalité mondiale) et si ces choix éthiques ne se concrétisent pas, l'épidémie tabagique provoquera la mort d'un milliard d'individus au cours du XXI<sup>e</sup> siècle.

DAUTZENBERG (B.)

**Le lobbying du tabac en France**. Le lobbying. TRIBUNES DE LA SANTE : SEVE (LES), 2013, n° 39, 63-68. réf.bibl.

Le lobbying des cigarettiers en faveur des produits du tabac est un des vecteurs essentiels du développement et de la persistance de la dépendance tabagique. L'efficacité de ce vecteur à répandre la maladie dépend de la réponse que les politiques opposent à ces lobbies. La France a vécu en deux quinquennats la démonstration de l'influence du président de la République sur l'acceptation ou les refus des lobbies du tabac sur la vie quotidienne des Français en faisant alterner le meilleur et le pire dans les décisions concernant le contrôle du tabac et dans les conséquences sanitaires et financières de ces décisions.

DEVERS (Gilles)

**Proposition pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac : le rapport Bur.** DROIT DEONTOLOGIE ET SOIN, 2012/06, n° 2, 184-189.

Parmi la masse des rapports publiés, quelques uns émergent et ont vocation à devenir la structure d'un plan politique. Tel est le cas du rapport « [Proposition pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac](#) », présenté au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé par le député Santé Yves Bur, en février 2012. DDS a choisi de publier la synthèse des propositions, qui sont d'un intérêt évident. La lutte contre le tabac n'est pas qu'une question médicale. Elle doit inclure le contexte, qu'il s'agisse de l'incitation permanente des cigarettes ou des causes sociales qui encouragent l'accès au tabac, puis l'addiction.

HUTEAU (M.E.)/GRANIER (A.)/ARINO (A.)/DAVY AUBERTIN (C.)/BENEZIS (C.)/STOEBNER DELBARRE (A.)

**Un projet de prévention communautaire contre le tabac au collège.** REVUE DE SANTE SCOLAIRE & UNIVERSITAIRE, 2012/05, n° 15, 27-30, phot.

Dans le cadre d'un projet d'éducation pour la santé en milieu scolaire, quinze élus du conseil départemental des jeunes de l'Hérault (34) ont conçu, animé et évalué le projet Sans Clope, j'suis au top ! auprès de 700 collégiens. Ils ont été accompagnés dans leur démarche par le Centre régional de lutte contre le cancer, le conseil général et l'inspection académique de l'Hérault.

HILL (Catherine)/BRUCKER (Gilles)/PERRIOT (Jean)/et al.

BORGNE (Anne), cons.

**Le tabagisme : 2012, année du changement ?** REVUE DU PRATICIEN : MONOGRAPHIE, 2012/03, n° 3, 321-359, tabl., fig. réf. bibl.

Au sommaire de ce dossier consacré au tabagisme : - Epidémiologie du tabagisme - Emergence et conséquences du tabagisme dans les pays en développement - Tabac : quels risques pour la santé ? - Le tabagisme dans l'infection par le VIH - Tabagisme et maladies cardiovasculaires - Tabagisme et grossesse - Stratégies thérapeutiques contre la dépendance tabagique - L'arrêt du tabac chez les patients atteints d'affection psychiatrique - Sevrage tabagique périopératoire - De la tabacologie à l'addictologie.

HENO (Gilles)

**[Le développement de la tabacologie : un progrès fondamental pour la qualité des soins.](#)** RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS, 2011/09, n° 106, 99-106. 17 réf. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

En France, le tabagisme est responsable de 66 000 décès par an : aucun comportement à risque n'a un impact aussi important sur la santé publique en termes de mortalité. La Haute Autorité de Santé recommande l'arrêt du tabac comme traitement essentiel de nombreuses pathologies (cardiovasculaires, pulmonaires..). La prise en charge du tabagisme permet en effet, de prévenir la survenue, la récurrence ou les complications de plusieurs pathologies avec un rapport coût/efficacité et coût/risque bien souvent sans équivalent. Depuis deux décennies, nous connaissons mieux les mécanismes neurobiologiques et psychocomportementaux impliqués dans la dépendance au tabac. Les stratégies thérapeutiques validées (substitution nicotinique, Bupropion, Varénicline, thérapies comportementales et cognitives) sont ainsi aujourd'hui adaptées à chaque fumeur pour obtenir une meilleure efficacité. La prise en charge des fumeurs par des médecins et des infirmiers tabacologues s'est développée sur tout le territoire au sein de structures d'aide à l'arrêt du tabac. Formé aux techniques de l'entretien motivationnel, l'infirmier tabacologue accompagne le fumeur dans sa décision en évitant de développer des résistances au changement du comportement. A partir d'un recueil de données déterminant les conditions de la dépendance (Test de dépendance, mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré, dépistage d'une comorbidité dépressive..), une stratégie thérapeutique est établie entre le thérapeute et le patient. Pour permettre un déconditionnement efficace du comportement, l'infirmier tabacologue accompagne le candidat à l'arrêt sur plusieurs mois en se référant aux approches des thérapies comportementalistes. Ce texte a fait l'objet d'une présentation orale lors des Journées d'Etude de l'ARSI 2011.

BEN LAKHDAR (C.)/VAILLANT (N.G.)/WOLFF (F.C.)

**Faut-il choquer les fumeurs et les fumeurs potentiels pour dissuader les comportements tabagiques ? Efficacité des pictogrammes contre le tabagisme.** REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE, 2011/06, n° 3, 175-186, tabl., fig. 20 réf.

Position du problème : Suivant les recommandations de l'OMS pour la lutte contre le tabagisme, les autorités françaises ont décidé la mise en oeuvre de l'apposition de 14 "photos chocs" sur les paquets de cigarette, à partir de 2011. Ce travail s'intéresse à l'efficacité d'une telle mesure. Méthodes : À cette fin, une série de 12 messages sanitaires a été projetée à un échantillon de 418 étudiants en première année de médecine d'une faculté privée. Une modélisation économétrique nous a permis de traiter les réponses.

\* LE MAITRE (Béatrice)

**Le tabac en 200 questions.** Nîmes : De Vecchi, 2005, 191p. Réf. Bibl.

Cet ouvrage rassemble l'essentiel des données de la tabacologie aux fumeurs intéressés et aux soignants accompagnant une démarche de prévention ou de traitement. Les aspects épidémiologiques, les rouages de l'industrie du tabac, les mécanismes de dépendance à la nicotine, la toxicité générale du tabac sont clairement exposés. Les différentes méthodes médicamenteuses d'aide au sevrage sont passées en revue, ainsi que des repères pour la prévention.



## ■ Consommation de tabac et données sociales

BRICARD (D.)/JUSOT (F.)/BECK (F.)/KHLAT (M.)/LEGLEYE (S.)

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

**[L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie : une analyse selon le sexe et la génération.](#)** ECONOMIE ET STATISTIQUE, 2015/04, n° 475-476, 89-112. réf.bibl. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

Comment évoluent les inégalités sociales dans la consommation de tabac en France selon l'âge et les générations ? Afin de répondre à cette question, les données du Baromètre santé recueillies en 2010 auprès de 27 653 personnes ont été mobilisées pour reconstruire de façon rétrospective le parcours tabagique de trois cohortes de naissance (1941-1955, 1956-1970 et 1971-1985). L'évolution des inégalités de tabagisme est étudiée à partir de la comparaison des prévalences du tabagisme calculées à chaque âge selon le niveau de diplôme, le sexe et la génération puis à l'aide d'un indice relatif d'inégalité estimé à l'aide de régressions logistiques. Les résultats montrent qu'après avoir été plus fréquent parmi les plus diplômés, le tabagisme a reculé dans ces milieux, alors qu'il continue de progresser parmi les groupes moins diplômés. Cette analyse confirme également le décalage d'une génération chez les femmes par rapport aux hommes dans la diffusion du tabagisme, même si les niveaux de prévalence sont aujourd'hui forts pour les deux sexes. L'importance des inégalités sociales face au tabagisme ressort aux âges jeunes, pour toutes les cohortes et pour les deux sexes. Pour les cohortes les plus anciennes, les inégalités s'amenuisent au cours de la vie jusqu'à s'inverser chez les femmes. Pour la cohorte la plus récente, les inégalités restent à un niveau élevé tout au long du cycle de vie et tendent à s'accroître après 25 ans pour les femmes. Sur la base de ce constat, il pourrait être efficace de cibler les politiques de prévention du tabagisme selon les groupes sociaux et selon les âges de la vie, et en particulier d'axer les efforts sur la prévention de l'entrée dans le tabagisme dans les milieux les moins diplômés.

GUIGNARD (R.)/BECK (F.)/RICHARD (J.B.)/WILQUIN (J.L.)/NGUYEN THANH (V.)

**La consommation de tabac en France : principaux résultats du Baromètre santé 2014.** SANTE EN ACTION (LA), 2015/03, [n° 431](#), 5-7. 8 réf. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

Après avoir augmenté entre 2005 et 2010, la prévalence du tabagisme en France s'est stabilisée, note la nouvelle enquête Baromètre santé de l'Inpes. La prévalence du tabagisme régulier est en légère baisse chez les femmes. De plus en plus de fumeurs, en particulier chez les jeunes, tentent d'arrêter de fumer.

AZORIN (Jean-Christophe)

**Entrée dans le tabagisme : ce que les élèves de 5e en pensent, ce qu'ils en disent.** REVUE DE SANTE SCOLAIRE & UNIVERSITAIRE, 2015/03, n° 32, 29-32, fig. 7 réf.

Au collège, plus particulièrement dès la 5e, les élèves sont confrontés aux sollicitations tabagiques. Une enquête a été menée auprès d'eux afin de connaître leurs intentions quant à ce type de consommation. Trois catégories ont été déterminées : les réfractaires au tabac convaincus, les indécis et les initiés ou décidés ayant déjà fumé. Pour expliquer leur refus du tabac, trois familles d'argumentation apparaissent, variables selon le genre. Elles peuvent orienter les interventions préventives auprès de ce public.

ARWIDSON (P.)

**Quelles stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé dans le domaine du tabagisme ?** SANTE EN ACTION (LA), 2014/03, [n° 427](#), 4-5. 11 réf. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

Le tabagisme explique près de la moitié de l'écart d'espérance de vie entre les populations les plus et les moins favorisées, du fait d'un niveau de consommation plus élevé chez ces dernières.



## ■ Effets sur la santé – Facteurs de risque

THOMAS (D.)

**L'épidémie de tabagisme : état des lieux.** ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX – PRATIQUE, 2016/02, n° 245, vol. 2016, 4-9

Facteur de risque concernant l'ensemble des « maladies non transmissibles » (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires et diabète), responsable à l'échelle mondiale, tous âges confondus, de 10 % des décès cardiovasculaires, de 22 % des décès par cancer et de 36 % des décès par maladies respiratoires, le tabagisme reste la première cause de mortalité évitable dans le monde et en France. L'attribution de ces pathologies au tabagisme est d'autant plus importante que les sujets sont jeunes, pouvant par exemple atteindre, en France, 76 % pour les cardiopathies ischémiques chez les sujets de moins de 45 ans. Cet impact est souvent sous-estimé, tant dans la population générale que par les acteurs de santé. Pour une meilleure prise de conscience de la nécessité de prendre en charge plus activement ce facteur de risque, sont rassemblées ici les données les plus récentes sur cette épidémie.

THOMAS (D.)

**Sevrage tabagique : un traitement à part entière.** ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX – PRATIQUE, 2016/02, n° 245, vol. 2016, 1-3

Les mesures législatives successives adoptées ces trente dernières années pour faire régresser le tabagisme et le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) récemment avancé par la ministre de la Santé, pourraient laisser penser que la France est à l'avant garde dans la lutte contre le tabac. Il n'en est rien. Un état des lieux de l'épidémie de tabagisme, contenu dans ce dossier, montre que si la situation reste préoccupante à l'échelle mondiale, elle le reste également tout particulièrement en France.

Comité national contre le tabagisme

[Tabac : des risques spécifiques sur l'appareil respiratoire.](#) [en ligne] (consulté le 2/08/16).

DUTHON (V.B.)/OZTURK (M.)/EL ACHACHI (S.)/MENETREY (J.)

**Effets délétères du tabagisme sur l'appareil musculo-squelettique.** REVUE MEDICALE SUISSE, 2014/07, n° 437, 1466-1471, fig., tabl. 29 réf.

Bien que les conséquences carcinogènes de la consommation de cigarettes soient connues, des investigations supplémentaires sont nécessaires concernant les effets de la cigarette sur la santé du système musculo-squelettique et sur les conséquences chirurgicales. Les complications périopératoires de la cigarette incluent une cicatrisation altérée, une augmentation des infections, un retard et/ou une altération de la consolidation osseuse des fractures et des arthrodèses, et des résultats diminués des arthroplasties. L'instauration de protocoles d'arrêt du tabac tels les patchs, chewing-gums, pastilles, inhalateur, sprays, bupropion et varénicline pendant la période préopératoire (quatre à huit semaines) peut amener des bénéfices considérables pour la santé générale et musculo-squelettique des patients.

YARIBAKHT (S.)/MALARTIC (C.)/GRANGE (G.)/MOREL (O.)

**Risque opératoire lié au tabac en gynécologie.** GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET FERTILITE, 2014/05, n° 5, 343-347. 52 réf.

Si le tabac est reconnu depuis de nombreuses années comme facteur de risque majeur de pathologies cardiovasculaires, pulmonaires et de cancer dans la population générale, les femmes restent insuffisamment informées des conséquences opératoires et des risques spécifiques gynécologiques liés à cette intoxication. Ainsi, une consommation tabagique régulière augmente le risque de survenue de nombreuses pathologies gynécologiques pouvant nécessiter une prise en charge chirurgicale, avec de surcroît un impact négatif non négligeable sur les processus de cicatrisation et le risque de survenue de complications postopératoires. Ce risque opératoire doit être expliqué par les chirurgiens pratiquant au quotidien des interventions de chirurgie gynécologique, pelvienne ou sénologique. La question du sevrage tabagique devant précéder une intervention chirurgicale a fait l'objet d'un consensus établi par la conférence d'experts sur le tabagisme périopératoire qui s'est tenue en 2005. L'application de ces recommandations pendant la période préopératoire passe par une amélioration de la formation du

personnel médical et des pratiques afin de permettre aux patientes de bénéficier d'un sevrage tabagique efficace et durable. Il est licite dans ce contexte de retarder une chirurgie programmée de 6 à 8 semaines afin de permettre un sevrage tabagique optimal et de poursuivre l'arrêt du tabac durant le temps nécessaire à la cicatrisation afin de réduire le surrisque opératoire lié au tabagisme.

PERRIOT (Jean)/UNDERNER (Michel)/DOLY-KUCHCIK (Ludivine)

**Tabac : quels risques pour la santé.** REVUE DU PRATICIEN : MONOGRAPHIE, 2012/03, n° 3, 333-336. 17 réf.

La consommation de tabac est la première cause de décès évitables dans les pays développés. C'est un enjeu prioritaire de santé publique pour l'Organisation mondiale de la santé, car il est responsable de 3 millions de morts chaque année. Plus de 20 maladies lui sont attribuées, qu'il en soit la cause principale, un des facteurs de risque ou une cause aggravante.

VALLET (B.)/BLANLOEIL (B.)/CHOLLEY (G.)/ORLIAGUET (G.)/PIERRE (S.)/ TAVERNIER (B.)

**Tabagisme périopératoire.** Conférence d'experts, 2005, [en ligne] (consulté le 2/08/16)

Chaque année huit millions de patients subissent une anesthésie en France et près de deux millions d'interventions chirurgicales concernent des fumeurs. Il est établi que le tabagisme périopératoire chez l'adulte : augmente le risque de complications générales (triplement du risque infectieux et coronaire, doublement du risque d'être transféré en réanimation et de faire des complications respiratoires immédiates) ; augmente le risque des complications chirurgicales (deux à quatre fois plus de complications de cicatrice, de risque d'éventration après laparotomie, de médiastinite, de lâchage de suture digestive, de thrombose de prothèses vasculaires, de retard de consolidation osseuse). De même chez l'enfant, il existe une relation entre l'intensité du tabagisme passif et la fréquence des complications respiratoires en chirurgie ORL. Cette augmentation des complications périopératoires augmente la durée globale d'hospitalisation des fumeurs pour une chirurgie lourde d'une durée de deux à trois jours.

Question 1. Quels sont les risques liés au tabac lors d'une intervention chirurgicale ?  
Question 2. Quels sont les bénéfices prouvés de l'arrêt préopératoire du tabac ?  
Question 3. Comment prendre en charge un fumeur en préopératoire d'une chirurgie programmée ?  
Question 4. Quel est le rôle des différents acteurs de santé en fonction du délai avant l'intervention ?  
Question 5. Quelles sont les particularités de l'anesthésie chez un fumeur ?  
Question 6. Comment prendre en charge un fumeur dépendant hospitalisé pour une intervention chirurgicale non programmée ?

## ■ **BPCO : mesures spécifiques**

HEDEF (Valérie)/PISSONDES (Andrée-Lucie)/TERRINI (Alexandre)/et al.

**Dossier : BPCO, un souffle nouveau pour l'intervention à domicile.** AVENIR ET SANTE, 2015-06, n° 435, 17-29, phot. réf.bibl.

Au sommaire de ce dossier sur la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) : "La BPCO, nouveau fléau de santé publique ?" - "BPCO, une maladie d'évolution progressive" - "HAS, la réhabilitation respiratoire... sans les Idels" - "La réhospitalisation n'est pas une fatalité" - "Le souffle coupé" - "Le vrai enjeu, ce sont les collaborations interprofessionnelles".

CLAUSTRE (Johanna)/PISON (Christophe)

**Dossier : "BPCO : comment dépister ?".** REVUE DU PRATICIEN : MEDECINE GENERALE, 2015/05, n° 942, 417-422. réf. bibl.

Au sommaire de ce dossier sur la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) : Epidémiologie" - Facteurs de risque" - Dépistage : quels outils ?" - "Diagnostic et évaluation" - "Traitements de fond" - "Mesures associées" - "Traiter l'insuffisance respiratoire chronique" - "Réhabilitation respiratoire" - "Surveillance".

CITTEE (Jacques)/SAUTERON (Bruno)/BROSSIER (Sophie)/et al.

**Trajectoires de soins des patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive : points de vue des acteurs hospitaliers.** SANTE PUBLIQUE, 2015/01/02, n° 1 Supp., S177-S187, fig., tabl. 33 réf.

L'objectif de cette étude était d'identifier, d'un point de vue hospitalier, les trajectoires de soins ville-hôpital des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sur les territoires du Val-de-Marne et de Seine-et-Marne. Une étude qualitative de cas multi-sites a été menée de janvier à octobre 2012 auprès de médecins hospitaliers qui prenaient en charge les patients sur ce territoire. Les résultats ont montré qu'il existe une grande variabilité des trajectoires de soins dans les 25 sites investigués, sans

qu'on puisse en déterminer une typologie. Les trajectoires dépendent des configurations de l'offre sanitaire locale. Le principal constat a été l'absence globale de toute coordination ville-hôpital en amont et en aval de la prise en charge hospitalière. Les trajectoires identifiées concernaient les patients probablement les plus gravement atteints qui avaient recours systématiquement aux services d'urgences. Le manque d'une coordination pré-hospitalière lors des épisodes aigus aboutissait à des hospitalisations très fréquentes. Or, certaines données de la littérature internationale montrent qu'une gestion mieux organisée à domicile des exacerbations de BPCO permettrait de diminuer très significativement le taux d'hospitalisation. La question de la coordination entre la ville et l'hôpital pour l'optimisation des trajectoires de soins reste donc posée sur les territoires considérés. Avec l'exemple de la BPCO, force est de constater qu'une meilleure prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques appelle à une restructuration ad hoc de nos systèmes territoriaux de santé.

Haute autorité de santé

[Guide du parcours de soins : Bronchopneumopathie chronique obstructive](#). 2014/06, [en ligne] (consulté le 2/08/16).

POUGNET (Richard)/HENO (Gilles)/LINEAU (Christine)/et al.

**Dépistage de la BPCO en consultation de tabacologie**. ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 2013/12, n° 4, 317-323. 42 réf.

Introduction : l'objet de l'étude est de dépister la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez les personnes consultant pour la première fois en tabacologie et d'étudier les facteurs prédictifs de dépistage positif. Matériel et méthode : étude multicentrique par questionnaires (Richmond, Fagerström, signes cliniques) et spirométrie miniaturisée. Les données ont été analysées avec le logiciel SAS®, par le test du  $\chi^2$  de Pearson, le test d'analyse de variance, le coefficient de corrélation de Spearman et une analyse multivariée par régression logistique pas à pas descendante. Résultats : 1 918 patients ont été inclus. Le rapport VEMS/VEM6 était inférieur à 0,8 et à 0,7 pour respectivement 33,2 % et 7,5 % des patients. Les personnes ayant une BPCO très probable avaient plus de dyspnée ( $p < 0,01$ ) et de bronchite chronique ( $p < 0,01$ ). En analyse multivariée, la bronchite chronique, la durée de tabagisme supérieure à 30 ans et la dyspnée augmentaient significativement le risque d'être dépisté en tant que BPCO. Les odds ratios étaient respectivement de 2,9, de 4,1 et de 4,5. Conclusion : 7,5 % des patients étaient très probablement atteints de BPCO. Certains facteurs (la présence d'une bronchite chronique, d'un tabagisme évoluant depuis 30 ans et plus ou d'une dyspnée) étaient prédictifs d'un dépistage positif de la BPCO.

SELLERON (Bertrand)/BILLET (Didier)

**Parcours de soins BPCO : les guides et outils de la HAS**. KINESITHERAPIE : LA REVUE, 2013/03, n° 135, 16-21, tabl. 9 réf.

La Haute Autorité de santé (HAS) a formalisé un guide et différents outils pour le parcours de soins broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Le guide doit permettre d'améliorer la coordination des professionnels en identifiant les points critiques à l'origine des principaux dysfonctionnements de la prise en charge. Les kinésithérapeutes peuvent jouer un rôle à plusieurs étapes du parcours de soins : le dépistage précoce et l'évaluation initiale, le sevrage tabagique à tous les stades de la maladie, l'accès à la réhabilitation dont ils sont des intervenants fondamentaux et le suivi des patients. Parmi les différents outils, le Programme personnalisé de soins (PPS), document partagé par les professionnels et le patient, devrait, pour être mis réellement en oeuvre, faire l'objet d'un accompagnement spécifique.



## ■ Traitements, substituts nicotiques et sevrage

**LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé** : Titre III : INNOVER POUR GARANTIR LA PÉRENNITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ Chapitre II : Innover pour préparer les métiers de demain - Article 134

[LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 134](#)

**Prescription de substituts nicotiques**

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/infirmiers/exercer-au-quotidien/prescription-de-substituts-nicotiques.php> [en ligne] (consulté le 2/08/16).

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé autorise, en sus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les traitements de substituts nicotiques, et donne ainsi accès à leurs

patients au forfait d'aide au sevrage tabagique. Les sages-femmes bénéficient d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

BORGNE (A.)/THOMAS (D.)

**Le sevrage tabagique en 2016.** ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEaux – PRATIQUE, 2016/02, n° 245, vol. 2016, 10-15

Le comportement tabagique est le plus souvent sous-tendu par une dépendance très forte, qui s'appuie sur des composantes pharmacologiques, environnementales et génétiques. Le tabagisme est aujourd'hui considéré comme une maladie chronique, caractérisée par une évolution longue, émaillée de rechutes, et décès prématuré dans la moitié des cas s'il n'y a pas d'arrêt persistant. Environ 70 % des fumeurs souhaitent arrêter de fumer et, chaque année, 40 % arrêtent au moins une journée. Plus de 80 % de ceux qui tentent d'arrêter de fumer sans aide rechutent au cours du premier mois. Finalement, seulement 3 % des fumeurs cessent réellement de fumer chaque année. Il est donc impératif d'assister médicalement tout fumeur dans cette démarche de sevrage.

IETRI MANN (F.)/DENIS VATANT (C.)/VERCHERIN (P.)/et al.

**Facteurs professionnels de rechute tabagique dans les 6 premiers mois après une consultation hospitalière anti-tabac.** ARCHIVES DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET DE L'ENVIRONNEMENT, 2016/02, n° 1, 3-9, 2 tabl. 37 réf.

Objectif : Déterminer les facteurs liés au travail, associés à une rechute tabagique parmi une cohorte de patients, suivis par une consultation hospitalière anti-tabac et qui avaient arrêté de fumer. Méthode : Au total, 155 patients, occupant un emploi stable au moment du sevrage, ont été contactés par téléphone 6 mois après l'arrêt du tabac. Il leur a été demandé s'ils ont rechuté au cours des 6 derniers mois et des données socioprofessionnelles ont été recueillies. Pour les patients qui avaient rechuté, les questions ont été posées pour la période qui précédait la rechute. Le groupe d'abstinents à 6 mois du jour de l'arrêt et le groupe de personnes qui avaient rechuté ont été comparés. Les facteurs personnels et professionnels significativement liés à la rechute et certains facteurs d'importance (comme le résultat du test de Fagerström) ont été inclus dans une analyse multivariée par régression logistique. Résultats : Parmi les 94 participants, 51 déclaraient avoir rechuté et 43 être abstinents. En analyse multivariée, un travail dans une entreprise de taille moyenne (10-50 salariés) par rapport au travail dans une entreprise de plus de 50 salariés (OR=4,55 ; IC : 1,35-15,39), un travail à temps plein (OR=9,17 ; IC : 1,56-53,86), un travail de nuit (OR=5,84 ; IC : 1,22-27,98) ont été démontrés comme des facteurs de risque indépendants de rechute à 6 mois dans la population étudiée. Conclusion : Ces résultats suggèrent que l'échec d'un sevrage tabagique peut être influencé par des facteurs liés au travail.

Association Mieux Prescrire. Paris. FRA

**Cigarettes électroniques et arrêt du tabac efficacité similaire à celle de la nicotine par d'autres voies, avec beaucoup d'incertitudes.** PRESCRIRE, 2015/06, vol. , n° 380, 433-439. réf. bibl.

Début 2015, les cigarettes électroniques contenant de la nicotine paraissent avoir une efficacité voisine de celle de la nicotine par d'autres voies pour arrêter de fumer. Outre les effets de la nicotine, il y a peu d'effets indésirables connus. Mais les incertitudes sont nombreuses, sur la composition des solutions et sur les effets à long terme des diverses substances chauffées et inhalées. Voici une synthèse de l'évaluation disponible selon la méthode "Prescrire".

DANSOU (Anne)/POUSSEO (Charlotte)/KANIUT (Virginie)/LELOUP (Audrey)/AUBRY (Mathilde)/LE LOUARN (Anne)

**L'aide au sevrage tabagique dans les officines françaises.** SANTE PUBLIQUE, 2015/03/01, n° 2, 167-176, tabl., fig. 36 réf.

Introduction : La loi HPST reconnaît aux pharmaciens la possibilité de remplir des missions de santé publique. Remplissent-ils ces missions dans l'aide au sevrage tabagique ? Méthodes : Une enquête décrivant les pratiques professionnelles dans ce domaine, les tests utilisés et la délivrance de substituts nicotiques par les officinaux, a été réalisée en 2012, via un questionnaire en ligne, auprès d'un échantillon randomisé de 220 pharmaciens. Résultats : Parmi les 133 officines répondantes, il ressortait que le conseil minimal ainsi que le test de Fagerström étaient deux outils couramment utilisés et que 82.7% des pharmaciens conseillaient les substituts nicotiques. Les pratiques étaient donc conformes aux recommandations bien que pointant également des difficultés liées à l'exercice officinal ainsi qu'à des connaissances parfois approximatives ou erronées sur la délivrance de substituts nicotiques à certaines populations. Discussion : Des améliorations sont possibles, telles que l'aménagement d'un lieu confidentiel pour la prise en charge des patients, un meilleur suivi des fumeurs, une volonté de formation ainsi qu'une progression des bonnes pratiques par les jeunes pharmaciens.

QUERUEL (N.)/LAHLOU (N.)

**L'accompagnement par des professionnels formés accroît la réussite du sevrage tabagique [Interview].** SANTE EN ACTION (LA), 2015/03, [n° 431](#), 8-9. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

Si la prévalence du tabagisme reste globalement stable, le tabagisme est en recul chez les femmes et elles sont plus nombreuses à souhaiter arrêter de fumer. Le docteur Nadia Lahlou explique pourquoi les consultations de tabacologie, souvent méconnues, sont un dispositif adapté de soutien au sevrage tabagique. Et comment concrètement elles se déroulent.

Haute autorité de santé

**[Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours.](#)** Recommandation de bonne pratique, 2014/10, [en ligne] (consulté le 2/08/16).

Office Français de prévention du Tabagisme

**[Adaptation de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique.](#)** Avis d'experts, 2014/04, [en ligne] (consulté le 2/08/16).

SAMAK (Francine-Hélène)

**Hypnose et tabac.** Paris : L'Harmattan, 2014, 373p., ann. Réf. 20p.

Comment éradiquer la dépendance au tabac, habitude que certains n'hésitent pas à nommer addiction ? L'hypnose est parmi de nombreuses méthodes celle qui est la moins nocive et la plus naturelle, et qui compte beaucoup de bons résultats. D'où cela vient-il ? En partie de l'état hypnotique lui-même et, pour une bonne partie, grâce à la relation interindividuelle qui s'installe dans la session d'hypnose.

MED 6.11 SAM

LE FAOU (A.L.)/BAHA (M.)

**Sevrage tabagique et personnes en situation de précarité : l'intérêt d'une prise en charge spécifique.** SANTE EN ACTION (LA), 2014/03, [n° 427](#), 6-8. 9 réf. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

Les fumeurs en situation de précarité qui bénéficient d'un soutien social intensif en groupe semblent mieux adhérer au suivi, avec un pourcentage plus élevé d'arrêt du tabac que ceux suivis individuellement. L'approche spécifique - combinant soutien informatif, émotionnel et matériel - pourrait expliquer ces résultats partiels, qui seront ultérieurement complétés. Une expérimentation à plus grande échelle pourrait permettre d'explorer le caractère généralisable de cette étude pilote.

GUIONET (M.)/VINCENT (I.)

**Évaluation du dispositif de prise en charge des substituts nicotiques : impact sur les bénéficiaires de la CMU-C.** SANTE EN ACTION (LA), 2014/03, [n° 427](#), 9-11. 3 réf. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

L'Assurance Maladie prend en charge les substituts nicotiques à hauteur de 50 euros par an et par personne. Les personnes bénéficiant de la Couverture maladie universelle complémentaire utilisent moins le dispositif malgré une exposition au tabagisme plus grande. Le niveau d'arrêt du tabac est plus faible dans les populations défavorisées. Dans tous les cas, les conseils d'un professionnel de santé, associés au traitement de sevrage, augmentent les probabilités de succès.

SEIGNOL (Luc)/NOEL HUERT BAS (Coralie)

**Sevrage tabagique et prévention de la prise de poids.** REVUE DE L'INFIRMIERE, 2013/12, n° 196, 49-50. 2 réf.

Le sevrage tabagique génère beaucoup de questions autour de la prise de poids. Une meilleure connaissance des effets du tabagisme et des mécanismes physiologiques du sevrage ainsi que des conseils alimentaires aideront le patient à stabiliser son poids durant cette période.

PERRIOT (Jean)/UNDERNER (Michel)/BROUSSE (Georges)

**Effets indésirables des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac.** ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 2013/03, n° 1, 25-32, tabl. 68 réf.

Introduction : le tabac est une cause majeure de maladie et la première cause de mort évitable dans le monde. Son arrêt permet de réduire la surmortalité qui lui est associée. Les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac permettent de doubler ou de tripler le taux d'arrêt à six mois, comparativement au placebo. Actuellement, trois médicaments sont disponibles en France. Méthode : une recherche bibliographique, sur la base des revues Cochrane, a été réalisée sur Medline et Pascal. La sélection et l'examen des articles en anglais et en français ont concerné les médicaments commercialisés en France. Résultats : le traitement

nicotinique substitutif (TNS) a le meilleur profil de tolérance ; il est recommandé chez le coronarien pour faciliter l'arrêt du tabagisme. Le bupropion induit des événements indésirables fréquents, mais rarement graves, en particulier les convulsions. L'utilisation de la varénicline est associée à divers effets indésirables : les plus fréquents sont les nausées et les troubles du sommeil. Des événements neuropsychiatriques, incluant idéations et comportements suicidaires, ont donné lieu à des enquêtes de pharmacovigilance. Celles-ci n'ont pas conclu à la responsabilité du médicament. Conclusion : chaque médicament présente un rapport bénéfice-risque très positif. Leur utilisation doit être recommandée aux praticiens afin de faciliter l'arrêt du tabac des fumeurs dépendants.

MERSON (Frédéric)/PERRIOT (Jean)

**Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique.** SANTE PUBLIQUE, 2011/09-10, n° 5, 359-370, tabl. 40 réf.

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de la précarité et de la perspective temporelle sur le sevrage tabagique avec pour finalité d'améliorer l'aide à l'arrêt du tabagisme des fumeurs en situation de précarité sociale. Elle portait sur une population de 192 patients motivés à l'arrêt (45% en situation de précarité). Les personnes en situation de précarité, comparativement aux non précaires, arrêtent d'avantage de fumer pour des raisons financières et leurs tentatives sont plus souvent marquées d'échec.

LAGRUE (Gilbert)/CORMIER (Solange)

**Magnésium et vitamine B6 : un traitement complémentaire utile pour les fumeurs ?**

ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 2011/06, n° 2, 111-113. 14 réf.

L'association magnésium-vitamine B6 est le traitement de choix préventif ou curatif pour la constipation à l'arrêt du tabac. De nombreuses données de la littérature suggèrent qu'un apport supplémentaire de magnésium et de vitamine B6 au long cours pourrait également avoir un effet sur la prévention de certaines complications liées au tabagisme : cancers, tout particulièrement du colon et du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive, accidents d'athérosclérose.

BERTOGLIO (Jocelyne)

**Sevrage tabagique et alimentation : frein ou levier ?** INFORMATION DIETETIQUE, 2011/04, n° 4, 28-33. 24 réf.

Les effets bénéfiques du sevrage sur la santé, de même que les effets néfastes du tabagisme ont été largement mis en évidence. Le tabac concerne en France aujourd'hui environ 11,8 millions de fumeurs réguliers. Le comportement tabagique induit d'importants changements d'un point de vue nutritionnel dans l'organisme du fumeur et la nicotine en est le principal responsable. Par son action se produisent des modifications métaboliques qui ont un retentissement direct ou indirect sur la prise alimentaire. Lors du sevrage tabagique, on observe des désordres du comportement alimentaire et en particulier de l'appétit. Selon l'approche nutritionnelle qui doit toujours l'accompagner, le sevrage tabagique peut être perçu comme plus facile ou plus difficile que prévu. Si les perceptions gustatives s'améliorent ainsi que l'odorat, la crainte de la prise de poids demeure un obstacle majeur au sevrage tabagique.

FUKS (Marie)/DE MONTALEMBERT (Laure)

**Dossier : L'addiction au tabac et le sevrage.** INFIRMIERE MAGAZINE (L'), 2011/01/15, n° 271, 31-40. réf. bibl.

Au sommaire : Etat des lieux, dépendance, maladies liées au tabac. Accompagner le sevrage.

ESTRAN (Sophie)

**La consultation diététique au cours du sevrage tabagique.** INFORMATION DIETETIQUE, 2010/04-06, n° 2, 30-33.

La prise en charge du sevrage tabagique au niveau diététique reste marginalisée. A l'heure actuelle des études montrent que la prise de poids peut être un frein à l'arrêt du tabac alors qu'elle est inéluctable. Au CHU de Nice, une prise en charge pluridisciplinaire incluant une consultation diététique a été développée. En se basant sur les dernières recommandations de la HAS de 2006, cette consultation permet une prise en charge globale des fumeurs.

\* DAUTZENBERG (Bertrand)

**Le tabagisme : de la clinique au traitement.** Paris : Med'com, 2010, 206p. Réf. Bibl.

Si l'initiation du tabagisme répond à des facteurs sociaux et comportementaux, la dépendance tabagique installée ne peut être considérée comme une mauvaise habitude ou comme un style de vie. C'est une maladie chronique récidivante, qui tue la moitié des gens qui en sont atteints, une maladie qui doit

mobiliser tous les médecins et les autres professionnels de santé au même titre que la prise en charge du diabète, de l'hypertension artérielle, car la prise en charge est efficace, diminuant de façon considérable la morbidité et la mortalité de la maladie. S'il existe quelques spécialistes, les tabacologues, ceux-ci ne prennent en charge que moins de 5 % des 13,5 millions de fumeurs, alors que plus de 8 millions d'entre eux demandent une aide médicale. Chacun peut intervenir au niveau de ses compétences, mais une simple intervention de 1 à 3 minutes a déjà un effet significatif sur l'arrêt du tabac et par là même sur la survie. L'intervention auprès des fumeurs est un des actes médicaux ayant le rapport coût/efficacité le plus performant.

\* DUPONT (Patrick)/MARTIN (Nicolas)

**La dernière cigarette.** Lormont : Editions Le bord de l'eau, 2005, 206p. Réf. Bibl.

L'ouvrage commence par traiter du tabagisme actif et passif du point de vue de la santé publique. Sont précisés notamment quels sont les risques encourus par les fumeurs. Bien que ces risques soient connus, pourquoi beaucoup de fumeurs persistent ? Du point de vue de l'impact du tabac, comment s'articulent ces deux facteurs : l'ancienneté (ou durée de la consommation) et la consommation journalière ? Quels sont les facteurs de la dépendance tabagique : la nicotine, tels facteurs socioculturels, individuels ? Dans une seconde partie, l'auteur s'attache à décrire quelles sont les étapes principales du sevrage. Il détaille la place respective des stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non-médicamenteuses dans l'aide à l'arrêt – sans méconnaître la question des rechutes et de leur prévention. Parallèlement, nombre de situations particulières sont abordées, comme le tabagisme des femmes enceintes ou encore la difficile question du tabagisme chez les adolescents.



## ■ Prise en charge et interventions infirmières

BENNET (Sophie)

**Des interventions de prévention du tabagisme auprès des élèves de collège et de lycée.** REVUE DE SANTE SCOLAIRE & UNIVERSITAIRE, 2014/11, n° 30, 22-25, phot. 1 réf.

Au-delà des actions d'éducation thérapeutique dans les unités de soins, une infirmière participe activement à l'organisation de la prévention et la prise en charge du tabagisme. Elle propose des interventions en lycée, où le tabagisme est parfois très ancré dans le quotidien des élèves. Elle mène également des actions de prévention au sein des collèges, où il s'agit de semer le trouble dans les convictions.

LEPAGE (Mario)/RENAUD (Lise)/CHAMPAGNE (François)/RIVARD (Michèle)

**[Evaluation comparative de stratégies visant à augmenter les interventions de courte durée pour le sevrage tabagique auprès du personnel infirmier de milieux hospitaliers : résultats d'une étude expérimentale.](#)** RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS, 2014/03, n° 116, 57-69, fig., tabl. 40 réf. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

Introduction : les résultats de recherches démontrent que la cessation tabagique augmente lorsque des interventions professionnelles sont appliquées avec constance. Au total, 30 % des infirmières en milieu hospitalier évaluent le statut tabagique de leurs patients. Les objectifs de la présente recherche sont de comparer, avec un groupe contrôle, l'efficacité de stratégies (formation interactive, rappel, stratégie multiple) pour augmenter les interventions réalisées sur la cessation tabagique dans des unités de médecine et de chirurgie. Méthodologie : un plan expérimental avec randomisation par groupe comportant des mesures répétées et variées a été choisi. L'échantillon est composé de 69 infirmières ayant répondu à trois temps, ainsi que 351 patients et leurs dossiers. Les résultats démontrent que le personnel infirmier évalue le statut tabagique chez 35,7 % des patients et la motivation à cesser de fumer chez 17,6 %. La stratégie de formation interactive a permis d'augmenter certaines pratiques cliniques à court terme et de diminuer la perception d'obstacles à ce type d'intervention. Conclusion : en considérant les résultats modestes des stratégies implantées, la formation interactive a eu un impact à très court terme sur les interventions courtes pour le sevrage tabagique réalisées par le personnel infirmier d'unités de soins médicale et en chirurgicale.

CUINET (Catherine)

**Le rôle de l'infirmier en tabacologie à l'hôpital.** SOINS, 2014/03, n° 783 Supp., 2S20-2S22. réf. bibl.

L'infirmier en tabacologie joue un rôle majeur dans la prise en charge du sevrage tabagique. Une équipe pluridisciplinaire permet une meilleure efficacité dans ce cadre.

VASNIER (Yoann)

**Ne plus fumer, un comportement qui s'apprend.** SOINS, 2014/03, n° 783 Supp. 2S15-2S19. 15 réf.

Comprendre l'addiction au tabac et les facteurs comportementaux de son maintien via les mécanismes psychologiques issus de l'apprentissage, amène des outils immédiats au soignant. Le patient fumeur doit être assuré de sa totale liberté dans les décisions de maintien ou d'arrêt de son tabagisme par un soignant mieux formé sur le tabac et les thérapies comportementales et cognitives.

LEPAGE (Mario)/DUMAS (Louise)/SAINT PIERRE (Chantal)

**L'intervention en cessation tabagique dans la formation infirmière au Québec : enquête auprès des responsables de programmes.** SANTE PUBLIQUE, 2014/01/01, n° 1, 45-53. 44 réf.

Introduction : la formation initiale module la future pratique professionnelle de l'infirmière. Pour que les infirmières réalisent des interventions ciblées en promotion de la santé, par exemple en cessation tabagique, il faut qu'elles soient formées pour cela. Or, elles interviennent peu dans ce domaine. L'objectif de cette recherche est de documenter la place des contenus en cessation tabagique dans les programmes de formation initiale destinés aux infirmières du Québec. Méthodes : une étude descriptive mixte (quantitative et qualitative) a été menée auprès de responsables des programmes de formation infirmière au Québec à l'aide d'un questionnaire en ligne validé. Résultats : de façon générale, les programmes dispensent en moyenne moins d'une heure de formation en cessation tabagique par année. Il s'agit surtout d'éléments reliés à la physiologie et la physiopathologie de la consommation tabagique. En opposition, les éléments d'évaluation et de counseling en cessation tabagique sont beaucoup moins présents. Conclusion : les résultats confirment l'importance d'augmenter et d'améliorer les contenus dispensés en formation initiale des infirmières. Il s'avère également primordial de bien structurer cette formation afin de renforcer les connaissances, les attitudes et les compétences des étudiantes dans leur pratique clinique d'infirmière.

LEPAGE (Mario)/CHAMPAGNE (François)/RENAUD (Lise)

**Un outil pour évaluer les pratiques cliniques des infirmières auprès des patients fumeurs en cessation tabagique à l'hôpital.** RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS, 2013/03, n° 112, 36-45, fig., tabl. 30 réf. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

Les infirmières de milieu hospitalier interviennent peu pour inciter les patients à cesser le tabac à cause de certaines croyances et attitudes. Pour changer ces pratiques infirmières, leurs croyances et attitudes doivent être mesurées. L'objectif est d'élaborer et valider un questionnaire sur les pratiques en cessation tabagique du personnel infirmier en milieu hospitalier. Méthodologie : une étude méthodologique a été menée pour construire un questionnaire (n = 118) selon la théorie du comportement planifié, le valider auprès de 4 experts, établir la fidélité des instruments et la validation des construits (n = 38 ; n = 29 ; n = 157). Résultats : un premier questionnaire sur les pratiques en cessation tabagique a été construit selon les croyances d'un échantillon de convenance de 118 infirmières. La validation des experts a été réalisée, et le questionnaire a obtenu un indice de validation de contenu (IVC) de 0,94. Par la suite, au terme de deux échantillons de convenance (n = 38 ; n = 29) et d'un échantillon aléatoire (n = 157) le questionnaire a obtenu une fiabilité, mesuré par des coefficients alpha de Cronbach variant entre 0,697 et 0,931. Finalement, des corrélations moyennement élevées (0,406 à 0,569) ont été obtenues entre les concepts. Conclusion : un questionnaire fiable et valide en français est disponible pour mesurer les pratiques en cessation tabagique.

LEPAGE (Mario)/RENAUD (Lise)/CHAMPAGNE (François)

**Élaboration, validation et impact d'une formation interactive en cessation tabagique à l'intention du personnel infirmier.** INFIRMIERE CLINICIENNE (L'), 2013, n° 1, 9p., tabl. réf. 2p. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

Soutenir les personnes désirant cesser de fumer est l'une des interventions peu coûteuses et efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité reliée au tabagisme. Or peu d'infirmières réalisent des interventions en cessation tabagique dans leurs pratiques cliniques en milieu hospitalier. Afin d'améliorer les pratiques cliniques, la formation interactive s'est démontrée efficace dans de nombreuses études. Le but de cet article est de décrire l'élaboration et la validation d'une formation interactive en cessation tabagique, d'évaluer la satisfaction de la formation, et de mesurer ces impacts sur les pratiques cliniques en cessation tabagique. La formation interactive a été créée en fonction du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) et du contenu d'une formation offerte par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ). Sept experts ont validé cette formation en termes de contenu et de son interactivité. Au total, 65,7 % (136/207) des infirmières et infirmières auxiliaires de deux centres hospitaliers ont suivi l'une des 25 formations de 90 minutes offertes. Les participants ont évalué cette formation de façon très positive. La formation interactive de 90 minutes a été démontrée efficace pour modifier les pratiques cliniques en cessation tabagique et les infirmières se sont senties plus confiantes pour intervenir en cessation

tabagique. En conclusion, le format interactif et court de cette formation a un potentiel d'implantation réel dans les milieux de soins afin de rejoindre le personnel infirmier.

COSSETTE (Sylvie)/FRASURE SMITH (Nancy)/ROBERT (Martine)/et al.

**Evaluation préliminaire d'une intervention infirmière de soutien à la cessation tabagique chez des patients hospitalisés pour un problème cardiaque : étude pilote (So-Live).** RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS, 2011/06, n° 105, 60-75, tabl., fig. 41 réf. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

But : Le but de l'étude était l'évaluation de l'effet d'un programme de soutien à l'arrêt tabagique offert suite à une hospitalisation dans un centre en soins cardiovasculaires aigus. Méthode : Etude pilote randomisée (N = 40), durant laquelle le groupe expérimental (GE) recevait un suivi post hospitalier de 6 appels téléphoniques par une infirmière spécialisée en cessation tabagique (ISCT). Résultats : Les patients du GE ont présenté des scores améliorés sur deux aspects de la représentation de la maladie (considérer leur maladie comme chronique et moins de représentations émotives négatives). Aucune différence significative sur l'arrêt tabagique n'a été notée à 6 mois (p = 0,72). Conclusion : Ce résultat peut s'expliquer, entre autres, par le type de fumeurs invétérés ou endurcis qui persistent dans leurs habitudes de consommation de tabac qui étaient inclus dans l'étude. Cette population de fumeurs nécessite possiblement une intervention spécialisée et plus intensive que celle utilisée.

VEYSSIERE (Chantal)/BONNARD (Jocelyne)/PIVERT (Liénel)/et al.

**Complémentarités infirmières au service d'un réseau pour patients atteints de BPCO.** REVUE DE L'INFIRMIERE, 2011/01, n° 167, 34-36. réf. bibl.

La BPCO est une maladie chronique liée au tabagisme. Cette pathologie requiert, outre un traitement médicamenteux optimal, une prise en charge éducative importante. Le réseau Spiro (Structure de prise en charge des insuffisants respiratoires chroniques) a été créé à Lyon en 2005 dans le but d'optimiser la prise en charge des patients. Cet écrit présente le rôle des différentes infirmières appartenant au réseau (hospitalières, libérales et salariées de prestataires de service) qui assurent la continuité des soins.

## ■ **Entretien motivationnel et éducation thérapeutique**

CSILLIK (Antonia)

**Aider l'autre à changer.** SCIENCES HUMAINES, 2015/03, n° 268, 50-51, fig. réf. bibl.

Dans le domaine des addictions, les soignants utilisent une technique, l'entretien motivationnel, pour stimuler la motivation interne de leurs patients.

SOUDAN (Corinne)

**L'entretien motivationnel dans la démarche éducative.** REVUE DE L'INFIRMIERE, 2014/12, n° 206, 34-35. 2 réf.

La pratique de l'entretien motivationnel aide l'infirmière, formée à cette technique, à optimiser la démarche motivationnelle du patient. Cet outil de communication lui permet également de mieux comprendre les résistances des personnes confrontées à la maladie chronique et de les accompagner plus efficacement vers le changement.

\* MILLER (William R.)/ROLLNICK (Stephen)

**L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement.** Malakoff : InterEditions, 2013, 434p. Réf. Bibl. (*Première édition disponible au centre de documentation : MET 1.4 MIL*)

L'entretien motivationnel (EM) est une méthode de communication directive, centrée sur le client et directement inspirée de la technique de Carl Rogers. Cette méthode vise à obtenir un changement de comportement en associant la personne au processus. Elle est particulièrement utilisée dans les situations où les patients sont en difficultés pour évaluer la gravité de leur problème. Utilisable en amont du processus de soin, elle concerne toutes les problématiques de changement de comportement (soin, travail social, etc.).

La 2e édition de l'ouvrage enrichi et refondu montre la diversité d'application de cette approche qui a été adoptée de par son efficacité dans tous les domaines du soin et de l'accompagnement.

VERDIER (Anne\_Marie)

**L'entretien motivationnel : les infirmières aussi.** REVUE DE L'INFIRMIERE, 2013/08-09, n° 193, 42-43. 9 réf.

L'entretien motivationnel est une méthode de communication dont le but est d'aider le patient à changer de comportement en trouvant des réponses aux questions : pourquoi et comment changer ? Utilisé en premier chez les patients addictifs, ce type d'entretien peut être utilisé dans toutes les situations nécessitant un changement d'habitudes de vie. Avantages, méthode et pièges à éviter font l'objet de cet écrit.

SCHERRER BURRI (Florence)/GOLAY (Alain)

**Développer les compétences des soignants en entretien motivationnel par le coaching.** SOINS, 2013/01-02, n° 772, 23-26. 15 réf.

L'entretien motivationnel (EM), développé aux Etats-Unis dans les années 1980, est décrit comme une approche collaborative soutenant l'autonomie du patient. Développer des compétences en entretien motivationnel permet aux soignants de préparer leur patient au changement en suscitant leur motivation. Une formation de deux jours associée à 3/4 sessions de coaching est réalisable en milieu clinique. La combinaison d'ateliers pratiques associés à un coaching à long terme permet au soignant d'acquérir des compétences d'un niveau avancé. L'EM est une approche appréciée par les soignants qui requiert des compétences spécifiques, exigeant une pratique clinique, un coaching régulier et un feed-back pour développer et maintenir des compétences à long terme.

MARCHANDISE (François)/LEMAIRE (Patrice)

**[Place des infirmiers tabacologues dans un programme d'Education Thérapeutique du Patient pour l'asthme et la BPCO.](#)** 2013, [en ligne] (consulté le 2/08/16).

LEMAIRE (Patrice)/LONDAITZBEHERE (Aline)

**[Place des infirmiers en tabacologie.](#)** 2013, [en ligne] (consulté le 2/08/16).

SCHERRER BURRI (Florence)

**Se former en entretien motivationnel, comment développer des compétences spécifiques et les maintenir à long terme.** KINESITHERAPIE (LA REVUE), 2012/10, n°130, vol. 12, 29-31

Cet article a pour but de mieux faire connaître l'entretien motivationnel (EM), son intérêt, son utilité et les modalités de formation permettant de développer des compétences pointues et spécifiques à cette approche, ainsi que de maintenir ces compétences à long terme. Être capable d'accompagner un patient dans un processus de changement, susciter sa motivation au changement, l'aider à préparer le changement et à l'accepter est un savoir-faire que tout soignant devrait posséder, qu'il soit médecin, infirmier, physiothérapeute, psychologue ou diététicien. La maîtrise des compétences en EM procure ce savoir-faire à tout soignant intéressé par cette approche et prêt à s'investir dans cette formation.

NGUYEN THANH (Viêt)/ARWIDSON (Pierre)

**Aide à l'arrêt du tabac par téléphone : efficacité et organisation.** ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 2012/09, n° 3, 223-230. 42 réf.

CONTEXTE ET OBJECTIF : le tabagisme est un problème de santé publique majeur en France. Plusieurs types d'intervention sont proposés aux fumeurs pour les aider à s'arrêter, parmi lesquels les lignes téléphoniques dédiées à l'aide à l'arrêt du tabac. L'OBJECTIF de cet article est de faire le point, par le biais d'une synthèse de la littérature, sur l'efficacité et les modalités d'organisation les plus optimales de ce type d'intervention. RESULTATS ET DISCUSSION : l'aide à l'arrêt du tabac par téléphone est efficace pour les fumeurs motivés, et il s'agit d'une intervention recommandée par de nombreux organismes internationaux. Par ailleurs, s'il n'y a pas de consensus sur le protocole idéal d'intervention en matière d'aide à l'arrêt du tabac par téléphone, certaines caractéristiques sont associées à une plus grande efficacité : l'aide par téléphone est plus efficace lorsqu'un accompagnement proactif sur trois à cinq appels (dont un appel de bilan-préparation à l'arrêt) est proposé. Chaque entretien téléphonique pourrait durer dix à 15 minutes, le nombre de suivis semblant cependant compter davantage que leur durée. L'écoute résulterait d'une adaptation des techniques d'entretien motivationnel et des approches cognitives et comportementales à l'outil téléphone. Enfin, le suivi aurait plus de chances de prévenir les rechutes si plusieurs appels de suivi étaient placés lors des deux premières semaines.

FORTINI (C.)/DAEPPEN (J.B.)

**Se former à l'entretien motivationnel pour aider ses patients à changer. Les étudiants en médecine le confirment.** REVUE MEDICALE SUISSE, 2012/06, n° 346, 1359-1361, tabl. 7 réf.

A l'Université de Lausanne, les étudiants de 5e année de médecine ont reçu huit heures de formation à l'entretien motivationnel (EM). Leur performance en EM s'est améliorée, encourageant l'intégration de ce type d'enseignement dans le curriculum des études de médecine. L'entretien motivationnel permet au soignant d'impliquer le patient activement dans la démarche de changement par rapport à des habitudes de vie néfastes pour la santé (consommation d'alcool ou de tabac, régime alimentaire, activité physique, prise de médicaments, etc.), en favorisant sa réflexion et en renforçant sa motivation et ses ressources.

LANGUERAND (Emeric)/CHANUT (Florence)/FORTINI (Cristiana)/et al.

**Dossier : L'entretien motivationnel.** SANTE MENTALE, 2012-01-01, n° 164, 21-74. Réf. bibl.

Issu de l'alcoologie et de ses impasses, l'entretien motivationnel a rapidement essaimé vers d'autres domaines du soin. Au sommaire : L'entretien motivationnel : une attitude relationnelle. Psychiatrie et entretien motivationnel. L'entretien motivationnel : développements récents. Carl Rogers et l'entretien motivationnel. Psychose, cannabis et groupes motivationnels. Entretien motivationnel et pratiques en addictologie. Entretien motivationnel et consentement éclairé.

LAURIN (Catherine)/LAVOIE (Kim L.)

**L'entretien motivationnel et les changements de comportements en santé.** PERSPECTIVES PSY, 2011/07-09, n° 3, 231-237 [en ligne] (consulté le 2/08/16).

La plupart des maladies chroniques comme l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité sont en grande partie liées à l'hygiène de vie. Les interventions traditionnelles (éduquer, conseiller) sont souvent inefficaces pour entraîner des changements significatifs de comportements chez la majorité des patients. L'entretien motivationnel (EM) est un type d'entretien centré sur le patient de plus en plus utilisé dans le milieu médical. Cette approche consiste à encourager le patient à exprimer ou à verbaliser son ambivalence face au changement de comportements afin de la résoudre à l'aide de stratégies motivationnelles et cognitivo-comportementales. Il ne s'agit pas d'une forme de psychothérapie, mais d'une technique de communication structurée qui soutient et encourage les patients à parler de ce qui les motive à changer. L'EM souligne aussi l'importance d'évaluer le niveau de motivation au changement du patient et son degré de confiance dans sa capacité à changer (auto-efficacité). Cet article décrit les bases théoriques de l'entretien motivationnel (EM) et les applications pratiques de cette approche. Un essai clinique en cours sur l'efficacité de l'EM sur l'observance au traitement médicamenteux chez des sujets asthmatiques est exposé à titre d'exemple. L'évaluation de l'efficacité de l'EM est brièvement abordée en conclusion.

FORTINI (Cristiana)/DAEPPEN (Jean-Bernard)

**L'entretien motivationnel : développements récents.** PSYCHOTHERAPIES, 2011/3 (Vol. 31), 159-165

Décrit pour la première fois en 1983, l'entretien motivationnel est né de la convergence entre science et pratique. Un retour en arrière pour situer l'origine de l'entretien motivationnel permettra de mieux comprendre comment cette approche est née et comment elle a évolué. Développé initialement comme traitement de la dépendance à l'alcool, l'entretien motivationnel s'est rapidement diffusé, et s'adresse actuellement à de multiples autres situations cliniques : addictions, alimentation, exercice physique, maladies chroniques, tabagisme, etc. Avec le temps, et du fait de cette diffusion rapide, des confusions sont nées autour de ce qu'englobe l'entretien motivationnel. Cet article précisera ce que n'est pas l'entretien motivationnel, tout en décrivant ce qui, aujourd'hui, le caractérise. Notons enfin que beaucoup de littérature a été publiée sur l'entretien motivationnel ces dernières années en anglais, mais très peu en français. Cet article se veut aussi un résumé pratique des développements récents issus de cette littérature.

GOLAY (Alain)/LAGGER (Grégoire)/GIORDAN (André)

**Comment motiver le patient à changer ?** Paris : Maloine, 2010, XVII+247p.

Depuis plus de vingt ans, une éducation thérapeutique du patient dite " humaniste " s'est progressivement développée, en parallèle de la médecine réparatrice. Le patient y prend une place plus importante, et son approche tient compte des symptômes généraux et locaux qu'il développe et qui font de lui un être malade. En favorisant les échanges et la communication entre les partenaires, le patient devient "co-thérapeute", tandis que le soignant s'appuie alors sur les besoins, les ressources et la culture du patient. Sans pour autant (re)nier sa culture médicale ou de soins, le soignant peut ainsi mettre en place un " travail " avec le patient à plusieurs dimensions: cognitive, émotionnelle ou intentionnelle, infracognitive, métacognitive et

perceptive. Ceci implique un changement de culture chez le soignant, que cet ouvrage développe en proposant une formation à la fois théorique et pratique.  
SOI 3.3 GOL

\* MILLER (William R.)/ROLLNICK (Stephen)/BUTLER (Christopher C.)

**Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation.** Malakoff : InterEditions, 2009, 247p. Réf. Bibl.

Méthode de communication centrée sur la personne, l'entretien motivationnel est un outil dont l'intérêt est maintenant bien démontré dans les situations où ambivalence et motivations sont au cœur des processus de changement. Il permet d'atteindre une cible particulièrement importante dans la santé publique : l'amélioration des comportements de santé, qui influencent de façon si déterminante la longévité et la qualité de vie. Devenu une passerelle entre les différents métiers du soin, il s'affirme comme une référence pour tous les praticiens de la santé. Parce qu'il y a un temps pour mettre en action son expertise et un temps où il est utile de faire appel à l'approche motivationnelle – qui d'ailleurs, lors de la consultation, ne prend pas plus de temps qu'une approche directive–, il leur en livre les clés à l'aide de nombreux exemples. L'ouvrage, tourné vers la pratique, invite à la pratique.



## ■ Grossesse et tabac

Association Mieux Prescrire. Paris. FRA

**Femmes enceintes : choisir un moyen de sevrage du tabac.** PRESCRIRE, 2015/03, n° 377, 204-210. 35 réf.

Quels sont les effets des moyens d'aide à l'arrêt du tabac sur l'enfant à naître et sur la grossesse, quand ils sont pris par une femme enceinte ou qui pourrait l'être ? Ces effets sont à mettre en balance avec les effets du tabac sur la grossesse. Mieux vaut aussi savoir quels sont les traitements dont la balance bénéfices-risques est favorable en dehors de la grossesse. Nous avons rassemblé ici les éléments de réponse à ces questions.

DUPRE (F.)/PERRIOT (J.)/DEFAY (I.)/LAVESSIERE (C.)/DEFAY (F.)/GUILLON (C.)/MATHERN (G.)/BERLAND (M.)

**Dépression chez la femme enceinte fumeuse : impact sur la motivation à l'arrêt du tabac.**

JOURNAL DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION, 2014/11, n° 9, 691-697, fig., tabl. 28 réf.

Malgré les progrès accomplis dans l'aide à l'arrêt du tabac en milieu obstétrical, le pourcentage de femmes enceintes fumeuses demeure trop élevé en France. La connaissance des freins à l'arrêt peut aider la prise en charge de leur sevrage. BUTS : Évaluer la prévalence des troubles dépressifs chez des femmes enceintes fumeuses comparativement aux non fumeuses ; juger de leur impact sur la motivation à l'arrêt du tabac ; vérifier si leur identification peut être réalisée par des sages-femmes au moyen d'outils de repérage. MATÉRIELS ET MÉTHODES : Enquête prospective multicentrique portant sur 792 femmes (435 fumeuses et 357 non fumeuses). L'évaluation de la dépression actuelle est faite par le Hospital Anxiety Depression Scale ; celle de la motivation à l'arrêt par le test de Richmond. RÉSULTATS : Les femmes enceintes fumeuses, comparativement aux non fumeuses, présentent des dépressions plus fréquentes (actuelles : OR=2,4 ; antécédents : OR=2), qui ne modifient pas la motivation à l'arrêt. Elles sont associées à une dépendance nicotinique élevée et à des bas niveaux socioéconomiques. Leur repérage est facilement réalisable par les sages-femmes. CONCLUSION : Le dépistage systématique des troubles dépressifs chez les femmes enceintes fumeuses pourrait faciliter le sevrage tabagique.

JACQUEMIN (M.)/SIMONS (D.)/TASSON (F.)

**Le devenir des arrêts du tabagisme initiés pendant la grossesse. Étude sur un échantillon de 35 femmes.** REVUE SAGE-FEMME (LA), 2013/06, n° 3, 99-104, tabl. 19 réf.

En tant qu'acteur de santé publique, la sage-femme s'impose comme une des premières ressources de prévention du tabagisme pour la femme en âge de procréer grâce aux nombreux contacts établis avec la patiente pour son suivi obstétrical. Qu'en est-il aujourd'hui de l'aide apportée et de la pérennité des sevrages ? OBJECTIFS : Évaluer le taux de reprise du tabagisme dans les deux mois qui suivent la naissance chez les femmes ayant arrêté de fumer pour la grossesse. Rechercher les facteurs associés à une rechute. MODALITÉS : Étude descriptive transversale pluricentrique menée du 15 octobre 2011 au 06 mars 2012. Trente-cinq femmes ont accepté de participer à l'enquête. L'enquête comprenait d'abord un entretien semi-directif en suites de couches, puis un questionnaire envoyé au domicile deux mois plus tard par courrier papier, courrier électronique ou appel téléphonique. La significativité des facteurs en lien avec

la rechute a été déterminée à l'aide du test de Fischer au seuil de 5 %. **RÉSULTATS** : Le taux de reprise a été évalué à 59,3 % (n =16). Les facteurs de vulnérabilité soulevés dans notre étude sont une forte prise de poids gestationnelle, un stress élevé, l'allaitement artificiel, une faible motivation à maintenir l'arrêt. Il a été apporté très peu de soutien au maintien du sevrage pour ces femmes. **CONCLUSION** : Une prise en charge multidisciplinaire des suites du sevrage d'au moins quatre mois dans le post-partum constitue une piste d'amélioration de nos prises en charges actuelles.

GOMEZ (Conchita)/DELCROIX (Michel-H.)

**Le sevrage tabagique pendant la grossesse.** DOSSIERS DE L'OBSTETRIQUE, 2012/08, n° 418, 10-16, fig., tabl. réf. bibl.

Les auteurs donnent des indications aux professionnels de la périnatalité pour les guider dans le diagnostic du tabagisme chez la femme enceinte et l'accompagnement de celle-ci jusqu'à l'arrêt du tabac.

DELCROIX (M.H.)/GOMEZ (C.)/DAUTZENBERG (B.)/MARQUIS (P.)/DOGNIN (C.)

**Grossesse et tabac : les leçons de trois études pour améliorer les pratiques professionnelles.**

REVUE SAGE-FEMME (LA), 2012/04, n° 2, 81-86, tabl., fig. 19 réf.

En France, la prévalence des fumeuses quotidiennes avant le début de la grossesse est passée de 37 % en 2003 à 30,5 % en 2010 et de 20,8 % à 17,1 % à l'accouchement selon l'Inserm. Le gouvernement, à travers la mesure 10 du Premier Plan Cancer, a engagé un plan stratégique d'actions à long terme visant à mieux prévenir et prendre en charge le tabagisme des femmes enceintes. Certains aspects de la mise en oeuvre des recommandations issues de la première Conférence de consensus grossesse et tabac en octobre 2004 ont été évalués par trois études qui font l'objet de cet article. Les données issues de ces trois études confirment : la diminution du poids de naissance chez 30 900 nouveau-nés est dose-dépendante à la concentration du taux de monoxyde de carbone (CO) mesurée à la naissance, (atteignant 592g entre les mères ayant un CO expiré normal et celles ayant plus de 20ppm expiré en salle de naissance ; un taux d'arrêt du tabagisme de 61,9 % chez les 2285 femmes ayant eu au moins une mesure de CO durant la grossesse, comparé à un taux d'arrêt significativement plus bas de 43,3 % (p <0,01) chez 6856 mères n'ayant été évalué qu'à l'accouchement dans les mêmes maternités ; seules 5 % des maternités disposent d'un CO testeur par tranche de 200 accouchements, 41 % des maternités ne sont pas du tout équipées. La mesure du CO expiré chez la mère est témoin de la toxicité du tabagisme passif sur la croissance foetale, mais est aussi la porte d'entrée pour le repérage et la prise en charge du tabagisme durant la grossesse. Sa mise en oeuvre systématique est urgente afin que la France ne reste pas, comme actuellement, le pays d'Europe où les parturientes ont le plus fort taux de tabagisme et que la norme « grossesse sans tabac » passe dans la réalité. La disponibilité réelle des outils nécessaires à la prise en charge des femmes enceintes fumeuses : CO testeurs et substituts nicotiques est une des clefs d'efficacité du suivi prénatal. Parmi les femmes enceintes fumeuses : moins de 5 % de celles qui en ont besoin bénéficient durant toute la période nécessaire des substituts nicotiques ; moins de 3 % des maternités recourent aux traitements nicotiques substitutifs pour toutes les femmes enceintes ou allaitantes qui continuent de fumer.

VARESCON (Isabelle)/GERARD (Caroline)/LEIGNEL (Shirley)/et al.

**Tabagisme et maternité : caractéristiques psychosociales d'un échantillon de femmes enceintes fumeuses consultant en tabacologie.** ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 2012/03, n° 1, 7-12, tabl., graph. 22 réf.

**OBJECTIF** : l'étude a pour objectif de décrire les caractéristiques sociodémographiques, tabacologiques et psychologiques de femmes enceintes fumeuses d'une consultation de tabacologie. **METHODE** : un échantillon de 40 femmes fumeuses d'une maternité d'un centre hospitalier universitaire a été constitué et comparé à un groupe contrôle de 40 femmes enceintes non fumeuses du même centre. Les participantes des deux groupes ont rempli quatre questionnaires d'évaluation centrés sur la consommation d'alcool, la dépression et l'anxiété, l'estime de soi et la détresse psychologique. Les évaluations concernant la dépendance au tabac et la motivation à l'arrêt du tabac ont été ajoutées pour les femmes fumeuses. **RÉSULTATS** : les caractéristiques sociodémographiques des fumeuses et non-fumeuses sont semblables. En revanche, les femmes fumeuses présentent de façon significative un profil psychologique différent de celles non fumeuses : elles sont plus anxieuses (t = 3,79 ; p = 0,003), présentent plus de troubles psychologiques (t = 2,9 ; p = 0,005) et ont une plus faible estime de soi (t = - 4,89 ; p = 0,0005). Au regard du score obtenu au test de Fagerström, leur dépendance au tabac est davantage psychocomportementale que physique. **DISCUSSION** : les résultats de cette étude demandent à être comparés à un échantillon de femmes qui ont réussi à arrêter de fumer lorsqu'elles étaient enceintes. Toutefois, un dépistage des troubles psychologiques s'avérerait utile pour proposer une aide adaptée et ciblée ayant pour l'objectif l'arrêt du tabac.

BRAILLON (A.)/DUBOIS (G.)/BERNADY PRUD'HOMME (A.)

**Tabac, grossesse et consultations de tabacologie.** GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET FERTILITE, 2010/03, n° 3, 179-182, fig., tabl. 16 réf.

OBJECTIF : Le tabagisme est la première cause de prématurité et en France, 22 % des femmes enceintes fument pendant leur grossesse, le plus mauvais résultat européen. Une conférence de consensus ayant insisté sur une prise en charge prioritaire, le but de ce travail a été d'étudier l'offre des consultations de tabacologie en Picardie et les délais de prise en charge pour les femmes enceintes. PATIENTS ET METHODES : Il s'agit d'une enquête téléphonique anonyme en début de semaine auprès des centres de tabacologie de la région picarde par une personne de sexe féminin qui a demandé une consultation pour arrêter de fumer. RESULTATS : L'identification des centres de tabacologie a été difficile, témoignant d'une communication insuffisante. Le délai d'accès à la consultation est en moyenne de neuf jours (extrêmes : 224). Seuls huit centres sur les 21 ont été en mesure d'avancer le rendez-vous quand la demandeuse a indiqué qu'elle était enceinte. Le délai moyen est alors à sept jours (extrêmes : 116). Aucun centre ne s'est enquis de la possibilité de cette situation, contrairement aux conclusions de la conférence de consensus. DISCUSSION ET CONCLUSION : Le tabac est aussi la première cause de cancer du poumon, de récurrence après infarctus. L'insuffisance des moyens et l'incohérence des dispositifs existants en France sont discutées et comparées à la situation d'autres pays. Une mobilisation des professionnels est indispensable pour obtenir des tutelles des moyens pour une prise en charge adaptée, comme pour toute maladie chronique. Ce type d'enquête permet d'évaluer les points forts et les points faibles de la prise en charge et doit permettre de mobiliser l'ensemble des professionnels pour une prise en charge adaptée.



## ■ Personnes âgées

MAALEJ (S.)/BACCAR (S.)/HAJEM (S.)/et al.

**Le sevrage tabagique chez les seniors est-il plus difficile que chez les jeunes ?** NPG :

NEUROLOGIE - PSYCHIATRIE - GERIATRIE, 2016/06, n° 93, 146-151, 4 tabl. 15 réf.

Le vieillissement de la population tunisienne est à l'origine de l'augmentation du nombre de fumeurs âgés. Ainsi, de plus en plus de sujets âgés ont des pathologies liées au tabac. Cette étude rétrospective comparative avait pour ambition de dégager les particularités du sevrage tabagique chez les sujets âgés et de relever les facteurs influençant le succès du sevrage tabagique dans cette catégorie de personnes. Il ressort des résultats que les facteurs prédictifs de la réussite du sevrage tabagique chez la personne âgée étaient : le suivi régulier, les comorbidités (notamment l'insuffisance coronaire et l'HTA) et le début du tabac après l'âge de 20 ans. À l'inverse, un suivi irrégulier et l'existence d'autres addictions étaient des facteurs prédictifs d'échec du sevrage tabagique. Compte tenu du fait que le bénéfice de l'arrêt du tabac est observé quel que soit l'âge du fumeur, nous insistons sur l'indication du sevrage tabagique chez les fumeurs âgés, et ce, malgré le fait qu'il soit plus difficile à mettre en oeuvre. Toutefois, ce sevrage doit tenir compte des particularités physiologiques et sociales de la personne âgée.

PERRIOT (G.)/UNDERNER (M.)/MERSON (F.)/DE CHAZERON (I.)

**Le sevrage tabagique des sujets âgés. Quelle prise en charge ?** REPERES EN GERIATRIE,

2012/04, n° 117, 120-124, fig. réf.bibl.

Les bénéfices du sevrage tabagique, même à un âge avancé, sont démontrés ; pourtant, le tabagisme des seniors demeure un sujet peu connu et sous-estimé. Il existe un déficit de conseil et d'aide à l'arrêt du tabagisme chez le sujet âgé. Cet article s'intéresse aux modalités de prise en charge de leur sevrage tabagique.

DUPONT (P.)/BLECHA (L.)

**Aide à l'arrêt du tabagisme chez les personnes âgées.** NPG : NEUROLOGIE - PSYCHIATRIE -

GERIATRIE, 2012/02, n° 67, 3-8. 29 réf.

L'arrêt du tabagisme après 65 ans n'est pas souvent proposé aux patients fumeurs, encore moins après 75 ans. Or de nombreux bénéfices de santé ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie peuvent être attendus. Trente pour cent environ des personnes en maison de retraite souhaitent arrêter de fumer, même si elles ne l'expriment pas. La question doit donc être posée à toute personne de cet âge : souhaitez-vous arrêter de fumer ? Les aides tiennent alors compte, comme chez l'adulte plus jeune, de la réponse obtenue et vont du simple conseil à la prise en charge thérapeutique en passant par l'entretien motivationnel. Les thérapies actuellement reconnues comme efficaces dans l'aide à l'arrêt du tabac le sont également chez les personnes âgées en tenant compte de quelques précautions liées à l'âge.

FERNANDEZ (Lydia)/FINKELSTEIN ROSSI (Jacqueline)/FANTINI HAUWEL (Carole)/et al.  
**Le tabagisme des seniors : stress et addictions associées.** ALCOOLOGIE ET ADDICTOLOGIE, 2010/12, n° 4, 279-289. 49p.

Les auteurs rappellent les données de la littérature sur les addictions les plus fréquemment rencontrées chez les sujets âgés (tabac, alcool, médicaments) et les interactions stress--addictions. Plusieurs hypothèses émergent, mettant en évidence, d'une part, l'association tabagisme-médicaments et l'influence des facteurs physiologiques sur la forte consommation de médicaments chez les seniors et, d'autre part, l'influence des facteurs environnementaux ou familiaux liés aux lieux et aux conditions de vie sur le stress chez les fumeurs seniors. Les auteurs présentent ensuite une étude visant à vérifier si les fumeurs seniors institutionnalisés (I) sont plus stressés que ceux non institutionnalisés (NI), et si les fumeurs seniors I sont autant dépendants des médicaments que ceux NI. Méthodologie : les données ont été collectées auprès de 50 sujets âgés fumeurs I et NI par questionnaires (TDPC, test de Fagerström, AUDIT, QCA, échelle de stress). Des entretiens cliniques ont également été réalisés. Résultats : les données montrent que les fumeurs seniors I et NI présentent une forte dépendance à la nicotine et une forte dépendance psychologique et comportementale au tabac, ainsi qu'une forte addiction aux médicaments. Les fumeurs seniors I sont caractérisés par des niveaux de stress psychique, physique, psychophysiologique et temporel plus élevés que les fumeurs seniors NI.



## ■ Personnes en situation de handicap

DERVAUX (Alain)/LAQUEILLE (Xavier)

**Tabagisme et comorbidités psychiatriques.** PRESSE MEDICALE (LA), 2016/05, 8p.

La fréquence de la consommation de tabac chez les patients psychiatriques est élevée. Le tabagisme induit des pathologies cardiovasculaires, respiratoires et des cancers à l'origine d'une réduction de l'espérance de vie de 25 ans dans cette population. Le tabagisme est la principale cause de mortalité chez les patients souffrant de pathologies psychiatriques. La symptomatologie de sevrage est plus sévère dans cette population que chez les sujets sans pathologie psychiatrique. Il ne faut pas confondre les symptômes de manque/sevrage tabagique et les troubles psychiatriques sous-jacents. Les traitements pharmacologiques d'aide à l'arrêt du tabac, substitution nicotinique, varénicline et bupropion sont efficaces chez les patients psychiatriques. Les traitements pharmacologiques d'aide à l'arrêt du tabac peuvent être utilisés chez les patients présentant des troubles psychiatriques sans risque de décompensation.

STOEBNER DELBARRE (A.)/HUTEAU (M.E.)/BAEZA VELASCO (C.)/THEZENAS (S.)/CLAUZEL (A.M.)/CUPISSOL (D.)

**En région Languedoc-Roussillon, un programme d'aide à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de handicap.** SANTE EN ACTION (LA), 2013/12, [n° 426](#), 14-16. 1 réf. [en ligne] (consulté le 2/08/16).

Pendant deux ans, une équipe de professionnels est intervenue en soutien dans plusieurs Établissements et services d'aide par le travail (Ésat) afin d'aider les personnes en situation de handicap à réduire leur consommation de tabac ou à arrêter de fumer. Ces personnes sont demandeuses d'un tel programme. En effet, dans certains Ésat, 30% de la population fume. Une évaluation menée de manière scientifique a démontré que ce programme permet bien de réduire ou d'arrêter de fumer. Efficace, il mériterait d'être généralisé.

LE STRAT (Yann)/COZZOLINO (Delia)/MARQUEZ (Sonia)/et al.

**L'arrêt du tabac chez les patients atteints d'affection psychiatrique.** REVUE DU PRATICIEN : MONOGRAPHIE, 2012/03, n° 3, 350-353. 14 réf.

Les patients souffrant de troubles mentaux ont une prévalence de la dépendance au tabac plus importante que la population générale. La psychiatrie est restée longtemps moins préoccupée par cette problématique qui passait après la souffrance psychique des patients. Les choses changent...

ALLILAIRE (Jean-François)/DE BEAUREPAIRE (Renaud)/JEAMMET (Philippe)/et al.

**[Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques](#)** (Texte court) Conférence d'experts, 2009, [en ligne] (consulté le 2/08/16) – [Texte long](#)

Le tabagisme est une des premières causes de mortalité des sujets atteints d'affections psychiatriques. Ce risque justifie que tout fumeur soit pris en charge sans délai pour l'arrêt du tabac, ou, à défaut, pour la réduction du tabagisme. La Fédération française de psychiatrie (FFP) et l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) ont conduit une conférence d'experts sur l'arrêt du tabac des patients atteints d'affections

psychiatriques afin de donner les meilleures recommandations du moment sur la prise en charge des patients fumeurs et sur l'arrêt du tabac pour les malades atteints d'affections psychiatriques. Ces recommandations sont en premier lieu destinées aux professionnels de santé du milieu psychiatrique, mais bon nombre d'entre elles sont pertinentes pour la médecine générale et les autres professionnels de santé, ainsi que pour certaines pour les décideurs politiques



## ■ Sites internet

**Tabac-info-service :**

<https://www.tabac-info-service.fr/Espaces-professionnels/Professionnels-de-sante>

**Association Française des Infirmier(e)s en Tabacologie :**

<http://www.association-infirmiere-tabacologie.fr/>

**L'association francophone des diplômés et des étudiants en tabacologie :**

<http://www.afdet.fr/>

**Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel :**

<http://www.entretienmotivationnel.org/>

**Le comité national contre le tabagisme :**

<http://www.cnct.fr/>

**L'Office français de prévention du tabagisme :**

<http://www.ofta-asso.fr/>

**L'association « Les droits des non-fumeurs » :**

<http://dnf.asso.fr/>

**La société Française de tabacologie :**

<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/>

**L'association BPCO :**

<http://www.bpc0-asso.com>

**Sites Internet institutionnels :**

**Institut national du cancer :**

<http://www.e-cancer.fr/>

**Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie :**

<http://www.drogues.gouv.fr>

**Observatoire français des drogues et des toxicomanies :**

<http://www.ofdt.fr/>

**Santé publique France :**

<http://www.santepubliquefrance.fr/>

[Inpes - Catalogue - Recherche](#) (Affiches, dépliants, brochures, mais aussi coffrets d'éducation pour la santé, outils médecins, livres, matériel audio et vidéo, l'INPES propose au grand public et aux professionnels de l'éducation et de la santé plus de 600 documents.)

[BEH - Bulletin épidémiologique hebdomadaire / Publications et outils / Accueil](#) (Chaque année des articles de référence (une fois par an en moyenne) sont publiés dans le BEH de l'INVS : n°[15](#) de mai 2016, n°[17-18](#) de mai 2015, n°[20-21](#) de mai 2013)

**Organisations internationales :**

**Organisation mondiale de la santé (thème tabac) :**

<http://www.who.int/topics/tobacco/fr>

**Union internationale contre le cancer :**

<http://www.uicc.org>

