



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Enquête de pratique sur le repérage, l'accompagnement et la prise en charge du tabagisme en péri-opératoire auprès des anesthésistes du Nord-Pas-de-Calais

Présentée et soutenue publiquement le 15 juin 2023 à 18 heures
au Pôle Recherche
par **Margaux BOURNERIAS**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Gilles LEBUFFE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Benoit VALLET

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Audrey JOLY

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cerebral

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CCA : Chef de Clinique Assistant

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPS : Compétences Psychosociales

DMLA : Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Interêt Collectif

FALC : Facile À Lire et à Comprendre

HDF : Hauts-De-France

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

LSST : Lieu de Santé Sans Tabac

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto Rhino Laryngologie

P2RT : Plan Régional de Réduction du Tabagisme

PJJ : Protection judiciaire de la Jeunesse

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabagisme

SFAR : Société Française d'Anesthésie-Réanimation

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TNS : Traitements Nicotiniques de Substitution

TABLE DES MATIERES

Introduction	Page 15
I. Epidémiologie	Page 15
II. Application de la politique de santé publique nationale au niveau régional	Page 18
II. 1. Premier axe du PNLT : Protéger nos enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme	Page 20
II. 1. a. Premier levier du premier axe : déploiement de nouveaux modèles d'intervention	Page 21
II. 1. b. Deuxième levier du premier axe : débanaliser la société civile dans la lutte contre le tabac	Page 21
II. 2. Deuxième axe du PNLT : Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage	Page 22
II. 2. a. Premier levier du deuxième axe : améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charge	Page 23
II. 2. b. Deuxième levier du deuxième axe : s'adapter aux besoins des publics spécifiques et vulnérables	Page 29
II. 3. Troisième axe du PNLT : agir sur l'économie du tabac pour protéger la santé publique	Page 30
III. Contexte du travail de thèse	Page 30
IV. Objectifs	Page 31
V. Recommandations	Page 31
V. 1. Recommandation formulée par la Haute Autorité de Santé	Page 31

V. 1. a. Objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabac	Page 32
V. 1. b. Dépistage individuel de la consommation de tabac	Page 32
V. 1. c. Evaluation initiale	Page 33
V. 1. d. Conseil d'arrêt	Page 34
V. 1. e. Evaluation de la motivation à l'arrêt	Page 34
V. 1. f. Aide à l'arrêt de la consommation du tabac	Page 34
V. 1. g. Stratégie thérapeutique recommandée	Page 37
V. 1. h. Arrêt temporaire de la consommation (réduction des risques et contrainte d'abstinence)	Page 37
V. 1. i. Situation particulière du périopératoire	Page 38
V. 1. j. Formation des professionnels de santé pour l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac	Page 38
V. 2. Recommandations sur la prise en charge du tabagisme en période périopératoire	Page 39
V.2.a. Présentation de la problématique de la recommandation - connaissance du sujet	Page 40
V.2.b. Quels sont les effets des différentes stratégies d'arrêt du tabac proposées en péri opératoire ?	Page 41
V.2.c Quel est le délai minimal pour l'arrêt préopératoire du tabac ?	Page 41
V.2.d. Dans le parcours de soins et face à un patient tabagique, quel est le rôle du chirurgien et/ou de l'anesthésiste réanimateur et/ou des soignants ?	Page 43
VI. Tabagisme et issues post-chirurgicales	Page 43

Matériels et méthodes.	Page 50
I.Type d'étude	Page 50
II. Population cible	Page 50
III. Recueil des données	Page 50
IV. Traitement des données	Page 50
V. Contenu du questionnaire	Page 51
Résultats	Page 57
I. Taux de réponse	Page 57
II. Caractéristiques des médecins anesthésistes-réanimateurs	Page 57
III. Pratiques des anesthésistes-réanimateurs concernant le tabagisme en péri-opératoire	Page 61
IV. Complications chirurgicales liées au tabac	Page 64
V. Prévention	Page 66
Discussion	Page 68
Bibliographie	Page 78
Annexe	Page 81

INTRODUCTION

I. Epidémiologie

Sur les quelque 51 millions de Français jeunes et adultes (âgés de 11 à 75 ans), 37 millions ont déjà expérimenté le tabac, dont 15 millions d'usagers dans l'année et 12 millions d'usagers quotidiens (1).

En 2021, la prévalence du tabagisme quotidien s'élevait à 25,3%, soit 27,8% parmi les hommes et 23,0% parmi les femmes. Parmi les hommes de 18-24 ans, la prévalence du tabagisme quotidien diminue entre 2020 et 2021 (de 35,8% à 28,7%), alors qu'elle est stable chez les femmes dans cette tranche d'âge (27,9% en 2021) (2).

La région Hauts-de-France présentait en 2021 une prévalence dans la moyenne métropolitaine contrairement à 2017 où elle était supérieure. La région Hauts-de-France affichait une variation significative de la prévalence du tabagisme quotidien par rapport à 2017, dans le sens d'une baisse de cette prévalence de moins 4 points.

Malgré ces résultats positifs, la France continue d'afficher une prévalence tabagique quotidienne parmi les plus élevées d'Europe occidentale, notamment chez les femmes enceintes : avec 25 % d'usage quotidien, elle se situe au 7^e rang des pays les plus touchés par le tabagisme actif pendant la grossesse.

Les inégalités sociales en matière de tabagisme ont été étudiées à partir de trois indicateurs.

Les résultats en France montrent que :

– la prévalence du tabagisme quotidien reste en 2021 nettement plus élevée lorsque le niveau de diplôme est plus faible : elle varie de 32,0% parmi les personnes n'ayant aucun diplôme ou un diplôme inférieur au baccalauréat à 17,1% parmi les titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat ;

– plus le revenu est élevé, plus la prévalence du tabagisme quotidien est faible : de 32,3% parmi les personnes dont le revenu correspondait au tercile le plus bas à 17,0% pour le tercile le plus élevé ;

– enfin, parmi les 18-64 ans, la prévalence du tabagisme quotidien reste nettement plus élevée parmi les personnes au chômage (45,7%), que parmi les actifs occupés (26,6%).

En 2015, 75 320 décès ont été estimés attribuables au tabagisme sur les 580 000 décès enregistrés en France métropolitaine la même année (soit environ 13 % de la mortalité annuelle). Ces estimations se répartissaient entre 55 420 décès parmi les hommes et 19 900 décès parmi les femmes, ce qui représentait respectivement 19,3 % et 6,9 % de l'ensemble des décès. La cause des décès attribuables au tabagisme était un cancer pour 61,7 % des personnes (hommes : 36 577, 66 % ; femmes : 9 868, 49 %), une maladie cardio-vasculaire pour 22,1 % (hommes : 11 135, 20 % ; femmes : 5 526, 28 %) et une pathologie respiratoire pour 16,2 % (hommes : 7 675, 14 % ; femmes : 4 492, 23 %). En moyenne, un fumeur régulier sur deux meurt des conséquences de son tabagisme. Le tabac représente le facteur de risque de mortalité le plus important.

Cette dernière estimation objective la mortalité imputable au tabac dans la population française. Entre 2000 et 2015, la part des décès attribuables semble s'infléchir à la baisse au cours du temps pour les hommes, alors que cette même proportion augmente de façon continue pour les femmes (de plus de 5 % par an en moyenne). Ces évolutions résultent d'un changement de comportement différencié à partir des années 1960, avec une baisse du tabagisme chez les hommes à rebours de la hausse chez les femmes (1970-2000).

Le tabagisme est une cause majeure de maladies, associée à un très fort impact sanitaire sur la santé des populations. Un cancer sur trois est dû au tabagisme. Le plus connu est le cancer du poumon, dont 80 à 90 % des cas sont liés au tabagisme actif. Mais d'autres

cancers sont également causés par le tabac : gorge, bouche, lèvres, pancréas, reins, vessie, utérus. Le cancer de l'œsophage est plus fréquent en cas d'association du tabac et de l'alcool. Le tabagisme actif peut également être à l'origine des maladies cardio-vasculaires : fumer est un des principaux facteurs de risque d'infarctus du myocarde. Les accidents vasculaires cérébraux, l'artérite des membres inférieurs, les anévrismes, l'hypertension artérielle sont également liés, en partie, à la fumée de tabac. L'atteinte vasculaire peut aussi provoquer des troubles de l'érection. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique qui est essentiellement due au tabagisme. Cette maladie peut évoluer vers une insuffisance respiratoire chronique. A tout stade de la maladie, le tabagisme est un facteur aggravant la maladie. D'autres pathologies ont un lien ou sont aggravées par le tabagisme : les gastrites, les ulcères gastro-duodénaux, le diabète de type II, l'hypercholestérolémie, l'hypertriglycéridémie, l'eczéma, le psoriasis, le lupus, les infections ORL et dentaires, la cataracte et la dégénérescence musculaire liée à l'âge DMLA pouvant aboutir à la cécité.

Il n'existe pas de seuil au-dessous duquel fumer ne représente pas de risque. Par exemple, le risque d'être victime d'un cancer du poumon dépend du nombre de cigarettes que l'on fume chaque jour, mais également de l'ancienneté de son tabagisme.

En 2021, les ventes de traitements d'aide à l'arrêt du tabac (TNS : traitements nicotiniques de substitution) réalisées en pharmacie enregistrent une augmentation de 14,4 % (7 030 284 ventes en équivalents mois de traitement). Elle est concomitante avec la tendance à la hausse des tentatives d'arrêt d'au moins une semaine de ces dernières années. Elles concernent 30 % des fumeurs quotidiens en 2020, proportion en baisse par rapport à 2019 (33 %), mais qui reste supérieure aux années précédentes (autour de 25 % entre 2016 et 2018).

Cette hausse est favorisée par l'ensemble des politiques publiques qui incitent à la sortie du tabagisme, parmi lesquelles la disparition du forfait TNS au 1er janvier 2019 permettant désormais un remboursement de ces produits selon un régime de droit commun et une

meilleure accessibilité financière, comme en atteste l'augmentation de la part des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (ex-CMUc : Couverture Maladie Universelle). Plus de 75 spécialités sont concernées à ce jour : dispositifs transdermiques, gommes à mâcher, comprimés et pastilles... Cette extension s'est aussi accompagnée d'un élargissement et d'une diversification des prescripteurs puisque, depuis le 1er janvier 2016, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les médecins du travail peuvent prescrire des substituts nicotiques. Le nombre de prescripteurs de ces traitements a donc connu une forte augmentation puisqu'ils sont près de 112 273 en 2020 (soit une augmentation de plus de 50 000 depuis 2017). Les médecins généralistes représentent 71 % des principaux prescripteurs, suivis des cardiologues, psychiatres, gynécologues et pneumologues.

II. Application de la politique de santé publique nationale au niveau régional

Le Plan Régional de Réduction du Tabagisme (P2RT) est un document qui explique la mise en œuvre de l'axe « Réduction du tabagisme » du Schéma Régional de Santé 2018-2023 en Hauts de France (3). Il est basé sur le Programme National de Lutte contre le Tabagisme (PNLT). En voici une synthèse pour situer le cadre de ce travail de thèse.

Le PNLT 2018-2022 a fixé des objectifs nationaux clairs et ambitieux de diminution de la prévalence tabagique afin d'atteindre d'ici 2032 la première génération d'adultes non-fumeurs. En région, la situation se distingue par une prévalence du tabagisme quotidien plus élevée (30.5%) que le reste de la France (26,9%) en 2017, ainsi qu'une surmortalité de 20% supérieure à la moyenne nationale. Le statut tabagique varie selon le niveau de diplôme et le revenu moyen. Ainsi, en 2017, les proportions de fumeurs quotidiens et d'ex-fumeurs étaient plus élevées parmi les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (35.2% de fumeurs quotidiens et 29.9% d'anciens fumeurs, au niveau français). En Hauts-de-France, la part des 18-34 ans avec un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat est de 30.7% en 2013

(Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, 2017). Par ailleurs, en 2017, 74.4% des fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans fumaient de façon intensive (consommation supérieure à 10 cigarettes par jour), proportion significativement supérieure à celle de la France métropolitaine (66.8%).

En cohérence avec le cadre national et les indicateurs en région, l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France mène une politique régionale de réduction du tabagisme, qui s'inscrit dans son Schéma Régional de Santé 2018-2023. Cette stratégie vise à répondre aux besoins de la population de la région Hauts-de-France qui connaît de fortes inégalités sociales et territoriales de santé. Elles nécessitent de mener des actions prioritairement à destination de certains publics et au sein de territoires priorités. L'ARS Hauts-de-France souhaite ainsi apporter une attention particulière aux populations suivantes : les femmes, notamment les femmes enceintes ; les jeunes, les personnes en situation de précarité ; les personnes en situation de handicap ; les personnes sous-main de justice, en particulier les jeunes. En parallèle, huit territoires de proximité ont été priorités du fait des vulnérabilités de leurs populations et du différentiel de mortalité lié à la consommation de tabac : Béthune-Bruay, Cambrésis, Lens-Hénin, Guise-Hirson, Haute-Somme, Saint-Quentin, Sambre-Avesnois, et Valenciennois.

De grands principes transversaux forment le socle de la politique de l'ARS Hauts-de-France sur la thématique du tabac : le relai des campagnes nationales, la création d'outils uniquement en cas de besoins spécifiques en région et la contribution des acteurs de terrain à l'actualisation du présent document par la mise en place de groupes d'échanges formalisés animés par l'association Hauts-de-France Addictions en tant que mission d'appui technique pour l'ARS.

Deux objectifs ont été définis : aider les fumeurs à s'arrêter (notamment par un engagement dans la campagne Mois Sans Tabac et dans la mise en œuvre de la démarche "Lieu de santé sans tabac") ; protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme.

Des objectifs cibles régionaux ont été définis dans l'axe Tabac du Schéma régional de Santé 2018-2023, ils ont les suivants :

- 28.6 % de prévalence tabagique quotidien en région en 2019 ;
- 27.6 % de prévalence tabagique quotidien en région en 2020 ;
- 26.6 % de prévalence tabagique quotidien en région en 2021 ;
- 25.6 % de prévalence tabagique quotidien en région en 2022 ;
- 24.4 % de prévalence tabagique quotidien en région en 2023 ;

Si on se réfère aux dernières données disponibles, l'objectif a été plus qu'atteint en 2021 puisque la prévalence tabagique quotidienne a été évaluée à 26,4% dans les Hauts-de-France (2).

Les actions décrites dans le plan pour le P2RT sont issues d'une actualisation annuelle de l'axe « Réduction du tabagisme » du Schéma Régional de Santé 2018-2023. Elles ont été travaillées à partir des actions mises en œuvre précédemment, en particulier depuis 2017, et en tenant compte des nouvelles tendances addictives dans les populations cibles et par les porteurs de projet.

II. 1. Premier axe du PNLT : Protéger nos enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme

Nous allons ensuite brièvement détailler le premier axe du plan pour la réduction du tabagisme qui s'intitule « Protéger nos enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme ».

« Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme » figure en objectif principal de l'axe de réduction du tabagisme du Schéma Régional de Santé 2018-2023, en Hauts-de-France. La situation en région est singulière. En 2022, moins d'un jeune de 17 ans sur deux a déclaré avoir déjà fumé au moins une cigarette (manufacturée ou à rouler) au cours de sa vie (46,5 %) et 15,6 % ont déclaré fumer quotidiennement. La consommation de tabac a fortement baissé entre 2017 et 2022, quelle que soit la fréquence de consommation considérée : les

niveaux d'expérimentation (au moins une cigarette au cours de sa vie) et d'usage quotidien ont perdu respectivement 13 et 10 points (4).

Pour cela plusieurs leviers sont mis en place.

II. 1. a. Premier levier du premier axe : déploiement de nouveaux modèles d'interventions

Le premier concerne le déploiement de nouveaux modèles d'interventions. Trois actions sont présentées dans ce levier du PNLT et sont déclinées en objectifs opérationnels pour la région.

L'action principale du PNLT est de promouvoir les programmes validés de renforcement des compétences psychosociales et de soutien par les pairs. Trois objectifs opérationnels en région ont été développés pour mettre en place cette action. Le premier objectif est de soutenir les actions permettant le développement des compétences psychosociales (CPS) des enfants, adolescents et jeunes adultes. Le deuxième objectif est de faire appel aux compétences des jeunes pour informer et aider d'autres jeunes : s'appuyer sur l'éducation par les pairs. Le troisième est de soutenir le déploiement du programme TABADO en région Hauts de France.

II. 1. b. Deuxième levier du premier axe : débanaliser la société civile dans la lutte contre le tabac

Toujours dans l'axe « Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme », un deuxième levier a été mis en place, il s'agit de débanaliser la société civile dans la lutte contre le tabac. Quatre actions sont présentées dans ce levier du PNLT et sont déclinées en objectifs opérationnels pour la région.

La première action du PNLT dans ce second levier est d'étendre la charte « Administration sans tabac » à tous les lieux de travail. Pour cela, l'objectif en région est de prévenir les conduites addictives en milieu professionnel.

La deuxième action du PNLT dans ce second levier est de mobiliser les collectivités territoriales dans la lutte contre le tabac. Pour cela, l'objectif en région est de promouvoir l'implication des collectivités territoriales sur la thématique « tabac » avec par exemple la mise en place de terrasses sans tabac, aires de jeux sans tabac, etc...

La troisième action du PNLT dans ce second levier est de créer une charte « cinéma, mode et médias indépendants du tabac » afin de sensibiliser ces milieux aux enjeux de la lutte contre le tabac. Cette action est hors compétence de l'ARS.

La quatrième action du PNLT dans ce second levier est de protéger les jeunes des incitations commerciales visant à valoriser le tabac (confiseries, jouets). Cette action est hors compétence de l'ARS.

II. 2. Deuxième axe du PNLT : Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage

Le deuxième axe du plan pour la réduction du tabagisme « Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage » sera plus détaillé car c'est dans celui ci que s'inscrit ce travail de thèse.

« Aider les fumeurs à s'arrêter » figure en objectif principal de l'axe de réduction du tabagisme du Schéma Régional de Santé 2018-2023, en Hauts-de-France. La prévalence tabagique en région est de 26,4 % de fumeurs quotidiens en 2021, pour une moyenne nationale à 25,3%. Pour diminuer cette prévalence au regard des conséquences sur la santé, l'Agence Régionale de Santé se concentre sur plusieurs orientations de travail.

En premier lieu, il convient de poursuivre et de renforcer la dénormalisation de la consommation de tabac en région. Cela passera en particulier par l'exemplarité des établissements sanitaires et médico-sociaux sur cette problématique (déploiement de la démarche Lieu de santé sans tabac). Par ailleurs, la forte mobilisation des acteurs tant

institutionnels que têtes de réseau ou locaux dans la campagne #MoisSansTabac contribue à fragiliser la norme sociale qu'est la consommation de tabac.

En second lieu, il apparaît primordial de diffuser une information ciblée et adaptée aux différents publics que l'on souhaite toucher. Cela se traduit par une volonté de l'Agence de déployer des dispositifs expérimentaux de marketing social à destination, tout d'abord, des jeunes en missions locales, tout en explorant les modalités de transférabilité à d'autres populations. Un point essentiel de ce travail sera d'associer les acteurs régionaux dans ces réflexions pour répondre aux besoins des différents professionnels concernés et spécificités des territoires.

En dernier lieu, afin d'accompagner les fumeurs dans leur démarche de sevrage tabagique, il est important de diffuser une culture commune quant au repérage, à la prise en charge et à l'orientation. Chaque professionnel du socio-éducatif, du médico-social et de la santé a une pierre à apporter à l'édifice.

Dans ce deuxième axe, plusieurs leviers ont été mis en place.

II. 2. a. Premier levier du deuxième axe : améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charge

Le premier s'intitule « Améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charge ».

La première action du PNLT dans ce levier est de faire des établissements sanitaires et médico-sociaux des lieux exemplaires en ce qui concerne la lutte contre le tabac. Pour cela l'objectif en région est de soutenir le déploiement « Lieu de santé sans tabac » dans les différents établissements de santé.

Le déploiement de la démarche « Lieu de santé sans tabac » (LSST) dans les établissements sanitaires et médico-sociaux est décrit comme une action prioritaire dans le PNLT. Il s'agit d'accompagner les usagers et les professionnels dans l'arrêt du tabac et

également de dénormaliser l'usage du tabac en aménageant des espaces dédiés pour la consommation. Des objectifs ambitieux ont été fixés en région Hauts-de-France sur l'engagement des établissements dans cette démarche :

- 100% des établissements ayant une activité « Femme, mère, nouveau-nés, enfant » de la région seront engagés dans la démarche « Lieu de santé sans tabac » en 2023 ;
- 100% des établissements autorisés pour la prise en charge des cancers seront engagés dans la démarche « Lieu de santé sans tabac » en 2023 ;
- 50% des établissements de santé de la région seront engagés dans la démarche « lieu de santé sans tabac », à l'horizon 2023.

Afin de soutenir le déploiement de la démarche « Lieu de santé sans tabac » sur la région, plusieurs actions sont mises en place par l'ARS. La première action consiste à élaborer une stratégie régionale de déploiement de la démarche Lieu de Santé Sans Tabac. Elle permettra de fixer des objectifs clairs au niveau des territoires de proximité et de la région. Par ailleurs, elle est actualisée annuellement.

Toujours afin de soutenir le déploiement de la démarche Lieu de Santé Sans Tabac sur la région, une seconde action est mise en place au niveau de l'ARS, il s'agit de soutenir l'inscription et la mise en œuvre de la démarche LSST au sein des différents établissements sanitaires. En lien avec les objectifs régionaux présentés dans l'action précédente, il est important de soutenir l'inscription des établissements sanitaires dans la démarche LSST. Cela peut prendre différentes formes telles que de la prospection, de la valorisation d'établissements engagés, du soutien financier... Le dispositif d'appui technique à l'ARS est en charge d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre de cette démarche ainsi qu'à la prospection. Effectivement, il apparaît primordial de valoriser les établissements engagés et de

communiquer sur cette dynamique afin d'atteindre les objectifs présentés antérieurement dans le délai fixé. Les deux CHU ainsi que le Centre Oscar Lambret seront incités à s'engager pleinement dans la démarche en vue d'une labellisation Or, afin d'être exemplaires en région.

Enfin, un travail avec les médecins anesthésistes sera mené dans l'optique de les mobiliser davantage autour de cette démarche. En effet, un travail a été mené au sein de la Clinique d'Anesthésie-Réanimation et de la Douleur de l'Hôpital Claude Huriez à Lille. Premièrement, nous avons pu sensibiliser les patients aux conséquences directes du tabagisme lors d'une chirurgie. Deuxièmement, nous avons pu renforcer les connaissances et les pratiques des médecins anesthésistes-réanimateurs sur l'importance du sevrage tabagique en péri-opératoire. Pour les patients comme pour les praticiens, différents outils ont été mis en place afin de pérenniser cette action dans le temps. C'est dans ce cadre que s'inscrit ce travail de thèse.

Toujours afin de soutenir le déploiement de la démarche Lieu de Santé Sans Tabac sur la région, une troisième action est mise en place au niveau de l'ARS, il s'agit d'expérimenter l'inscription et la mise en oeuvre de la démarche LSST au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). En effet, professionnels libéraux, notamment le médecin généraliste, ont toute leur place dans le parcours de sevrage tabagique.

Toujours afin de soutenir le déploiement de la démarche Lieu de Santé Sans Tabac sur la région, une quatrième action est mise en place au niveau de l'ARS, il s'agit de soutenir l'inscription et la mise en oeuvre de la démarche LSST au sein des différents établissements et services médico-sociaux accueillants des personnes en situation de handicap et des personnes en difficultés spécifiques. L'action 10 du PNLT, inscrivant le déploiement de la démarche LSST comme priorité nationale, précise que les établissements médico-sociaux ont un rôle important à jouer quant à l'exemplarité dans la lutte contre le tabac. En outre, le sevrage tabagique a

montré des impacts positifs, à moyen terme, quant au maintien dans l'arrêt de l'usage d'autres produits ayant entraîné une addiction.

Toujours afin de soutenir le déploiement de la démarche Lieu de Santé Sans Tabac sur la région, une cinquième action est mise en place au niveau de l'ARS, il s'agit de soutenir l'inscription et la mise en oeuvre de la démarche LSST au sein de structures de Protection judiciaire de la Jeunesse (PJJ). En effet, les jeunes sous-main de justice ont des spécificités propres quant à la consommation de tabac. En effet, la prévalence du tabagisme quotidien est de 59% pour les garçons et 62% pour les filles. 32% des garçons et 40% des filles fument au moins onze cigarettes par jour. En outre, l'âge de la première cigarette est de 12 à 13 ans, avec une précocité chez les filles (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, 2005).

La deuxième action du PNLT dans ce levier est de former et soutenir les professionnels de santé pour accompagner vers le sevrage et promouvoir un discours bienveillant vis-à-vis des fumeurs. Pour cela ,l'objectif en région est de soutenir les professionnels dans une approche globale de prévention sur la réduction du tabagisme.

Afin d'accompagner les fumeurs et leur entourage, il est essentiel que l'ensemble des professionnels de santé puisse se mobiliser sur la problématique du tabac. Pour ce faire, conforter leurs compétences sur de nombreux sujets tels que l'approche motivationnelle ou encore la prescription de substituts nicotiques permettra d'améliorer leur implication et de diffuser une culture commune autour du tabac en région. La promotion d'une culture commune en Hauts-de-France autour de cette problématique passe également par l'animation du site internet <https://programme-sante-tabac-hdf.fr> par la mission d'appui technique auprès de l'ARS HDF pour la mise en oeuvre de sa stratégie régionale de lutte contre le tabac, pilotée par Hauts-de-France Addictions. La visibilité de ce site est également un axe d'action de l'Agence.

Pour soutenir les professionnels dans une approche globale de prévention sur la réduction du tabagisme, il convient de conforter leurs compétences en s'adaptant à l'évolution de leurs

besoins. L'action de l'ARS ne peut se limiter aux professionnels de santé dans le but de toucher les publics cumulant le plus de vulnérabilités (économiques, sociales...). En effet, l'Agence renouvelle sa volonté d'agir auprès de publics cibles ce qui nécessite donc de mobiliser les professionnels du médico-social et du socio-éducatif sur la problématique du tabac. Cela passera notamment par de l'information et de la mise en pratique adaptée aux spécificités des publics et des professionnels.

Une attention sera portée pour consolider la place des professionnels de premier recours notamment du médecin généraliste dans le repérage, la prise en charge et l'accompagnement au sevrage tabagique. En effet, en tant que professionnel de premier recours, il a un rôle essentiel à jouer dans l'arrêt du tabac, l'orientation et l'articulation avec les dispositifs spécialisés qui sont quasiment inexistantes à ce jour.

Toujours pour soutenir les professionnels dans une approche globale de prévention sur la réduction du tabagisme, il convient de les informer sur les outils existants et les traitements de substituts nicotiques. Il convient de relayer l'information nationale sur les outils à disposition des professionnels dans leur accompagnement et des fumeurs dans leur démarche d'arrêt. Par ailleurs, il est possible de créer des outils à destination du professionnel de santé synthétisant les informations permettant un accompagnement adapté et complet. À titre d'exemple, il paraît essentiel de communiquer autour des modalités de prescription et de remboursement des traitements de substituts nicotiques qui ont évolué ces dernières années.

La quatrième action du PNLT dans le levier « Améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charge » est d'intensifier le dispositif de marketing social contre le tabac. Pour cela il existe deux objectifs en région. Le premier est de soutenir le déploiement du dispositif Mois Sans Tabac, le second est de soutenir le déploiement de projets de marketing social.

Depuis 2016, la campagne #MoisSansTabac est pilotée par Santé Publique France avec un déploiement et une mobilisation forte en Hauts-de-France mené par un collectif partenarial,

sous l'égide d'un Ambassadeur. La mobilisation autour de ce projet national touche également les acteurs locaux qui mettent en place des actions sur les territoires. L'Agence est partie prenante de cette campagne tant pour son déploiement que par le soutien à la dynamique par son animation territoriale.

Pour soutenir le déploiement du dispositif Mois Sans Tabac au sein de la région, une première action est mise en place au niveau de l'ARS, il s'agit de soutenir la mise en oeuvre de la campagne nationale Mois Sans Tabac par le collectif partenariat régional.

Toujours pour soutenir le déploiement du dispositif Mois Sans Tabac au sein de la région, une deuxième action est mise en place au niveau de l'ARS, il s'agit de soutenir la mise en oeuvre de la campagne Mois Sans Tabac au niveau local.

Pour soutenir le déploiement de projets de marketing social qui est le second objectif en région du levier « Améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charge », une première action est mise en place au sein de la région il s'agit d'expérimenter l'utilisation du marketing social auprès des publics cibles. Le marketing social se développe en France comme outil de communication et de prévention et de promotion de la santé, comme le prouve le déploiement de la campagne Mois Sans Tabac. Toutefois, il convient d'élaborer des supports d'information ciblant des publics prioritaires, qui souvent ne se sentent pas concernés par les opérations « grand public ».

La cinquième action du PNLTL dans ce levier « Améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charge » est d'informer de manière adaptée les femmes, aux différents âges de la vie, sur les risques liés au tabac. Pour cela l'objectif en région est d'informer les femmes sur les risques liés au tabac. Bien que la prévalence du tabagisme quotidien chez les femmes soit inférieure à celui des hommes, il reste important (26% des 18-75 ans en 2016) et est un facteur de risque conséquent. À titre d'exemple, en 20 ans, le nombre de décès par cancer du poumon

chez les femmes a plus de doublé (pour atteindre plus 10 000 décès en 2017). Ce constat interpelle l'Agence qui souhaite donc y apporter des réponses en région.

Pour soutenir l'objectif d'informer les femmes sur les risques liés au tabac, une action est mise en place par l'ARS, il s'agit de communiquer auprès des professionnels en relation avec les femmes (à tous les âges de la vie) quant au risques liés au tabac. L'information à destination des femmes, aux différents âges de la vie, est une priorité nationale comme le prouve son inscription dans le PNLT. « La mortalité liée au tabac chez les femmes a triplé entre 1990 et 2010 pour représenter un décès sur quatorze » (PNLT, 2018). Face à ce constat, et dans le cadre du mois sans tabac 2021, un outil d'information a été conçu en région autour des idées reçues sur le tabagisme féminin.

La première action du PNLT dans ce levier est de mieux prendre en charge économiquement les traitements de substitution nicotinique. Cette action est hors compétence de l'ARS.

II. 2. b. Deuxième levier du deuxième axe : s'adapter aux besoins des publics spécifiques et vulnérables

Toujours dans ce deuxième axe du plan pour la réduction du tabagisme « Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage », un deuxième levier a été mis en place, il s'intitule « S'adapter aux besoins des publics spécifiques et vulnérables ».

La première action du PNLT dans ce levier est de développer les actions d'accompagnement et d'aide à l'arrêt du tabac au sein des structures accueillant des publics spécifiques.

Pour soutenir cette première action du PNLT, plusieurs objectifs ont été déployés en région. Le premier est d'évaluer la pertinence et l'efficacité de l'utilisation des outils innovants dans la prévention et l'accompagnement au sevrage tabagique.

Le deuxième objectif est de renforcer le repérage de la consommation du tabac et l'accompagnement au sevrage tabagique en officine.

Le troisième objectif est de renforcer le repérage de la consommation du tabac et l'accompagnement au sevrage tabagique auprès des personnes en situation de vulnérabilité.

Le quatrième objectif est de porter un projet territorial de réduction du tabagisme.

La deuxième action du PNLT au sein du levier « s'adapter aux besoins des publics spécifiques et vulnérables » est d'intensifier les actions pour mieux prévenir et repérer la consommation du tabac pendant la grossesse et pour protéger les jeunes enfants.

Pour soutenir cette deuxième action du PNLT, un objectif a été déployé en région, il s'agit d'élaborer un parcours santé de la femme enceinte présentant des conduites addictives, dont le parcours de sevrage tabagique.

II. 3. Troisième axe du PNLT : agir sur l'économie du tabac pour protéger la santé publique

Le troisième axe du PNLT s'intitule « Agir sur l'économie du tabac pour protéger la santé publique. La grande majorité de cet axe ne relève pas des compétences de l'Agence Régionale de Santé. Cependant, le PNLT encourage à évaluer et à renforcer le respect de la réglementation en vigueur, en particulier celle concernant l'interdiction de vente de tabac aux mineurs. Cet aspect concerne l'ensemble des acteurs institutionnels mais également la société civile.

Le seul levier de cet axe s'intitule « Agir pour rendre moins accessible les produits du tabac ». Trois actions sont présentées dans ce levier du PNLT, la première est de porter progressivement le prix moyen du paquet de cigarette à 10 euros, la deuxième est d'agir sur la fiscalité de l'ensemble des produits du tabac afin d'éviter les reports de consommation entre les

produits et enfin la troisième est de déployer un plan de contrôle et appuyer les associations souhaitant assurer une vigilance sur le respect de la loi, notamment la vente aux mineurs.

III. Contexte du travail de thèse

C'est donc dans le cadre du P2RT que cette thèse a vu le jour. En effet, afin d'améliorer l'accessibilité des traitements et les prises en charge des patients, tous les professionnels de santé doivent être impliqués. Dans le cadre de la démarche Lieu de Santé Sans Tabac au CHRU de Lille, un travail a été mené au sein du service d'anesthésie réanimation de l'Hôpital Claude Huriez pour impliquer d'avantage les anesthésistes-réanimateurs dans la lutte contre le tabagisme. La période péri-opératoire représente un moment clé pour entamer le sevrage du patient car il va rencontrer plusieurs professionnels de santé dans son parcours chirurgical (chirurgien, anesthésiste-réanimateur mais également son médecin traitant après la chirurgie) avec qui il pourra aborder sa consommation de tabac voire entamer un sevrage, et il s'agit également d'un moment où les bénéfices de l'arrêt du tabac sont importants pour favoriser le bon déroulement de la période post-opératoire.

Nous avons donc effectué une enquête de pratique auprès des anesthésistes-réanimateurs du Nord-Pas-de-Calais concernant leurs connaissances et leurs pratiques sur le tabagisme en péri-opératoire.

IV. Objectifs

L'objectif principal de cette enquête est de déterminer si les pratiques des anesthésistes-réanimateurs du Nord-Pas-de-Calais concernant le tabagisme en péri-opératoire sont en accord avec les recommandations formulées par les sociétés savantes. Nous allons donc nous intéresser aux deux recommandations les plus importantes concernant le tabagisme.

V. Recommandations

V. 1. Recommandation formulée par la Haute Autorité de Santé (HAS)

La recommandation s'intitule « Arrêt de la consommation du tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours », elle date de 2014 (5).

Définitions de la dépendance tabagique : le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne. La caractéristique essentielle de la dépendance (ou addiction) est la perte de la liberté de s'abstenir. Les manifestations de sevrage ou de tolérance ne sont ni suffisantes ni nécessaires. La rechute est un des aspects essentiels de l'addiction, car la dépendance tabagique persiste après l'arrêt. Pour cette raison, les addictions sont considérées comme des maladies chroniques. Les critères de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) sont la référence pour la classification clinique. Le tabagisme en début d'adolescence est prédictif de dépendance au tabac à l'âge adulte et est un facteur de risque de développement d'autres dépendances (alcool, cannabis, etc.)

Les bénéfices de l'arrêt : les bénéfices de l'arrêt de la consommation de tabac sont importants en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac. Arrêter de fumer réduit la mortalité totale et particulièrement la mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires et au cancer bronchopulmonaire. Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer : il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac quel que soit l'âge : arrêter de fumer à 40 ans améliore l'espérance de vie de 7 ans, arrêter à 50 ans améliore l'espérance de vie de 4 ans, arrêter à 60 ans améliore l'espérance de vie de 3 ans.

Nous allons reprendre les points les plus importants de cette recommandation.

V. 1. a. Objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabac

Quel est l'objectif principal de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac ? Quel que soit l'âge, l'arrêt de la consommation du tabac permet d'obtenir des bénéfices mesurables pour

la santé. L'objectif principal de l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac est d'obtenir l'abstinence totale de l'usage du tabac et le maintien de l'abstinence sur le long terme.

V. 1. b. Dépistage individuel de la consommation de tabac

Qui peut dépister ? Tous les professionnels de santé en contact avec la population devraient s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Qui dépister ? Il est recommandé que tous les patients soient questionnés sur leur consommation de tabac de façon systématique et que leur statut de consommation soit renseigné de façon régulière.

Comment dépister ? Recommandations de marche à suivre du dépistage à la prise en charge.

Les questions à poser : « Fumez-vous ? ». Si oui : « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? » puis proposer une brochure sur les risques de la consommation du tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage. Puis « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler ? » Si oui, plusieurs consultations peuvent être nécessaires : évaluation des croyances et les attentes du patient, évaluer l'usage et la dépendance à l'aide des questions suivantes :

- « Fumez-vous tous les jours ? »
- « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? »
- « Depuis combien de temps ? / À quel âge avez-vous commencé ? »
- « Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? »
- « Avez-vous déjà tenté de diminuer ou d'arrêter de fumer ? ».

Puis conseiller d'arrêter et évaluer la motivation.

V. 1. c. Evaluation initiale

Tout d'abord il faut faire l'évaluation de la consommation et de la dépendance. Il est recommandé d'utiliser le test de dépendance à la cigarette de Fagerström en deux ou six

questions et de repérer également les critères de dépendance ignorés dans ce test (cf. critères de la CIM-10 ; notamment syndrome de sevrage, perte de contrôle, désir persistant ou incapacité à réduire ou arrêter sa consommation). Ces informations peuvent être obtenues facilement au cours de l'anamnèse.

Ensuite, il est recommandé d'effectuer l'évaluation des comorbidités anxieuses et dépressives puis l'évaluation des co-consommations.

V. 1. d. Conseil d'arrêt

Le conseil d'arrêt consiste pour un professionnel de santé à indiquer à un fumeur qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer. Le conseil d'arrêt s'adresse à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer. Tous les professionnels de santé doivent conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer, quelle que soit la forme du tabac utilisé, et lui proposer des conseils et une assistance pour arrêter.

V. 1. e. Evaluation de la motivation à l'arrêt

Tous les individus qui viennent en consultation ne sont pas prêts à modifier leurs habitudes et les interventions qui seront proposées devront être adaptées.

La motivation du patient et le stade où se situe le patient dans son processus de changement peuvent être évalués à l'aide du modèle descriptif des changements de comportements développé par Prochaska et DiClemente. Ce modèle suppose que les fumeurs passent en général par une série d'étapes avant d'arrêter de fumer :

- pré-intention : le sujet fumeur n'a pas encore envisagé d'arrêter de fumer ;
- intention : il pense à arrêter de fumer mais est encore ambivalent ;
- décision : il prend la décision d'arrêter de fumer et élabore une stratégie d'arrêt ;
- action : il est activement engagé dans le changement : il arrête de fumer ;
- maintien/liberté : il a recouvré sa liberté face à la dépendance, mais reconnaît qu'il doit

demeurer vigilant pour éviter une rechute.

V. 1. f. Aide à l'arrêt de la consommation du tabac

Un certain nombre de fumeurs arrêtent de fumer sans aide, d'autres vont utiliser des traitements nicotiques de substitution (TNS) en accès libre chez le pharmacien sans recourir à une prise en charge médicale. Les recommandations suivantes concernent les usagers de tabac en demande d'aide thérapeutique.

La prise en charge comporte un accompagnement par un professionnel de santé, permettant un soutien psychologique, et un traitement médicamenteux si nécessaire.

Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes. Les TNS sont le traitement médicamenteux de première intention.

Donc les traitements recommandés en première intention sont :

- Accompagnement: soutien psychologique, guidance, counselling, thérapies cognitivo-comportementales (TCC).
- Traitements nicotiques de substitution (TNS)

Puis, dans un second temps on peut proposer un entretien motivationnel, soutien téléphonique et autosupport y compris par internet.

Il existe différentes formes d'accompagnement par le professionnel de santé ayant montré leur efficacité dans l'aide au sevrage tabagique, du simple soutien psychologique aux thérapies structurées comme les thérapies cognitivo-comportementales. Le médecin généraliste a l'habitude d'écouter et d'accompagner ses patients, dans une position thérapeutique appelée thérapie de soutien. Cette thérapie de soutien représente une forme de thérapie relationnelle, présente implicitement dans tout acte médical. Elle est fondée sur l'empathie, la confiance et le soutien. Elle comprend une dimension directive de conseil, d'information et d'explications qui, associée à l'écoute, représente une fonction thérapeutique

essentielle dans la pratique du médecin généraliste. Les psychothérapies structurées, notamment les TCC, nécessitent une formation thérapeutique spécifique validée.

Les TNS, quelle que soit leur forme, sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou le placebo. Les TNS augmentent significativement l'abstinence à 6 mois. La combinaison d'un timbre transdermique avec une forme de TNS à absorption rapide (gomme, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TNS. Ces traitements ne présentent pas d'effet indésirable grave identifié.

Chez les patients qui nécessitent un traitement pharmacologique, les TNS sont recommandés en première intention. Pour une meilleure efficacité, il est recommandé d'associer les TNS à un accompagnement par un professionnel de santé. Il est recommandé d'adapter le type de TNS en fonction des préférences du patient. Il est recommandé d'ajuster la dose de TNS dès la première semaine en fonction de l'existence de symptômes :

- de sous-dosage : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit, fièvre, et/ou persistance des pulsions à fumer, voire prise persistante de cigarettes ;
- ou de surdosage : palpitations, céphalées, bouche « pâteuse », diarrhée, nausées, lipothymies, insomnie.

Le patient doit être informé de ces symptômes afin de pouvoir adapter la dose. La prise persistante de cigarettes sous TNS traduit le plus souvent un sous-dosage. Pour ajuster le dosage il est recommandé : de combiner des formes orales aux patchs et d'associer plusieurs patchs pour atteindre la dose journalière nécessaire. Les TNS doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois. Dans un premier temps, l'arrêt immédiat est recommandé. Chez certains patients ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter, il est possible d'envisager une réduction de consommation progressive sous TNS en vue d'un arrêt complet, y compris chez les femmes enceintes et les patients souffrant de

maladie cardio-vasculaire. L'addiction au tabac étant une maladie chronique, le traitement peut être prolongé aussi longtemps que nécessaire.

V. 1. g. Stratégie thérapeutique recommandée

L'aide par un professionnel (médecin, infirmier, psychologue, etc.) est toujours efficace. Un fumeur recevant de l'aide et voulant arrêter aura plus de chances d'y parvenir que celui voulant arrêter sans aide. Le soutien psychologique propre à la relation thérapeutique est une composante fondamentale de la prise en charge. Il existe une relation entre l'intensité de la prise en charge psychologique et comportementale (durée et nombre de contacts) et le taux d'abstinence. Les interventions complètes associant plusieurs outils (questionner, conseiller, évaluer, fixer une date d'arrêt et aider si besoin par des TNS) augmentent les chances de l'arrêt par rapport à l'absence d'intervention ou à une intervention minimale.

Les techniques issues des entretiens motivationnels sont particulièrement utiles dans la phase de préparation, mais également au cours du suivi afin de soutenir la motivation.

Le médecin généraliste a une fonction spécifique, il est dans une position privilégiée, et possède des outils propres à sa fonction. Il est donc en mesure de développer un accompagnement efficace.

V. 1. h. Arrêt temporaire de la consommation (réduction des risques et contrainte d'abstinence).

L'arrêt temporaire de la consommation justifie une aide spécifique.

A défaut d'un arrêt définitif de la consommation du tabac, l'abstinence temporaire est recommandée à l'occasion d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale, dans l'objectif de réduire les risques obstétricaux ou périopératoires.

Dans d'autres cas, l'abstinence temporaire est contrainte (hospitalisation, transports, lieux publics, etc.). Dans ce cas, l'objectif est de soulager les symptômes de sevrage, qui peuvent en outre renforcer l'addiction.

L'abstinence temporaire volontaire ou contrainte permet d'expérimenter et d'identifier la capacité du patient à arrêter. Elle sera utilisée ultérieurement par le professionnel de santé comme un élément positif de compétence acquise qui permet de valoriser les capacités d'arrêt du patient.

V. 1. i. Situation particulière du périopératoire

Le dépistage de la consommation de tabac doit être systématique avant toute intervention chirurgicale. La consultation pré-anesthésique peut être l'occasion d'une information spécifique sur les risques supplémentaires liés à la consommation de tabac.

Il est recommandé de conseiller d'arrêter de fumer à tout patient fumeur devant subir une intervention chirurgicale, et de lui proposer une aide à l'arrêt du tabac par son médecin généraliste ou un autre professionnel formé au sevrage tabagique. Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac au moins 6 semaines avant une intervention chirurgicale.

Le courrier d'information remis au patient à destination de son médecin généraliste doit mentionner le statut tabagique. Il est recommandé d'impliquer les médecins généralistes par l'envoi d'un courrier (rappel des conséquences du tabagisme périopératoire) lors de la prise de rendez-vous pour une opération.

V. 1. j. Formation des professionnels de santé pour l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac

Les données disponibles montrent que la formation des professionnels à l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac augmente les chances de succès de la prise en charge. Il est

recommandé que soient formés au dépistage individuel et à l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac :

- tous les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes
- tous les professionnels qui prennent en charge les femmes enceintes.

Le dépistage individuel et l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac doivent être intégrés dans la formation initiale de tous les professionnels de santé.

Il est recommandé d'intégrer le dépistage individuel et l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac dans les programmes de développement professionnel continu.

Il serait souhaitable que les professionnels soient sensibilisés à l'utilisation de l'entretien motivationnel.

La formation pour l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac doit avoir pour objectif de développer l'accompagnement psychologique du patient.

Les intervenants hospitaliers doivent en plus être formés au dépistage systématique.

V. 2. Recommandations sur la prise en charge du tabagisme en période péri opératoire

Nous allons aborder les points principaux de cette recommandation rédigée par la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR) en 2016 (6) et qui nous permet d'aborder les spécificités de la période péri-opératoire.

Le tabagisme est un problème de santé publique qui prend une importance toute particulière lors de la période péri-opératoire. En effet, un patient devant subir une intervention s'expose à un risque augmenté de mortalité hospitalière d'environ 20% et de 40% pour les complications majeures postopératoires.

De plus, le tabagisme actif accroît presque toutes les complications spécifiques chirurgicales.

La période péri-opératoire est une véritable opportunité pour générer une décision d'arrêt du tabac. Offrir une prise en charge comportementale et la prescription d'une substitution nicotinique pour l'arrêt du tabac avant toute intervention chirurgicale programmée permet d'augmenter significativement le taux de sevrage tabagique pré-opératoire.

L'arrêt préopératoire du tabac doit être systématiquement recommandé indépendamment de la date d'intervention même si le bénéfice augmente proportionnellement avec la durée du sevrage.

Tous les professionnels du parcours de soins (médecins généralistes, chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, soignants) doivent informer les fumeurs des effets positifs de l'arrêt du tabac et leur proposer une prise en charge dédiée et spécialisée.

V.2.a. Présentation de la problématique de la recommandation - connaissance du sujet

En France, environ 11 millions de patients bénéficient chaque année d'une anesthésie dont près de 30% de fumeurs, soit plus de 3 millions de personnes. La fumée du tabac inhibe très fortement les processus de réparation tissulaire et osseuse qui sont de première importance dans le contexte chirurgical pour assurer une cicatrisation rapide et solide. Le monoxyde de carbone produit et inhalé avec la fumée de cigarette, génère une inadéquation entre la consommation d'oxygène et sa disponibilité au niveau cellulaire.

Une analyse portant sur 18 publications privilégiant les méta-analyses, les grandes études de cohortes et les revues systématiques indique que le tabagisme actif augmente d'environ 20% la mortalité hospitalière et de 40% les complications majeures postopératoires (infection profonde, pneumonie, intubation non prévue, embolie pulmonaire, ventilation >48h, accident vasculaire cérébral (AVC), coma >24h, arrêt cardiaque, infarctus du myocarde, transfusion >5U, sepsis, choc septique).

Le tabagisme actif accroît toutes les complications spécifiques chirurgicales excepté pour la chirurgie ORL pour laquelle les maladies associées et reliées au tabagisme ne sont pas prises en compte dans les études disponibles.

L'ensemble des conséquences désirables de l'arrêt du tabagisme l'emporte donc clairement sur l'ensemble des conséquences indésirables.

Par ailleurs, la période préopératoire est identifiée comme un moment où la motivation du fumeur pour arrêter son intoxication est élevée et constitue donc une opportunité très favorable pour l'accompagner dans cette démarche.

V.2.b. Quels sont les effets des différentes stratégies d'arrêt du tabac proposées en péri opératoire ?

Nous recommandons d'offrir une prise en charge comportementale et la prescription d'une substitution nicotinique pour l'arrêt du tabac avant toute intervention chirurgicale programmée.

Offrir une intervention comportementale intensive (consultation dédiée, suivi pendant 4 semaines, prescription de produits de substitution de la nicotine...) augmente par dix le taux de sevrage tabagique avant la chirurgie par rapport à "aucune intervention", diminue globalement les complications de 60% dans 2 essais randomisés contrôlés incluant 210 patients et augmente par 3 le taux de sevrage tabagique à un an. Offrir une intervention comportementale brève (conseil d'arrêt sans suivi) augmente de 30% le taux de sevrage tabagique avant la chirurgie par rapport à "l'absence d'intervention", même si l'intervention brève ne diminue pas globalement les complications elle permet de doubler le taux de sevrage tabagique à 1 an. Par ailleurs, les produits de substitution de la nicotine n'augmentent pas la douleur postopératoire ou la consommation d'opiacés dans un essai randomisé contrôlé de petite taille. L'ensemble

des conséquences désirables l'emporte clairement sur l'ensemble des conséquences indésirables.

V.2.c Quel est le délai minimal pour l'arrêt préopératoire du tabac ?

Nous recommandons systématiquement l'arrêt préopératoire du tabac indépendamment de la date d'intervention.

L'analyse porte sur 21 publications principalement des études observationnelles rétrospectives.

L'arrêt du tabac plus de 8 semaines avant l'intervention diminue de près de 50% les complications respiratoires (bronchospasme nécessitant un traitement, atélectasie nécessitant une bronchoscopie et / ou une ventilation assistée, infection pulmonaire, épanchement pleural, pneumothorax, empyème, embolie pulmonaire, syndrome de détresse respiratoire aiguë, insuffisance respiratoire ou arrêt, ré-intubation et ventilation, trachéotomie, et haute concentration d'oxygène inspiré nécessaire pendant 24 h) par rapport au fumeur actif. L'arrêt du tabac plus de 4 semaines avant l'intervention diminue de près de 25% les complications respiratoires par rapport au fumeur actif. L'arrêt du tabac entre 2 et 4 semaines avant l'intervention ne diminue pas les complications respiratoires par rapport au fumeur actif sans différence avec un arrêt de moins de 2 semaines.

En revanche, il n'existe pas d'effets délétères respiratoires d'un arrêt du tabac inférieur à 2 semaines.

Le bénéfice de l'arrêt du tabac sur les troubles de la cicatrisation est démontré après 3-4 semaines d'interruption du tabac.

Enfin, l'arrêt du tabac péri opératoire, quel que soit son délai par rapport à l'intervention permet d'augmenter la proportion d'arrêt définitif.

Au total, le bénéfice observé augmente proportionnellement avec la durée du sevrage et l'ensemble des conséquences désirables l'emporte clairement sur l'ensemble des conséquences indésirables.

V.2.d. Dans le parcours de soins et face à un patient tabagique, quel est le rôle du chirurgien et/ou de l'anesthésiste réanimateur et/ou des soignants ?

Nous recommandons que tous les professionnels du parcours de soins (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs, soignants) informent les fumeurs des effets positifs de l'arrêt du tabac et leur proposent une prise en charge dédiée et un suivi personnalisé.

L'analyse de 17 publications portant sur 13724 patients démontre une augmentation de 60% de l'abstinence à 6 mois chez les patients recevant un conseil bref (entretien de moins de 20 minutes et pas plus d'une visite de suivi) par rapport à ceux n'en recevant pas. Pour le même critère de jugement, un conseil intensif (entretien de plus de 20 minutes, plus d'une visite de suivi et utilisation de brochure) l'augmente de plus de 80% (11 études, 8515 patients).

Une étude récente portant sur le suivi de 3336 patients inclus dans un programme de dépistage du cancer du poumon démontre que l'assistance et le suivi du patient y compris par une Hotline dédiée semblent être des facteurs indépendants de l'arrêt du tabac.

VI. Tabagisme et issues post chirurgicales

Enfin, pour terminer cette introduction, nous allons passer en revue l'impact de la consommation de tabac sur les issues post chirurgicales.

L'exposition chronique au tabac entraîne des altérations physiologiques de la fonction cardiovasculaire, de la fonction pulmonaire et de la cicatrisation des tissus. Ces altérations peuvent avoir une incidence sur le processus de guérison postchirurgicale et expliquer la survenue plus fréquente de complications postopératoires observée chez les fumeurs (7). En outre, certaines données attestent que le fait de fumer ne serait-ce qu'une cigarette peut

entraîner une diminution du flux sanguin qui, à son tour, peut contribuer à des issues chirurgicales négatives.

Impacts du tabac sur la fonction cardiovasculaire : les substances chimiques contenues dans le tabac augmentent les besoins du corps en oxygène, mais réduisent sa capacité à l'utiliser (8). La nicotine stimule le système nerveux central et augmente la tension artérielle, le rythme cardiaque, la résistance vasculaire périphérique et la consommation d'oxygène. On considère aussi que la nicotine provoque une vasoconstriction artérielle et inhibe l'agrégation des plaquettes, réduisant le transport d'oxygène. Le monoxyde de carbone réduit la disponibilité d'oxygène pour les processus cellulaires en se fixant à l'hémoglobine et inactive également les enzymes cardiaques, conduisant à une diminution du transport et de l'utilisation de l'oxygène. Cette diminution induit une hypoxie tissulaire et une augmentation de la viscosité sanguine, et par conséquent un risque accru d'accidents cardiovasculaires.

Impact du tabac sur la fonction pulmonaire : le tabagisme a un impact négatif sur la fonction pulmonaire, en premier lieu en diminuant l'épuration mucociliaire et en altérant la fonction des bronchioles (9). La consommation de cigarettes endommage les cils de l'épithélium bronchique et l'arbre trachéobronchique, entraînant une augmentation du mucus, l'obstruction des bronchioles et une réduction de la fonction ciliaire, et en conséquence un risque accru d'infections et de complications respiratoires (10). L'hypersécrétion de mucus conduit à une augmentation du volume des expectorations, qui peut se traduire par une détérioration du système de transport de l'oxygène, une inflammation des voies respiratoires et une augmentation des complications pulmonaires.

Le tabac entraîne une altération de la cicatrisation des plaies : le tabagisme peut altérer la guérison de la plaie postopératoire et favoriser sa réouverture (déhiscence) de diverses façons, notamment par : une hypoxie des tissus périphériques entraînant une nécrose de la peau ; une diminution de la réaction inflammatoire ; et un retard dans la réaction proliférative de

reconstruction cellulaire et une réduction de la synthèse de collagène. L'augmentation du stress oxydatif inhibe les mécanismes d'action des neutrophiles, ce qui ralentit le processus de cicatrisation de la plaie et réduit la capacité de l'organisme à lutter contre les infections bactériennes (11). Le tabagisme altère aussi la production de cytokines pro- et anti-inflammatoires responsables de la régulation de la fonction immunitaire au sein de l'organisme, ce qui peut être un facteur de risque prédisposant aux infections dans la phase postopératoire.

Le tabac entraîne également une altération de la consolidation osseuse. Le tabagisme peut aussi avoir des effets délétères sur la cicatrisation osseuse de plusieurs façons, via l'hypoxie accrue des tissus, la vasoconstriction engendrée par la nicotine et l'altération directe de l'activité des ostéoblastes et de la synthèse du collagène induite par la fumée du tabac, une revue systématique ayant identifié le tabagisme comme l'un des 10 premiers facteurs de risque de non-union des fractures des os longs.

Le lien entre le tabagisme et la présence de complications postchirurgicales a été bien étudié. Globalement, 28 revues systématiques publiées depuis 2004 ont été recensées, examinant l'impact du tabagisme sur une série d'issues postchirurgicales. Toutes les revues constatent que le tabagisme, même lorsque le fumeur arrête de fumer avant l'intervention chirurgicale, est associé de manière significative à au moins une issue postchirurgicale défavorable, par comparaison aux résultats pour les non-fumeurs. Une revue menée en 2014 (12) de 107 études observationnelles a constaté une association positive entre le statut tabagique avant l'opération et un certain nombre de complications postopératoires (dans les 30 jours suivant l'intervention). Les risques relatifs (ajustés pour neutraliser les facteurs parasites) de complications chirurgicales/au cours de l'opération ou postopératoires étaient significativement plus élevés chez les fumeurs dans les cas de : morbidité générale/ complications globales, complications liées à la plaie, infections générales, complications pulmonaires ; complications neurologiques ; et admission dans une unité de soins intensifs après la chirurgie. Pour la cicatrisation des plaies en particulier, une revue de 140 études de

cohorte auxquelles ont participé 479 150 patients a permis de constater que pour les fumeurs, les rapports de cotes ajustés (odd ratios) étaient significativement plus élevés pour le retard dans la cicatrisation et la déhiscence, l'infection de la plaie chirurgicale, les complications de la cicatrisation de la plaie en cas de hernie, et l'absence de guérison des fistules ou de consolidation osseuse par comparaison aux non-fumeurs.

Ces constatations de risque accru de complications postchirurgicales sont conformes à celles d'autres revues qui incluent des patients venant de toutes les spécialités chirurgicales (13,14,15), ainsi qu'à celles de revues qui incluent uniquement des patients subissant une intervention chirurgicale spécifique, notamment dans les cas suivants : hanche et genou, intervention liée à la maladie de Crohn, pontage des extrémités inférieures, chirurgie parodontale, chirurgie du rachis, chirurgie de la hernie inguinale et arthroplastie de la hanche. Le risque de retard dans la cicatrisation des plaies est aussi accru en chirurgie esthétique et en chirurgie bariatrique.

Une revue d'essais contrôlés randomisés a montré que les interventions visant à augmenter le sevrage tabagique peuvent réduire de manière significative l'incidence de toute complication postchirurgicale, les infections de la plaie chirurgicale, et la morbidité postopératoire jusqu'à six mois après le suivi (16).

Les données factuelles issues des revues systématiques des études observationnelles montrent un risque notablement accru de complications postopératoires chez les fumeurs pour tous les types de chirurgie, ainsi que pour des sites opératoires spécifiques, notamment : hanche et genou, résection intestinale et chirurgie du rachis. L'association entre l'arrêt du tabagisme environ 3 à 4 semaines avant l'intervention chirurgicale et la réduction des complications opératoires a aussi régulièrement été signalée dans les revues systématiques des essais contrôlés randomisés.

Un sevrage tabagique peu de temps avant une intervention est-il associé à des risques accrus ? Tandis qu'il existe un consensus général sur le fait que le sevrage tabagique avant une intervention chirurgicale peut améliorer l'issue de celle-ci, le moment optimal pour l'arrêt du tabac a donné lieu à controverse. Les données issues de revues systématiques d'études observationnelles ne mettent toutefois en évidence aucune augmentation dans les issues défavorables chez les patients qui ont cessé de fumer moins de huit semaines avant l'intervention chirurgicale, entre deux et quatre semaines et moins de deux semaines avant la chirurgie, par comparaison aux personnes qui continuent à fumer.

Des périodes d'abstinence plus longues (>4 semaines) sont toutefois systématiquement associées à de meilleures issues postchirurgicales (17), une étude indiquant que chaque semaine supplémentaire d'arrêt se traduit par une amélioration de 19 % en termes de réduction de la morbidité postopératoire.

Compte tenu des avantages de l'arrêt du tabagisme pour la réduction des issues défavorables liées à la chirurgie, la période préchirurgicale représente une occasion essentielle pour les interventions visant à réduire le tabagisme et les complications apparentées.

Il a été recensé neuf revues systématiques examinant les interventions visant à réduire le tabagisme chez les patients subissant une intervention chirurgicale. Parmi celles-ci, une revue systématique Cochrane, publiée en 2014, a identifié 13 essais contrôlés randomisés examinant les interventions visant à réduire le tabagisme dans la période préchirurgicale. À la fois les interventions comportementales de faible intensité et de forte intensité se sont révélées efficaces pour réduire le tabagisme immédiatement après l'intervention. Seules les deux interventions de forte intensité, qui incluaient des contacts hebdomadaires, étaient efficaces pour réduire les taux de tabagisme à 12 mois de suivi, avec une réduction correspondante des complications postopératoires. Une revue narrative de l'efficacité des traitements nicotiques de substitution (TNS) dans la période préopératoire a constaté que les données indiquant un

éventuel risque accru de complications de type cardiovasculaire ou liées à la cicatrisation de la plaie chirurgicale étaient limitées (18).

Conformément aux études menées auprès de populations hospitalisées (19) et non hospitalisées (20), un petit nombre d'études suggèrent que des interventions comportementales de forte intensité, avec des contacts hebdomadaires individuels ou par téléphone, l'offre de TNS et l'orientation vers une ligne téléphonique de soutien au sevrage tabagique, menées au moins quatre semaines avant l'opération, sont efficaces pour réduire le tabagisme et les complications postopératoires chez les patients devant subir une intervention chirurgicale.

Bien qu'un nombre relativement important de patients souhaitent arrêter de fumer, et que les actes chirurgicaux programmés offrent une occasion potentiellement instructive d'aider les fumeurs à arrêter à long terme, les patients sont souvent peu informés des avantages du sevrage tabagique sur les issues chirurgicales et connaissent mal les ressources disponibles pour les aider à cesser de fumer. Les chirurgiens et les anesthésistes pourraient jouer un rôle dans la prise en charge de leurs patients en vue d'un sevrage tabagique avant l'intervention chirurgicale. Certes, leur capacité à offrir des interventions comportementales de forte intensité est sans doute limitée, mais le personnel chirurgical peut jouer un rôle actif en identifiant les fumeurs et en évaluant leur volonté de cesser de fumer, en les informant sur les incidences potentielles de la poursuite du tabagisme sur les issues chirurgicales, en les incitant à débiter un traitement nicotinique de substitution et en les orientant vers les services de sevrage.

Les services périopératoires ont un rôle majeur à jouer en soutenant leurs patients dans l'arrêt du tabac. Toutefois, la participation d'autres membres du personnel hospitalier, des médecins généralistes et des ressources communautaires peut contribuer à aider ces services en garantissant qu'une intervention globale et individualisée en vue du sevrage tabagique soit mise au point avant une opération planifiée. L'introduction de politiques non-fumeurs à l'hôpital, telles que celles qui sont préconisées par la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la

santé (OMS) pour la lutte antitabac, est essentielle pour faciliter les efforts visant à réduire le tabagisme chez les patients avant l'opération. Il convient que ces politiques soient accompagnées par la fourniture de soins de sevrage en hôpital (sous la forme de brefs conseils et de la fourniture de TNS dans les unités pré- et postopératoires) ainsi que de soins de sevrage en ambulatoire (sous la forme de lignes téléphoniques d'aide au sevrage et d'orientations actives vers les médecins généralistes pour conseils et/ou TNS ou pharmacothérapie non-TNS). Les mécanismes visant à faciliter l'orientation active vers les ressources en matière de sevrage doivent être mis en œuvre dans le cadre des soins chirurgicaux systématiques afin de garantir des issues optimales pour les patients qui subissent une intervention chirurgicale.

MATERIEL et METHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative observationnelle de la pratique des médecins anesthésistes réanimateurs concernant le repérage, l'accompagnement et la prise en charge du tabagisme en péri-opératoire.

II. Population cible

Cette étude a été menée auprès de tous les anesthésistes des départements du Nord Pas-de-Calais.

III. Recueil des données

Un questionnaire anonyme a été diffusé par mail, il a été créé en ligne grâce au logiciel Google Form.

IV. Traitement des données

L'informatisation et l'analyse statistique ont été réalisées via Google Form.

IV. Contenu du questionnaire

Question 1

Quelle est votre tranche d'âge ?

25 - 35 ans

35 - 45 ans

45 - 55 ans

55 - 65 ans

Question 2

Quel est votre sexe ?

Féminin

Masculin

Question 3

Quelle est votre situation professionnelle ?

Interne

Dispositif post internat (CCA, assistant)

Praticien titulaire

Question 4

Dans quel type d'établissement exercez-vous ?

Centre Hospitalier Universitaire

Centre Hospitalier Régional

Autre...

Question 5

Êtes-vous fumeur ?

Oui

Non

Question 6

Si vous êtes fumeur, à combien de cigarettes estimez-vous votre consommation ?

1 à 5 cigarettes par jour

5 à 10 cigarettes par jour

Plus de 10 cigarettes par jour

Question 7

Si vous êtes fumeur, envisagez-vous d'arrêter votre consommation prochainement ?

Oui

Non

Question 8

Si vous souhaitez arrêter de fumer, envisagez-vous de consulter un tabacologue ?

Oui

Non

Question 9

Évaluez-vous la consommation de tabac de vos patients lors des consultations pré-anesthésiques ?

Oui

Non

Question 10

Proposez-vous un arrêt du tabac à vos patients en consultation pré-anesthésique ?

Oui

Non

Question 11

Prescrivez-vous une aide médicamenteuse pour le sevrage à vos patients lors des consultations pré-anesthésiques ?

Oui, des dispositifs trans dermiques à base de nicotine

Oui, des gommes à mâcher à base de nicotine

Oui, des comprimés à sucer à base de nicotine

Oui, des comprimés sublinguaux à base de nicotine

Oui, un médicament autre qu'un substitut nicotinique

Oui, une association de substituts nicotiniques

Non

Question 12

Si vous prescrivez un médicament, quel est votre critère pour choisir la posologie ?

Réponse courte
.....

Question 13

Proposez-vous un suivi pour l'arrêt du tabac à votre patient en consultation pré-anesthésique ?

Oui

Non

Question 14

Si vous proposez un suivi, vers quel type de professionnel orientez-vous votre patient ?

Médecin généraliste

Médecin hospitalier spécialisé en addictologie

Infirmière tabacologue

Autre...

Question 15

Si la réponse est non aux 5 questions précédentes, quels sont les éléments qui vous empêchent d'aborder la question du sevrage avec votre patient ?

Réponse longue

Question 16

Selon vous, quelles sont les complications que le tabac peut entraîner en post opératoire ?

Une majoration du risque d'accidents cardio-vasculaires

Une majoration du risque d'infection pulmonaire

Une mauvaise cicatrisation

Une majoration des infections de site opératoire

Question 17

Selon vous, combien de semaines avant la chirurgie le patient doit-il arrêter de fumer pour diminuer totalement le risque de complications liées au tabac ?

1 à 2 semaines

3 à 4 semaines

4 à 6 semaines

8 semaines

Question 18

Est ce que le fait qu'un patient fume juste avant une intervention doit entraîner le report de la chirurgie ?

Oui

Non

Question 19

Les locaux dans lesquels vous consultez bénéficient-ils d'affiches ou de documentations liées à la prévention contre le tabagisme ?

Oui

Non

Question 20

Connaissez-vous le site tabac info-service ?

Oui

Non

Question 21

Si vous connaissez ce site, pensez-vous qu'il pourrait aider au sevrage tabagique ?

Oui

Non

Question 22

Avez-vous rapidement accès en consultation au numéro d'une équipe de tabacologie (dédiée, ou consultation d'addictologie) au sein de votre établissement pouvant prendre en charge votre patient ?

Oui

Non

RESULTATS

I. Taux de réponse

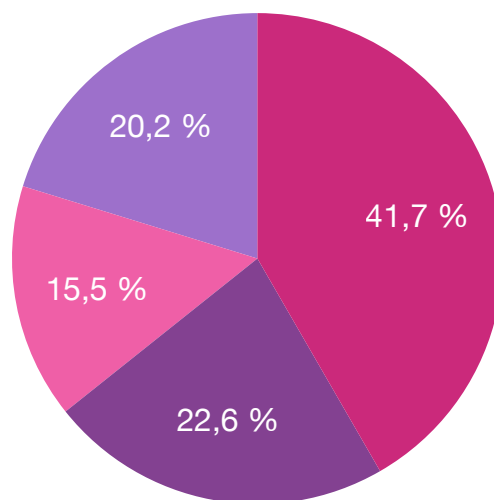
Le questionnaire a été transmis aux 663 anesthésistes-réanimateurs des départements du Nord et du Pas de Calais. Le nombre de réponses obtenues est de 85, soit un taux de réponse de 12,8%.

II. Caractéristiques des médecins anesthésistes réanimateurs

Question 1 : quelle est votre tranche d'âge ?

● 25 - 35 ans ● 35 - 45 ans ● 45 - 55 ans
● 55 - 65 ans

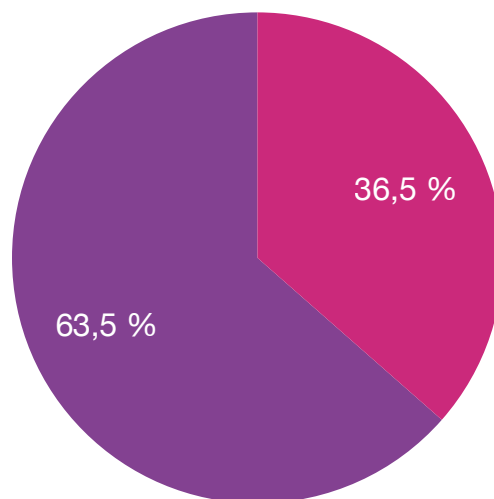
	Nombre : 84	Pourcentage
25 - 35 ans	33	41,7 %
35 - 45 ans	19	22,6 %
45 - 55 ans	13	15,5 %
55 - 65 ans	17	20,2 %



Question 2 : quel est votre sexe ?

● Feminin ● Masculin

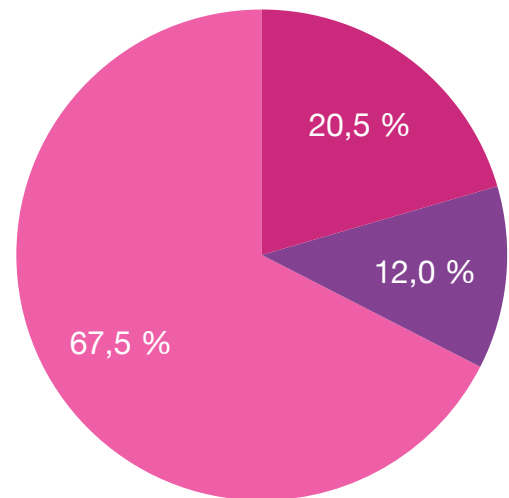
	Nombre : 83	Pourcentage
Feminin	31	36,5
Masculin	54	63,5



Question 3 : quelle est votre situation professionnelle ?

- Interne
- Post Internat (chef de clinique, assistant)
- Praticien titulaire

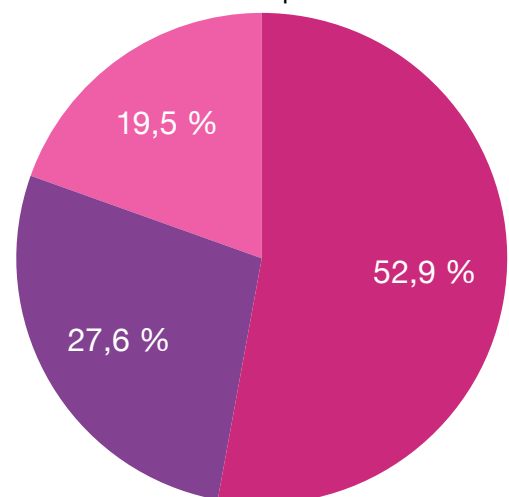
	Nombre : 84	Pourcentage
Interne	17	20,5
Post internat (chef de clinique, assistant)	10	12
Praticien titulaire	57	67,5



Question 4 : dans quel type d'établissement exercez-vous ?

- Centre Hospitalier Universitaire
- Centre Hospitalier
- Etablissements privés

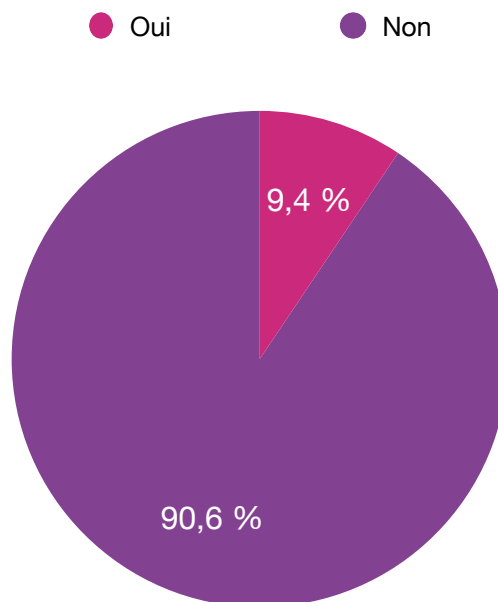
	Nombre : 87	Pourcentage
CHU	46	52,9
CH	24	27,6
Etablissement Privé	17	19,5



Les autres types d'établissements recensés sont des établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) ou des établissements privés.

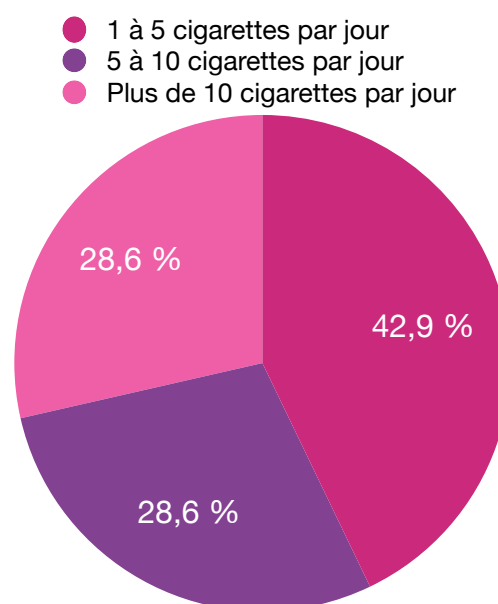
Question 5 : êtes-vous fumeur ?

	Nombre : 85	Pourcentage
Oui	8	9,4 %
Non	77	90,6 %



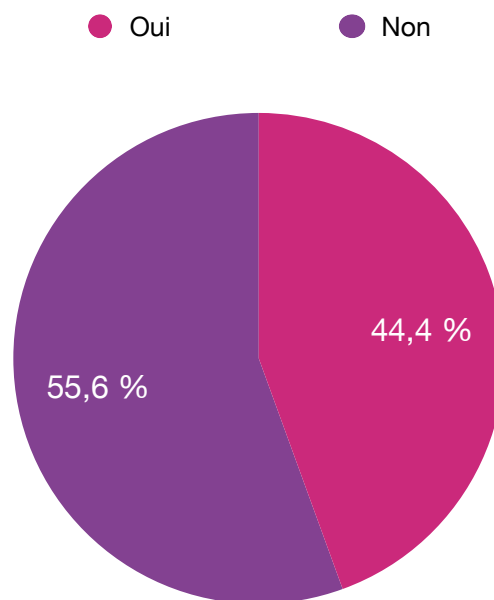
Question 6 : si vous êtes fumeur, à combien de cigarettes estimez-vous votre consommation ?

	Nombre : 7	Pourcentage
1 à 5 cigarettes par jour	3	42,9 %
5 à 10 cigarettes par jour	2	28,6 %
Plus de 10 cigarettes par jour	2	28,6 %



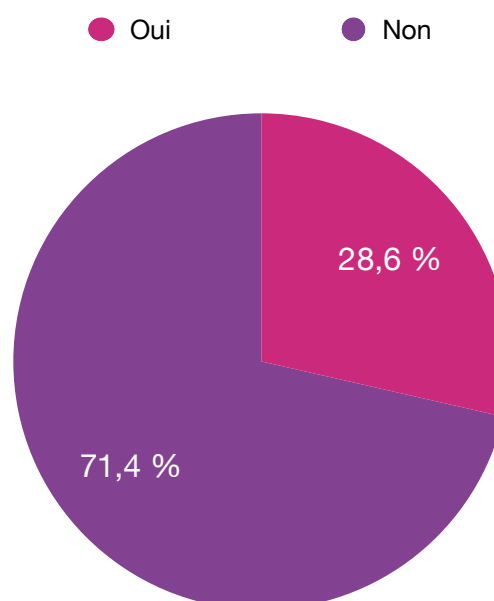
Question 7 : si vous êtes fumeurs, envisagez-vous d'arrêter votre consommation prochainement ?

	Nombre : 9	Pourcentage
Oui	4	44,4 %
Non	5	55,6 %



Question 8 : si vous souhaitez arrêter de fumer, envisagez-vous de consulter un tabacologue ?

	Nombre : 7	Pourcentage
Oui	2	28,6 %
Non	5	71,4 %

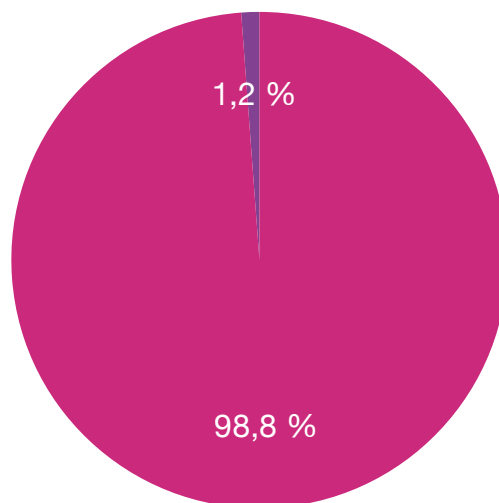


III. Pratiques des anesthésistes-réanimateurs concernant le tabagisme en péri-opératoire

Question 9 : évaluez-vous la consommation de tabac de vos patients lors des consultations anesthésiques ?

● Oui ● Non

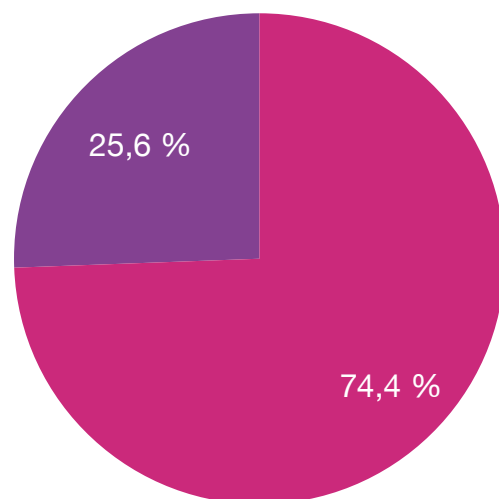
	Nombre : 85	Pourcentage
Oui	84	98,8 %
Non	1	1,2 %



Question 10 : proposez-vous un arrêt du tabac à vos patients en consultations pré-anesthésique ?

● Oui ● Non

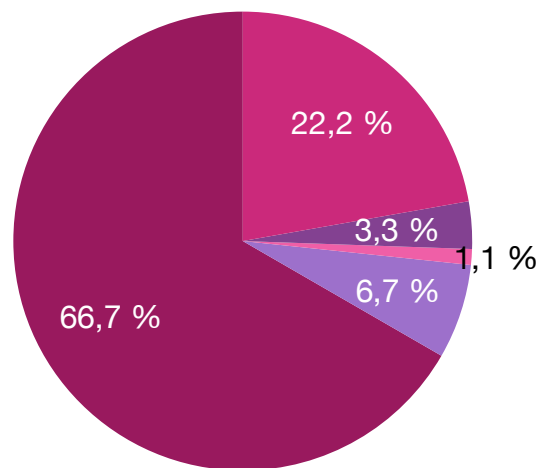
	Nombre : 86	Pourcentage
Oui	64	74,4 %
Non	22	25,6 %



Question 11 : prescrivez-vous une aide médicamenteuse pour le sevrage à vos patients lors des consultations pré-anesthésiques ?

- Oui, des dispositifs trans dermiques
- Oui, des gommes à mâcher à base de nicotine
- Oui, des comprimés sublinguaux à base de nicotine
- Oui, une association de substituts nicotiques
- Non

	Nombre : 90	Pourcentage
Dispositifs trans dermiques	20	22,2 %
Gommes à mâcher	3	3,3 %
Comprimés à sucer	0	0 %
Comprimés sublinguaux	1	1,1 %
Médicament autre qu'un TNS	0	0 %
Association de TNS	6	6,7 %
Aucune prescription	60	66,7 %



Question 12 : si vous prescrivez un médicament, quel est votre critère pour choisir la posologie ?

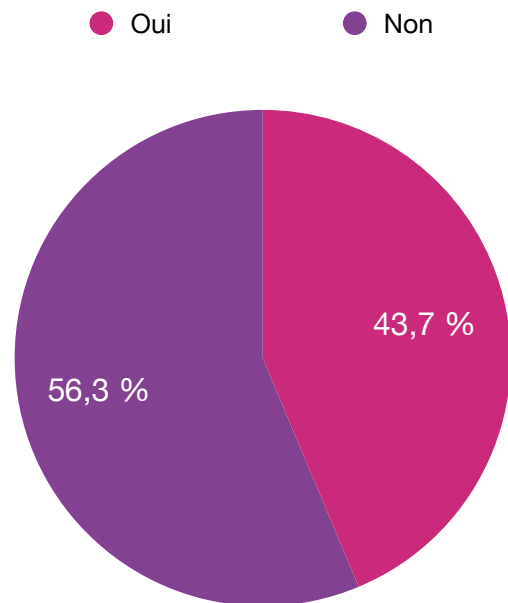
24 réponses avec comme critère principal la quantité de tabac consommée par le patient.

Les autres réponses données en minorité sont :

- Questionnaire de Fagerstrom
- Délai entre le réveil et la consommation de la première cigarette
- Volonté d'arrêt du patient.

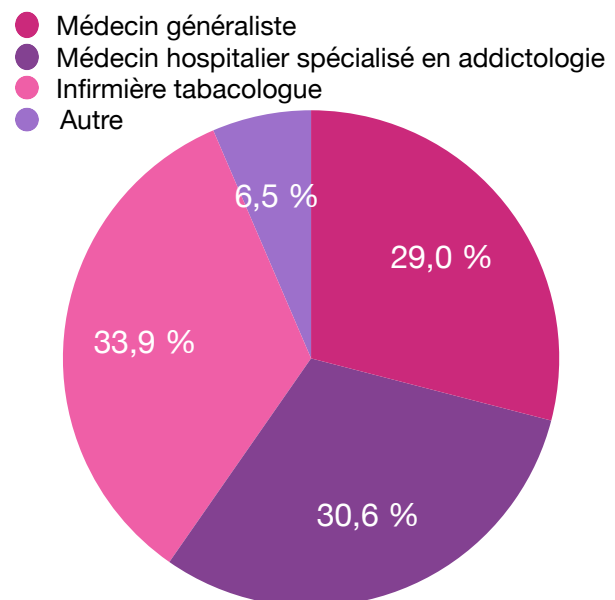
Question 13 : proposez-vous un suivi pour l'arrêt du tabac à votre patient en consultation pré-anesthésique ?

	Nombre : 83	Pourcentage
Oui	38	43,7 %
Non	45	56,3 %



Question 14 : si vous proposez un suivi, vers quel type de professionnel orientez-vous votre patient ?

	Nombre : 64	Pourcentage
Médecin généraliste	18	29 %
Addictologue	19	30,6 %
Infirmière tabacologue	21	33,9 %
Autre	4	6,5 %



Détail des autres réponses : filière du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille, infirmière de réhabilitation améliorée après chirurgie, tabac info service, hypnothérapeute.

Question 15 : si la réponse est non aux 5 questions précédentes, quels sont les éléments qui vous empêchent d'aborder la question du sevrage avec votre patient ?

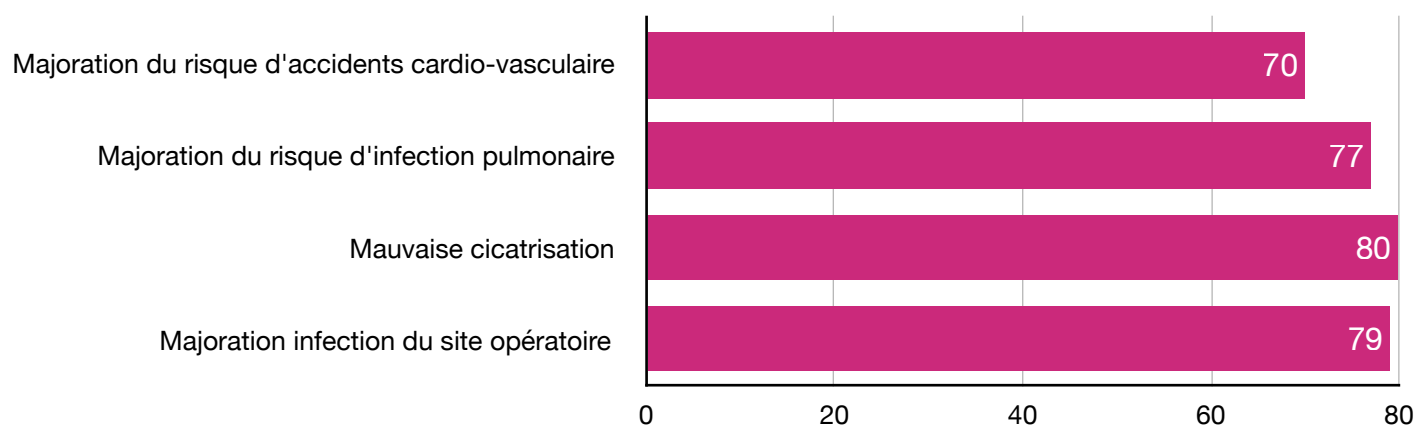
Sur 28 réponses le principal élément qui ressort est le manque de temps (16 réponses soit 57,1% des réponses). Les autres éléments évoqués sont :

- Le manque d'information sur les options thérapeutiques
- Le sevrage est un travail à initier par le médecin traitant
- Le sevrage ne correspond pas à l'objectif d'une consultation pré-anesthésique
- Le délai est trop court entre la consultation pré-anesthésique et la date d'intervention
- Il n'est pas la peine d'aborder le sujet si le patient n'est pas motivé au risque d'adopter une position moralisatrice.

IV. Complications chirurgicales liées au tabac

Question 16 : selon vous, quelles sont les complications que le tabac peut entraîner en post-opératoire ?

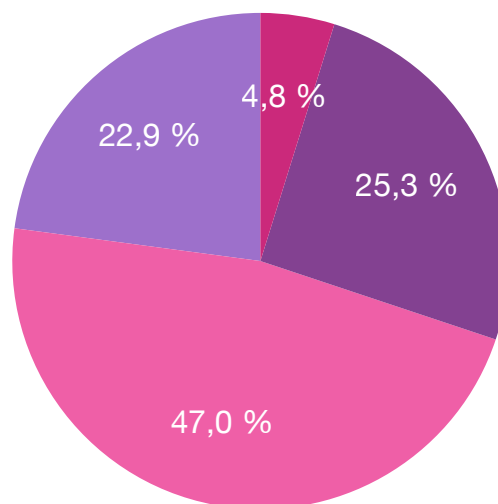
Nombre de réponses : 85.



Question 17 : selon vous, combien de semaines avant la chirurgie le patient doit-il arrêter de fumer pour diminuer totalement le risque de complications liées au tabac ?

● 1 à 2 semaines ● 3 à 4 semaines
● 4 à 6 semaines ● 8 semaines

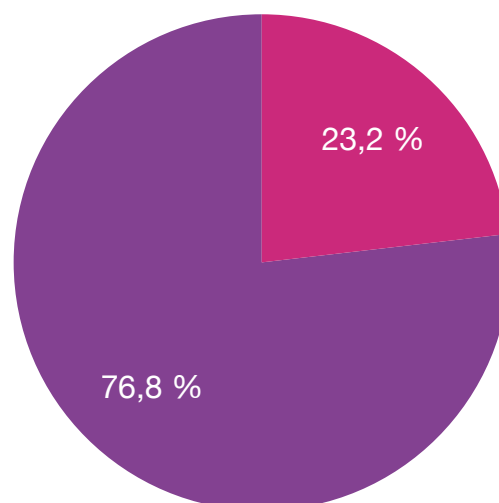
	Nombre : 84	Pourcentage
1 à 2 semaines	4	4,8 %
3 à 4 semaines	21	25,3 %
4 à 6 semaines	40	47 %
8 semaines	19	22,9 %



Question 18 : est ce que le fait qu'un patient fume juste avant une intervention doit entraîner le report de la chirurgie ?

● Oui ● Non

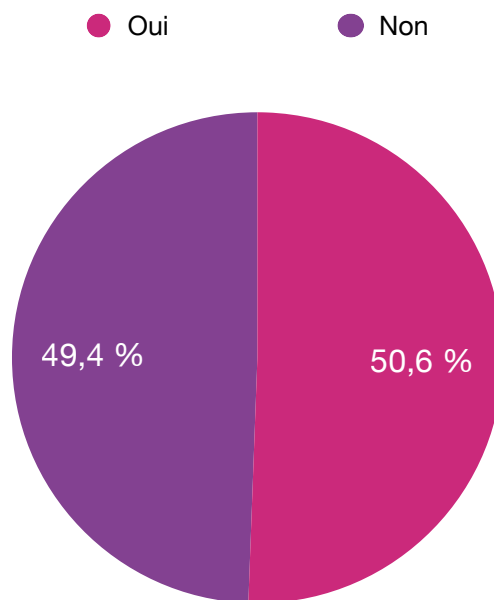
	Nombre : 82	Pourcentage
Oui	19	23,2 %
Non	63	76,8 %



V. Prévention

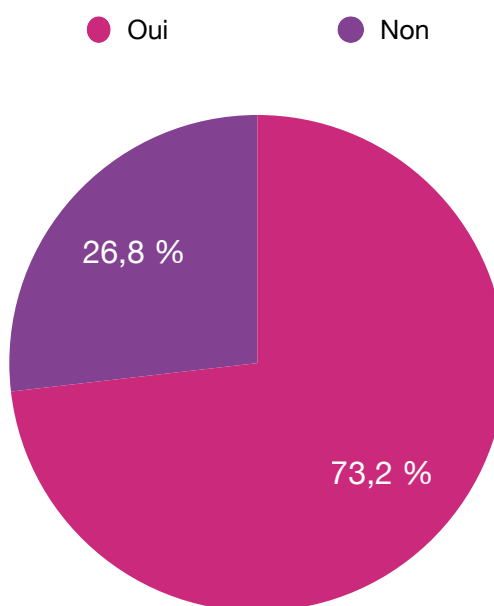
Question 19 : les locaux dans lesquels vous consultez bénéficient-ils d'affiches ou de documentations liées à la prévention contre le tabagisme ?

	Nombre : 85	Pourcentage
Oui	43	50,6 %
Non	42	49,4 %



Question 20 : connaissez-vous le site Tabac Info Service ?

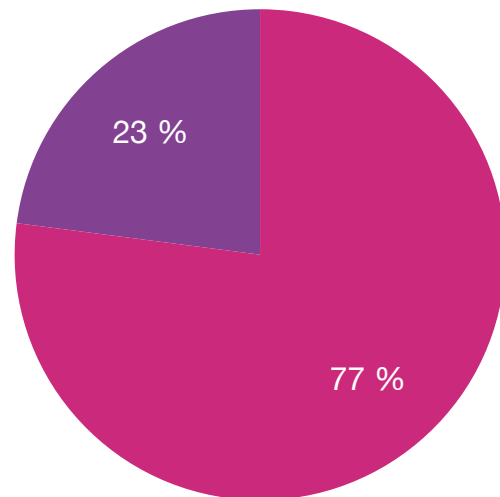
	Nombre : 82	Pourcentage
Oui	60	73,2 %
Non	22	26,8 %



Question 21: si vous connaissez ce site, pensez-vous qu'il pourrait aider au sevrage tabagique

● Oui ● Non

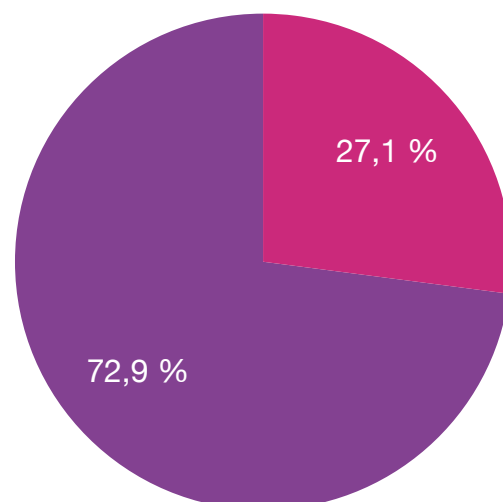
	Nombre : 61	Pourcentage
Oui	47	77 %
Non	14	23 %



Question 22 : avez-vous rapidement accès en consultation pré-anesthésique au numéro d'une équipe de tabacologie (dédiée ou consultation d'addictologie) au sein de votre établissement pouvant prendre en charge votre patient ?

● Oui ● Non

	Nombre : 85	Pourcentage
Oui	23	27,1 %
Non	62	72,9 %



DISCUSSION

L'objectif principal de cette enquête était donc de déterminer si les pratiques des anesthésistes-réanimateurs des départements du Nord et du Pas de Calais concernant le tabagisme en péri-opératoire sont en accord avec les recommandations formulées par les sociétés savantes.

Nous pouvons séparer la recommandation de la SFAR en trois grands axes, repérage de la consommation, conseil minimal d'arrêt du tabac et prescription d'une aide médicamenteuse au sevrage. Pour ce qui est du repérage, celui-ci est effectué par presque tous les praticiens ayant répondu à cette étude (98,8%). Pour ce qui est du conseil minimal, on constate déjà une diminution de la proportion des praticiens donnant le conseil minimal en consultation (74,4%). Enfin pour la prescription d'aide médicamenteuse au sevrage, elle est effectuée par seulement 32,3% des praticiens ayant répondu à cette enquête. Nous constatons donc que malgré la recommandation éditée par la SFAR, de nombreux progrès restent à effectuer concernant la gestion, l'accompagnement et la prise en charge du tabagisme en péri-opératoire.

Un autre point d'intérêt abordé dans la recommandation de la HAS concernant particulièrement la situation du péri-opératoire est le suivi du patient. En effet, il est recommandé d'adresser le patient auprès de son médecin traitant principalement pour poursuivre le sevrage si celui-ci est débuté au cours du parcours chirurgical. On constate dans nos résultats que plus de la moitié des praticiens (56,3%) n'orientent pas le patient vers un professionnel pouvant poursuivre le sevrage tabagique.

Plusieurs raisons sont invoquées pour justifier l'absence de prise en charge du tabagisme du patient. Le principal motif ressortant dans nos résultats est le manque de temps (57,1% des réponses). Les autres motifs qui sont ensuite évoqués sont surtout le manque de connaissances concernant les traitements de substitution nicotiques, le délai trop court entre la consultation d'anesthésie et la chirurgie, et le fait que le sevrage tabagique n'est pas une problématique à gérer par l'anesthésiste-réanimateur.

Pour ce qui est des conséquences du tabagisme sur la chirurgie, celles-ci semblent être majoritairement connues par les praticiens ayant participé à cette étude. Il en est de même pour le délai idéal de sevrage du tabac avant la chirurgie.

Notre étude permet une évaluation des connaissances des anesthésistes-réanimateurs des départements du Nord et du Pas-de-Calais concernant la gestion du tabagisme en péri opératoire. C'est à notre connaissance la première étude effectuée sur ce sujet dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. S'inscrivant dans le Plan Régional de Réduction du Tabagisme, cette étude est un point de départ pour permettre l'amélioration des pratiques des anesthésistes réanimateurs exerçant dans ces deux départements. En effet, après avoir expérimenté au sein de la clinique d'Anesthésie Réanimation de l'Hôpital Claude Huriez, la volonté de l'ARS serait d'étendre ces pratiques au reste de la région Hauts-de-France, pour ce faire, des échanges sont en cours avec le CHU d'Amiens.

Concernant les limites de cette étude on peut déplorer un faible taux de réponse puisque celui-ci est de seulement 12,8%. Ce faible taux de réponse peut entraîner un biais dans nos résultats avec le risque que les praticiens ayant répondu en priorité sont ceux qui se sentent le plus concernés par ce sujet et donc ont peut être de meilleures connaissances concernant la gestion du tabagisme en périopératoire. Le caractère déclaratif de l'enquête entraîne probablement un biais à type de surestimation des bonnes pratiques.

Nous allons maintenant nous intéresser plus en détail à deux études permettant d'appuyer nos résultats.

La première est une étude américaine intitulée « Anesthesiologists, General Surgeons, and Tobacco Interventions in the Perioperative Period » (21) publiée en décembre 2004 dans la revue *Anesthesia and Analgesia*. Cette étude interroge les pratiques des chirurgiens et anesthésistes américains sur la gestion du tabagisme en périopératoire. Il s'agit d'une étude effectuée également via un questionnaire envoyé à un échantillon de 1000 chirurgiens et 1000 anesthésistes. Le taux de réponse était de 30%. Il est intéressant de voir que dans cette étude

90% des anesthésistes interrogent les patients sur leur consommation de tabac mais uniquement 30% leur conseillent d'arrêter et très peu leur proposent une aide ou un suivi pour l'arrêt du tabac. On observe donc une tendance similaire aux résultats de notre étude avec une gestion de la problématique du tabagisme périopératoire qui s'arrête au repérage pour la plupart des praticiens. Les autres constats intéressants faits dans cette étude sont que peu d'anesthésistes pensent qu'il s'agit de leur rôle d'intervenir pour aider le patient à se sevrer du tabac. Ensuite dans cet article peu d'anesthésistes pensent qu'une intervention est utile pour favoriser les chances de sevrage du patient en pré-opératoire. Enfin, comme dans notre étude, les facteurs évoqués comme obstacle à la prise en charge du tabagisme en périopératoire sont le manque de temps et l'absence de formation.

La seconde étude est une étude française intitulée « Prise en charge du tabagisme périopératoire : enquête de pratiques en région Lorraine » (22), publiée dans les Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation en février 2013. Un point intéressant qui ressort dans cette étude et qui n'a pas été abordé dans la notre est que 50% des praticiens seulement avaient connaissance de la conférence d'experts sur le tabagisme en périopératoire éditée par la SFAR (datant de 2005 à l'époque de l'article). Comme dans notre étude, les réponses aux questions sur les conséquences du tabagisme en périopératoire étaient correctes dans environ 80% des cas. Un autre point intéressant est que 31% des répondants considéraient que l'augmentation des sécrétions bronchiques justifiait de ne pas entreprendre un sevrage tabagique à moins de 5 semaines d'une intervention chirurgicale. Dans cette étude, comme dans notre étude, la quasi-totalité des praticiens jugeait que la consommation de tabac est une donnée qui doit apparaître dans le dossier du patient. Dans cette étude un questionnaire a également été remis aux patients lors de leur consultation pré-anesthésique, l'élément principal qui ressort est que seulement la moitié des patients ont reçu le conseil minimal d'arrêt du tabac lors de leur entrevue avec l'anesthésiste-réanimateur. Un autre résultat intéressant est que seulement 17% des patients déclarent avoir reçu une proposition d'aide au sevrage tabagique

lors de leur consultation pré anesthésique. Ceci conforte nos résultats avec une évaluation de la consommation tabagique du patient faite de manière systématique mais beaucoup moins de propositions d'arrêt et d'aide au sevrage prescrites lors de la consultation pré anesthésique.

Certains de nos résultats peuvent paraître surprenant au regard de la littérature. Tout d'abord même si la question de la consommation du tabac est majoritairement abordée en consultation d'après nos résultats, encore un quart des praticiens n'abordent pas l'arrêt du tabac avec leur patients. Il a été montré dans plusieurs études que l'intervention comportementale auprès du patient augmente les chances du patient d'arrêter à court terme (en association avec la prescription de substituts nicotiques), et donc diminue la morbidité post opératoire en lien avec la consommation de tabac. Même si les interventions multiples et rapprochées dans la période pré-opératoire semblent être celles qui rencontrent le plus de succès, il ne faut pas négliger l'occasion d'aborder le sevrage en consultation pré-anesthésique, peu importe le délai entre la consultation et la chirurgie (23).

Ensuite, on peut s'interroger sur le faible taux de praticiens prescrivant des traitements à base de substituts nicotiques lors de la consultation pré-anesthésique. La prescription de substituts nicotiques représente la pierre angulaire du sevrage tabagique, comme inscrit dans les recommandations de la HAS et de la SFAR. Selon les recommandations de la HAS, les substituts nicotiques sont un traitement de première intention dans le sevrage tabagique, qui augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 à 70%. Ils permettent de : soulager les symptômes du sevrage, réduire l'envie de fumer, prévenir les rechutes. De plus, il n'existe aucune crainte quant à l'utilisation des substituts nicotiques lors de la période périopératoire (24), ceux-ci sont sans danger et sont clairement préférables plutôt que la poursuite du tabagisme actif.

Un des arguments qui ressort comme frein à la prise en charge du tabagisme en péri-opératoire est le fait que certains praticiens pensent que ce n'est pas leur rôle d'aborder ce sujet avec le patient au moment de la consultation pré-anesthésique. Cependant, il a été montré que le fait de devoir subir une intervention chirurgicale qualifiée de majeure double les

chances d'arrêter de fumer. Aux Etats-Unis, environ une tentative d'arrêt fructueuse sur dix est liée à une chirurgie (25). La chirurgie est donc un moment clé pour le sevrage tabagique. En effet, il s'agit d'une période où le patient est amené à avoir un contact régulier avec le système de soins, et où il est plus prompt à modifier ses habitudes de vie. L'argument évoqué par certains anesthésistes-réanimateurs qu'il ne s'agit pas de leur rôle n'est donc plus recevable. Tous les professionnels de santé ont un rôle important à jouer lors de leur contact avec le patient pour la question du sevrage, d'autant plus lors de cette période péri-opératoire. Depuis le 1er janvier 2016, plusieurs catégories de professionnels de santé, en plus des médecins, peuvent prescrire des substituts nicotiniques : les infirmiers, les kinésithérapeutes, les sages-femmes, les chirurgiens dentistes et les médecins du travail.

Un autre argument évoqué comme frein au fait d'aborder le sevrage du tabac lors de la période péri-opératoire est le délai trop court entre la consultation pré-anesthésique et la chirurgie. Même si le délai optimal entre l'arrêt du tabac et la chirurgie est encore débattu, il semblerait qu'un arrêt entre 6 et 8 semaines avant la chirurgie soit l'idéal pour diminuer la majorité des complications chirurgicales liées aux conséquences du tabac, mais un arrêt 4 semaines avant une chirurgie à aussi des bénéfices notables (26). Il serait donc intéressant d'analyser la durée moyenne entre la date de la consultation d'anesthésie et la chirurgie pour optimiser au maximum ce délai. Un point important qu'il est nécessaire d'aborder est le fait qu'il a été démontré que l'arrêt du tabac, peu importe le délai avant la chirurgie, n'a aucune conséquence négative sur les complications postopératoires (27). En effet, il persistait encore jusqu'à il y a quelques années un doute sur le fait qu'arrêter le tabac dans un délai trop court par rapport à la chirurgie pouvait avoir des conséquences néfastes pour le patient. Plusieurs études ont prouvé le contraire, il paraît donc important de ne plus utiliser cet argument comme frein à l'arrêt du tabac même lorsque la chirurgie a lieu peu de temps après la consultation d'anesthésie. De plus, même un arrêt de 12-48 heures avant une intervention permet une baisse du CO circulant donc une meilleure oxygénation (28).

Concernant les conséquences du tabagisme sur la chirurgie, nous avons pu voir que celles-ci ont l'air d'être connues par la plupart des anesthésistes-réanimateurs ayant répondu à cette étude. On peut maintenant s'interroger sur la connaissance des patients concernant ces conséquences. En effet, les patients fumeurs sont pour la plupart informés sur les conséquences les plus connues liées au tabac, mais il est probable qu'une grande majorité d'entre eux ne soient pas au courant des conséquences spécifiques du tabagisme sur la période périopératoire (29). L'information du patient est une obligation légale, il semble donc important que ces conséquences connues par le praticien soient exposées au patient lors de la consultation pré-anesthésique. De plus, il semblerait qu'informer directement le patient des complications chirurgicales liées au tabac mais également des bénéfices du sevrage augmente les chances d'arrêt (30).

Les résultats de notre étude, comparés aux recommandations des sociétés savantes et avec la littérature nous amènent à penser qu'il y a des lacunes dans la formation des anesthésistes-réanimateurs concernant la gestion du tabagisme en péri-opératoire. On pourrait également penser qu'une procédure plus standardisée pourrait favoriser la prise en charge du tabagisme en péri-opératoire, avec un gain de temps pour les anesthésistes réanimateurs et également un gain de chance pour les patients.

Plusieurs études sur ce sujet ont été menées lors des dernières années. La première est intitulée « Feasibility of tobacco interventions in anesthesiology practices : a pilot study » (31), cette étude menée aux Etats-Unis a été publiée dans *Anesthesiology* en 2009. Dans cette étude, 14 services d'anesthésie ont reçu des formations ainsi que de la documentation concernant la gestion du tabagisme en péri-opératoire selon la méthode préconisée par la société américaine d'anesthésie qui est basée sur trois axes principaux et que l'on pourrait traduire par Interroger (interroger le patient sur sa consommation de tabac), Conseiller (donner le conseil minimal d'arrêt) et Adresser (adresser le patient vers un praticien compétent pour démarrer le sevrage ou vers une ligne d'aide téléphonique). Trois mois après cette formation,

les différents participants ont reçu un questionnaire leur permettant d'évaluer leurs pratiques. Les résultats sont les suivants : 74% des répondants ont déclarés qu'ils allaient intégrer cette stratégie en trois axes dans leur pratique quotidienne ; 91% des praticiens interrogent leurs patients sur leur consommation, 79% donnent le conseil minimal et 58% adressent le patient pour qu'il puisse être suivi pour son sevrage. Même si les résultats montrent qu'il existe encore une marge de progression, cette étude est encourageante quant à la possibilité d'appliquer une stratégie simple pour la gestion du tabagisme en péri-opératoire, à condition d'apporter une formation suffisante aux praticiens.

Un autre exemple de faisabilité quant à la standardisation de la prise en charge du tabagisme en péri-opératoire est un article s'intitulant « Evaluation of a pilot perioperative smoking cessation program : a pre-post study » (32) publié en mai 2019 dans Journal of Surgical Research. Dans cette étude, les chirurgiens d'une clinique américaine ont bénéficié d'une formation sur la gestion du tabagisme en péri-opératoire. Ils devaient ensuite lors de leurs consultations encourager le patient à arrêter, les orienter vers une personne avec qui poursuivre le suivi pour le sevrage tabagique et prescrire des substituts nicotiques. Bien que l'adoption de ce programme n'ait pas permis une augmentation de la prescription de substituts nicotiques, ce programme a permis une augmentation du nombre de patients adressés à d'autres praticiens pour la poursuite du sevrage et il a permis une augmentation de l'abstinence à 30 jours après la chirurgie. Cette étude est donc un autre exemple de programme relativement simple à instaurer dans la pratique clinique quotidienne.

D'autres méthodes ont été testées, avec par exemple des programmes pensés pour les patients de chirurgie ambulatoire ayant permis d'augmenter le nombre de patients non fumeurs après une intervention brève (33) ou l'envoi de substituts nicotiques par la poste combiné avec des entretiens téléphoniques pour encourager le sevrage (34) qui a également permis d'augmenter le nombre de patients sevrés du tabac au moment de la chirurgie.

C'est donc dans le cadre du P2RT et de la mission Lieux de Santé sans Tabac que nous avons pu travailler avec l'association Hauts de France Addiction afin de proposer des pistes d'amélioration concernant la gestion du tabagisme en péri-opératoire au sein de la clinique d'anesthésie réanimation de l'Hôpital Claude Huriez au CHRU de Lille. Après plusieurs entrevues, il a été décidé de créer plusieurs contenus à destination des patients et des praticiens exerçant au sein du service. Tous ces éléments sont à consulter dans l'annexe.

Tout d'abord, différentes affiches informant directement le patient des conséquences du tabagisme sur la chirurgie ont été créées. Celles-ci vont être placées dans les couloirs et les salles de consultations d'anesthésie, elles répondent à un besoin essentiel qui est d'informer le patient sur les conséquences néfastes du tabagisme en périopératoire. Les messages passés sur ces affiches se veulent positifs et n'ont pas pour but de moraliser les patients.

Ensuite, nous avons élaboré un livret à destination des patients qui se rendent en consultation pré-anesthésique. Celui-ci est composé de trois éléments principaux. Premièrement, un flyer expliquant les différentes aides médicamenteuses pour le sevrage tabagique. Deuxièmement, un flyer qui explique les bénéfices de l'arrêt du tabac avant une chirurgie, permettant donc d'informer une nouvelle fois le patient sur l'importance du sevrage dans cette période périopératoire. Enfin un questionnaire permettant d'évaluer la consommation de tabac du patient. Ce questionnaire a été rédigé en langage FALC qui signifie facile à lire et à comprendre, afin qu'il puisse être complété par le maximum de personnes. Il servira donc d'élément permettant à l'anesthésiste-réanimateur d'engager la discussion sur le sevrage tabagique du patient.

Enfin un livret à destination des anesthésistes-réanimateurs a été rédigé. Il se trouvera dans chaque salle de consultation. Celui-ci est également composé de plusieurs éléments. Premièrement, on y retrouve le flyer concernant les différentes aides médicamenteuses pour le sevrage tabagique. Ensuite on y trouve un guide à la prescription de substituts nicotiques, celui-ci est composé d'une fiche d'aide permettant d'évaluer la motivation et la dépendance du

patient, d'une fiche permettant de déterminer la posologie idéale en substituts nicotiques, d'un bref rappel concernant l'efficacité des traitements de substitution nicotinique et enfin d'une ordonnance pré-remplie. Cette ordonnance, qui sera également intégrée dans le logiciel de consultation pré-anesthésique avec l'identité du patient inscrite de manière automatique, a pour but de simplifier la prescription pour faire gagner du temps au praticien. Les éléments principaux de ce guide de prescription ont été résumés sur une carte de petit format et facile à transporter afin de pouvoir la conserver dans une blouse avec notamment les éléments clés pour un sevrage adapté. Le dernier élément de ce livret est un courrier type à l'attention du médecin traitant, permettant ainsi de faire la liaison pour que celui-ci poursuive la prise en charge du sevrage du patient.

Avant de déployer ces différents éléments, les anesthésistes-réanimateurs exerçant au sein de la clinique d'anesthésie réanimation de l'hôpital Claude Huriez ont été conviés à une formation concernant le sevrage tabagique et notamment la prescription des traitements de substituts nicotiques. Les deux premières sessions de formations se sont déroulées le 4 et 11 mai 2023. Un questionnaire a été distribué à la fin. Celui-ci retrouve une grande satisfaction quant à la qualité de la formation. Les praticiens y ayant assisté estiment avoir pu actualiser leurs connaissances sur le tabagisme, savoir identifier les différents types de dépendance et mettre en place des traitements de substitution nicotinique. L'élément important qui ressort de ce questionnaire est que les praticiens se sentent prêts à appliquer dans leur pratique quotidienne les compétences qui ont été acquises lors de cette formation.

Grâce à ce projet qui permet de sensibiliser les patients mais aussi les anesthésistes réanimateurs, nous espérons donc augmenter le nombre de patients entamant un sevrage tabagique lors de la période périopératoire, et in fine diminuer le nombre de complications chirurgicales liées à la consommation de tabac. Toujours dans le cadre de ce travail, une autre étude faisant l'objet d'une thèse a été menée, celle-ci s'intitule "Le sevrage tabagique en

consultation pré-anesthésique, enquête auprès des patients et élaboration d'outils d'aide à l'arrêt".

A noter que dans le cadre de la formation continue, il existe un cours concernant la gestion du tabagisme en périopératoire disponible sur la plateforme de formation en ligne à destination des internes en phase d'approfondissement. L'impact d'une formation en présentiel dédiée à ce sujet serait certainement bénéfique. Il serait également intéressant de mettre en place une étude permettant d'évaluer l'impact réel du projet mis en place au sein de l'Hôpital Claude Huriez.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tabagisme et arrêt du tabac en 2021 - Observatoire français des drogues et tendances addictives. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_21bil.pdf
2. Tabagisme, conséquences sur la santé - Santé publique France [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
3. Plan régional de réduction du tabagisme
4. Les drogues à 17 ans - Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022 - Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Disponible sur : https://www.ofdt.fr/files/6016/7836/5975/OFDOT_Tendances_ESCAPAD_VF.pdf
5. Recommandation HAS - Arrêt de la consommation du tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
6. Conférence d'experts, texte court, 23 septembre 2005 : Tabagisme périopératoire. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. avr 2006;25(4):479-81.
7. Risk reduction: Perioperative smoking intervention - ScienceDirect [Internet]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521689605000819?via%3Dihub>
8. The effects of tobacco smoking on the incidence and risk of intraoperative and postoperative complications in adults - ScienceDirect [Internet]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1479666X11000278?via%3Dihub>
9. Wound Healing and Infection in Surgery: The Clinical Impact of Smoking and Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-analysis | Lifestyle Behaviors | JAMA Surgery | JAMA Network [Internet]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/1151013>
10. Moores LK. Smoking and postoperative pulmonary complications : An Evidence-Based Review of the Recent Literature. Clinics in Chest Medicine. 1 mars 2000;21(1):139-46.
11. Cavichio BV, Pompeo DA, Oller GASA de O, Rossi LA. Duration of smoking cessation for the prevention of surgical wound healing complications. Rev esc enferm USP. févr 2014;48:170-6.
12. Grønkjær M, Eliassen M, Skov-Ettrup LS, Tolstrup JS, Christiansen AH, Mikkelsen SS, et al. Preoperative Smoking Status and Postoperative Complications: A Systematic Review and Meta-analysis. Annals of Surgery. janv 2014;259(1):52.
13. Wong J, Lam DP, Abrishami A, Chan MTV, Chung F. Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. Can J Anesth/J Can Anesth. 1 mars 2012;59(3):268-79.
14. Smoking Cessation Reduces Postoperative Complications: A Systematic Review and Meta-analysis - The American Journal of Medicine [Internet]. Disponible sur: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(10\)00906-X/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(10)00906-X/fulltext)

15. Myers K, Hajek P, Hinds C, McRobbie H. Stopping Smoking Shortly Before Surgery and Postoperative Complications: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*. 13 juin 2011;171(11):983-9.
16. Zaki A, Abrishami A, Wong J, Chung FF. Interventions in the preoperative clinic for long term smoking cessation: A quantitative systematic review. *Can J Anaesth*. 1 janv 2008;55(1):11-21.
17. Theadom A, Cropley M. Effects of preoperative smoking cessation on the incidence and risk of intraoperative and postoperative complications in adult smokers: a systematic review. *Tobacco Control*. 1 oct 2006;15(5):352-8.
18. Nolan MB, Warner DO. Safety and Efficacy of Nicotine Replacement Therapy in the Perioperative Period: A Narrative Review. *Mayo Clinic Proceedings*. 1 nov 2015;90(11):1553-61.
19. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001837.pub3/full>
20. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation - Stead, LF - 2012 | *Cochrane Library* [Internet]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009670.pub2/full>
21. Warner DO, Sarr MG, Offord KP, Dale LC. Anesthesiologists, General Surgeons, and Tobacco Interventions in the Perioperative Period. *Anesthesia & Analgesia*. déc 2004;99(6):1766.
22. Derlon V, Wirth N, Martinet PY, McNelis U, Minary L, Boileau S, et al. Prise en charge du tabagisme périopératoire : enquête de pratiques en région Lorraine. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1 févr 2013;32(2):89-93.
23. Prestwich A, Moore S, Kotze A, Budworth L, Lawton R, Kellar I. How Can Smoking Cessation Be Induced Before Surgery? A Systematic Review and Meta-Analysis of Behavior Change Techniques and Other Intervention Characteristics. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2017 [cité 8 avr 2023];8. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00915>
24. Warner DO, Warltier DC. Perioperative Abstinence from Cigarettes: Physiologic and Clinical Consequences. *Anesthesiology*. 1 févr 2006;104(2):356-67.
25. Shi Y, Warner DO. Surgery as a Teachable Moment for Smoking Cessation. *Anesthesiology*. 1 janv 2010;112(1):102-7.
26. Lindström D, Azodi OS, Wladis A, Tønnesen H, Linder S, Nåsell H, et al. Effects of a Perioperative Smoking Cessation Intervention on Postoperative Complications: A Randomized Trial. *Annals of Surgery*. nov 2008;248(5):739.
27. Wong J, An D, Urman RD, Warner DO, Tønnesen H, Raveendran R, et al. Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement (SPAQI) Consensus Statement on Perioperative Smoking Cessation. *Anesthesia & Analgesia*. sept 2020;131(3):955.

28. Conférence d'experts, texte court, 23 septembre 2005 : Tabagisme périopératoire. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. avr 2006;25(4):479-81.
29. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 27 mars 2014;2014(3):CD002294.
30. Feasibility of Tobacco Interventions in Anesthesiology Practices: A Pilot Study. David O. Warner, M.D.; The American Society of Anesthesiologists Smoking Cessation Initiative Task Force. *Anesthesiology* June 2009, Vol. 110, 1223–1228.
31. Warner DO, The American Society of Anesthesiologists Smoking Cessation Initiative Task Force. Feasibility of Tobacco Interventions in Anesthesiology Practices: A Pilot Study. *Anesthesiology*. 1 juin 2009;110(6):1223-8.
32. Evaluation of a Pilot Perioperative Smoking Cessation Program: A Pre-Post Study. *Journal of Surgical Research*. 1 mai 2019;237:30-40.
33. Sadek J, Moloo H, Belanger P, Nadeau K, Aitken D, Foss K, et al. Implementation of a systematic tobacco treatment protocol in a surgical outpatient setting: a feasibility study. *Canadian Journal of Surgery*. 1 févr 2021;64(1):E51-8.
34. Webb AR, Coward L, Meanger D, Leong S, White SL, Borland R. Offering mailed nicotine replacement therapy and Quitline support before elective surgery: a randomised controlled trial. *Med J Aust*. avr 2022;216(7):357-63.

Figure 1 : exemples d'affiches



Figure 2 : fiche d'aide au sevrage dans le livret patient et professionnel



LES AIDES AU SEVRAGE

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION NICOTINIQUE

LE PATCH OU DISPOSITIF TRANSDERMIQUE

Il délivre une quantité contrôlée de nicotine par voie transdermique à partir de 30 minutes. Le plateau de nicotine est délivré dès 2 heures de pose. Selon la version et les habitudes de consommation, il a une durée d'action de 16 ou 24 heures. Il doit être posé sur une peau propre, glabre et changé quotidiennement. Il faut varier le site d'application quotidiennement.

LES PASTILLES À SUCER

Elles ont l'avantage de délivrer l'intégralité de la nicotine par simple contact avec la muqueuse buccale et sans nécessité de mastication. Il ne faut ni les croquer, ni les avaler.

LES GOMMES À MÂCHER

L'absorption de la nicotine se fait par la muqueuse buccale de façon régulière. Il faut les mâcher une fois puis les garder contre la joue. Il y a une déperdition de moitié de la dose délivrée et elles peuvent ne pas être adaptées aux porteurs de prothèses dentaires.

LE SPRAY BUCCAL

Il délivre rapidement la dose de nicotine par pulvérisation directement sur les muqueuses buccales (intérieur de la joue et non au fond de la gorge).

LES AUTRES TRAITEMENTS

MEDICAMENTEUX

La varénicline n'est plus disponible à la vente (Champix®). Elle diminue les signes de manque physique et atténue la sensation de plaisir quand la personne fume. Il peut y avoir des effets secondaires et elle ne peut être prescrite que par un médecin.
Le bupropion n'est pas remboursé par la Sécurité Sociale (Zyban®).

LES THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES (TCC)

Elles reposent sur l'apprentissage et l'analyse des pensées pour acquérir ou modifier des comportements. Elles sont centrées sur les problèmes actuels (ici et maintenant) du patient.

LA VAPE

Le HCSP* souligne que les connaissances fondées sur les preuves sont insuffisantes pour proposer la vape comme aides au sevrage tabagique dans la prise en charge des fumeurs par les professionnels de santé.
Pour accompagner un fumeur dans une démarche de sevrage tabagique, la HAS préconise en premier recours l'utilisation des traitements de substitution nicotinique, ayant prouvé leur efficacité.

Le HCSP conclut que les preuves sur l'utilisation de la vape, y compris les femmes enceintes, sont insuffisantes, et la balance des bénéfices-risques ne peut pas être déterminée.

Pour les usagers à forte dépendance nicotinique,
Pour les usagers les plus vulnérables qui n'accèdent pas aux traitements ou qui n'en souhaitent pas,
Pour les fumeurs en soutien aux traitements validés (TSN).
Elle n'amène pas de combustion, donc pas de production de dioxyde de carbone.

Les substances toxiques contenues dans la vape sont beaucoup moins nombreuses que dans la fumée du tabac.
Elle doit être à usage personnel pour éviter les risques infectieux.
Le propylène glycol asséchant les muqueuses il est nécessaire de bien s'hydrater en buvant de l'eau.

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique. Avis rendu, date du document : 26/11/2021. Date de mise en ligne : 04/01/2022
* Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale, Haut Conseil de la santé publique (HCSP), 2016-02-22, 26pe HCSP



Janvier 2023 - Conception : Hauts-de-France Addictions. Impression : Hauts-de-France Addictions

Figure 3 : flyer sur les bénéfices de l'arrêt du tabac avant une chirurgie dans le livret patient

Les bénéfices

de l'arrêt du

tabac

Avant une opération chirurgicale

A PARTIR DE 8 SEMAINES

- Disparition du risque de complications opératoires.

ENTRE 2 ET 4 SEMAINES

- Réduction du risque de complications opératoires ;
- Meilleure cicatrisation ;
- Diminution des complications respiratoires.



ENTRE J-1 ET J-2

- Baisse du taux de dioxyde de carbone ;
- Meilleure oxygénation.

Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer.

Figure 4 : questionnaire à destinée des patients rédigé en langage FALC

Mon rendez-vous avec un médecin anesthésiste :

Je dois avoir une opération chirurgicale

Pour être opéré, je dois avoir un rendez-vous avec un **médecin**

anesthésiste-réanimateur

Un médecin anesthésiste-réanimateur c'est un médecin spécialiste des **anesthésies**.

Un médecin anesthésiste-réanimateur suit le patient :

- Avant l'opération
- Pendant l'opération
- Après l'opération

Une anesthésie c'est être endormi pendant une opération chirurgicale
Être endormi permet de ne pas avoir mal.



Pour une meilleure anesthésie



Il faut arrêter de fumer.



1

QUESTIONNAIRE

A REMPLIR EN SALLE D'ATTENTE



Madame, Monsieur,

Ce questionnaire permet de :

Connaître votre consommation de cigarette

Préparer votre opération chirurgicale

Le questionnaire est à rendre au médecin anesthésiste-réanimateur



La cigarette

Je ne fume pas



Je fume



Je suis fumeur, je fume :

Des cigarettes en paquet



Des cigarettes en tubes



Des cigarettes à rouler



Des cigares



2



La chicha



La pipe



Combien de cigarettes je fume par jour :

un peu



moyen



beaucoup

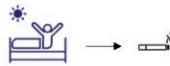


énormément



Je fume ma première cigarette :

juste après le réveil



après le petit déjeuner



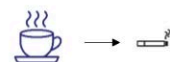
après le repas du midi



après le repas du soir



Avec un café



Je vais être opéré, je veux :

- Réfléchir pour arrêter de fumer
- Fumer moins de cigarette
- Arrêter de fumer
- Prendre rendez-vous avec un médecin pour m'aider à arrêter de fumer



Je veux continuer de fumer car :

- Je vais être stressé
- Fumer me manque
- J'ai peur de grossir
- Quand je m'ennuie, j'ai envie de fumer
- J'ai l'habitude de fumer
- J'aime fumer avec mes amis



.....

Je veux arrêter de fumer car :

- La cigarette ça coute beaucoup d'argent
- C'est bon pour ma santé
- Je veux mieux dormir
- Je veux protéger ma famille
- Je veux me sentir mieux
-



Figure 5 : Guide de prescription de substituts nicotiques dans le livret professionnel



DANS LE CADRE D'UN SEVRAGE DÉFINITIF OU TEMPORAIRE OU EN RÉDUCTION DE CONSOMMATION DE TABAC

PRESCRIPTION DE SUBSTITUTS NICOTINIQUES

GUIDE A LA RÉDACTION D'UNE ORDONNANCE



La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a élargi l'autorisation de prescription de substituts nicotiques à de nombreux professionnels de santé : médecins du travail, sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes.

Depuis le 1er janvier 2019, les substituts nicotiques sont remboursés à 65% par l'Assurance Maladie. La liste des spécificités pharmaceutiques et de leur conditionnement remboursable est évolutive et disponible sur le site ameil.fr

Le reste à charge peut-être pris en charge par la mutuelle, la complémentaire santé et la complémentaire santé solidarité.

Déterminer l'intérêt de la substitution nicotinique

La motivation à l'arrêt

Évaluer la motivation de votre patient à l'aide de cette échelle visuelle analogique



La dépendance physique

Évaluer le degré de dépendance avec le test de Fagerström simplifié à partir des résultats de l'auto-évaluation patient.

Interprétation des résultats
 Pas de dépendance : 0-1
 Dépendance modérée : 2-3
 Dépendance forte : 4-5-6

Si la dépendance est avérée, la substitution nicotinique est utile.

Proposition de prescription de TNS

<p>Si refus, quelques informations sur son intérêt</p> <p>Elle rend le sevrage plus confortable si le dosage est approprié</p> <p>Associée à un changement d'habitudes de vie, elle multiplie par 2 la réussite</p> <p>Elle ne présente aucun risque y compris pour la femme enceinte ou la personne cardiaque</p>	<p>Si accord</p>  <p>cf. Ordonnance</p>
---	---

Identification

Identification structure Structure : Adresse : N° Finess ou SIRET :	Identification du patient Nom / Prénom du bénéficiaire : Âge :
Identification du prescripteur / cachet du professionnel Nom / Prénom du prescripteur : Adresse : Profession / Qualification :	N° de téléphone : N° d'identification (RPPS et/ou ADEL) : Lieu et date :

La liste des substituts nicotiques remboursés est évolutive (cf. omeil.fr)

Dosage journalier Dispositif transdermique sur <input type="checkbox"/> 16h <input type="checkbox"/> 10 mg <input type="checkbox"/> 15 mg <input type="checkbox"/> 25 mg <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> 7 mg <input type="checkbox"/> 14 mg <input type="checkbox"/> 21 mg	Nombre de patches par jour / nom de la marque : Nombre de boîte / quantité par boîte : À renouveler fois
Quantité à la demande <input type="checkbox"/> Comprimés à mâcher <input type="checkbox"/> Comprimés à sucer <input type="checkbox"/> Pastilles <input type="checkbox"/> Spray <input type="checkbox"/> Inhalateur	Nom de la marque / dosage en mg : Nombre de boîte / quantité par boîte : À renouveler fois

Signature :

La loi du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre système de santé a élargi l'autorisation de prescription de substituts nicotiques à de nombreux professionnels de santé : médecins du travail, sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les substituts nicotiques.

Devenez acteur de votre santé : évaluez vous-même l'efficacité de votre traitement

Si vous percevez un ou plusieurs de ces signes, il est nécessaire d'ajuster la dose



Déterminer la posologie

Le dosage idéal
(dosage initial +/- réajustement)

Dosage initial en mg/j = nombre de cig/j

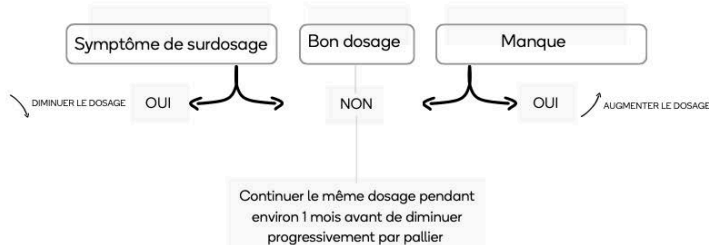
Variation possible en fonction du produit fumé ou du fumeur (auto-titrage)

1 cig = 1mg

Prescription Forme orale (FO) +/- patch

Cf. Tableau du RESPADD

Evaluation de l'efficacité du traitement dans les 7 jours



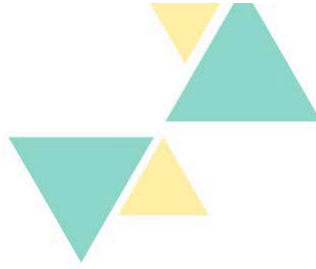
Le traitement dure de 3 à 6 mois voire plus surtout si le dosage initial est élevé

Aide pour prescrire le dosage initial

La dose à proposer dépend du :
 - nombre de cigarettes fumées par jour (dosage)
 - délai entre le réveil et la première cigarette (sur 16h ou 24h)

Statut tabagique et TNS : patches en mg + formes orales (FO) 2 mg					
Nbr de cig/jour		< 10 cig/j	11-20 cig/j	21-30 cig/j	>30 cig/j
Délai entre le lever et la 1ère cig	> 60 min	Rien + FO	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+20) + FO
	31-60 min	Rien + FO	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+20) + FO
	6-30 min	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+20) + FO	25 ou (14+20) + FO
	0-5 min	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+20) + FO	25 +10 + FO ou (14+21+10) + FO

Tableau : 1er gestes en tabacologie du RESPADD (page 12)



Les études scientifiques* ont montré que les substituts nicotiques sont efficaces dans l'aide à l'arrêt du tabac : ils augmentent les chances de réussir des patients de 50% à 70%.

Les substituts nicotiques sont des médicaments à base de nicotine que l'on utilise pour soulager les symptômes liés au manque des fumeurs après évaluation de leur dépendance physique.

Ils existent sous plusieurs formes : patchs (à diffusion lente) ou formes orales d'action rapide (gommes, pastilles, comprimés à sucer...). Ils contiennent un dosage en nicotine plus ou moins important. Il est recommandé d'associer plusieurs formes pour potentialiser l'efficacité**.

L'utilisation de Traitements nicotiques de substitution (TNS) avant l'arrêt du tabac peut améliorer le taux de réussite au sevrage par rapport à son utilisation seulement à partir de la date d'arrêt**.

Études Cochrane

*Siasoo J.F, Pereira R, Bullen C, Mori D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T - Groupe de Revue Principale : Tobacco Addiction Group - 14 novembre 2012

**Lindson N, Cheek SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J - Groupe de Revue Principale : Tobacco Addiction Group - 18 avril 2019



Figure 6 : courrier de liaison à destinée du médecin traitant, dans le livret professionnel



Clinique d'Anesthésie Réanimation

Chirurgicale

Hôpital Claude HURIEZ
N° FINESS 590811279

Lille, le

Pr. Gilles LEBUFFE
Chef de Pôle Adjoint
Coordonnateur de Clinique

Secrétariat Clinico-

universitaire :

Isabelle SIMPOL

03.20.44.45.08

Dr. Jean-Michel WATTIER

Responsable Consultation
Anesthésie et Douleur

Secrétariat Consultations

D'Anesthésie et Douleur :

Margaux KESTELOOT
Céline BONNET

03.20.44.51.97

**Clinique d'Anesthésie
en
Chirurgie Viscérale
Adulte**

Responsable du Secteur

d'Activité d'Anesthésie en

Chirurgie Viscérale

Dr. Grégoire ANDRIEU

Praticiens Hospitaliers

Dr Houcine AMROUNI
Dr Grégoire ANDRIEU
Dr Benoît CAPRON
Dr Nathalie CHALONS
Dr Cédric CIRENEI
Dr Marion FAJARDY
Dr Jérémie FALCONE
Dr Emeline GIRARDET
Dr Patrice PETILLOT
Dr Virginie SANDERS
Dr Anne-Laure VERBEKE

Assistant Hospitalier

Dr Samia ASSADIKI
Dr Lucia BENETAZZO
Dr Mathilde MASSON

Secrétariat de Consultation

Consultations sur rendez-vous

03.20.44.41.12

Fax : 03.20.44.63.65
consaneshuriez@chru-lille.fr

Cher Confrère, Chère Consœur,

Je vois ce jour en consultation d'anesthésie votre patient Monsieur,
Madame.....
avant son intervention chirurgicale.

Dans ce cadre il a pu bénéficier de la prescription de substituts nicotiques.

- Dispositifs transdermiques mg/ h
- Gommages à mâcher mg
- Comprimés à sucer mg
- Comprimés sublinguaux mg
- Pastilles mg
- Spray buccal 1mg/dose

Nous vous l'adressons pour qu'il puisse poursuivre avec vous le sevrage
tabagique déjà débuté.

Très confraternellement,

L'équipe d'Anesthésie Réanimation du CHRU de Lille

Figure 7 : cartelette d'aide à la prescription

Aide pour prescrire le dosage initial

La dose à proposer dépend du :

- nombre de cigarettes fumées par jour (dosage)
- délai entre le réveil et la première cigarette (sur 16h ou 24h)

1 cigarette

1 tubée/roulée

Cannabis + tabac

1 mg de nicotine en sevrage

2 mg de nicotine en sevrage

Contactez le service d'addictologie

Statut tabagique et TSN*(patchs en mg) + formes orales (FO) 2 mg à la demande

*TSN: Traitement Substitut Nicotinique

Nbr de cig./jour		< 10 cig/j	11-20 cig/j	21-30 cig/j	>30 cig/j
Délai entre le lever et la 1ère cig	> 60 min	Rien + FO	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+21) + FO
	31-60 min	Rien + FO	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+21) + FO
	6-30 min	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+21) + FO	25 ou (14+21) + FO
	0-5 min	10 ou 14 + FO	15 ou 21 + FO	25 ou (14+21) + FO	25 +10 + FO ou (14+21+14) + FO

Tableau : les gestes en tabacologie du RESPADD (page 12)

Évaluation de l'efficacité du traitement

Si vous percevez un ou plusieurs de ces signes, il est nécessaire d'ajuster la dose

Version digitale

Sous dosage

↓

AUGMENTER LE DOSAGE

Surdosage

↓

DIMINUER LE DOSAGE

DIFFICULTÉS A SE CONCENTRER

DÉPRIME

NERVOSITÉ

PLEURS

ANXIÉTÉ

AUGMENTATION DE L'APPÉTIT

TROUBLES DU SOMMEIL

IRRITABILITÉ

PULSIONS A FUMER

COLÈRE

IMPRESSION D'AVOIR TROP FUMÉ

BOUCHE PÂTEUSE

NAUSÉES

VERTIGES

TROUBLE DU SOMMEIL

GOÛT METALLIQUE

CÉPHALÉES

AUTEURE : Nom : BOURNERIAS

Prénom : Margaux

Date de soutenance : 15 juin 2023

Titre de la thèse : Enquête de pratique sur le repérage, l'accompagnement et la prise en charge du tabagisme en péri-opératoire auprès des anesthésistes du Nord Pas de Calais

Thèse - Médecine - Lille « Année 2023 »

Cadre de classement : *Anesthésie Réanimation*

DES + FST/option : *Anesthésie Réanimation*

Mots-clés : tabagisme, anesthésie, périopératoire

Résumé :

Introduction : en France, environ 11 millions de patients bénéficient chaque année d'une anesthésie dont près de 30% de fumeurs, soit plus de 3 millions de personnes. Dans le cadre de la politique de santé publique contre le tabagisme menée par l'ARS et la mise en place du projet Lieu de Santé Sans Tabac, nous avons mené une enquête de pratique auprès des anesthésistes réanimateurs des départements du Nord Pas de Calais pour déterminer si leurs pratiques concernant la gestion du tabagisme en péri-opératoire sont en accord avec les recommandations émises par la SFAR et la HAS.

Méthode : un questionnaire comportant 22 questions a été envoyé par mail aux anesthésistes réanimateurs des départements du Nord Pas de Calais.

Résultats : 98,8% des praticiens ayant répondu interrogent le patient sur leur consommation de tabac en consultation pré-anesthésique, 74,4% proposent à leur patient d'arrêter et seulement 34% prescrivent des TNS. Les recommandations ne sont donc que partiellement respectées.

Conclusion : de nombreux progrès restent à faire pour incorporer la gestion du tabagisme en péri-opératoire dans la pratique quotidienne des anesthésistes-réanimateurs. Dans le cadre de ce travail nous avons pu développer des outils pratiques à destinée des patients mais également à destinée des praticiens pour faciliter la gestion du tabagisme en péri-opératoire.

Composition du Jury :

Président : Professeur Gilles LEBUFFE

Assesseurs : Professeur Olivier COTTENCIN, Professeur Benoit VALLET

Directeur de thèse : Docteur Audrey JOLY