

LE SEVRAGE TABAGIQUE DU PATIENT BPCO: QUELLE STRATÉGIE POUR LE KINÉSITHÉRAPEUTE ?

Marik FETOUH

Kinésithérapeute respiratoire, Bordeaux

Réseau de santé respiratoire de Nouvelle Aquitaine, URPS MK NA





1. BPCO, READAPTATION RESPIRATOIRE ET TABAC

LA BPCO EN FRANCE

- 6-8% de la population adulte
- 3,5 à 5 millions de personnes
- 2 BPCO sur 3 non diagnostiqués
- 1 BPCO diagnostiqué sur 2 mal pris en charge
- 100 000 insuffisants respiratoires chroniques
- 16 000 morts /an
- 4^{ème} cause de décès en 2030



2014

<https://sante-respiratoire.com/bpco-2/la-bpco-en-chiffres/BPCO>

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1744735/fr/comment-mettre-en-oeuvre-la-rehabilitation-respiratoire-pour-les-patients-ayant-une-bronchopneumopathie-chronique-obstructive

LA BPCO : FACTEURS DE RISQUE

LA BPCO EST UNE RÉPONSE INFLAMMATOIRE À L'INHALATION DE SUBSTANCES NOCIVES.

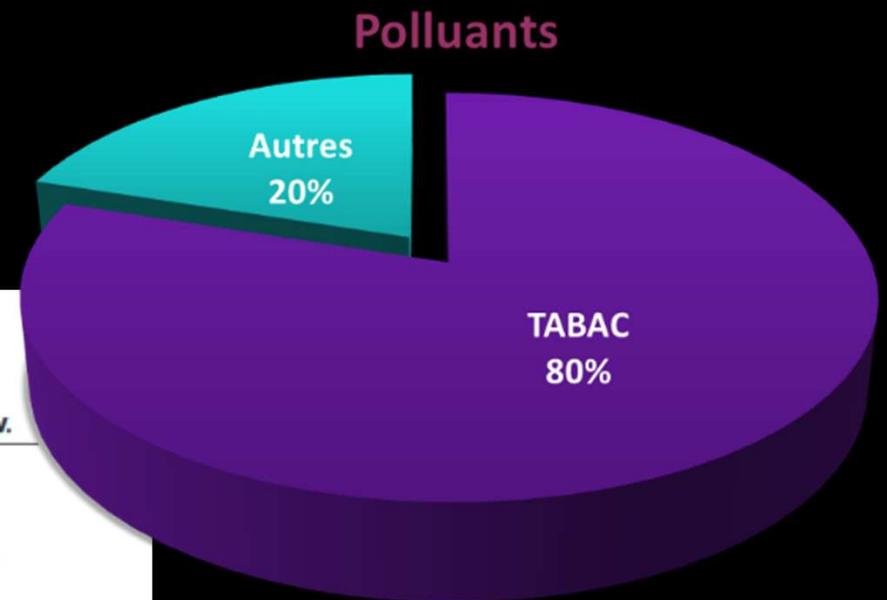


Tableau de synthèse.
Facteurs de risque de BPCO.

Exogènes	Niv.	Endogènes	Niv.
Tabagisme	1	Déficit en alpha-1 antitrypsine	1
Polluants professionnels	1	Hyperréactivité bronchique	1
Pollution domestique	2	Prématurité	2
Pollution urbaine	1	Prédisposition familiale	2
Infections respiratoires	3	Sexe féminin	2
Conditions socio-économiques défavorables	2	Reflux gastro-œsophagien	4

→ Fréquente association de plusieurs facteurs. (Niv. : niveau de preuve).

TABAC ET DÉVELOPPEMENT PULMONAIRE

L'exposition in utéro :

- ↑ prématurité
- ↑ hypotrophie
- ↑ mort subite du nourrisson
- ↑ susceptibilité aux infections (VA > et <)
- ↑ incidence et la sévérité de l'asthme
- **modifications structurales pulmonaires définitives**

=> ↑ risque de BPCO à l'âge adulte (x 32 si asthme sévère)



C. Chautemps, M. Zysman, Déterminants précoces de la BPCO, La Lettre du Pneumologue, avril 2023

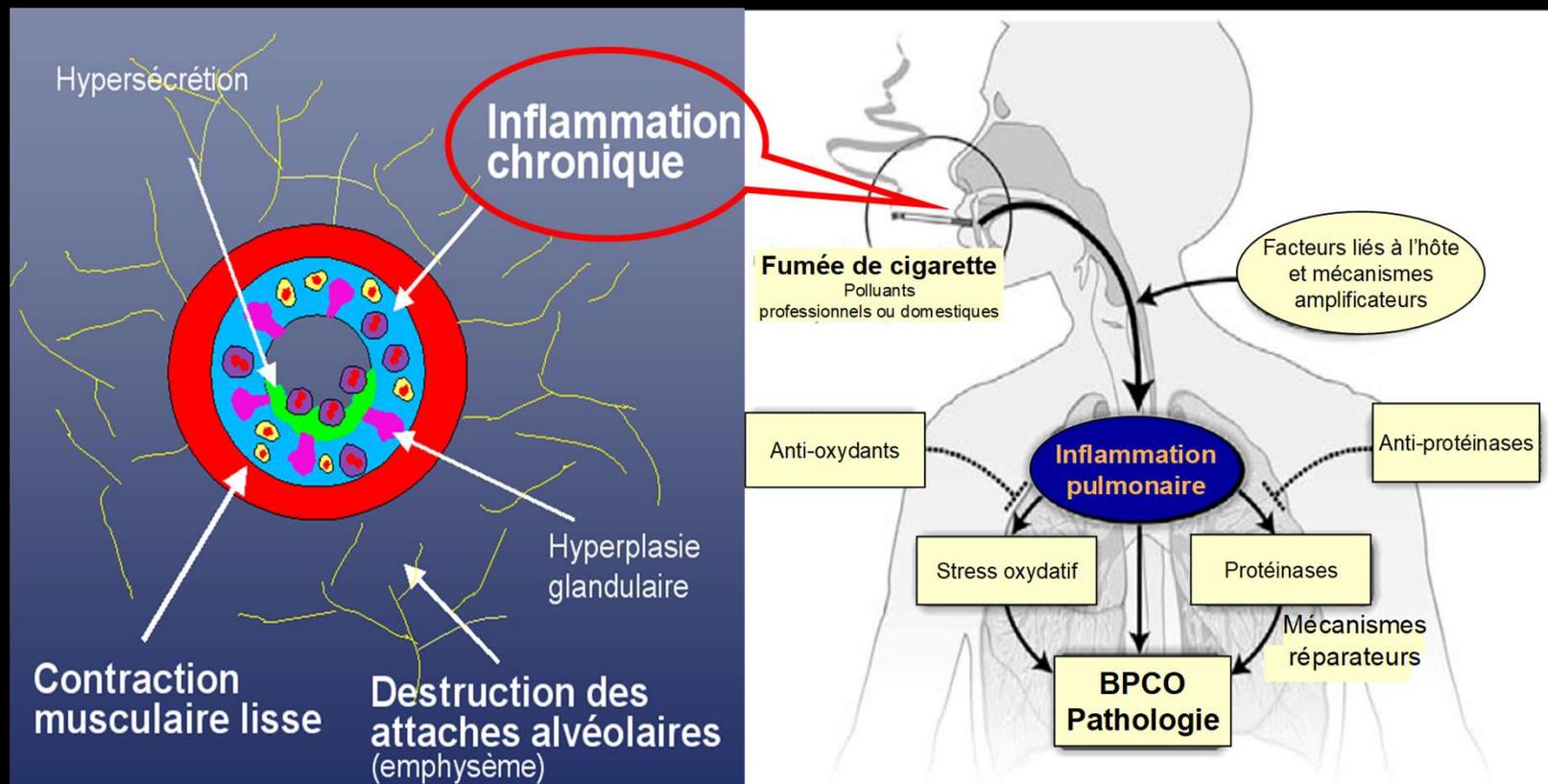
Tai A et al, Thorax 2014

Mc Geachie et al., NEJM 2016

MECANISMES D'ACTION DU TABAC

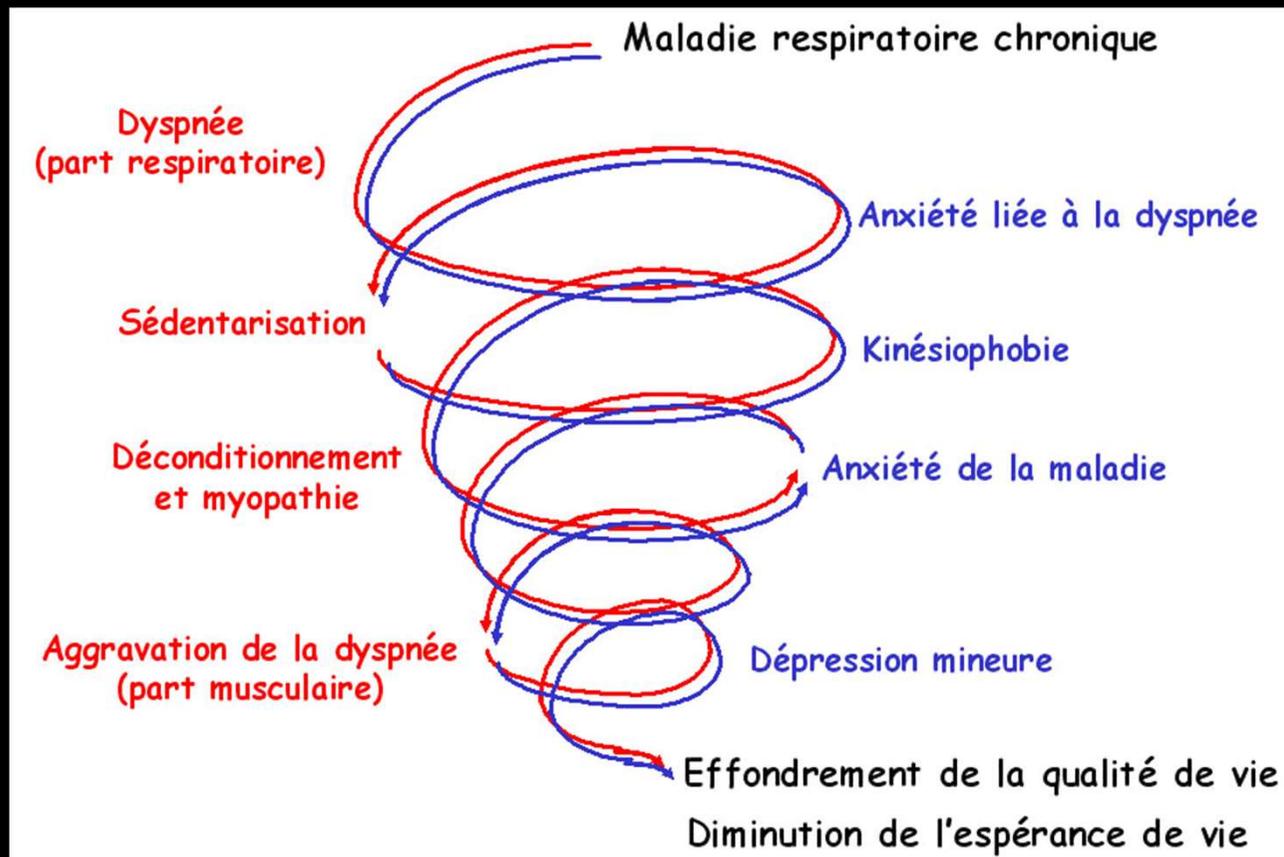
OBSTRUCTION INTRINSEQUE ET EXTRINSEQUE

PEU OU PAS REVERSIBLE



A noter le rôle des infections et exacerbations répétées dans le remodelage.

LA SPIRALE DU DÉCONDITIONNEMENT



LA READAPTATION RESPIRATOIRE

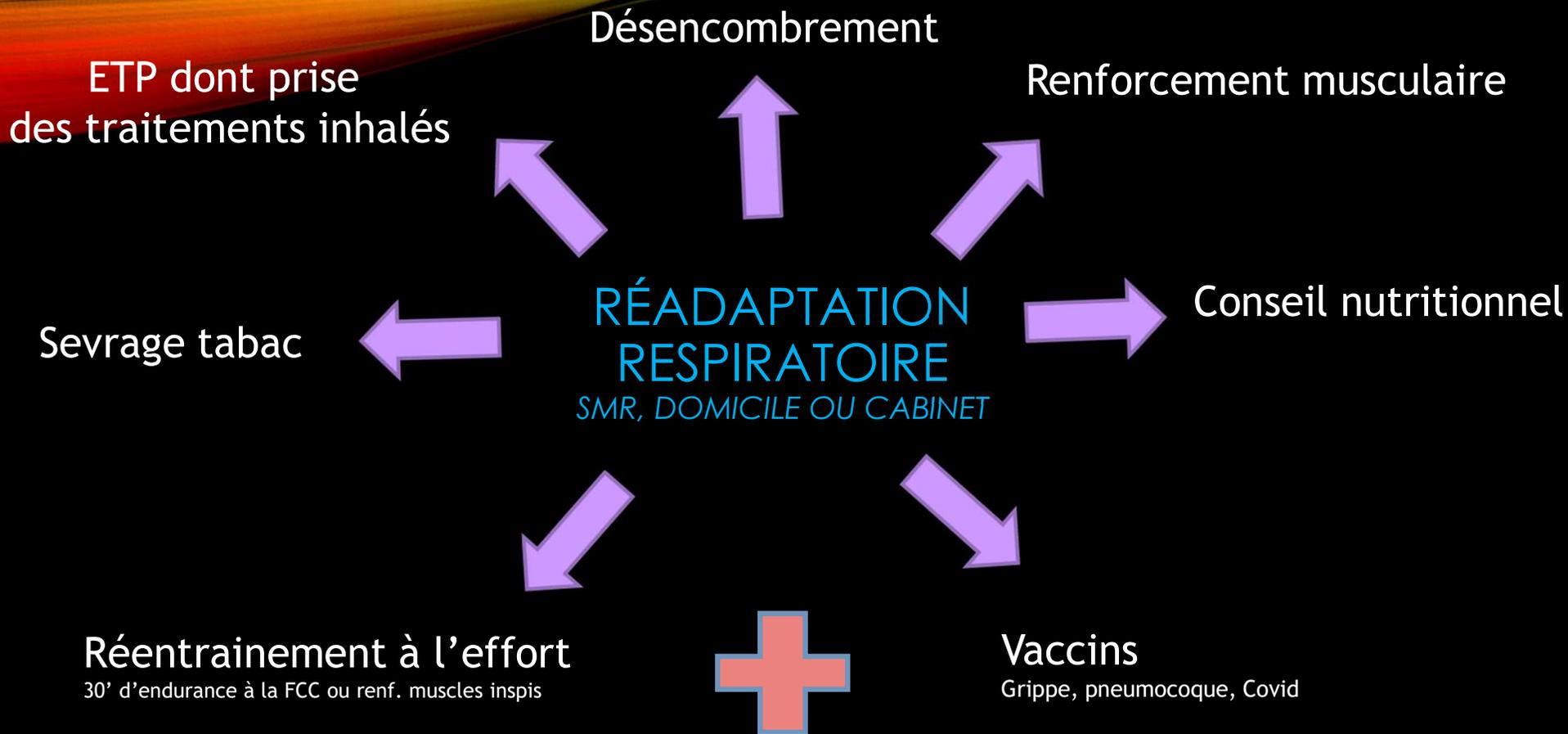
Pluridisciplinaire, avec deux composantes principales :

- le réentraînement à l'effort (kiné)
- et l'éducation thérapeutique
- auxquelles sont associés :
 - le sevrage tabagique,
 - le bilan et suivi nutritionnels,
 - et la prise en charge psychologique et sociale.



2014

La réadaptation respiratoire doit être proposée à tout patient symptomatique.



Tabacologue, diététicien, psychologue, ETP, APA, asso de patients...

BÉNÉFICES DE LA RÉADAPTATION RESPIRATOIRE

- Amélioration de la dyspnée et de la qualité de vie
- Diminution des exacerbations, consultations en urgence, durée des hospitalisations

⇒ diminutions de la mortalité et des coûts +++

⇒ arrêt des méta-analyses Cochrane en 2015



2014

 **Cochrane Library** Trusted evidence. Informed decisions. Better health. Cochrane Database of Systematic Reviews

EDITORIAL

This Cochrane Review is closed: deciding what constitutes enough research and where next for pulmonary rehabilitation in COPD

Yves Lacasse, Christopher J Cates, Bernard McCarthy, Emma J Welsh

Cochrane Database of Systematic Reviews 2015;(11):ED000107 <https://doi.org/10.1002/14651858.ED000107>

Publication date: 18 November 2015

LE SEVRAGE TABAGIQUE: UNE PRIORITÉ CHEZ LE BPCO



2020

Les trois principaux traitements de la BPCO

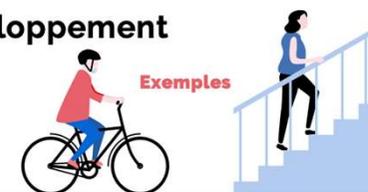
1. Le sevrage tabagique

C'est le seul traitement susceptible d'arrêter le déclin du VEMS (volume expiratoire maximal à la première seconde)



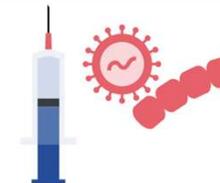
2. Le maintien ou le développement de l'activité physique

Objectif : améliorer la dyspnée, la tolérance à l'exercice et la qualité de vie.

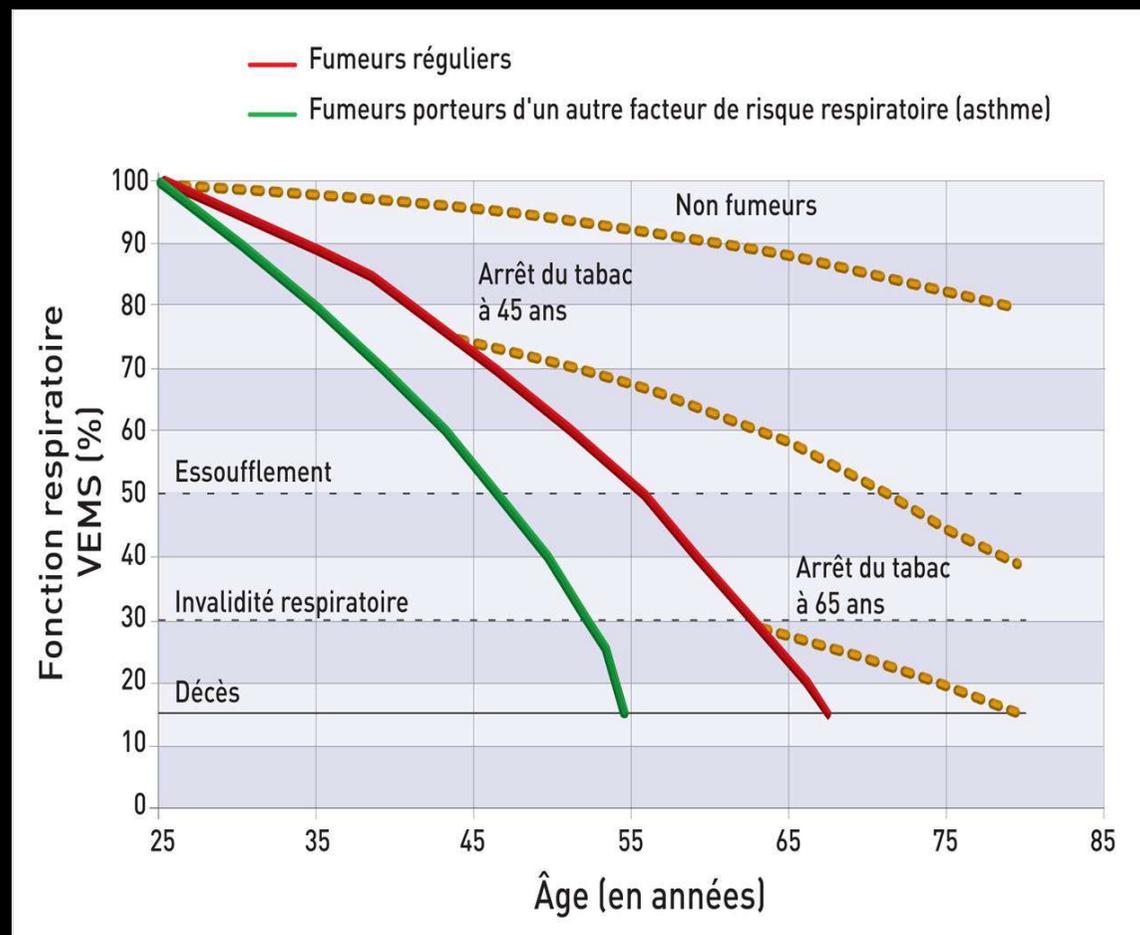


3. La vaccination antigrippale et anti-pneumococcique

L'enjeu : prévenir les exacerbations (complications de la BPCO).



IL N'EST JAMAIS TROP TARD POUR ARRETER DE FUMER



BÉNÉFICES DE L' ARRÊT DU TABAC POUR UN BPCO

- arrêt de la progression de la maladie
- report ou absence d' apparition d' une IRC
- diminution dyspnée, expectoration et toux
- amélioration qualité de vie et tolérance à l' effort
- réduction fréquence et durée des exacerbations
- amélioration de l' espérance de vie

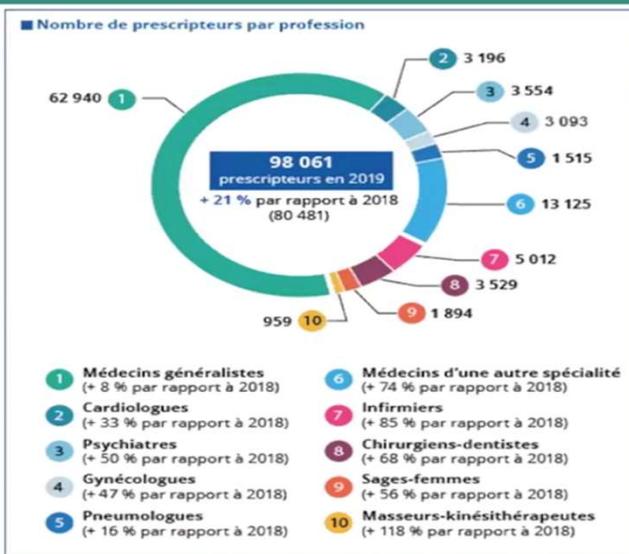


2020

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118947/fr/bpco-sevrage-tabagique-et-rehabilitation-respiratoire#:~:text=Les%20b%C3%A9n%C3%A9fices%20du%20sevrage%20tabagique,de%20la%20tol%C3%A9rance%20%C3%A0%20l%27

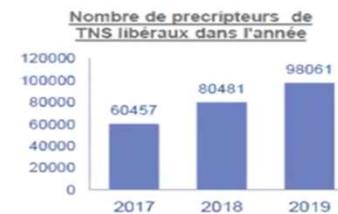
UNE PRIORITE PEU MISE EN OEUVRE...

LES PRESCRIPTEURS DE TNS EN 2019



Champs : Tous régimes pour 2019.. France entière.. Prescriptions issues du secteur libéral.
Source : CNAM (SNDS)

- Près de 100 000 prescripteurs différents en 2019 (+40 000 en 2 ans)



- Les médecins généralistes représentent 64% des prescripteurs en 2019 (vs 72% en 2018)
- Les cardiologues, psychiatres, gynécologues et pneumologues sont les spécialités médicales les plus prescriptrices de TNS après les généralistes



d'après Dr Gendreau, CNAM, congrès de tabacologie 2020

1515 prescriptions de SN en 2019 par les pneumologues
Soit : 0,47 ordonnance par pneumologue....

LE SEVRAGE TABAGIQUE DU BPCO EN SMR

CENTRES DE READAPTATION RESPIRATOIRE:

- moins de 50% évaluent le statut tabagique
- 60% proposent des ateliers d'ETP sur le tabac
- 70% ont un tabacologue

IMPACT DE LA RÉADAPTATION SUR LE TABAC

L'activité physique permet de limiter le ressenti négatif du sevrage:

- le rebond dépressif
- le craving
- la prise de poids

**-38% de patients fumeurs à la fin du stage de réadaptation respiratoire
(-30% à 6 mois)**

Christenuhsz L. & al., Prospective determinant of smoking cessation in CPOD patients within a high intensity or a brief counseling intervention. Patient Educ Couns, 2007

Taylor AH. & al., The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behavior: a systematic review and meta-analysis, Psychopharmacology, 2012

Hutchings HA & al., Nominal Group Technique Consultation of a Pulmonary Rehabilitation Programme, F1000Research, 2014

**3. COMMENT
DEVELOPPER LE
SEVRAGE TABAGIQUE
DU PATIENT BPCO PAR
LE MK?**



**Le sevrage tabagique du patient BPCO
dans le cadre de la réadaptation respiratoire :
quelle stratégie pour le kinésithérapeute ?**

Marik FETOUH

*Mémoire en vue de l'obtention du
DIU de réadaptation respiratoire du Grand-Ouest
Université de Poitiers - Faculté de médecine
Promotion 2022 /2023*

Directeur de mémoire : Dr Fabrice Caron

LE BPCO: UN PATIENT TRÈS DÉPENDANT, ET SOUVENT DÉPRESSIF

- en moyenne plus de **30 PA** au moment du diagnostic
- le sevrage tabagique est proposé à moins de **1 BPCO sur 3**
- **40% des BPCO** continuent à fumer
 - entre **54 et 77%** BPCO légère
 - entre **38 et 51%** BPCO sévère
- prévalence de la **dépression** importante et sous-évaluée

G. Jébrak et al., BPCO : les patients parlent aux soignants. Enquête de la Fédération française des associations et amicales de malades insuffisants ou handicapés respiratoires (FFAAIR), Rev Mal Respir, 2015

X. Quantin et A. Stoebner-Delbarre, Sevrage tabagique et réhabilitation respiratoire, in « La réhabilitation du malade respiratoire chronique », sous la direction de C. Préfaut et G. Ninot, édit. Masson, 2009

Underner M. et al, Sevrage tabagique du fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive, Rev Mal Respir, 2013

LE BPCO: UN PATIENT AUSSI MOTIVÉ QUE LES AUTRES POUR ARRÊTER DE FUMER

1 BPCO sur 2 verbalise le désir d'arrêter de fumer

⇒ la motivation des BPCO est similaire à celle de la population générale

⇒ mais dépendance plus forte et troubles anxio-dépressifs plus souvent présents

⇒ **sevrage plus long mais avec les mêmes chances de succès**

Underner M. et al, SevrX. Quantin et A. Stoebner-Delbarre, Sevrage tabagique et réhabilitation respiratoire, in « La réhabilitation du malade respiratoire chronique », sous la direction de C. Préfaut et G. Ninot, édit. Masson, 2009

X. Quantin et A. Stoebner-Delbarre, Sevrage tabagique et réhabilitation respiratoire, in « La réhabilitation du malade respiratoire chronique », sous la direction de C. Préfaut et G. Ninot, édit. Masson, 2009

LE MK A UNE PLACE IDÉALE POUR ENGAGER UN SEVRAGE TABAGIQUE

- 100 000 MK en France
- 1^{ère} profession de rééducation
- 4^{ème} profession de santé
- Séances longues (30 à 90 minutes) et répétées (2/3 fois par semaine)
- Permet un sevrage intégré aux soins (adaptation du dosage)

LA PRESCRIPTION DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES: UNE « NOUVELLE » COMPETENCE POUR LES MK

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé

ARTICLE 134

LE CHAPITRE 1^{ER} DU TITRE 1^{ER} DU LIVRE V DE LA TROISIÈME PARTIE DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE EST COMPLÉTÉ PAR UN ARTICLE L. 3511-10 AINSI RÉDIGÉ :

ART. L. 3511-10. -LES SUBSTITUTS NICOTINES PEUVENT ÊTRE PRESCRITS PAR :

- 1° LES MÉDECINS, Y COMPRIS LES MÉDECINS DU TRAVAIL AUX TRAVAILLEURS;
- 2° LES CHIRURGIENS-DENTISTES, EN APPLICATION DE L' ARTICLE L. 4141-2;
- 3° LES SAGES-FEMMES, EN APPLICATION DE L' ARTICLE L. 4151-4 ;
- 4° LES INFIRMIERS OU LES INFIRMIÈRES, EN APPLICATION DE L' ARTICLE L. 4311-1 ;
- 5° **LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES**, EN APPLICATION DE L' ARTICLE L.4321-1. »



UN ACTE SPECIFIQUE DE READAPTATION EN KINESITHERAPIE POUR LES BPCO DEPUIS 2018

Prise en charge de patients atteints d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Libellé	Cotation et tarif	Conditions de facturation
<p>Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique</p> <p>Comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • kinésithérapie respiratoire • réentraînement à l'exercice sur machine • renforcement musculaire • éducation à la santé <p><i>Conditions d'exécution et contre-indications conformes aux avis de la Haute Autorité de Santé en vigueur.</i></p>	<p>Prise en charge individuelle :</p> <p>AMK 28 ou AMC 28 60.20 €</p> <hr/> <p>Prise en charge en groupe (2 à 4 pers.) :</p> <p>AMK 20 ou AMC 20 43 €</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ne s'applique qu'aux patients en ALD BPCO nécessitant de la kinésithérapie respiratoire, un réentraînement sur machine, etc ... • La prescription doit être libellée conformément à la NGAP : "Réadaptation respiratoire kinésithérapique chez un patient BPCO atteint d'un handicap respiratoire chronique" • Séances d'une durée de l'ordre de 1h 30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient • Possibilité de poursuivre les soins au-delà de 20 séances mais nécessité d'une nouvelle prescription médicale • Lorsque l'état du patient ne justifie plus ce type de rééducation spécifique, la prescription est celle d'une rééducation dans le cadre de maladies respiratoires chroniques (AMK8)



METHODE POUR CONSTRUIRE LA STRATEGIE

- **Analyse littérature et recommandations**
- **Analyse de 3 mémoires 5^{ème} année d'étudiants MK (freins et leviers)**
- **Entretiens avec des experts :**
 - **Dr Nathalie Lajzerowicz, tabacologue et addictologue CH du Bouscat, SGA SFT**
 - **Benoit Bouteleux, kinésithérapeute et tabacologue**

FREINS IDENTIFIES

- Recos HAS: complètes et complexes / pas de protocole adapté au patient
- Pas de formation continue (FIF-PL DPC) en sevrage tabagique pour les kinés
- Peu de MK formés en EM/ ETP
- Nicotinophobie : peur des effets cardiaques, de la dépendance, chez les patients et les professionnels de santé
- Patients souvent sous-dosés en nicotine (échec)

SEVRAGE POUR LE BPCO : STRATEGIE POUR LE MK

- Les BPCO sont des « hard core smokers » : **dépendance physique au 1^{er} plan**
=> TNS + AP +/- antidépresseurs
- La **dépendance comportementale** peut-être gérée avec des conseils simples ou en amenant le patient à développer ses propres stratégies
- La **dépendance psychologique** peut être gérée par l'orientation vers un psychothérapeute : opposition du patient ++

Le sevrage est-il spécifique chez les patients BPCO?

STRATEGIE GLOBALE DE SEVRAGE TABAGIQUE PAR LE KINESITHEREPEUTE

- **webinaire** le 26 octobre avec N. Lajzerowicz
- **réalisation d'un guide** sur l'accompagnement au sevrage tabagique par le MK
- **d'une prescription type** à compléter et de **questionnaires** à mettre en salle d'attente
- **et d'affiches** pour les cabinets volontaires
- **évaluation de la stratégie?**





**VOTRE KINÉ
PEUT VOUS AIDER
À VOUS LIBÉRER
DU TABAC**

N'hésitez pas à lui en parler pendant votre séance.


URPS MK NOUVELLE-AQUITAINE


Hôpital du Bouscat


CHU Poitiers
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE


AQUIRESPI
Réseau de santé respiratoire
Nouvelle-Aquitaine


CHU BDX


CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
BORDEAUX

KINÉS : COMMENT AIDER VOS PATIENTS À SE LIBÉRER DU TABAC ?

Guide pour l'accompagnement au sevrage
tabagique par le kinésithérapeute



SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. LE TABAC : UNE SUBSTANCE TRÈS ADDICTIVE	2
2. ABORDER LE TABAC AVEC SON PATIENT	3 - 4
ÉTAPE 1 : le repérage et l'intervention brève	3
ÉTAPE 2 : motivation et démystification des idées reçues	4
3. AIDE À L'ARRÊT DU TABAC : LA 1ÈRE CONSULTATION	5 - 7
3.1 Les mécanismes de l'addiction : la dépendance physique, psychologique et comportementale	5
3.2 Les thérapeutiques à la disposition du patient et leur prescription par le kiné	6 - 7
4. AIDE A L'ARRÊT DU TABAC : LA 2ÈME CONSULTATION	8 - 9
4.1 L'ajustement de la thérapeutique	8
4.2 Les stratégies comportementales	9
5. LE SUIVI ULTERIEUR ET LA PREVENTION DE LA RECHUTE	10 - 11
6. ET LA CIGARETTE ELECTRONIQUE ?	12
7. DE NOMBREUSES RESSOURCES A LA DISPOSITION DU KINESITHEREPEUTE	13 - 14
8. ANNEXES	15 - 18
ANNEXE 1 : Exemples de conseils d'arrêt / Exemple de méthode d'entretien motivationnel	16
ANNEXE 2 : Évaluation de la dépendance et de la motivation	17
ANNEXE 3 : Prescription de substituts nicotiques	18



Cas particulier des patients BPCO

Les BPCO sont les patients les plus dépendants, et depuis plus longtemps que les autres patients. Leur prise en charge est en moyenne plus longue, jusqu'à 1 an. Ils présentent souvent des troubles anxio-dépressifs associés, qui nécessitent alors une prise en charge médicale. Comme pour tous les patients, le réentraînement à l'effort permet de lutter contre le rebond dépressif à l'arrêt du tabac : il ne faut pas hésiter à intensifier l'activité physique, qui améliore de manière significative l'humeur et la qualité de vie. Le sevrage tabagique est une priorité de la réadaptation respiratoire.

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

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

Interprétation selon les auteurs :

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

La balance décisionnelle

Mes inconvénients à fumer	Mes bénéfices à fumer	Mes inconvénients à arrêter	Mes bénéfices à arrêter

PRESCRIPTION DE SUBSTITUTS NICOTINIQUES

Nom :
Prénom :
Profession :
Adresse :
Téléphone :
N° RPPS ou ADELI :

Date :

Nom et prénom du patient :

Patch(s) (dispositif transdermique)

Posologie : / J

Dosage : 7 mg/24h 14 mg/24h 21 mg/24h 10 mg/16h 15 mg/16h 25 mg/16h

Si patch(s) 16h indisponible, mettre patch(s) 24h et le(s) retirer la nuit

Durée : 28 jours

Appliquer sur une peau propre, avec le moins de poils possible, en évitant les zones de frottement, de préférence le matin au lever. Changer le site d'application toutes les 24h. Ne pas exposer au soleil : des protections sont vendues en pharmacie.

Formes orales en complément si envie de fumer :

La nicotine doit être absorbée par la muqueuse de la bouche : si elle est avalée avec la salive, elle n'aura pas d'effet, et peut même entraîner quelques complications gastriques. Les substituts oraux doivent être placés entre la gencive et la paroi intérieure de la bouche ou sous la langue.

Gommages à mâcher :

Posologie : /j

Dosage : 2mg 4 mg

Durée : jours

Mâcher doucement 1 a gomme jusqu'à ce que le goût apparaisse puis la placer entre la joue et la gencive pendant 10 minutes.

Comprimés à sucer :

Posologie : /j

Dosage : 1mg 1,5 mg
 2mg 4 mg

Durée : jours

Le comprimé doit être déplacé d'un côté de la bouche à l'autre jusqu'à dissolution complète (20 à 30 min).

Comprimés sublinguaux :

Posologie : /j

Dosage : 2mg

Durée : jours

Le placer sous la langue où le comprimé se dissout lentement en 30 min.

Pastilles à sucer :

Posologie : /j

Dosage : 1,5 mg 2,5 mg

Durée : jours

La pastille doit être régulièrement déplacée d'un côté de la bouche à l'autre et sucée lentement jusqu'à dissolution complète (environ 30 min). Elle ne doit pas être mâchée, avalée ou croquée. S'abstenir de boire ou de manger lorsque la pastille est dans la bouche.

En cas de diarrhée, nausées, vomissements, maux de tête, douleurs abdominales, sueurs froides ou tremblement, qui peuvent être des signes de surdosage en nicotine, veuillez contacter le professionnel de santé prescripteur. S'il n'est pas joignable dans l'immédiat, n'arrêtez pas le traitement, mais diminuez la posologie jusqu'à ce que les symptômes disparaissent.

A renouveler fois

Signature



REMERCIEMENTS

- **Le Dr Nathalie Lajzerowicz,**
- **La présidente et le Bureau de la SFT,**
- **Caroline Sachiero-Vicaigne et le Bureau de l'URPS MK NA,**
- **Le Pr Meurice et le Dr Caron du CHU de Poitiers,**
- **Le Pr Dautzenberg**
- **et le Dr Boisserie-Lacroix (CHU de Bordeaux)**