Repérage systématique et prise en charge du tabagisme à l'hôpital général

M. Tran Luy, A.-L. Le Faou, G. Airagnes, F. Limosin

▶ **To cite this version:**

M. Tran Luy, A.-L. Le Faou, G. Airagnes, F. Limosin. Repérage systématique et prise en charge du tabagisme à l'hôpital général. Revue des Maladies Respiratoires, 2020, 37, pp.644 - 651. 10.1016/j.rmr.2020.06.015 . hal-03492419

HAL Id: hal-03492419
https://hal.science/hal-03492419

Submitted on 26 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0761842520302436
Manuscript_8a3d40e1345659cae5afd2bc48600257

Rmr200135
Fascicule rouge
Revue générale

Repérage systématique et prise en charge du tabagisme à l'hôpital général.

Systematic identification of smokers and tobacco smoking management in the general hospital

M. Tran Luy[a]*, A-L Le Faou[a], G. Airagnes[a,B], F. Limosin[a,C]

[a]DMU Psychiatrie et Addictologie, AP-HP.Centre-Université de Paris
[b]Population-based Epidemiologic Cohorts, UMS 011, Inserm
[c]Centre Psychiatrie et Neurosciences, U894, Inserm

Titre court :
Repérage et prise en charge du tabagisme

*Auteur correspondant :
M. Tran Luy
Centre Ambulatoire d'Addictologie,
Hôpital Européen Georges Pompidou, 20 rue Leblanc, 75908 Paris, Cedex 15, France.
E-mail : marietranluy@gmail.com

Reçu le : 28.05.20
Accepté le : 30.06.20

Déclaration d'intérêts
Marie Tran Luy déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec l'article.
Anne-Laurence Le Faou a reçu des honoraires de la part des laboratoires Pfizer et Johnson & Johnson au cours des dernières années, sans rapport avec l'article.
Guillaume Airagnes a reçu des honoraires de la part des laboratoires Lundbeck, Pfizer et Pierre Fabre au cours des dernières années, sans rapport avec l'article.
Frédéric Limosin a reçu des honoraires de la part des laboratoires AstraZeneca, Lundbeck, Janssen, Roche, Servier et Otsuka Pharmaceuticals au cours des dernières années, sans rapport avec l'article.

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Résumé

Introduction **:** En France, la prévalence tabagique quotidienne était de 24% en 2019 et la lutte contre le tabagisme reste une priorité de santé publique. Une hospitalisation représente une opportunité pour initier un sevrage tabagique. Différentes méthodes ont été implémentées dans les dossiers informatisés pour le repérage et la prise en charge (PEC) des patients fumeurs.

Etat de l'art : Les méthodes de repérage du tabagisme sont hétérogènes et comprennent des champs pré-remplis, cases à cocher, alarmes et icônes de rappel. La PEC sous forme de consultations de tabacologie, délivrance de traitements médicamenteux, suivi ou remise de documentation peut s'appuyer sur des fonctionnalités spécifiques dans les dossiers médicaux informatisés. Ces interventions pour le repérage, la PEC et le suivi d'au moins un mois augmentaient les chances de sevrage tabagique.

Perspectives : Les données de statut tabagique en texte libre étant de moindre qualité, le renseignement systématique sous forme de cases à cocher ou alarme paraît le mieux adapté. L'intégration de fonctionnalités de PEC facilite l'accompagnement au sevrage par les professionnels de santé, par des aides à la prescription, des rappels, la documentation des actions réalisées.

Conclusion : L'intégration du repérage et de la PEC dans le dossier patient informatisé constituerait une opportunité pour une tentative de sevrage.

Mots clés : tabagisme, sevrage tabagique, dossiers médicaux électroniques, hôpital, repérage du tabagisme

Summary

Systematic identification of smokers and tobacco smoking management in the general hospital

Introduction: The prevalence of daily smoking in France was 24% in 2019 and tobacco control remains a major public health issue. A hospital stay provides an opportunity for smoking cessation intervention. Identification and management of smokers during a hospital stay may be variously integrated into electronic health records (EHR).

State of the art: Smoking status identification, which have included pre-filled forms, check-box, reminders, icons, is heterogeneous. Specific modules in EHR have been implemented for smoking cessation management such as counselling sessions, tobacco cessation prescriptions, smoking cessation guidelines and long-term follow-up. EHR-based intervention to identify and manage smokers with a long-term follow-up for at least one month after hospital discharge has shown an increase in smoking abstinence at 6-12 months.

Outlook: Due to the lower quality of free data about smoking status, systematic identification with check-box, reminders or icons in EHR may be more appropriate. Integration of functionalities such as help for prescription, reminders and follow-up of patients would make tobacco cessation management easier for health professionals.

Conclusion: EHR interventions to identify smokers and manage smoking cessation during hospital stays are an opportunity to increase smoking cessation.

Keywords : tobacco smoking, tobacco cessation, electronic health record, hospital, smoker identification

1. Introduction

En 2019, en France, 30,4% des adultes fumaient de façon occasionnelle ou quotidienne. La prévalence du tabagisme quotidien était de 24%[1]. La lutte contre le tabac est une priorité de santé publique de premier plan, comme en témoigne le Plan National de Lutte Contre le Tabagisme (PNLT 2018-2022)[2]. Un séjour hospitalier implique une abstinence tabagique temporaire et représente donc une opportunité pour initier un sevrage tabagique. Cette opportunité est d'autant plus importante que le motif d'hospitalisation est lié au tabac[3]. Une revue de la littérature de 2015 souligne l'importance des établissements de santé et des consultations de tabacologie, qui seraient sous-utilisés pour accompagner les fumeurs dans l'arrêt du tabac[4]. Afin de fournir des données sur les modalités de repérage du tabagisme et de PEC des patients fumeurs hospitalisés ainsi que sur leur suivi après l'hospitalisation, nous avons souhaité actualiser cette revue de la littérature. L'objectif de cette étude est donc de présenter et d'évaluer les méthodes de repérage du tabagisme des patients fumeurs et la PEC proposée durant l'hospitalisation ainsi que dans les suites de l'hospitalisation.

2. Méthodes

2.1 Sources de données

La recherche documentaire a concerné les articles publiés entre le 1erjanvier 2005 et le 1erjanvier 2020, à partir du Cochrane Tobacco Addiction Group Specialised Register et des bases de données PubMed. Les recherches ont été effectuées avec les mots clés suivants : Electronic Health Record (EHR) tobacco, smoke free hospital, smoker identification, smoker identification hospital, smoking status, tobacco identification, tobacco status hospital.

2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les études comportant une description d'une méthode de repérage systématique de patients fumeurs hospitalisés et éventuellement de leur PEC en tabacologie ont été incluses.

Ont été exclues les études portant exclusivement sur des patients non hospitalisés (médecine de ville) ou les études ne portant pas sur le repérage des patients fumeurs hospitalisés ou sur leur PEC.

Les participants étaient les hôpitaux ou patients hospitalisés, en Europe, Etats-Unis, Canada ou Australie.

Les interventions portaient sur le repérage systématique du statut tabagique dans le dossier patient informatisé et la PEC tabacologique afin d'accompagner au sevrage tabagique. Le comparateur correspondait à la PEC habituelle, c'est-à-dire pas de repérage systématique du statut tabagique.

Les critères de jugement d'intérêt incluaient le taux de renseignement du statut tabagique, le recours aux consultations et aides en tabacologie ainsi que le taux de sevrage tabagique.

2.3 Méthodes de synthèse

Les études considérées étaient les méta-analyses et revues de la littérature, les essais randomisés et non randomisés. Les études retenues décrivaient et évaluaient le repérage du tabagisme des patients fumeurs dans des établissements de santé (hôpitaux) et/ou les caractéristiques et le résultat de leur PEC. Les articles issus de la recherche documentaire ont fait l'objet d'une sélection par lecture du titre et/ou de l'abstract.

Les articles retenus ont ensuite été analysés selon la méthode PICO, c'est-à-dire en renseignant la population, l'intervention, le comparateur, les résultats, la date de publication, le pays, le type d'étude. Les études ont été classées et regroupées en méta analyse/revue de la littérature, essais cliniques randomisés et études non randomisées.

Du fait d'une grande variabilité dans les études et les critères de jugement, nous avons réalisé une revue de la littérature et non une méta analyse.

3. Résultats

3.1 Résultats de la recherche documentaire

A l'issue de la recherche documentaire initiale, pour les mots-clés retenus, 14 746 articles ont été générés dans les bases de données PubMed et 1004 dans Cochrane. A l'issue d'une première sélection sur lecture du titre et/ou de l'abstract et à partir des critères d'inclusion/exclusion, 121 articles de PubMed et 31 de Cochrane ont été conservés. Une deuxième sélection a permis de retenir 76 articles des bases PubMed et 20 de Cochrane, correspondant à un total de 96 articles. Parmi ces derniers, 59 étaient des doublons et 37 articles ont donc été analysés.

Six articles supplémentaires y ont été ajoutés car il s'agissait de connaissances complémentaires ou de références issues des articles sélectionnés.

Parmi ces 43 articles, 9 étaient des méta-analyses ou revue de la littérature, 10 des essais cliniques randomisés, 24 des essais non randomisés, qui présentaient une méthode de repérage des fumeurs en milieu hospitalier et/ou leur PEC en termes de recours aux consultations en tabacologie et/ou de sevrage tabagique.

La synthèse de ces études a permis de dégager les étapes des interventions recensées. Le repérage systématique du statut tabagique par des fonctionnalités de types case à cocher, signe vital, alarmes ou texte libre permettait d'augmenter le nombre de prises en charge des patients fumeurs hospitalisés. Des systèmes d'aide à la PEC inclus dans le dossier informatisé, accompagnés d'un suivi en post-hospitalisation d'au moins un mois, augmentait la probabilité d'obtenir un sevrage tabagique.

3.2 Méthodes de repérage du statut tabagique dans le dossier informatisé

Le repérage du tabagisme des patients fumeurs au cours d'une hospitalisation s'intègre dans une démarche 5A[5] :

*Ask pour interroger systématiquement le patient sur son statut tabagique.

*Advise pour recommander l'arrêt du tabac.

*Assess pour faire un bilan de la dépendance et de la motivation au sevrage.

*Assist pour accompagner dans le sevrage.

*Arrange pour le suivi des tentatives d'arrêt.

Une démarche simplifiée commence également par le repérage du statut tabagique[6] :

*Ask pour caractériser le statut tabagique.

*Advise pour recommander le sevrage.

*Act pour mettre en place un programme de sevrage et des visites de suivi.

L'ensemble des études souligne l'importance du dossier informatisé du patient, avec diverses méthodes de repérage du tabagisme.

Plusieurs études, de type essais cliniques ou études observationnelles, rapportent le repérage des patients fumeurs via du texte sous forme de champs structurés préremplis. A cet effet, plusieurs catégories de réponse à cocher ou questions ont été implémentées et étudiées dans le dossier informatisé du patient de type :

-Fumeur : actuel/ancien/non-fumeur[7] ;

-Le patient est non-fumeur/le patient est fumeur/je ne sais pas si le patient est fumeur ou non[8] ;

-Fumeur : n'a jamais fumé/fume tous les jours/fume certains jours/ancien fumeur/fumeur mais statut inconnu/statut inconnu[9] ;

En cas de recueil sous forme de texte libre, des études observationnelles sans modification du dossier informatisé ont mis en évidence un grand nombre de catégories et sous-catégories : jamais, non-fumeur, déni du patient, fumeur actuel (avec fumeur journalier, fumeur occasionnel, petit

fumeur, gros fumeur), fumeur (avec statut actuel inconnu), ancien fumeur (avec ex-fumeur, est sevré), statut tabagique inconnu (inconnu, non évaluable, NA/vide). Ces catégories pouvaient se recouper[10].

La mise en place de ces fonctionnalités de repérage systématique s'est accompagnée d'une augmentation de la proportion de patients avec un statut tabagique renseigné : +55% de la proportion de patients dont on connaissait le statut, (proportion de patients avec un statut tabagique renseigné avant et après implémentation d'un outil standardisé d'enregistrement : 18,4% à 73,2% P <0,001; IC95% =[0,53-0,56])[7], d'une augmentation du nombre de patients orientés vers un service de tabacologie (0,8 à 2,1%) et du nombre de traitements de substitution nicotinique prescrits (TSN) (1,6 à 2,5%) (p<0,0001 pour les deux)[8].

Le renseignement du statut tabagique peut également apparaître comme signe vital, au même titre que le poids, la taille ou la pression artérielle[11,12].

Enfin, un repérage du statut tabagique sous forme d'alarmes et d'images a été mis en place dans un essai clinique. Dans cette étude, deux icônes étaient utilisées. En cas de statut tabagique non renseigné, une image noire avec une cigarette apparaissait accompagnée d'une question sur le statut tabagique. En cliquant sur cette image, un écran permettant la documentation du statut tabagique apparaissait[13].

Pour les patients identifiés comme fumeur actuel ou récemment sevré, une icône rouge avec une cigarette apparaissait sur toutes les pages du dossier informatisé du patient. En cliquant sur l'icône l'utilisateur était redirigé vers un formulaire de prescription[13]. Enfin, pour les patients non-fumeurs ou anciens fumeurs (plus de 3 ans depuis le sevrage), aucune image n'apparaissait dans le dossier informatisé [13].

Les résultats de cette intervention se sont traduits par une augmentation de la documentation du statut tabagique de 37% des patients admis avant à 54% après (p<0,001 pour la différence des

différences entre traitement-contrôle avant et après). Parmi les patients fumeurs hospitalisés, un nombre significativement plus important a eu un contact avec un professionnel en tabacologie (5,3% vs 1,9% dans le bras contrôle, p<0,001) [13]. L'ensemble des méthodes de repérage du tabagisme est résumé en annexe (*Figure 1*).

3.3 Intervenants

Le repérage du statut tabagique est réalisé par plusieurs types d'intervenants, majoritairement des professionnels de santé. Les intervenants impliqués comprennent les infirmier(e)s (IDE) le plus souvent (71%) puis les travailleurs sociaux (13%) et enfin les médecins (12%)[10]. D'autres études mentionnaient les assistants médicaux aux Etats-Unis[11,14], d'autres professionnels de santé dont les pharmaciens[15], du personnel administratif à l'admission[8] ou des assistants de recherche clinique, notamment dans les essais cliniques[16]. Concernant les IDE, une revue de la littérature concluait qu'une intervention infirmière pouvait avoir un effet sur l'augmentation du sevrage tabagique[17]. La majorité des études mentionne ainsi les professionnels de santé comme intervenants majeurs dans le repérage du statut tabagique des patients.

3.4 Prise en charge spécifique

3.4.1 Actions

Le recours à un système d'aide à la décision informatique, pour le repérage du tabagisme et la PEC des patients fumeurs hospitalisés, semble bien perçu et accepté par les professionnels de santé dans une étude qualitative réalisée aux Etats-Unis[17]. Ses modalités de PEC sont variables. Une méta analyse sur le contenu des dossiers informatisés issus de 14 études, en suivant la méthodologie des 5A, a mis en évidence le fait que tous les dossiers informatisés dédiés au sevrage tabagique incluaient une mention du statut tabagique[14]. Dans cette méta-analyse, plus de 50% des dossiers médicaux informatisés étudiés comportaient une question relative au souhait de sevrage, l'orientation vers un service téléphonique d'aide au sevrage, la possibilité de prescription

médicamenteuse, une aide à la prescription, de la documentation destinée au patient et un rappel de la possibilité de prescrire sous forme de pop-up. L'aide à la prescription pouvait prendre la forme d'une liste de traitements médicamenteux à cocher/choisir, se rapprochant ainsi d'un modèle d'ordonnance pré-remplie de substituts nicotiniques[18]. Toutefois, 64% des dossiers étudiés ne comportaient pas d'informations sur les caractéristiques de la consommation de tabac et moins d'un tiers comportait le suivi en post-hospitalisation. Ce dernier point semble important, dans la mesure où plusieurs essais cliniques randomisés ont montré qu'une PEC tabacologique est efficace sur le sevrage tabagique si elle s'accompagne d'un suivi d'au moins un mois en post hospitalisation[3,18].

De plus, un système d'aide à la décision pour accompagner les professionnels de santé a été mis en place dans certaines études : un protocole de PEC en fonction de la réponse du patient était décliné dans le dossier informatisé. Ainsi :

-pour un patient renseigné comme fumeur, une page apparaissait avec la question à poser au patient « seriez-vous intéressé(e) par un entretien avec un professionnel en tabacologie pour un sevrage tabagique dans les 30 jours ? ». En cas de réponse négative, un bref message à délivrer au patient apparaissait à l'écran, accompagné du contact d'un service de tabacologie. En cas de réponse positive, un bref questionnaire de 3 items était proposé au patient avec notamment la date de sevrage souhaitée.

-pour un ancien fumeur ou un non-fumeur, l'intervention s'arrêtait là et ne nécessitait pas la présence d'un professionnel de santé[11].

Dans un essai clinique randomisé, l'intervention comportait en particulier, un système d'aide à la décision, basé sur la clinique, et inclus dans le dossier informatisé du patient. Ce système comprenait des informations et alarmes sur le statut tabagique du patient, la possibilité de prescrire des traitements médicamenteux, la documentation de ces actions, la possibilité d'éditer de la documentation pour le patient et l'orientation du patient par mail vers un service de tabacologie ou par fax vers un service téléphonique d'aide au sevrage (en 3 clics). Le professionnel en charge du

patient pouvait envoyer les données du patient au service de tabacologie vers lequel l'orientation se fait[13].

La mise en place d'un système informatisé dédié au sevrage tabagique dans cet essai clinique a montré que le taux de documentation a augmenté significativement : 35 à 46% dans le bras contrôle et 37% à 54% dans le bras traitement avec p<0,001. De plus, un nombre significativement plus important de patients fumeurs a été adressé à un service de tabacologie (4,5% vs 0,4% p<0,001) et a reçu une consultation d'aide au sevrage (3,9% vs 0,3%, p<0,001)[13].

Un autre exemple de PEC du sevrage à l'aide du dossier informatisé se basait sur la mise en relation entre le dossier du patient hospitalisé et les services d'aide au sevrage tabagique[13].

3.4.2 Prescription de substituts nicotiniques

Concernant les prescriptions de TSN, leur usage et efficacité sont établis de longue date. Par exemple, une méta-analyse de 2018 rappelait que leur utilisation augmentait les chances de sevrage tabagique de 50 à 60%[19–21].

Les prescriptions rapportées dans les essais comportaient un patch transdermique 21mg porté pendant 16h accompagné d'un produit à action rapide en fonction de la préférence du patient (gomme, pastille, inhaleur ou spray nasal) selon les recommandations de la littérature ou un patch transdermique de 21mg/24h utilisé en monothérapie[22,23].

Une méta-analyse, à partir de 136 études portant sur l'efficacité des TSN versus contrôle, a montré que la plupart des essais cliniques portait sur des gommes de 2mg, des comprimés de 2mg ou 4mg et des patchs à une dose maximale de 15mg/16h ou 21mg/24h. La plupart des patients inclus dans ces études consommaient 15 cigarettes ou plus par jour et la majorité des essais portaient sur un seul produit (115 sur les 136). Cette méta analyse a mis en évidence que le taux de sevrage tabagique était augmenté de 50 à 60% avec l'utilisation de TSN (RR=1,55, IC95%=[1,49-1,61])[20]. De plus, une revue de la littérature sur les différentes doses, durées et mode d'administration de TSN pour le

sevrage tabagique a montré que les combinaisons de TSN au lieu d'un seul TSN (gomme à mâcher ou comprimé) pouvaient augmenter le taux de sevrage tabagique (15% à 36% pour la forme combinée). L'utilisation de patchs ou gommes plus fortement dosés (25mg/16h ou 21mg/24h vs 15mg/16h ou 14mg/24h, gomme de 4mg au lieu de 2mg) serait plus efficace pour le sevrage tabagique. Cette méta analyse a montré qu'il n'y avait pas de différence d'effet entre les types de substituts. Ces conclusions se basaient sur un grand nombre de sujets, dans des études avec peu de biais et donc avec une bonne valeur probante. Il est important de noter que les personnes incluses dans ces études fumaient au moins 15 cigarettes par jour[23].

Une grande variabilité peut donc être observée, tant dans le type de repérage du tabagisme, que dans la PEC des patients fumeurs hospitalisés et dans les personnels impliqués.

3.5 Suivi en post-hospitalisation

Plusieurs interventions dans le dossier informatisé comportaient une partie dédiée au suivi tabacologique du patient en sortie d'hospitalisation. Cela pouvait prendre la forme de fonctionnalités avec mise en relation entre le patient fumeur et une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt, le transfert de données au médecin de ville [4,14] ou un suivi par un professionnel formé en tabacologie [13,16,18,24,25]. Dans ce dernier cas, à partir des fonctionnalités dans le dossier informatisé, le patient est contacté à plusieurs temps de suivi pour réaliser un bref entretien, l'encourager, évaluer les intentions d'arrêt et si besoin l'orienter vers un autre service de tabacologie [13,16]. Ce suivi, accompagné de prescriptions médicamenteuses à la sortie s'est avéré avoir un effet significatif sur le taux de sevrage tabagique.

Dans un essai clinique avec modifications du dossier informatisé, ces modifications se sont accompagnées dans le bras expérimental, d'une augmentation du recours aux TSN (OR=1,53, p=0,02) et au suivi téléphonique (OR=1,85, p=0,02), ce qui a conduit à une augmentation significative du sevrage confirmé biochimiquement (p=0,02) [16]. Plusieurs autres études fournissent des résultats concordants : dans une étude par Rigotti et al., les patients pris en charge

par délivrance de 1 mois de traitements au choix du patient (TSN, bupropion ou varénicline) et par un service interactif téléphonique à J2, 14, 30, 60 ou 90 avaient un taux de sevrage significativement plus élevé (26% vs 15% pour le bras contrôle, RR=1,71, IC95% = [1,14-2,56], p=0,009)[25]. Une méta analyse concluait également qu'une intervention d'accompagnement au sevrage initiée lors de l'hospitalisation et poursuivie pendant au moins un mois augmentait les chances de sevrage de 37% à 6 mois. Afin de déterminer les modalités de suivi les plus efficaces à partir du dossier informatisé, une étude clinique randomisée comparant une PEC personnalisée avec accès direct au dossier médical informatisé à une PEC déléguée à un service téléphonique d'aide au sevrage sans accès direct au dossier médical informatisé, est actuellement en cours aux Etats-Unis [3].

4. Discussion et limites

Les données issues de notre analyse ont montré que le repérage systématique des patients fumeurs, majoritairement réalisé par des professionnels de santé, se faisait par des méthodes variées : cases à cocher, signe vital, champ pré-rempli. Le déploiement d'un repérage systématique s'accompagnait d'une augmentation du nombre de patients identifiés comme fumeurs et d'un accroissement de leur PEC. Cette dernière, sous condition d'un suivi d'au moins un mois, augmentait les chances de sevrage tabagique.

Contrairement au repérage systématique, l'utilisation de texte libre pour renseigner le statut tabagique fournit des données de repérage de moindre qualité. Une étude à partir de 48909 dossiers médicaux d'un hôpital américain en 2016 montrait que l'utilisation de texte libre était à l'origine de nombreux doublons et de statuts tabagiques discordants. En effet, pour un même patient pris en charge par différents professionnels de santé, l'absence de format standardisé était à l'origine de statuts tabagiques renseignés parfois incohérents[10]. Il en ressort que le renseignement systématique sous forme de case à cocher, de signe vital ou d'alarme paraît le plus adapté pour repérer au mieux les patients fumeurs.

Par ailleurs, la PEC du tabagisme et sa déclinaison dans le dossier informatisé sont nécessaires pour augmenter les chances de sevrage tabagique. En effet, l'abstinence temporaire augmente la probabilité d'un sevrage définitif. Le nombre de tentatives de sevrage temporaire est un déterminant d'un arrêt définitif et la probabilité de succès augmente avec le nombre de tentatives[26–28]. La PEC de l'accompagnement au sevrage peut se faire par l'équipe de liaison et de soin en addictologie (ELSA), la consultation en addictologie ou en tabacologie, une hospitalisation de jour ou complète en addictologie. Le personnel infirmier joue un rôle clé dans la PEC du sevrage tabagique, comme l'a montré une étude réalisée en 2014 auprès de 100 patients pris en charge en tabacologie par une infirmière. A l'issue de cette enquête, les ¾ des patients interrogés estimaient que l'aide infirmière était utile dans l'initiation au sevrage[29]. Le rôle infirmier a été renforcé en 2016 (ordonnance n°2016-623 du 19 mai 2016) avec la possibilité de prescription infirmière de substituts nicotiniques [30]. Dans ce contexte, plusieurs autres outils peuvent aider l'ensemble des professionnels de santé pour la PEC du sevrage tabagique : ordonnances pré-remplies de substituts nicotiniques et de varénicline pour la prescription médicale, outils tels que le site et application Tabac Info Service[31].

Enfin, un suivi en post-hospitalisation sur une durée d'au moins un mois est nécessaire. Le patient fumeur peut se voir proposer une consultation en tabacologie, les coordonnées d'un service d'addictologie et les outils précédemment mentionnés (Tabac Info Service). A cet effet, la lettre de sortie à destination du médecin traitant peut comporter une mention systématique du statut tabagique avec les recommandations délivrées au patient.

Cette revue de la littérature présente certaines limites : les études incluses sont hétérogènes, tant dans le type (méta-analyse, essais cliniques, essais non randomisés) que dans la définition du critère de jugement (sevrage tabagique ou recours à des consultations de tabacologie par exemple). Cela pouvant s'expliquer par l'hétérogénéité des méthodes de repérage du tabagisme et de PEC.

De plus, les essais cliniques analysés présentaient des biais inhérents à l'intervention déployée et liés à l'absence d'aveugle.

Enfin, il est important de noter que la plupart des études ont été réalisées dans des pays anglo-saxons avec des spécificités dans l'organisation du système hospitalier et une prévalence tabagique plus faible qu'en France.

5. Conclusions et perspectives

La mise en place d'outils informatiques de repérage et de PEC du tabagisme s'accompagne d'une augmentation des consultations de tabacologie, et dans certains cas, d'une augmentation des prescriptions. Cette PEC, si elle s'accompagne d'un suivi en post hospitalisation d'au moins un mois, augmente le taux de sevrage tabagique à 6-12 mois. Ces nouvelles fonctionnalités s'intégreraient aux dispositifs existants en France (prescription IDE de TSN, ELSA, ordonnances préremplies de TSN entre autres) afin de répondre aux recommandations de la Haute Autorité de Santé[32]).

Points forts

- Un séjour hospitalier représente une opportunité pour initier un sevrage tabagique. Cette opportunité est d'autant plus importante que le motif d'hospitalisation est lié au tabac
- Les méthodes de repérage du tabagisme implémentées dans les dossiers médicaux sont variées : cases à cocher, signe vital, alarme. Ce repérage est réalisé majoritairement par des professionnels de santé et s'est traduit par une augmentation du nombre de patients avec un statut tabagique renseigné. L'utilisation de texte libre pour le repérage du tabagisme fournit des données de qualité moindre.

- Des systèmes d'aide à la prise en charge et au suivi des patients ont été implémentés dans les dossiers médicaux se traduisant par une augmentation du nombre d'orientations vers un service de tabacologie ou de consultations.

- L'intégration du repérage du tabagisme et de sa PEC dans le dossier patient informatisé constituerait une opportunité pour une tentative de sevrage.

- Cette prise en charge complétée par un suivi d'au moins un mois a augmenté les chances de sevrage tabagique.

- La déclinaison de la prise en charge et du suivi dans les dossiers informatisés s'intégrerait aux dispositifs existants en France (prescription infirmière de TSN, ordonnances pré-remplies de substituts, Tabac Info Service...).

Références

1. Josseran PL. BEH : Tobacco control : prevention to be constantly reinvented. 2020;24.

2. Ministère des solidarités et de la Santé, Direction générale de la santé. Lutte contre le tabagisme [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme

3. Rigotti NA, Schnitzer K, Davis EM, Regan S, Chang Y, Kelly JHK, et al. Comparative effectiveness of post-discharge strategies for hospitalized smokers: Study protocol for the Helping Hand 4 randomized controlled trial [Internet]. In Review; 2020 mars [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: https://www.researchsquare.com/article/rs-15352/v2

4. Boyle R, Solberg L, Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 30 déc 2014 [cité 4 mars 2020]; Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008743.pub3

5. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care - World Health Organization.

6. Hambleton J. Ottawa Model for Smoking Cessation in Ontario Primary Care Teams: Annual Report 2013-14 : 24.

7. Barber D, Williamson T, Biro S, Barber KH, Martin DM, Kinsella L, et al. Data discipline in electronic medical records : Improving smoking status documentation with a standardized intake tool and process. Can Fam Physician Med Fam Can 2015;61:e570–6.7.

8. Koplan KE, Regan S, Goldszer RC, Schneider LI, Rigotti NA. A Computerized Aid to Support Smoking Cessation Treatment for Hospital Patients. J Gen Intern Med 2008;23:1214-7.

9. Kruse GR, Kelley JHK, Linder JA, Park ER, Rigotti NA. Implementation of an Electronic Health Record-Based Care Management System to Improve Tobacco Treatment. J Gen Intern Med 2012;27:1690-6.

10. Polubriaginof F, Salmasian H, Albert DA, Vawdrey DK. Challenges with Collecting Smoking Status in Electronic Health Records. AMIA Annu Symp Proc. 2018;2017:1392-1400.

11. Lindholm C, Adsit R, Bain P, Reber PM, Brein T, Redmond L, et al. A demonstration project for using the electronic health record to identify and treat tobacco users. WMJ 2010;109:335-40.

12. Rothemich SF, Woolf SH, Johnson RE, Burgett AE, Flores SK, Marsland DW, et al. Effect on Cessation Counseling of Documenting Smoking Status as a Routine Vital Sign: An ACORN Study. Ann Fam Med 2008;6:60-8.

13. Linder JA, Rigotti NA, Schneider LI, Kelley JHK, Brawarsky P, Haas JS. An Electronic Health Record–Based Intervention to Improve Tobacco Treatment in Primary Care: A Cluster-Randomized Controlled Trial. Arch Intern Med 2009;169:781.

14. Schindler-Ruwisch JM, Abroms LC, Bernstein SL, Heminger CL. A content analysis of electronic health record (EHR) functionality to support tobacco treatment. Transl Behav Med 2017 ; 7: 148–156.

15. Thomas D, Abramson MJ, Bonevski B, Taylor S, Poole S, Weeks GR, et al. A pharmacist-led system-change smoking cessation intervention for smokers admitted to Australian public hospitals (GIVE UP FOR GOOD): study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2013;14:148.

16. Bernstein SL, Weiss J, DeWitt M, Tetrault JM, Hsiao AL, Dziura J, et al. A randomized trial of decision support for tobacco dependence treatment in an inpatient electronic medical record: clinical results. Implement Sci 2019;14:8.

17. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 15 déc 2017 [cité 13 mars 2020]; Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001188.pub5

18. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 16 mai 2012 [cité 4 mars 2020]; Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001837.pub3

19. Adsit RT, Fox BM, Tsiolis T, Ogland C, Simerson M, Vind LM, et al. Using the electronic health record to connect primary care patients to evidence-based telephonic tobacco quitline services: a closed-loop demonstration project. Transl Behav Med 2014;4:324-32.

20. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 31 mai 2018 [cité 13 mars 2020]; Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000146.pub5

21. Grau LE, Weiss J, O'Leary TK, Camenga D, Bernstein SL. Electronic decision support for treatment of hospitalized smokers: A qualitative analysis of physicians' knowledge, attitudes, and practices. Drug Alcohol Depend 2019;194:296-301.

22. Murray RL, Leonardi-Bee J, Marsh J, Jayes L, Li J, Parrott S, et al. Systematic identification and treatment of smokers by hospital based cessation practitioners in a secondary care setting: cluster randomised controlled trial. BMJ 2013;347(jul08 1):f4004

23. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Tobacco Addiction Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 18 avr 2019 [cité 4 mars 2020]; Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013308

24. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking Cessation Interventions for Hospitalized Smokers: A Systematic Review. Arch Intern Med 2008;168:1950.

25. Rigotti NA, Regan S, Levy DE, Japuntich S, Chang Y, Park ER, et al. Sustained Care Intervention and Postdischarge Smoking Cessation Among Hospitalized Adults : A Randomized Clinical Trial. JAMA 2014;312:719.

26. Chaiton M, Diemert L, Cohen JE, Bondy SJ, Selby P, Philipneri A, et al. Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. BMJ Open [Internet]. 9 juin 2016 [cité 31 mars 2020];6(6). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4908897/

27. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. Rev Mal Respir 2006; 23 : 3S85-3S105

28. Richmond R, Kehoe ,Linda, Webster, Ian. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitionners. Addiction 1993;88:1127‑35.

29. Magdelaine C, Le Faou A-L. Le rôle de l'infirmière dans l'aide au sevrage tabagique. Soins 2018;63:16‑21.

30. Ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes.

31. Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://www.tabac-info-service.fr/

32. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 mai 2020]. 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

33. Linder JA, Rigotti NA, Schneider LI, Kelley JHK, Brawarsky P, Haas JS. An Electronic Health Record–Based Intervention to Improve Tobacco Treatment in Primary Care : A Cluster-Randomized Controlled Trial. Arch Intern Med 2009;169:781.

Figure 1 : Méthode de repérage du statut tabagique

*Case à cocher avec les catégories suivantes :

1-Dans une étude observationnelle[7] :

☐ Actuellement fumeur ☐ Ancien fumeur ☐ Non-fumeur

☐ A fumé au cours des 7 derniers jours ☐ fumé au cours des 6 derniers mois Pas d'usage du tabac

☐ Le patient a reçu un conseil sur le sevrage ☐ Le patient est prêt à arrêter de fumer ☐ Le patient souhaite un suivi

2-Dans une autre étude observationnelle[8] :

☐ Le patient est fumeur ☐ Le patient est non-fumeur ☐ Je ne sais pas si le patient est fumeur ou non

Puis cases à cocher sur la prise en charge souhaitée :

☐ Fournir de la documentation au patient ☐ Contacter un service de tabacologie ☐ Proposer un traitement

Si l'intervenant cochait la case « proposer un traitement », la liste des traitements (substituts, bupropion et varénicline) apparaissent également sous forme de case à cocher

3-En suivant les 3As du Ottawa model for smoking cessation[6]

Ask : ☐ Le patient a fumé au cours des 7 derniers jours ☐ Ancien fumeur ☐ Non-fumeur

Advise : Le patient souhaite t'il arrêter de fumer au cours du prochain mois ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Non approprié

Assess (si le patient est prêt au sevrage) : Orientation vers un service de tabacologie :

☐ Oui ☐ Non

*Renseignement comme signe vital (Etude observationnelle[11])

Encadré avec texte à compléter : Statut tabagique, nombre de paquets par jour et nombre de paquets années, à côté des encadrés pour renseigner le poids, la taille, la pression artérielle.

*Images ou icônes (Essai clinique randomisé[33])

Pour un patient fumeur, une image de cigarette rouge apparaît sur toutes les pages de son dossier informatisé.

Pour un patient non-fumeur, aucune image n'apparaît.

Pour un patient sans statut tabagique renseigné, une icône avec une cigarette en noir apparaît avec une question sur le statut

*Alarmes ou rappels (Essai clinique randomisé[33])

Des messages adaptés en fonction du renseignement ou non du statut tabagique. Par exemple, si le patient est fumeur, une alarme apparaît rappelant « le patient est peut-être fumeur. Evaluez s'il est prêt au sevrage et proposez-lui une aide. »