

Quelle place pour l'abord de l'aide au sevrage tabagique dans la pratique clinique de l'onco-psychologue?

Flahaux Géraldine – onco-psychologue et tabacologue au CHU UCL Namur

Mémoire réalisée dans le cadre de la formation continuée en tabacologie

Coordonnées par le FARES

Promoteur: M. Bodo (Institut Jules Bordet)



Plan de l'exposé

- Partie théorique
 - Revue de la littérature scientifique
 - Observations et réflexions clinique
- Partie empirique
 - Question de recherche et hypothèse
 - Méthodologie
 - Résultats
- Perspectives futures
- Conclusion

1. Partie théorique

1.1. Revue de la littérature scientifique

- Le tabagisme est un facteur de risque important
→ premier facteur de risque comportemental évitable en cancérologie
- Le tabagisme serait responsable de 30% des décès par cancer et tuerait la moitié de ses fidèles consommateurs (Haut Conseil de la santé publique, 2010 ; Bur, 2012, Dautzenberg, 2012)
- L'élimination du tabac permettrait d'éviter un tiers des cancers (Forouzanfar et al., 2016 ; Gummerson, Lowe, Taylor, Lobo & Jensens, 2022)
- La prévention du tabagisme est la prévention la plus efficace du cancer (Dautzenberg, 2012)
- La consommation de tabac augmenterait les risques de cancer pour 17 localisations (INCa, 2016)
- 30 à 50% des patients faisant face au cancer sont fumeurs au moment du diagnostic (Warren, Sobus et Gritz, 2014)
- Bénéfices santé du sevrage tabagique pour les patients oncologiques que ça soit dans des parcours de chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie mais également en terme de survie et de qualité de vie.
- Systématiser l'accompagnement à l'arrêt du tabac ferait partie des recommandations portées par les autorités en santé (Gaillot-de-Saintignon & Deutsch, 2016).
- Le Plan Cancer recommande de donner une place réelle à l'aide au sevrage tabagique appelant à une amélioration des pratique clinique et à une implication plus élevée des soignants (INCa, 2016)
- Aider les patients souffrant d'affections cancéreuses dans un processus de sevrage tabagique constitue un défi pour les professionnels (Gritz et al., 2006).

1. Partie théorique

1.1. Revue de la littérature scientifique

- Après l'annonce d'un diagnostic de cancer, la motivation et l'intérêt pour le sevrage tabagique augmente considérablement (teachable moment) → fenêtre d'opportunité pour le sevrage tabagique. Le diagnostic de cancer serait pourtant sous-utilisé comme moment d'apprentissage pour soutenir l'arrêt (Gritz et al., 2006)
- Une minorité des cliniciens proposent ou orientent systématiquement les patients vers une aide au sevrage tabagique (Warren et al., 2013 ; Wells et al., 2017)
- Importance d'informer les patients souffrant d'affections cancéreuses sur les avantages santé du sevrage tabagique (Hall et al., 2021) et risques associés au maintien de ce comportement au niveau de l'évolution de la maladie et de l'efficacité des traitements.
- Le milieu de soin est un endroit idéal pour initier des interventions de sevrage auprès des patients oncologiques (Nayan, Gupta, Strychowsky & Sommer, 2013)
- Mettre un terme à une dépendance tabagique est difficile. Une intervention de soutien et de prévention des rechutes devrait être associée et intégrée à la prise en charge oncologique (Oliver Ferrer et al., 2019)



1. Partie théorique

1.2. Observations et réflexions cliniques

- Confronté à la question du sevrage tabagique dans les entretiens cliniques, il est important de pouvoir apporter une aide efficace aux patients dans leur souhait de diminution ou d'arrêt des consommations sans pour autant prendre la place du tabacologue
- L'onco-psychologue est un professionnel de la santé pouvant avoir un rôle à jouer pour ouvrir le dialogue sur le sevrage tabagique notamment de par l'anamnèse des facteurs de risque et la prise en charge des mécanismes de régulation émotionnelle
- Ressenti clinique d'importants freins et réticences à travailler ces questions chez nos consoeurs et confrères
- Souhait de comprendre ce qui coince pour surpasser ces freins et renforcer les facilitateurs

2. Partie empirique

2.1. Question de recherche et hypothèse



Quelles sont les représentations et modes de pratiques cliniques des onco-psychologues concernant l'évaluation et la prise en charge de l'aide au sevrage tabagique?

- Les onco-psychologues posent-ils la question du tabagisme au patient? A quel point sont-ils sensibilisés à travailler ce facteur de risque comportemental? Existe-il un intérêt de leur part à l'abord du tabagisme? Ouvrent-ils la discussion sur le sujet? Ont-ils de référents tabacologiques au sein de leur institution? Ont-ils l'habitude de faire office de relais vers ces derniers?
- Si l'onco-psychologue peut être une personne ressource pour aider à ouvrir le dialogue sur ces questions, nous faisons l'hypothèse qu'il existe davantage de freins que de facilitateurs dans les interventions cliniques qui font que ce facteur de risque comportemental reste trop peu abordé.

2. Partie empirique

2.2. Méthodologie

```
graph LR; A[Recrutement des participants (onco-psychologue) via le Centre de Psycho-Oncologie (CPO)] --> B[Questionnaire élaboré et construit sur base de la littérature scientifique]
```

Recrutement des participants
(onco-psychologue) via le
Centre de Psycho- Oncologie
(CPO)

Questionnaire élaboré et
construit sur base de la
littérature scientifique

2. Partie empirique

2.3. Résultats de notre échantillon

- Intérêt perçu à parler du sevrage tabagique
- Reconnaissance du rôle que peut avoir l'onco-psychologue dans l'abord de l'aide au sevrage tabagique OR constat d'un manque d'engagement explicite envers l'anamnèse systématique des facteurs de risque comme la consommation de tabac souvent négligée
- Freins par rapport au manque de prise de parole et de discussions en profondeur à cet égard:
- Posture paternaliste que certains cliniciens tentent de ne pas incarner dans leur pratique (le travail se fait sur base de la demande du patient)
- Peur et hésitation à l'idée de heurter ou contrarier le patient si pas de demande explicite de sa part (peur que le patient le ressente comme un jugement, crainte qu'il se sente stigmatiser, que cela nuise à la relation et à l'alliance thérapeutique)
- Manque de temps: certains cliniciens rapportent avoir moins d'intérêt à axer leur travail là-dessus ayant déjà beaucoup de travail pour soutenir le patient de manière générale
- Ressenti d'un manque de formations et de compétences cliniques sur le sujet

Les freins des onco-psychologues sont plus importants que les motivations à entamer les discussions sur le sujet

Synthèse des résultats (1)

Pourcentage (%) de réponse aux questions de sensibilisation des onco-psychologues par rapport à la prise en charge du tabagisme (n=23) :	Oui
Estimez-vous que cela fasse partie de la consultation de poser la question : « Est-ce que vous fumez ? »	52,2
Inscrivez-vous le statut tabagique dans le dossier du patient ?	52,2
Félicitez-vous les patients lorsqu'ils vous disent avoir arrêté de fumer ?	73,9
Pensez-vous que l'arrêt du tabac puisse améliorer la santé du patient ?	100
Pensez-vous que des informations sur les effets négatifs du tabac puissent être une motivation à l'arrêt ?	56,5
Disposez-vous dans l'hôpital où vous travaillez de référents tabacologues ?	95,7
Connaissez-vous ces référents tabacologues ?	78,3
Pensez-vous que ces substituts nicotiques soient en vente libre ?	95,7
Pensez-vous avoir un rôle à jouer en tant qu'onco-psychologue pour aider le patient à arrêter de fumer ?	95,7
Aimeriez-vous pouvoir vous former ou recevoir des informations en matière de soutien et d'abord du tabagisme ?	87

Synthèse des résultats (2)

	(n=23)
Pourcentage (%) de réponses quant aux motivations à une intervention de prévention et d'accompagnement au sevrage tabagique ? « Selon moi cela fait partie de la pratique onco-psychologique, ... »	
D'aborder les facteurs de risques comportementaux comme le tabac	56,5
D'évaluer le lien entre la fume et les émotions, travailler la régulation émotionnelle « apprendre à gérer des émotions et situations du quotidien autrement qu'en fumant »	82,6
D'utiliser les « teachable moment » (moments propices à l'apprentissage tel que le moment du diagnostic) pour ouvrir le dialogue sur la problématique du tabac	43,5
D'informer sur les bénéfices d'un arrêt tabac (accroît la qualité de vie du patient, limite les risques de récidence, améliore les chances de survie,...)	43,5
D'apporter un rôle de soutien dans l'aide au sevrage tabagique (comprendre les difficultés rencontrées, soutenir la motivation du patient tout en renforçant l'estime qu'il a de lui,...)	78,3
D'aborder le tabagisme sans que cela ne remplace l'intervention du tabacologue	65,2

Synthèse des résultats (3):

Pourcentage (%) de réponses quant aux freins à une intervention de prévention et d'accompagnement au sevrage tabagique ?	(n=23)
Je me dis que cette prise en charge incombe à d'autres professionnels de la santé	39,1
J'aurais l'impression d'empiéter sur le travail du tabacologue	26,1
Je ne me sens pas du tout formé à cela, je manque de connaissance sur le sujet	65,2
J'interviens sur base de ce que le patient amène, s'il ne l'évoque pas, je ne l'évoque pas non plus	52,2
Je n'ai pas l'impression que cela fasse partie de ma mission, je n'ai pas d'objectifs pour le patient si ce n'est d'aller à sa rencontre et de recueillir ce qu'il a envie de me dire	39,1
Je me dis que le tabac peut apporter un réconfort au patient, arrêter le tabac en même temps que combattre un cancer serait rajouter des difficultés et une charge supplémentaire au patient	26,1
J'ai peur que cela amène de la réticence et je crains la réaction négative du patient	26,1
Cela ne sert à rien de revenir avec la question du sevrage tabagique, les patients savent que fumer est mauvais	8,7
Je ne me sens pas légitime en tant que professionnel de la santé avec un statut tabagique actif	0



Limites de notre recherche:

- ▶ Petite taille de l'échantillon (n=23) malgré le fait d'être passée par des personnes ressources et stratégiques (CPO) pour une large diffusion du questionnaire ;
 - ▶ Mesure des données collectées basées sur des réponses déclaratives pouvant avoir fait l'objet d'un biais typique de désirabilité sociale
 - ▶ Questionnaire construit sur base de notre revue de la littérature (non validé scientifiquement)
 - ▶ Les effets des interactions observés doivent donc être considérés avec précaution et rester relatifs à notre échantillon restreint (non généralisables)
- 

Perspectives futures:

- Proposer des baselines de prise en charge systématiques et travailler à la sensibilisation des équipes
- Manque de systématisation dans les anamnèses (dépistage du tabagisme et proposition d'aide au sevrage à tous les nouveaux patients atteints de cancer).
- Recenser les besoins des patients à travers une étude exploratrice sur l'utilisation des services de sevrage
- Certains patients avaient anticipé le fait que les soignants soient plus proactifs à encourager l'arrêt du tabac et l'utilisation des services de sevrage (Wells and al., 2017).
- Certains patients pourraient avoir besoin d'un éclairage avant de pouvoir se positionner sur leur consommation de tabac (psychoéducation) (Gritz et al., 2006).
- Près de la moitié des fumeurs souhaiterait une aide pour être soutenu dans un processus d'arrêt (Huteau et al., 2016).
- Evoquer la question des consommations tabagiques dans la pratique psycho oncologique individuelle « On sait que les personnes qui vivent des moments comme les vôtres avec une annonce de cancer peuvent se poser la question de leur consommation tabagique. Si vous le souhaitez, je suis là pour en parler avec vous ».



Conclusion: aborder l'aide au sevrage tabagique

- Le sevrage tabagique peut notamment améliorer le traitement et le pronostic, accroître la qualité de vie du patient, limiter les risques de récurrence et améliorer les chances de survie.
- Les efforts pour intégrer la systématisation des interventions d'aide au sevrage tabagique dans les prises en charge standard paraissent justifiés et apporteraient toujours un certain nombre de bénéfices santé favorables au patient.
- Les représentations négatives liées à l'arrêt du tabac sont des freins qu'il faudrait pouvoir lever pour les patients comme pour les professionnels afin que le sevrage tabagique puisse faire partie intégrante des soins cliniques .
- Ne plus ignorer les liens entre le maintien du comportement tabagique et le contexte de la maladie oncologique
- Nécessité de se préoccuper de la question des consommations tabagiques en tant que professionnel de la santé

VIA:

- Une formation et un soutien au développement des compétences des onco-psychologues pouvant leur offrir une réflexion sur la manière d'aborder la problématique → soutenir l'émergence d'une légitimité à aborder ce facteur de risque comportemental
- Une sensibilisation des soignants, une collaboration et des synergies plus étroites avec les professionnels d'aide au sevrage tabagique
- Des outils facilitateurs et documents d'information à remettre au patient
- Des groupes de travail CPO / FARES,...



Merci pour votre attention





A vos questions