

Programme de prise en charge du tabagisme et consultation VIH: **T**abacologie en **S**ervice de **M**aladies Infectieuses (**TASMI**)

Béatrice Le Maître, Philippe Féret, Jean-Jacques Parienti, Renaud Verdon,
et tout le service de Maladies Infectieuses du CHU de Caen



Journée Régionale de tabacologie – Tabac&VIH
Jeudi 28 janvier 2016

Un constat d'échec

- Mortalité et comorbidités liées au tabagisme
- Implication variable du médecin traitant
- Dépistage du tabagisme insuffisant, irrégulier, hétérogène
- Modalités variées d'aide au sevrage
- Pas de lien structuré avec le service de Tabacologie

Les obstacles

- Approche variée du dépistage par les différents consultants:
 - dimension psychologique
 - dimension organisationnelle
- Connaissances variées des moyens d'aide au sevrage
- Préparation insuffisante des patients

OBJECTIFS

Mise en place
d'une démarche de service

Construction d'un programme
de prise en charge
applicable à tout patient
et durable dans le temps

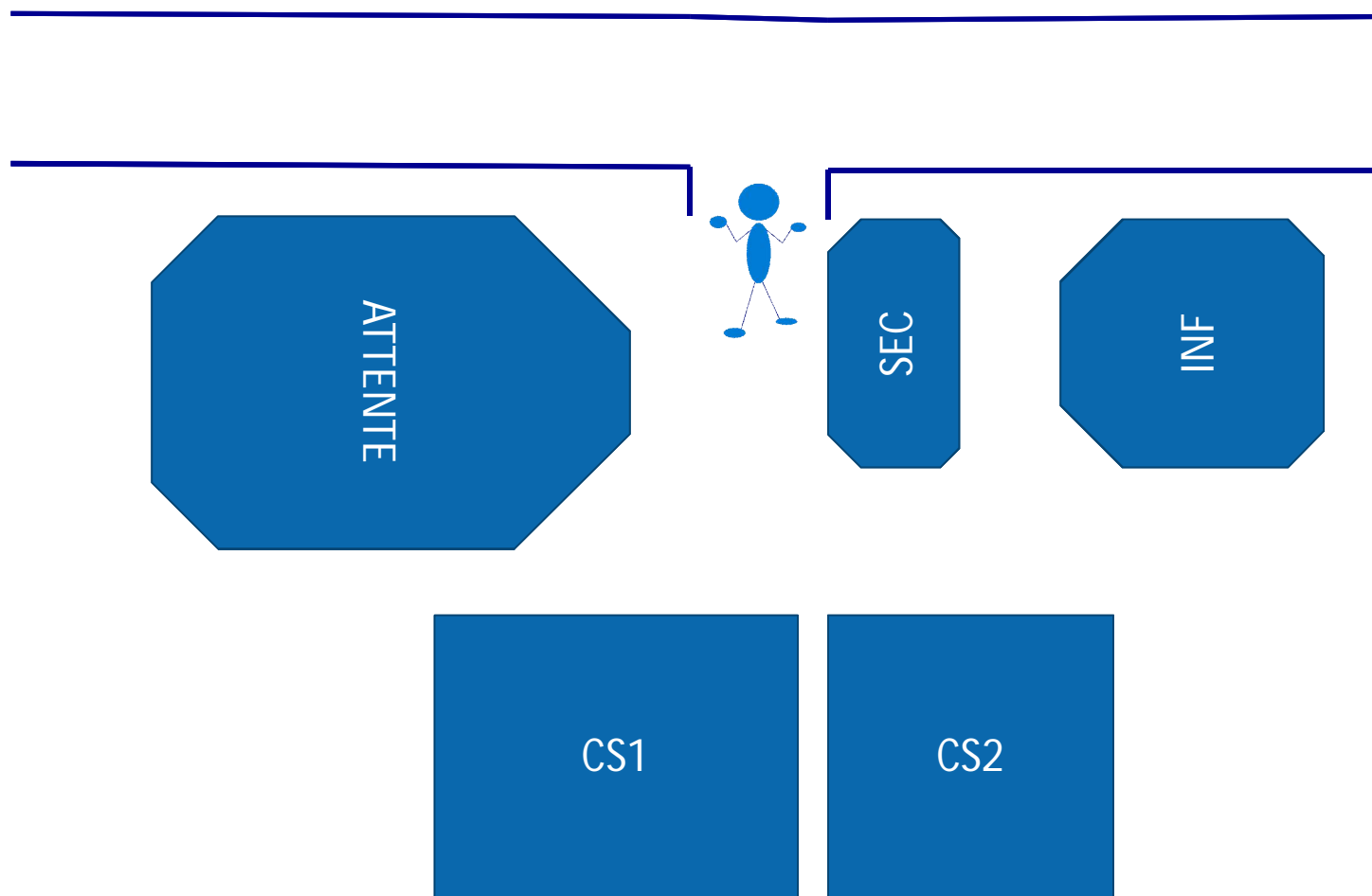
Méthodes (1)

- Réponse à l'appel d'offres Santé Publique de l'InCA
- Implication de tout le personnel de la consultation
- Information du patient sur les conséquences de l'association tabagisme + infection VIH

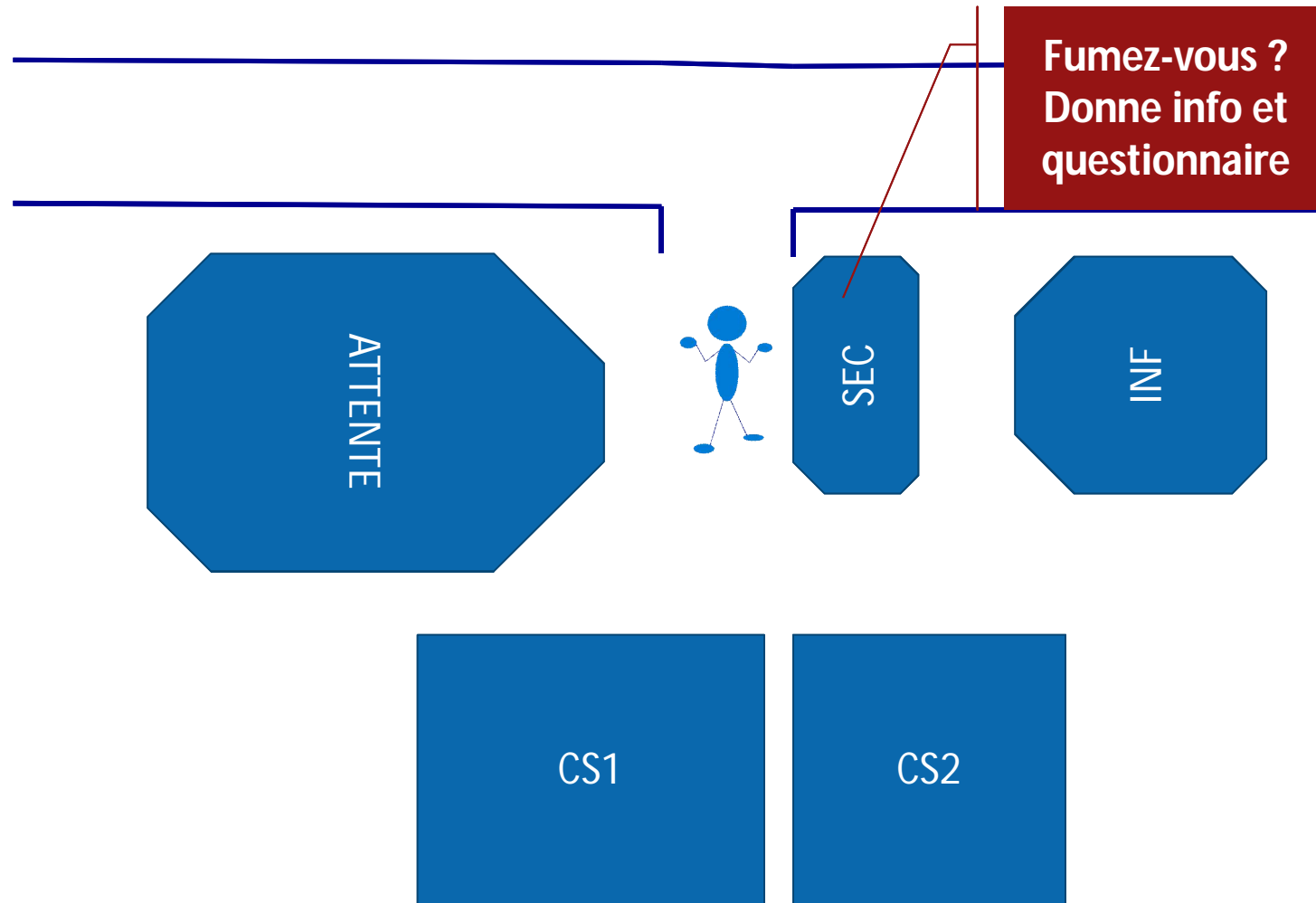
Méthodes (2)

- Dépistage systématique
- Lien direct avec le service de Tabacologie (= filière)
- Questionnaire structuré
- Suivi de la problématique tabac dans l'observation médicale

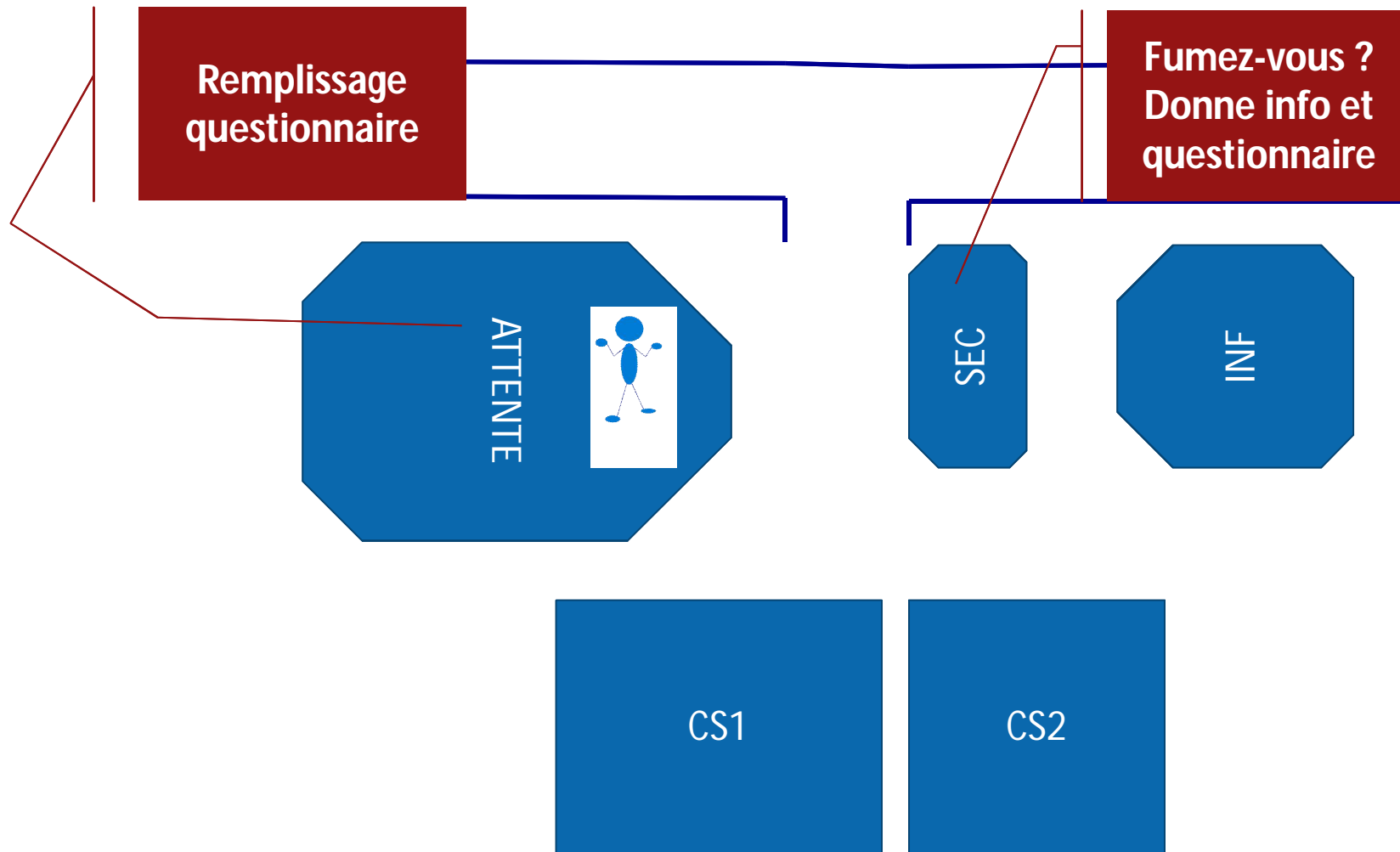
Les aspects pratiques



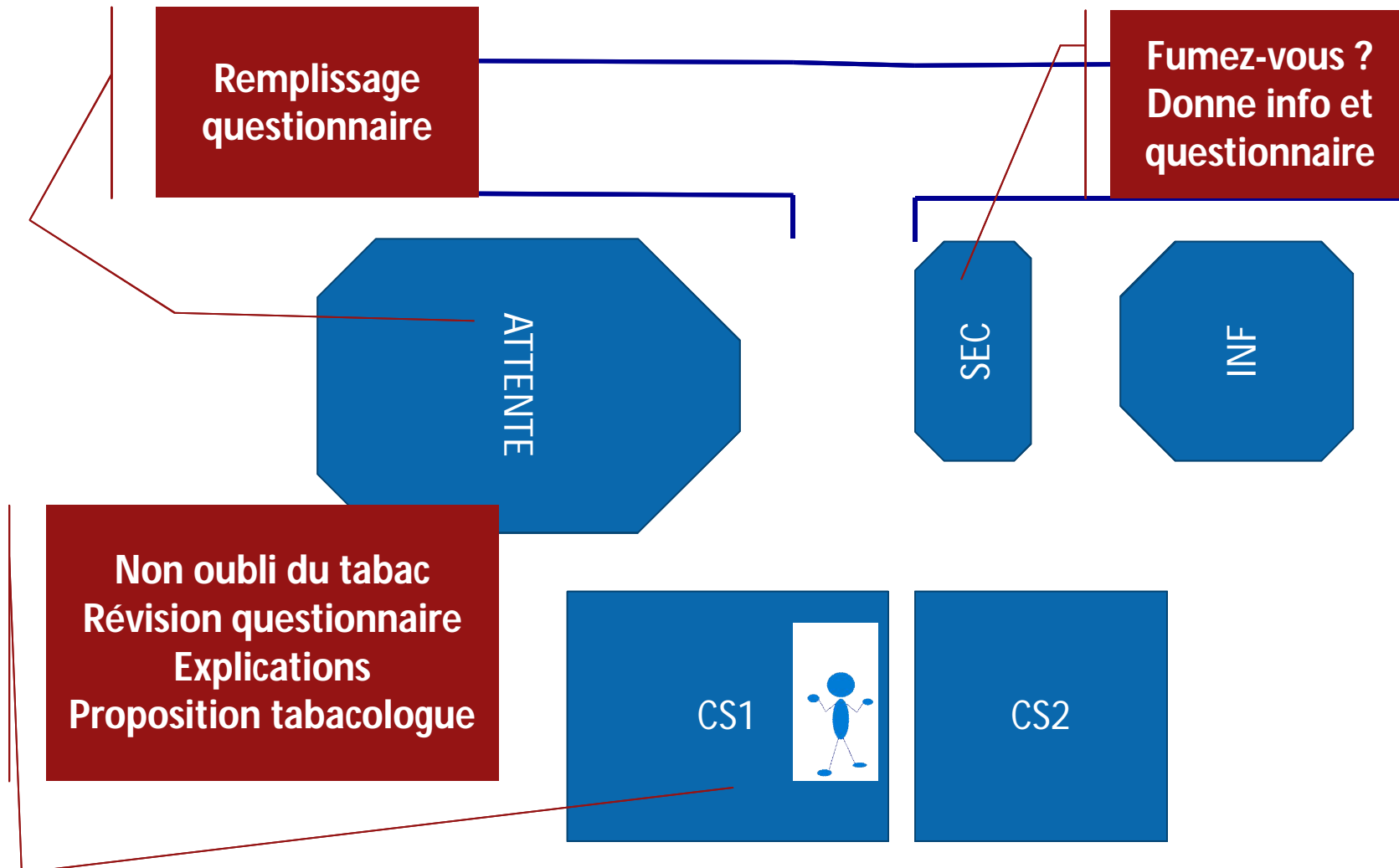
Les aspects pratiques



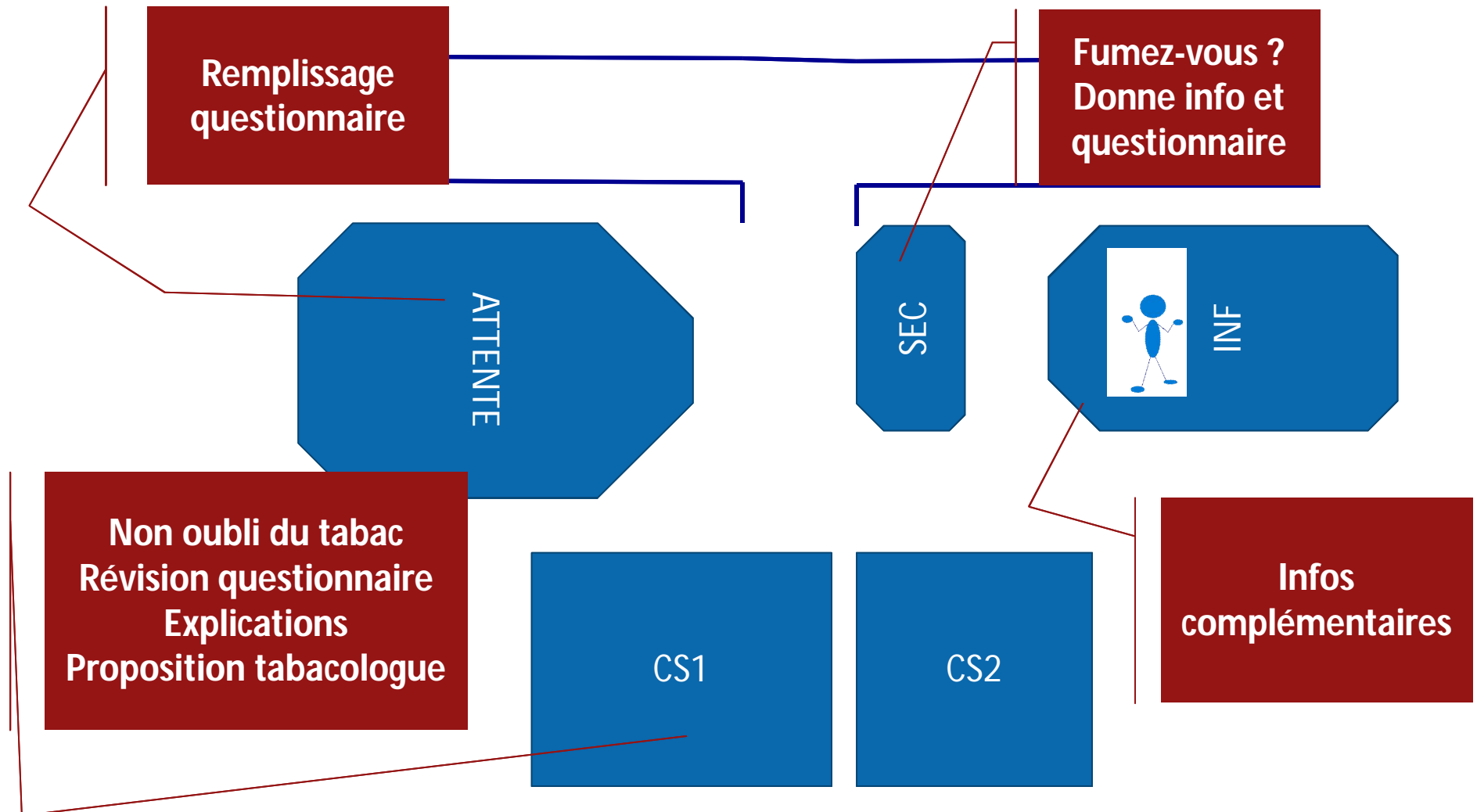
Les aspects pratiques



Les aspects pratiques



Les aspects pratiques



Lien Infectiologie - Tabacologie

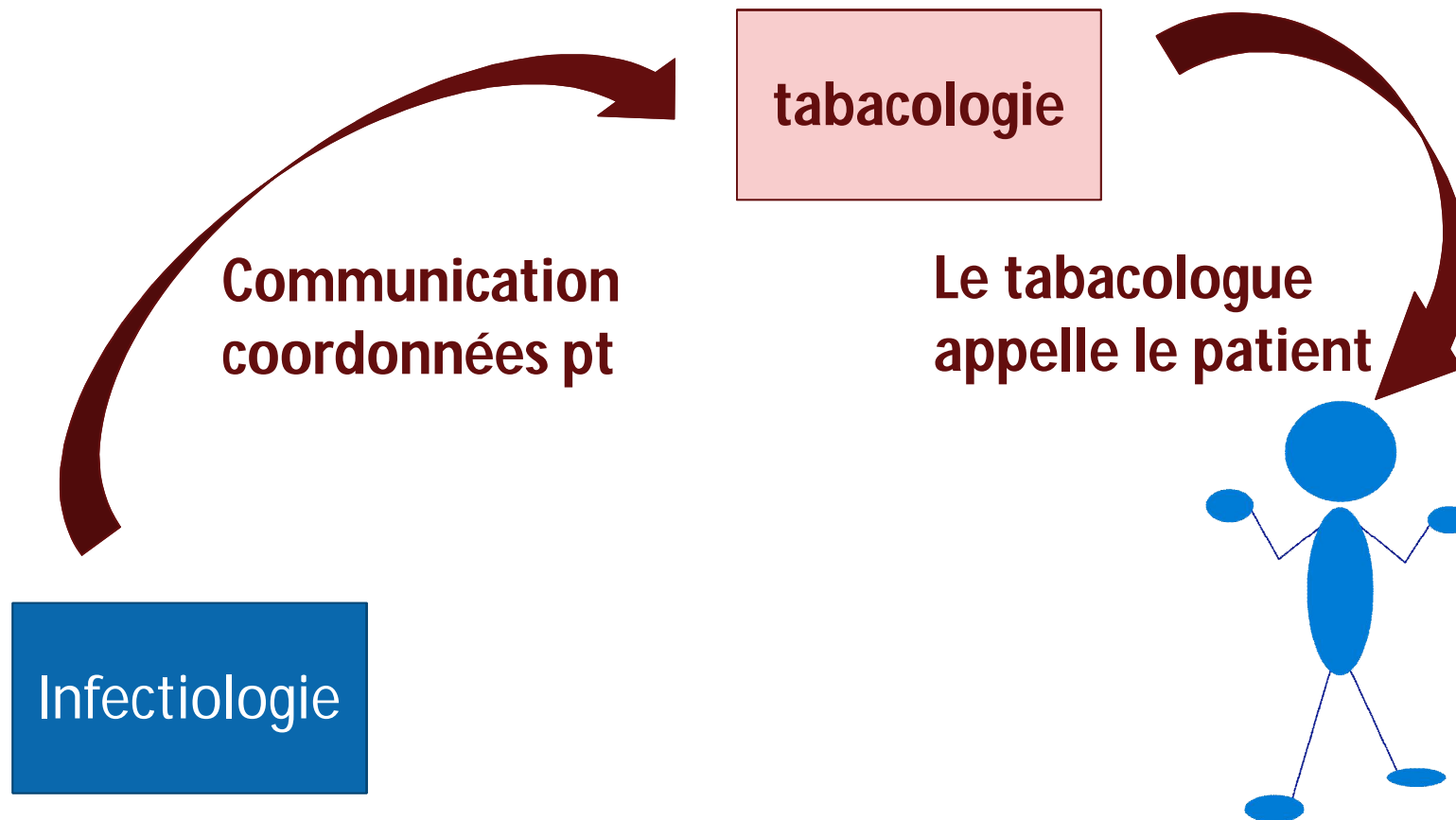
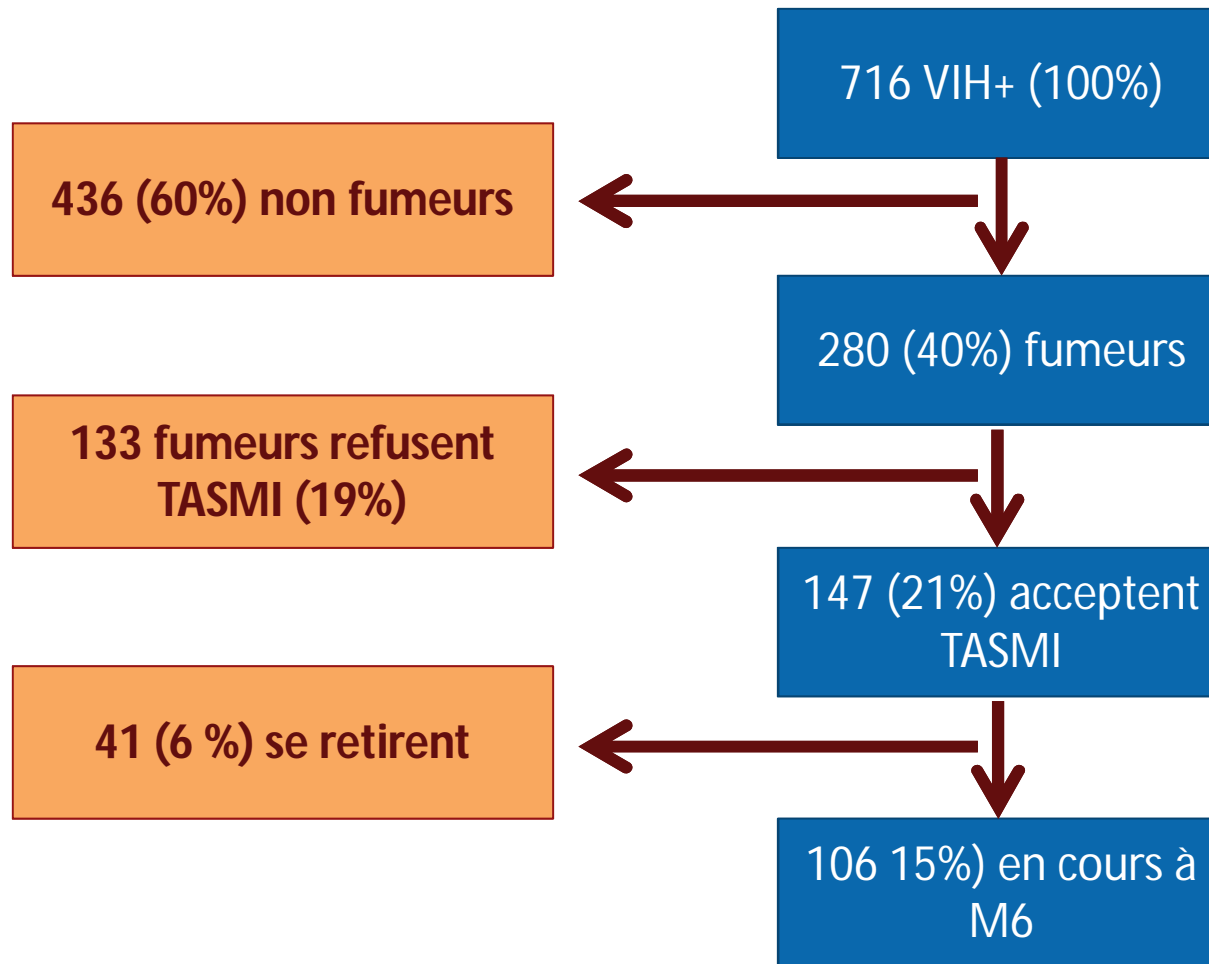


Diagramme de flux



variable	Analyse bivariée	
	Fumeurs	Non fumeurs
Âge , médiane [Q1-Q3]	46 [40,4-50,8]	49,4 [40,3-59,2]
Sexe M/F	189/91	273/163
Transmission VIH S/TIV	200/80 (28%)	390/46 (10,5%)
Durée VIH (m), méd [Q1-Q3]	144 [56,1- 224,5]	163 [73,2- 249,7]
Stade CDC		
Asympto	175(62,5)	262 (60)
Sympto	47 (17)	61 (14)
Sida	58 (20)	113 (26)
CD4, m [Q1-Q3]	579 [414-790]	520 [357-721]

variable	Analyse bivariée		p
	Fumeurs	Non fumeurs	
Âge , médiane [Q1-Q3]	46 [40,4-50,8]	49,4 [40,3-59,2]	< 0,0001
Sexe M/F	189/91	273/163	0,18
Transmission VIH S/TIV	200/80 (28%)	390/46 (10,5%)	< 0,0001
Durée VIH (m), méd [Q1-Q3]	144 [56,1- 224,5]	163 [73,2- 249,7]	0,01
Stade CDC Asympto Sympto Sida	175(62,5) 47 (17) 58 (20)	262 (60) 61 (14) 113 (26)	0,22
CD4, m [Q1-Q3]	579 [414-790]	520 [357-721]	0,073

Comparaison fumeurs vs non fumeurs

Variable	Analyse multivariée	
	OR fumeur [IC95%]	p
Âge	0,96 [0,95-0,98]	< 0,001
Transmission VIH Sexuelle / TIV	3,68 [2,30-5,90]	< 0,001
Durée VIH	0,998 [0,996-0,999]	0,03

Participants vs non participants (1)

Variable	Analyse bivariée	
	Participants	Non participants
Âge, m[Q1-Q3]	45,6 [41-50]	46,4 [40,2-51,2]
Sexe M/F	98/49	91/42
Trans VIH S/TIV	112/35 (23,3%)	88/45 (34%)
Durée VIH (m), m [Q1-Q3]	130 [40-207]	183 [72,5-235,3]
Stade CDC		
Asympto	89(58,5)	89 (67)
Sympto	31 (21)	16 (12)
Sida	30 (20,5)	28 (21)
CD4, m [Q1-Q3]	540 [396-713]	612[421-872]

Participants vs non participants (1bis)

Variable	Analyse bivariée		p
	Participants	Non participants	
Âge, m[Q1-Q3]	45,6 [41-50]	46,4 [40,2-51,2]	0,73
Sexe M/F	98/49	91/42	0,09
Trans VIH S/TIV	112/35 (23,3%)	88/45 (34%)	0,05
Durée VIH (m), m [Q1-Q3]	130 [40-207]	183 [72,5-235,3]	0,0025
Stade CDC			
Asympto	89(58,5)	89 (67)	0,12
Sympto	31 (21)	16 (12)	
Sida	30 (20,5)	28 (21)	
CD4, m [Q1-Q3]	540 [396-713]	612[421-872]	0,11

Participants vs non participants (2)

Variable	Analyse bivariée	
	Participants, n=147	Non participants, n=133
Nb cigarettes , méd [Q1-Q3]	10 [0-20]	10 [5-20]
Fagerström méd [Q1-Q3]	6 [3-8]	2 [0-3]
Score d'anxiété, méd [Q1-Q3]	8 [6-12]	7 [4-9]
Score de dépression, méd [Q1-Q3]	6 [3-9]	3,5 [2-9]

Participants vs non participants (2bis)

Variable	Analyse bivariée		p
	Participants, n=147	Non participants, n=133	
Nb cigarettes , méd [Q1-Q3]	10 [0-20]	10 [5-20]	0,69
Fagerström méd [Q1-Q3]	6 [3-8]	2 [0-3]	< 0,0001
Score d'anxiété, méd [Q1-Q3]	8 [6-12]	7 [4-9]	0,04
Score de dépression, méd [Q1-Q3]	6 [3-9]	3,5 [2-9]	0,04

Participants vs non participants (2)

Variable	Analyse multivariée	
	OR participant [IC95%]	p
Transmission VIH Sexuelle / TIV	0,35 [0,14-0,89]	0,02
Fagerström méd [Q1-Q3]	1,75 [1,48-2,02]	0,001

M6: sevrage vs non sevrage (1)

Variable	Analyse bivariée	
	Sevrage	Non sevrage
Âge, m[Q1-Q3]	46,5 [42,5-51,5]	46,5 [41-50]
Sexe M/F	40/20	30/16
Trans VIH S/TIV	47/13 (19,1%)	38/8 (17,4%)
Durée VIH (m), m [Q1-Q3]	205,3 [64,1- 256,6]	170,5 [88-253,8]
Stade CDC		
Asympto	39(65)	23 (51)
Sympto	11 (18,3)	10 (22,2)
Sida	10 (16,7)	12 (26,8)
CD4, m [Q1-Q3]	563 [444-748]	533 [408-672]

M6: sevrage vs non sevrage (1bis)

Variable	Analyse bivariée		p
	Sevrage	Non sevrage	
Âge, m[Q1-Q3]	46,5 [42,5-51,5]	46,5 [41-50]	0,63
Sexe M/F	40/20	30/16	0,87
Trans VIH S/TIV	47/13 (19,1%)	38/8 (17,4%)	0,97
Durée VIH (m), m [Q1-Q3]	205,3 [64,1- 256,6]	170,5 [88-253,8]	0,80
Stade CDC			
Asympto	39(65)	23 (51)	0,28
Sympto	11 (18,3)	10 (22,2)	
Sida	10 (16,7)	12 (26,8)	
CD4, m [Q1-Q3]	563 [444-748]	533 [408-672]	0,44

M6: sevrage vs non sevrage (2)

Variable	Analyse bivariée	
	Sevrage	Non sevrage
Nb cigarettes , méd [Q1-Q3]	14 [0-20]	10 [5-20]
Fagerström méd [Q1-Q3]	6 [4-8]	7 [5-8]
Fagerström Q1 méd [Q1-Q3]	2 [1,5-3]	2 [2-3]
Score d'anxiété, méd [Q1-Q3]	8 [6-10]	9 [6-12]
Score de dépression, méd [Q1-Q3]	6 [3-9]	5 [3-9]
Niveau scolaire ≥ Bac O/N	23/37	12/34

M6: sevrage vs non sevrage (2bis)

Variable	Analyse bivariée		p
	Sevrage	Non sevrage	
Nb cigarettes , méd [Q1-Q3]	14 [0-20]	10 [5-20]	0,88
Fagerström méd [Q1-Q3]	6 [4-8]	7 [5-8]	0,17
Fagerström Q1 méd [Q1-Q3]	2 [1,5-3]	2 [2-3]	0,43
Score d'anxiété, méd [Q1-Q3]	8 [6-10]	9 [6-12]	0,11
Score de dépression, méd [Q1-Q3]	6 [3-9]	5 [3-9]	0,89
Niveau scolaire ≥ Bac O/N	23/37	12/34	0,18

M6: sevrage vs non sevrage (3)

Variable	Analyse bivariée	
	Sevrage	Non sevrage
FDR cardio-vasculaires
Score DETA		
Vit seul O/N	32/27	26/20
ATCD C-V Aucun / IDM/AVC/AOMI	51 / 5 1 / 3	40 / 2 2 / 2
ATCD Pneumo Aucun / K / BPCO	49 / 0 / 5	30 / 1 / 10

M6: sevrage vs non sevrage (3bis)

Variable	Analyse bivariée		p
	Sevrage	Non sevrage	
FDR cardio-vasculaires	0,80
Score DETA			0,37
Vit seul O/N	32/27	26/20	0,86
ATCD C-V Aucun / IDM/AVC/AOMI	51 / 5 1 / 3	40 / 2 2 / 2	0,8
ATCD Pneumo Aucun / K / BPCO	49 / 0 / 5	30 / 1 / 10	0,15

M6: sevrage vs non sevrage (4)

Variable	Analyse bivariée	
	Sevrage	Non sevrage
Cannabis O/N	15/45	16/30
ATCD dépression	10/49	18/28
CP ppm, med [Q1-Q3]	21 [12-28]	22 [14-29]
Patch O/N	25/35	20/25
Varénicline O/N	31/29	15/30
Inhalateur O/N	35/25	36/9
Gomme	26/34	18/27

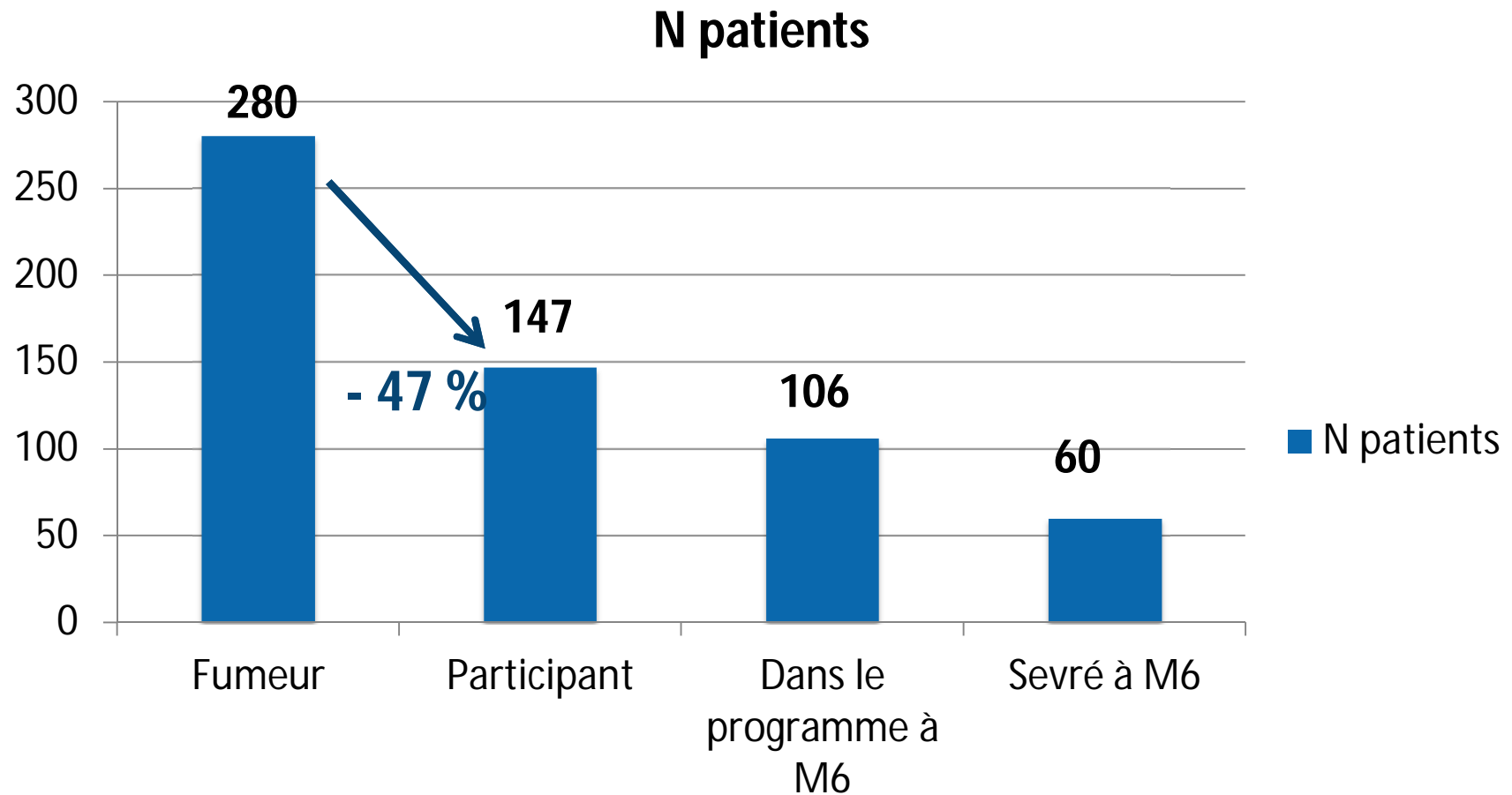
M6: sevrage vs non sevrage (4bis)

Variable	Analyse bivariée		p
	Sevrage	Non sevrage	
Cannabis O/N	15/45	16/30	0,27
ATCD dépression	10/49	18/28	0,001
CP ppm, med [Q1-Q3]	21 [12-28]	22 [14-29]	0,86
Patch O/N	25/35	20/25	0,77
Varénicline O/N	31/29	15/30	0,06
Inhalateur O/N	35/25	36/9	0,01
Gomme	26/34	18/27	0,73

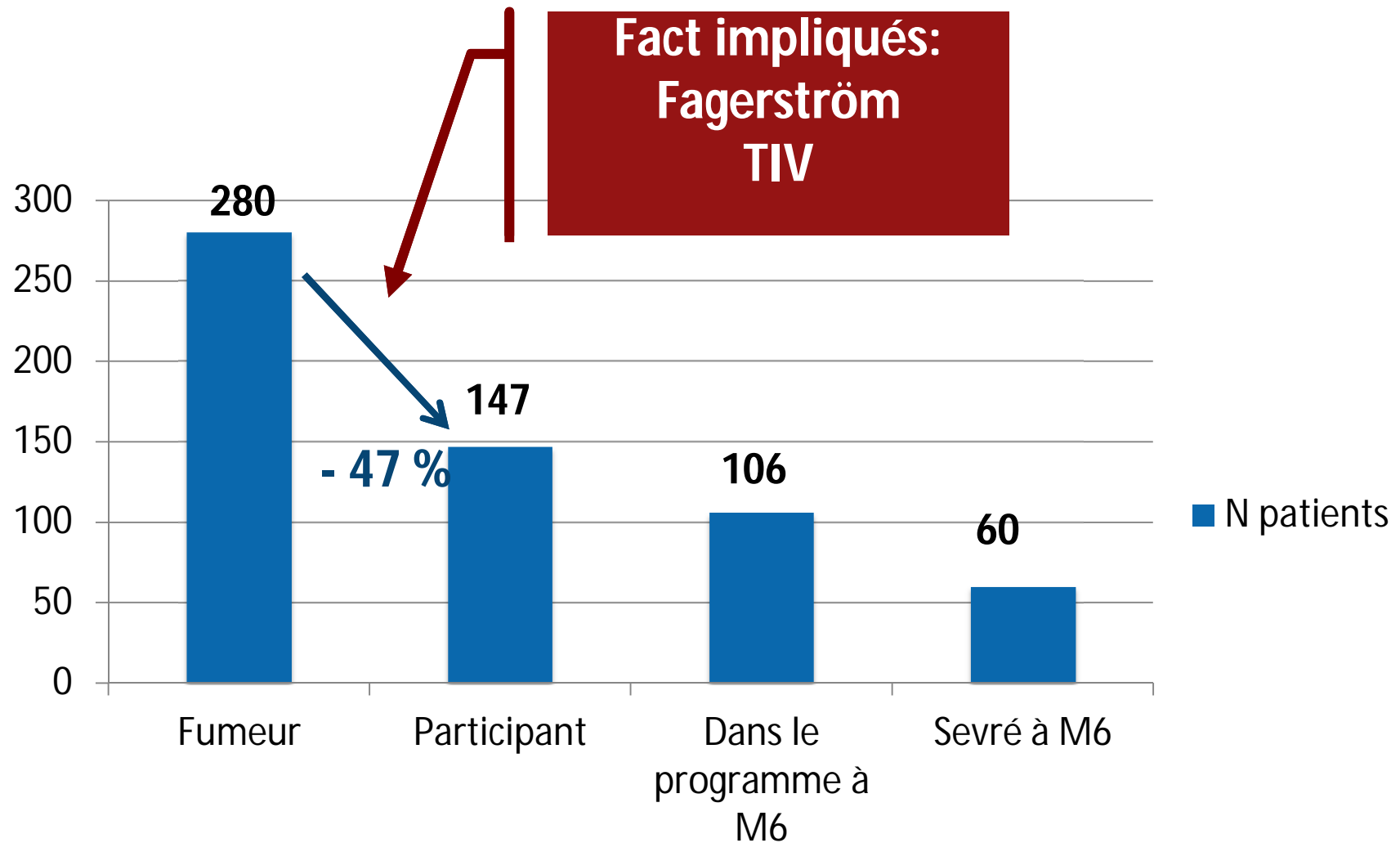
M6: sevrage vs non sevrage (5)

Variable	Analyse multivariée	
	OR participant [IC95%]	p
ATCD dépression	0,28 [0,11-0,71]	0,007
Varénicline	2,455 [1,03- 5,85]	0,04

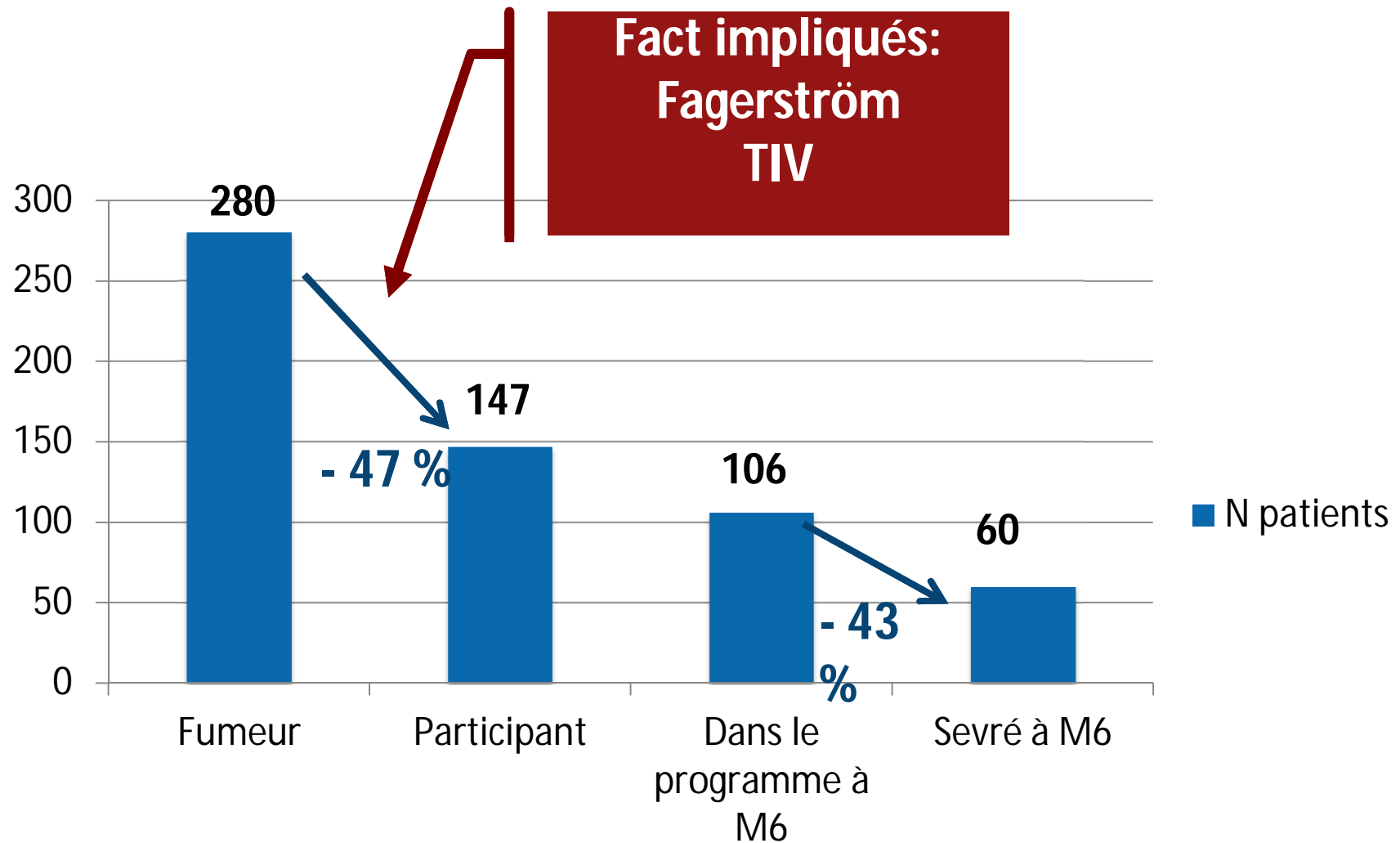
Cascade d'arrêt du tabac dans le programme TASMI



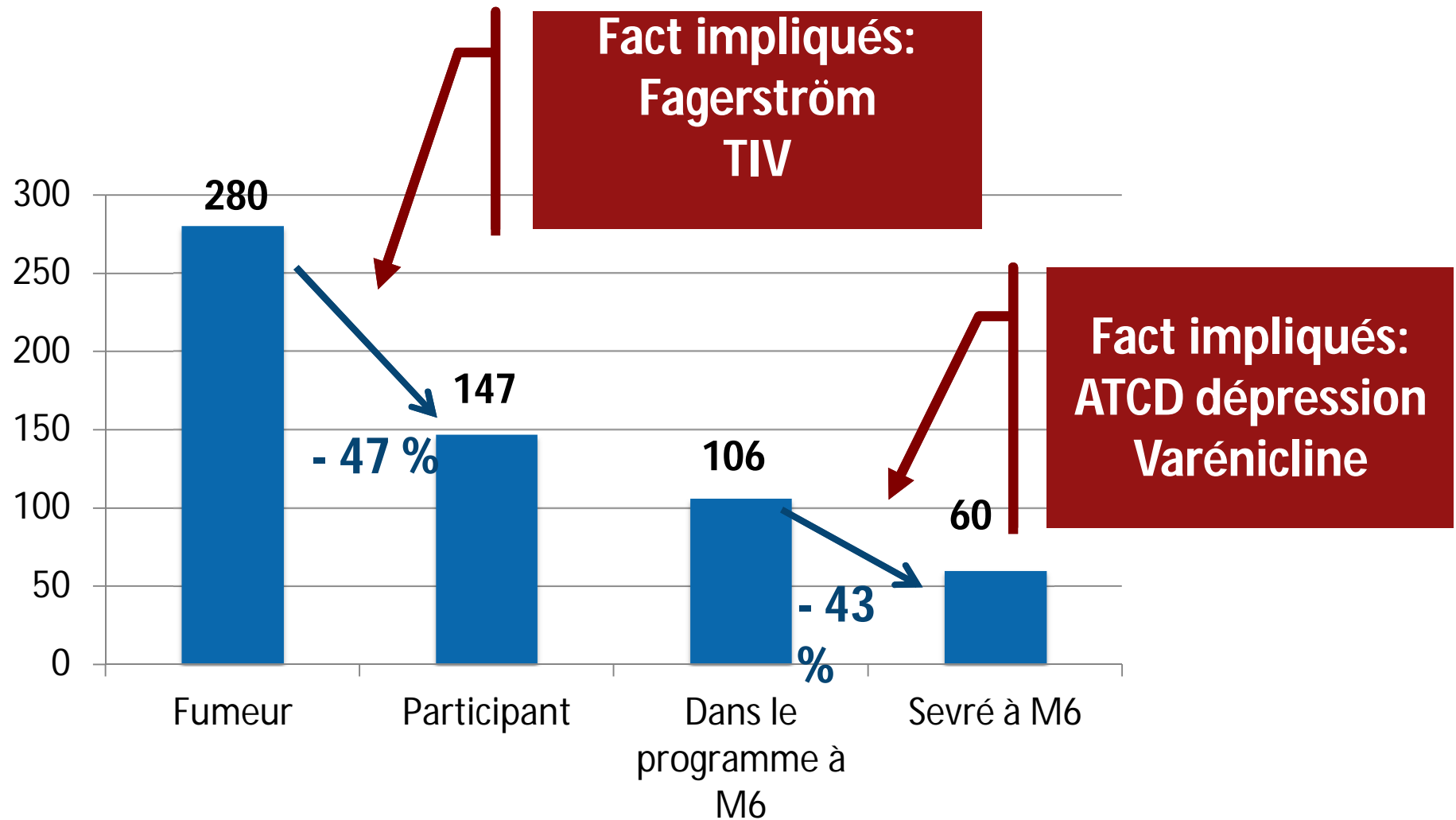
Cascade d'arrêt du tabac dans le programme TASMI



Cascade d'arrêt du tabac dans le programme TASMI



Cascade d'arrêt du tabac dans le programme TASMI



Conclusions du côté infectiologique

- Le problème principal est d'intégrer dans une CS spécialisée hospitalière un suivi tabacologique, consommateur de temps, inhabituel, et rarement demandée par le patient.
- Combiner plusieurs approches simultanément:
 - Implication de tous les acteurs de la CS
 - Apporter information
 - Etablir un lien simple et direct avec la Tabacologie
- Rappel du patient par le médecin Tabacologue, après avoir obtenu son accord

Dans le service de Maladies infectieuses

Vivre avec le VIH,
c'est devoir relever de nombreux défis.

Vivre avec le VIH et fumer,
constitue un sur-risque, sur lequel vous pouvez agir.

Lorsque l'on est infecté par le VIH, le tabac (tabac seul, ou pipe, tabac et cannabis) est encore plus dangereux pour la santé.

L'équipe soignante du service des maladies infectieuses travaille en lien étroit avec le service de tabacologie. Nous vous proposons de vous aider à arrêter de fumer. Les traitements d'aide à l'arrêt du tabac vous seront donnés gratuitement.

Fumer entraîne des maladies pulmonaires chroniques, des accidents cardio-vasculaires et de nombreux cancers.

L'infection par le VIH, indépendamment du tabac, est associée à une augmentation des infections respiratoires et des cancers.

Tabac et VIH constituent un mélange explosif. Les risques ne font pas que s'ajouter. Ils se multiplient.

Arrêter de fumer ne semble pas forcément être la priorité quand on est infecté par le VIH. Cependant vous avez le pouvoir de réduire considérablement vos risques en arrêtant de fumer.

Arrêt du tabac rime avec meilleure qualité de vie :

Défenses immunitaires renforcées

Moins de problèmes respiratoires et/ou cardiovasculaires

Plus d'énergie, moins de soucis

Plus de confiance en soi...

CHUCaen Service de Tabacologie & Service des Maladies Infectieuses

TABAC
VIH
un mélange explosif



Les PVIH en Tabacologie

- Un lieu d'écoute indépendant du SMI
- Non focalisé sur la problématique VIH
- Un regard différent, une écoute différente, des questionnements différents
- Mais une complémentarité dans la prise en charge globale
- Une prise en charge financière totale
 - Traitements (Varénicline et TNS) et Ikms
- Conjointes inclus dans la démarche (même prise en charge)
- Numéro de portable donné (contacts par SMS) : rassure les patients

TASMI en chiffres

- File active TASMI – fin 2013: 740
- File active actuelle: 800
- Suivis VIH hors CHU et hors TASMI: 250

- 143 PVIH vus en CS à ce jour
- Soit un total de 963 CS effectuées (Tasmi et « façon » Tasmi)
 - Moins de 3 CS: 35 PVIH

Eclosion d'une « façon TASMI »

- Hier: réponse à un appel à projet INCa en 2012: financement
 - Forte mobilisation de l'ensemble du service (secrétaire, médecins, infirmières, techniciens de recherche...) et beaucoup de temps
 - Financement complémentaire du Comité départemental de la LNCC (Ikms et frais de traitements) nécessaire pour la souplesse du suivi
- Aujourd'hui:
 - Un système « allégé »
 - Relais pris, plus spécialement, par les médecins du service
 - Une « façon Tasmi » à nourrir régulièrement
 - Un vrai changement, de fond, des pratiques
 - Nécessité de financements plus pérennes (Ligue)
 - Nécessité d'œuvrer pour une prise en charge totale des traitements d'aide à l'arrêt
 - Un engagement continu du Service de Tabacologie

Les points à améliorer

- Service des MI: « logiciel » ancien qui ne peut intégrer les données de façon évolutive
 - Données TASMI enregistrées bloquées
 - Le DMI2 ne répond pas à ce besoin évolutif
 - Liste bloquée de 50 à 60 items
 - Logiciel NADIS: données dynamiques
 - Mais, pas au CHU de Caen
 - Mais quid pour les données Tabac +/- cannabis
 - Etudes prospectives de cohorte difficiles à réaliser (intra et inter-SMI)
- UCT: pas de liens directs à ce jour avec les associations de patients
 - A développer certainement, avec la diffusion d'informations positives sur l'arrêt du tabac (meilleure qualité de vie, impact positif sur l'humeur, plus de confiance en soi...)

Merci pour votre attention

*Merci à la CBT d'avoir organisé cette
journée d'échanges*





COMITÉ DU CALVADOS

Ce travail a pu être réalisé grâce au soutien:

- **de l'INCA: « Programme de soutien aux études et actions pour améliorer la prévention, le dépistage et la détection précoce des cancers- Etude Tasmi - PREV11-124 »**
- **de la Ligue contre le Cancer, comité du Calvados**