

Prise en charge des fumeurs : à la portée du cardiologue



D. Thomas

Taking care of smokers: Within the reach of cardiologists

D. Thomas

Institut de cardiologie, CHU Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

Disponible en ligne sur ScienceDirect le 18 décembre 2023

La prise en charge des fumeurs est volontiers vécue par le cardiologue comme complexe et difficile. Cette difficulté apparente est liée au fait que le tabagisme crée une addiction majeure avec ses composantes à la fois physique, comportementale et psychologique. Sa prise en charge doit combiner :

- une approche individuelle, empreinte d'écoute et d'empathie, chaque fumeur ayant une histoire, un parcours et un vécu spécifiques de son tabagisme, à prendre en compte dans la formation de l'alliance thérapeutique ;
- une connaissance des différentes aides ayant été validées dans le sevrage, ainsi que de leur maniement optimal, condition essentielle pour un maximum d'efficacité ;
- de la persévérance car, même si cette prise en charge est bien gérée, le succès n'est souvent pas obtenu à la première tentative d'arrêt, mais chaque échec augmente les chances de réussite.

UNE PRISE EN CHARGE TROP SOUVENT NÉGLIGÉE OU MINIMALISTE

« Tout tabagisme doit être arrêté, car l'usage du tabac est fortement et indépendamment causal de pathologies cardiovasculaires ». Telle est formulée la recommandation de prise en charge du tabagisme de la Société européenne de cardiologie, recommandation de niveau IA, c'est-à-dire ayant le plus haut niveau de preuve [1]. Ce niveau de recommandation en fait un objectif prioritaire en prévention cardiovasculaire.

Le cardiologue se sent à la fois concerné, à l'aise et actif dans les prises en charge d'autres facteurs de risque comme l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie, bien

intégrés dans sa pratique quotidienne et reposant essentiellement sur des traitements médicamenteux. Par contre, bien que très conscient de l'impact majeur du tabagisme dans le domaine cardiovasculaire, il se sent volontiers démuni devant un fumeur, avec une prise en charge qui se résume souvent au simple « conseil d'arrêter de fumer ». Peuvent être à l'origine de cette attitude minimaliste :

- essentiellement le fait que, quel que soit leur exercice, les cardiologues n'ont pas reçu une formation initiale suffisante et que les sessions de développement professionnel continu dans ce domaine sont rares et/ou non fréquentées lorsqu'elles sont proposées ;
- l'idée fautive que le tabagisme est essentiellement un simple comportement, et que son arrêt repose sur la volonté des fumeurs. Cette idée est renforcée par le fait que le tabagisme est souvent placé dans les recommandations de prévention dans le « mode de vie ». C'est méconnaître que pour la majorité des fumeurs, le tabagisme est une véritable maladie chronique, avec une addiction aussi forte que celle engendrée par la cocaïne ou l'héroïne, nécessitant une intervention médicale et un suivi spécifique ;
- le sentiment que les campagnes d'information vers les fumeurs et les mesures de santé publique, réglementaires et législatives concernant le « contrôle du tabac » (interdiction de la publicité, prix du tabac, paquet neutre, interdiction de fumer dans les lieux publics, etc.) vont régler la question. Ces dernières, bien que nécessaires et utiles dans la normalisation du tabac, ont un impact réel sur les jeunes pour limiter l'entrée en tabagisme, mais beaucoup plus relatif chez les adultes fumeurs dépendants.

Par ailleurs, la prise de conscience de son manque de connaissances peut inciter le cardiologue à éviter d'aborder le sujet ou à considérer que ce n'est pas son rôle de s'en occuper. Cette attitude est renforcée par le

Adresse e-mail :
thomas.daniel@neuf.fr

vécu chronophage de cette prise en charge, ainsi que par son caractère relativement ingrat, compte tenu des multiples tentatives parfois nécessaires au succès.

Ainsi, les enquêtes faites auprès des cardiologues, montrent que peu d'entre eux sont réellement impliqués dans cette prise en charge [2]. Le corollaire de cette non-implication est un résultat très décevant concernant les résultats, y compris en prévention secondaire. C'est ce que révèlent les enquêtes Euroaspire, avec au moins la moitié des fumeurs n'ayant pas arrêté ou ayant repris leur tabagisme à distance d'un événement coronaire ; mais moins de 20 % de ces patients ont été initialement accompagnés dans leur sevrage par une consultation et/ou aide pharmacologique [3].

Pour sortir de cette situation et assurer plus concrètement la prise en charge des fumeurs, il est nécessaire :

- d'avoir une bonne connaissance de l'impact cardiovasculaire du tabagisme, mais surtout des bénéfices du sevrage. C'est sur la valorisation de ces bénéfices que peut se bâtir une partie de la motivation du fumeur ;
- de savoir aborder les fumeurs dans un climat de déculpabilisation, d'écoute et d'empathie, propres à établir une relation de confiance nécessaire à la construction de leur motivation, à l'acceptation des outils d'aide au sevrage et à la qualité du suivi ;
- de bien connaître les différentes aides au sevrage validées et de les utiliser au quotidien, avec tous les fumeurs et dans toutes les circonstances : unité de soins intensifs, hospitalisation, soins de suite, consultation.

EXPLIQUER AU FUMEUR L'IMPACT DU TABAGISME ET LES BÉNÉFICES DU SEVRAGE

Des risques cardiovasculaires souvent méconnus par les fumeurs

Le tabagisme est la première cause de mortalité toutes causes, tuant plus de la moitié de ses consommateurs persistants et responsable direct en France de 13 % des décès. Il est également la première cause de mortalité cardiovasculaire évitable. La particularité de ce facteur de risque est la fréquence de son implication dans les accidents vasculaires précoces. Le risque relatif d'événement cardiovasculaire lié au tabagisme est d'autant plus important que les sujets sont jeunes. Deuxième facteur de risque d'infarctus du myocarde, très près derrière les dyslipidémies [4], c'est le facteur dominant des décès cardiovasculaires précoces qu'ils soient coronaires ou vasculaires cérébraux [5]. Il joue aussi un rôle déterminant dans les autres atteintes artérielles, artériopathie oblitérante des membres inférieurs et anévrisme de l'aorte abdominale. Il contribue également à un sur-risque de maladie thromboembolique veineuse, de fibrillation atriale et d'insuffisance cardiaque, indépendamment de l'atteinte artérielle coronaire. Enfin, il augmente de près de 40 % le risque de survenue d'un diabète. En France, 21 % des 250 000 hospitalisations pour une pathologie cardiovasculaire sont directement attribuables au tabagisme [6]. Enfin, le tabagisme est devenu un important facteur de risque cardiovasculaire chez la femme, sa prévalence continuant à augmenter chez les femmes de 45 à 65 ans, avec une augmentation parallèle des accidents cardiovasculaires dans ces tranches d'âge [7].

Le risque cardiovasculaire est identique quel que soit le mode de consommation du tabac (cigarette avec ou sans filtre,

cigarillo, cigare, pipe, chicha, etc.) [4]. Ce risque est en relation avec l'importance de l'exposition, mais il n'y a pas de seuil au-dessous duquel fumer soit sans danger et la relation exposition-risque est non linéaire, avec un risque déjà fortement augmenté pour quelques cigarettes quotidiennes et même pour une exposition au tabagisme passif, qui doit pour cette raison être également prise en compte dans l'évaluation du risque cardiovasculaire. Aussi, la simple réduction de consommation est insuffisante et l'objectif doit être l'arrêt total d'exposition active ou passive.

Des bénéfices de l'arrêt, majeurs et rapides, à valoriser auprès des fumeurs

Les bénéfices cliniques du sevrage tabagique sont majeurs et très rapidement obtenus. Cela est lié à la réversibilité rapide des mécanismes en cause dans les complications aiguës, en l'occurrence, la dysfonction plaquettaire et la dysfonction endothéliale. En prévention primaire, l'arrêt de consommation doit être réalisé le plus tôt possible. Cela permet d'éviter les accidents les plus précoces, dominés par la thrombose et le spasme, et de limiter au maximum l'hypothèque résiduelle liée à l'altération vasculaire athéroscléreuse, qui est corrélée à la durée du tabagisme. Ainsi, un arrêt précoce autour de la trentaine permet de retrouver un niveau de risque coronaire équivalent à celui de sujets n'ayant jamais fumé [8]. Par contre, il n'y a pas d'âge au-delà duquel il n'y ait pas de bénéfice à arrêter de fumer, en particulier concernant le bénéfice cardiovasculaire [9]. En prévention secondaire, après un infarctus du myocarde, la réduction de mortalité toutes causes est de 36 % et la réduction du risque de récurrence d'infarctus de 32 % [10]. Le bénéfice est aussi majeur dans les suites d'une revascularisation par pontage ou angioplastie coronaire. Enfin, dans les suites d'un infarctus du myocarde, le risque de décès par troubles du rythme est significativement diminué chez les patients ayant cessé de fumer. Le sevrage tabagique est la mesure de prévention secondaire ayant le plus fort impact sur la morbidité cardiovasculaire, avec le meilleur rapport coût/efficacité [11].

OPTIMISER L'APPROCHE ET LE LIEN THÉRAPEUTIQUE AVEC LE FUMEUR

Que le contexte soit une hospitalisation, un séjour en réadaptation ou une consultation, le sujet doit être abordé de façon « systématique » avec tout fumeur, avec un conseil clairement exprimé de sevrage ainsi qu'une proposition concrète d'aide. C'est une réelle perte de chance pour le fumeur que d'attendre qu'il soit « prêt » et demandeur d'une aide pour en parler et agir. Demande-t-on à un hypertendu ou à un diabétique s'il est prêt pour une prise en charge ? Il est possible que le fumeur exprime qu'il ne se sent pas « prêt », mais cela n'empêche pas d'engager un dialogue.

Que le fumeur ait exprimé ou non son souhait d'arrêter dans l'immédiat, il est essentiel que cet échange se fasse sur le mode d'un entretien motivationnel [12]. Cela consiste à explorer patiemment l'ambivalence du fumeur, ses craintes, ses motivations et sa confiance dans la réussite, en restant centré sur lui dans une attitude empathique et d'écoute et en faisant en sorte que les éléments porteurs de motivation et d'action viennent de la réflexion du patient lui-même. Il est inutile de rappeler ou souligner les risques du tabagisme et préférable

dans cet échange de mettre en avant les bénéfices du sevrage et le délai rapide dans lequel ils sont obtenus. Il est intéressant également de laisser le fumeur exprimer lui-même les bénéfices, pas obligatoirement sanitaires, qu'il attend de l'arrêt du tabac. Ces bénéfices exprimés spontanément par le fumeur seront pour lui les plus motivants dans le maintien de l'arrêt. En effet, si le conseil doit être fort, clair, personnalisé et répété, ne pas oublier que si le médecin est l'expert des outils d'accompagnement qu'il va proposer, c'est le fumeur qui in fine va mettre en œuvre l'arrêt. L'objectif est que, expert de son propre tabagisme, le fumeur trouve et s'approprie les ressources qu'il a en lui-même, élément déterminant pour l'acceptation et l'utilisation des outils d'aide qui lui seront proposés.

Il importe également dans ces échanges que toutes les tentatives d'arrêt soient valorisées, quels que soient leur nombre et leur durée, car cela renforce la confiance et la motivation, chacune de ces tentatives représentant une étape sur le chemin de la réussite. Les échecs cumulés sont pour le fumeur une source de doute sur ses chances de réussite, ainsi que de culpabilité. Leur analyse détaillée est donc importante et riche de renseignements utiles, en particulier sur les méthodes de sevrage qui ont été utilisées, le repérage des erreurs qui ont pu être faites. Elle permet d'optimiser le niveau de motivation, qui est un facteur pronostique de réussite du sevrage.

Il peut être utile de se former plus spécifiquement à l'entretien motivationnel afin de gérer au mieux cet abord du fumeur, gage essentiel de réussite du sevrage (AFDEM : <http://www.entretienmotivationnel.org/>).

Deux points préoccupent souvent les fumeurs et doivent être abordés avec franchise en amont du sevrage :

- le fumeur, qui ressent à chaque cigarette fumée une sensation de détente et de contrôle de l'anxiété, pense que le tabac lui permet de gérer sa tendance anxieuse ou dépressive. Or, on sait à présent, qu'au contraire, fumer entretient, voire crée, des états anxiodépressifs. Des études ont montré que le sevrage, après une possible exacerbation d'anxiété ou de dépression de quelques semaines ou mois, qui doit être prise en compte dans la prise en charge des fumeurs, apporte à plus long terme une amélioration significative sur le plan psychique [13] ;
- la crainte de prendre du poids est un obstacle à l'arrêt et la prise de poids est identifiée comme une cause de rechute. Cette prise de poids, qui n'est pas toujours présente, est en moyenne de quelques kilos. Il faut assurer un suivi diététique individualisé, une activité physique soutenue et régulière et, au moyen des thérapies cognitivocomportementales, aider le fumeur à accepter une prise de poids modérée. À court terme, les médicaments d'aide au sevrage limitent la prise de poids. Surtout, il est important de souligner que les conséquences de cette prise de poids ne peuvent annuler les bénéfices importants attendus du sevrage [14].

UTILISER LES OUTILS D'AIDE AU SEVRAGE VALIDÉS

Le tabagisme doit être considéré comme une maladie chronique. Si la qualité de l'abord du fumeur est essentielle et un gage important de réussite, une majorité de fumeurs est dans une addiction forte, pour laquelle une aide médicamenteuse

Tableau I. Évaluation du niveau de dépendance tabagique : Heaviness of Smoking Index (HSI).

	Score
Dans quel délai fumez-vous votre première cigarette après votre réveil ?	
< 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
> 60 minutes	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
< 10	0
11 à 20	1
21 à 30	2
> 30	3

La première question est la plus significative pour caractériser la puissance de l'addiction au tabac. Score : 0 - 2 : dépendance très faible ; score 3 : dépendance faible ; score 4 : dépendance moyenne ; score 5 : dépendance forte ; score 6 : dépendance très forte.

est nécessaire pour une sortie du tabac sans souffrance et avec un maximum de chances d'abstinence à terme.

Pour une gestion optimale du sevrage, tout fumeur doit faire l'objet d'un bilan initial complet et précis comprenant :

- l'âge de début et de l'ancienneté du tabagisme ; niveau et modes de consommation ; exposition au tabagisme passif ; tentatives antérieures de sevrage, leurs modalités et les conditions des rechutes ;
- la dépendance physique au tabac : le classique test de Fagerström en 6 questions peut plus simplement et valablement être remplacé par le Heaviness Smoking Index (HSI) en deux questions (Tableau I) ; la dépendance comportementale et psychologique : circonstances de consommation, lien avec d'autres activités, environnement familial et professionnel, etc. ;
- le niveau de confiance en soi et de motivation à l'aide d'une échelle analytique ou d'un test plus précis (test Q MAT) ; l'existence d'un état anxieux ou dépressif à l'aide de questionnaires spécifiques (échelle HAD, test de Beck).

Le fait que le cardiologue soit l'initiateur du traitement d'aide au sevrage est un atout important d'acceptation et d'observance de la part du fumeur. Même si le cardiologue doit souvent secondairement déléguer au médecin traitant ou à un tabacologue le suivi de ce sevrage, qu'il ne pourra pas toujours assurer facilement de façon rapprochée, le fait qu'il « initie le traitement » donne au fumeur un signal fort sur l'importance de la démarche. Déléguer d'emblée entièrement cette prise en charge peut donner au fumeur le sentiment qu'il s'agit d'une mesure accessoire et être une source de difficulté de gestion pour les autres acteurs.

Les traitements d'aide au sevrage

Les traitements actuellement validés sont la substitution nicotinique, la varénicline et le bupropion [15–17].

La substitution nicotinique (SN)

La SN constitue le traitement médicamenteux de première intention [15]. Son efficacité est amplement démontrée [18]. Elle fait appel à plusieurs formes galéniques :

- les timbres transdermiques (*patches*) : il existe des timbres portés 24 heures qui délivrent une dose de 21, 14 ou 7 mg de nicotine par jour et des timbres portés 16 heures qui délivrent une dose de 25, 15 ou 10 mg de nicotine ;
- les formes à absorption buccale : gommes, comprimés, pastilles, inhalateur et spray buccal.

Plusieurs notions très importantes concernant le maniement de la SN :

- il faut d'emblée systématiquement prescrire simultanément timbres et formes à absorption buccale, garantie d'une possibilité d'ajustement optimal de la dose de nicotine [19] ;
- il est primordial d'ajuster rapidement la posologie de nicotine aux besoins du fumeur. La substitution est schématiquement initiée avec une posologie empirique de 1 mg par cigarette quotidienne fumée, soit un timbre de 21 mg pour un fumeur d'un paquet par jour ; mais cette posologie doit être ajustée au niveau réel de dépendance du fumeur, qui peut être supérieure en fonction de la façon dont il fumait ses cigarettes, et donc nécessiter une posologie plus importante, avec parfois prescription de plusieurs timbres à 21 mg. La posologie doit être augmentée si apparaissent des symptômes de sevrage, dont le plus significatif est l'envie impérieuse de fumer (*craving*), ou réduite en cas de signes de surdosage, plus rares (diarrhée, nausées, bouche pâteuse, insomnie, palpitations) et sans danger ;
- les formes à absorption buccale, utilisées conjointement aux timbres, permettent dans un premier temps d'ajuster au mieux la dose utile, puis sont utilisées ponctuellement sur un traitement déjà équilibré en cas d'envie impérieuse de fumer ;
- la diminution de dose est réalisée ensuite de façon très progressive et sur une durée qui peut être très variable et qui est la durée nécessaire à la désensibilisation des récepteurs nicotiques cérébraux ;
- il n'y a pas de durée globale standard de la SN, mais elle ne doit pas être inférieure à 3 mois. Elle peut être beaucoup plus prolongée, adaptée à chaque patient.

En pratique, il faut retenir que c'est l'absence d'adaptation optimale de posologie et/ou une durée trop courte de la SN qui sont à l'origine de la plupart des échecs.

La SN peut être utilisée sans problème chez les patients coronariens [20]. Sa sécurité dans ce contexte s'explique par la pharmacocinétique de la SN qui, contrairement à l'effet de chaque cigarette fumée, est dénuée de pic et donc d'effets sur la fréquence cardiaque et la pression artérielle, ceci même pour des posologies élevées de substitution. Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) sur le sevrage tabagique précisaient dès 2003 cette sécurité chez les patients coronariens avec une recommandation de prescription, y compris au décours immédiat d'un infarctus du myocarde. La SN peut et doit être utilisée de principe chez les patients coronariens fumeurs dépendants, au même titre que les autres traitements de prévention secondaire. Elle doit être

débutée dès le séjour en USIC avec une adaptation rapide optimale de posologie et figurer sur l'ordonnance de sortie.

La SN bénéficie pour tous les fumeurs d'une prise en charge à 65 % par l'Assurance maladie (complétée par les assurances complémentaires) et à 100 % pour les patients en ALD, ceci sans limitation de posologie ni de durée. L'autorisation de prescription des médecins et sages-femmes a été étendue depuis 2016, aux infirmières, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes.

La varénicline (Champix®)

La varénicline est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$ entraînant un contrôle efficace des symptômes de manque et en particulier du besoin impérieux de fumer. Elle bloque parallèlement ces récepteurs avec une réduction des effets de récompense et de renforcement positif si le sujet prend une cigarette sous traitement. La plus récente revue Cochrane sur les aides au sevrage tabagique positionne la varénicline comme l'un des produits ayant la meilleure efficacité parmi les aides à l'arrêt [21]. Le profil de tolérance est bon. Les nausées et une activité onirique accrue sont fréquentes en début de traitement, mais sont le plus souvent dose-dépendantes et s'atténuent avec le temps et/ou avec un ajustement de posologie. La varénicline a été initialement suspectée d'être responsable de problèmes cardiaques, mais les études n'ont pas permis d'étayer une relation de cause à effet. Sa bonne tolérance cardiovasculaire a été par ailleurs étayée par une étude réalisée au décours immédiat d'un syndrome coronaire aigu (EVITA) [22]. L'allégation d'une augmentation de réactions dépressives et d'idées suicidaires avec ce traitement a également été écartée par une vaste étude randomisée en double aveugle incluant 8000 patients dont la moitié avec des antécédents neuropsychiatriques (EAGLES) [23]. Cette étude a montré une excellente tolérance neuropsychiatrique, ainsi qu'une supériorité d'efficacité par rapport aux autres traitements, SN et bupropion. Malgré ces données très favorables, la varénicline reste à ce jour pour la HAS un traitement de deuxième intention [15]. En pratique :

- la posologie recommandée est de 1 mg, deux fois par jour après une semaine d'augmentation progressive de la dose selon le schéma suivant : 1^{er} au 3^e jour : 0,5 mg, 1 fois par jour ; 4^e au 7^e jour : 0,5 mg, 2 fois par jour ; du 8^e jour à la fin du traitement : 1 mg, deux fois par jour ;
- habituellement, le fumeur doit fixer une date pour arrêter de fumer et démarrer la prise de la varénicline 1 à 2 semaines avant cette date. Dans le cadre de la prévention secondaire, où le sevrage doit être immédiat, la période de titration peut être parallèlement couverte par l'association temporaire d'une SN ;
- en cas d'insuffisance rénale sévère, la posologie doit être diminuée de moitié (0,5 mg, deux fois par jour). La posologie peut être réduite à 0,5 mg deux fois par jour de façon temporaire ou permanente chez les sujets qui tolèrent mal les effets indésirables, notamment les nausées ;
- le traitement est prescrit pour 12 semaines. Pour les sujets qui ont réussi à arrêter de fumer à la fin des 12 semaines, une prescription supplémentaire de traitement de 12 semaines, à la même posologie peut être envisagée ;
- ce traitement est pris en charge à 65 % par l'Assurance maladie.

NB : ce médicament est en rupture de production en Europe depuis l'automne 2021, suite à la mise en évidence d'impuretés (N-nitrosovarénicline) au niveau de la chaîne de fabrication. Il faut espérer qu'il soit rapidement de nouveau

disponible, compte tenu de sa grande efficacité et de son importance dans la gestion du sevrage tabagique.

Le bupropion (Zyban LP®)

Le bupropion est un inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline. La HAS le considère comme un traitement de deuxième intention [15] et il est moins prescrit depuis l'arrivée sur le marché de la varénicline. Ce traitement garde pourtant son utilité, en raison de ses qualités antidépresseuses et de son effet initial significatif sur la prévention de la prise de poids liée au sevrage. Par contre, il n'a pas fait la preuve d'une efficacité significative dans les études concernant spécifiquement des patients coronariens. En pratique :

- la posologie initiale est d'un comprimé à 150 mg par jour pendant les 6 premiers jours, puis de 300 mg/j répartis en deux prises quotidiennes espacées d'au moins 8 heures pour une durée de 7 à 9 semaines ;
- les effets indésirables les plus fréquents sont des insomnies, des céphalées et des nausées ;
- les contre-indications sont : antécédent de trouble convulsif, tumeur du système nerveux central, sevrage d'alcool ou de benzodiazépine en cours, anorexie, boulimie, trouble bipolaire, insuffisance hépatique sévère.

Utilisation de la cigarette électronique (vapoteuse)

Le vapoteuse a été expérimentée par un grand nombre de fumeurs, avec en 2022 5,5 % d'utilisateurs quotidiens. Elle a permis pour certains d'entre eux un sevrage total et la dernière revue Cochrane la positionne comme l'un des produits ayant la meilleure efficacité parmi les aides à l'arrêt, au même niveau que la varénicline [21]. En l'absence de tabac et de combustion, elle est infiniment moins toxique que le tabac fumé (absence totale de CO, pas de substances cancérigènes en quantité significative). Cette réduction de toxicité n'est cependant réelle que si est parallèlement arrêté toute consommation de tabac. Rester double usager (vapofumeur), ce qui est le cas de plus de la moitié des vapoteurs, n'apporte aucun bénéfice.

Même si les analyses à court et moyen termes ne semblent pas avoir montré d'effets indésirables graves, la variabilité de pharmacocinétique de la nicotine délivrée avec les vapoteuses de dernière génération fait que son utilisation doit rester prudente chez les patients cardiaques. Chez eux, dans l'état actuel des connaissances, il reste recommandé d'utiliser en première intention les traitements déjà validés (SN, varénicline, bupropion) ; mais si le vapotage a déjà été adopté par un fumeur, il ne doit pas être arrêté de principe. Il convient de l'aider à le gérer au mieux et surtout de s'assurer que cela se traduit par un sevrage complet de tabac et avec également à terme une sortie du vapotage, étant donné l'absence de connaissance de ses effets sur le long terme.

La vapoteuse ne doit pas être confondue avec le « tabac chauffé », nouveau leurre de l'industrie du tabac. C'est un produit du tabac, avec des effets délétères plus que probables et qui ne peut en aucun cas être considéré ni comme une réduction de risques, ni comme un produit de sevrage [24].

Les thérapies non conventionnelles d'aide au sevrage tabagique

L'hypnose, l'acupuncture, l'auriculothérapie, la mésothérapie, l'homéopathie, la relaxation, les anxiolytiques ou la phytothérapie, volontiers présentées dans les médias comme des

aides au sevrage, n'ont pas fait la preuve scientifique de leur efficacité. Souvent évoquées par les fumeurs et dans la mesure où elles sont très positivement perçues par leurs utilisateurs, elles sont susceptibles parfois de représenter des outils d'accompagnement. Il est possible que le succès de ces approches, non validées scientifiquement, soit en grande partie lié à l'empathie et à la qualité d'accompagnement du thérapeute, facultés dont on a souligné l'extrême importance dans la démarche de sevrage. Sauf cas particulier, en l'occurrence, une motivation exclusive du fumeur vis-à-vis de l'une de ces approches, elles ne sont pas à proposer en première intention devant une demande d'aide au sevrage.

Aide en ligne pour les fumeurs

Pour les fumeurs non encore suffisamment motivés pour une prise en charge immédiate concrète avec un praticien ou qui souhaitent réaliser seuls leur sevrage il est conseillé de leur donner les coordonnées d'une aide en ligne. L'efficacité de ce type d'aide a été démontrée. En France, la référence est Tabac Info Service (TIS). Via la ligne téléphonique 3989, TIS met gratuitement à disposition pour tout fumeur une aide au sevrage, avec assistance d'un professionnel de l'arrêt du tabac. Le site comprend également des documents d'information sur le tabac et le sevrage, et une application pour smartphone d'accompagnement à l'arrêt peut être téléchargée ici : <https://www.tabac-info-service.fr/>.

Le recours au spécialiste tabacologue

Dans les cas les plus complexes, en particulier lorsqu'il y a eu plusieurs rechutes, un très haut niveau de dépendance, une co-addiction (alcool, cannabis, etc.) et/ou des troubles dépressifs importants, les fumeurs méritent d'être adressés dans des consultations spécialisées de tabacologie. Il en existe en France plusieurs centaines. Elles peuvent être trouvées sur le site de TIS (<http://www.tabac-info-service.fr/L-annuaire-des-consultations-de-tabacologie>).

En pratique

- Une consommation de tabac doit être systématiquement recherchée et documentée dans l'évaluation du risque cardiovasculaire.
- Tout fumeur doit être clairement informé de ses conséquences cardiovasculaires, mais surtout des bénéfices à attendre de l'arrêt.
- L'objectif est l'arrêt total et définitif de la consommation de tabac.
- Viser un arrêt le plus précoce possible, mais il y a toujours un bénéfice à arrêter quel que soit l'âge.
- Une aide doit toujours être proposée.
- Le seul conseil d'« arrêter de fumer » ne suffit pas.
- L'abord du fumeur doit être géré sur le mode d'un entretien motivationnel.
- Pour une majorité de fumeurs, il faut « traiter » cette addiction, en utilisant les aides au sevrage validées et en assurant un suivi prolongé.
- La substitution nicotinique peut être prescrite chez les patients coronariens, y compris au décours immédiat d'un infarctus du myocarde.

Déclaration de liens d'intérêts

Participation comme conférencier à des réunions organisées par le laboratoire Pfizer.

RÉFÉRENCES

- [1] Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021;42:3227–337.
- [2] Aboyans V, Pineta P, Lacroix P, et al. Knowledge and management of smoking cessation strategies among cardiologists in France: a nationwide survey. *Arch Cardiovasc Dis* 2009;102:193–9.
- [3] Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol* 2016;23:636–48.
- [4] Teo KK, Öunpuu S, Hawken S, INTERHEART study investigators. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet* 2006;368:647–58.
- [5] Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidemiol Hebd* 2019;15:278–84.
- [6] Bonaldi C, Pasquereau A, Hill C, et al. Les hospitalisations pour une pathologie cardiovasculaire attribuables au tabagisme en France métropolitaine en 2015. *Bull Epidemiol Hebd* 2020;14:281–90.
- [7] Gabet A, Danchin N, Olié V. Infarctus du myocarde chez la femme: évolutions des taux d'hospitalisation et de mortalité, France, 2002–2013. *Bull Epidemiol Hebd* 2016;7-8:100–8.
- [8] Pirie K, Peto R, Reeves GK, et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet* 2013;381:133–41.
- [9] Gellert C, Schöttker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people. Systematic review and meta-analysis. *Arch Int Med* 2012;172:837–44.
- [10] Critchley JA, Capwell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. A systematic review. *JAMA* 2003;290:86–97.
- [11] Ladapo JA, Jaffer FA, Weinstein MC, et al. Projected cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients hospitalized with myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2011;171:39–45.
- [12] Dansou A, Prodel M. Entretien motivationnel. *Rev Prat* 2019;69:e81–2.
- [13] Taylor G, McNeill A, Girling A, et al. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g1151.
- [14] Clair C, Rigotti NA, Porneala B, et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. *JAMA* 2013;309:1014–21.
- [15] HAS. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandations pour la pratique clinique; 2014 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf].
- [16] Patnode CD, Henderson JT, Coppola EL, et al. Interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant persons. Updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2021;325:280–98.
- [17] Rigotti NA, Kruse GR, Livingston-Banks J, Hartmann-Boyce J. Treatment of tobacco smoking. A review. *JAMA* 2022;327:566–77.
- [18] Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5:CD000146.
- [19] Theodoulou A, Chepkin SC, Ye W, et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;6:CD013308.
- [20] Pack QR, Priya A, Lagu TC, et al. Short-term safety of nicotine replacement in smokers hospitalized with coronary heart disease. *J Am Heart Assoc* 2018;7:e009424.
- [21] Lindson N, Theodoulou A, Ordóñez-Mena JM, et al. Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults: component network meta-analyses. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;9:CD015226.
- [22] Eisenberg MJ, Windle SB, Roy N, EVITA Investigators, et al. Varenicline for smoking cessation in hospitalized patients with acute coronary syndrome. *Circulation* 2016;133:21–30.
- [23] Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): A double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016;387:2507–20.
- [24] Thomas D. Le tabac chauffé est-il un outil de réduction des risques ? *Sante Publ* 2023;37. numéro hors-série [In press].

POUR EN SAVOIR PLUS

Thomas D. Sevrage tabagique : un défi pour les cardiologues et les pneumologues. *Rev Mal Resp* 2019;36:527-37. <https://hal.science/hal-03477640/document>.

Thomas D. Tabagisme et prise en charge des fumeurs. *EMC - Angéiologie* 2021;25:1-17 [Article 19-3700]. <https://www.em-consulte.com/showarticlefile/1450279/19-942549.pdf>.

Pour se former au sevrage tabagique : des formations courtes en ligne (MOOC, DPC) et des formations longues (DIU) à retrouver sur le site de la Société francophone de tabacologie : <http://societe-francophone-de-tabacologie.fr/formations/>.