

REVUES GÉNÉRALES

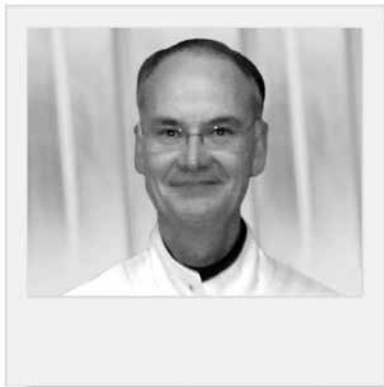
Tabacologie

Comment utiliser en pratique les outils du sevrage tabagique ?

RÉSUMÉ : Un fumeur traverse plusieurs étapes dans sa démarche d'arrêt du tabac : des premières intentions d'arrêt jusqu'au maintien de l'abstinence. Le cardiologue est l'un des professionnels de santé qui compte dans la maturation du projet d'arrêt et dans la motivation du patient. Le dépistage de la consommation du tabac auprès de tous les patients est préconisé ainsi qu'un conseil d'arrêt systématique.

De nombreux outils existent pour aider à évaluer et aider le fumeur. Il est indispensable de mettre en place un soutien psychologique et médical. Parmi les outils thérapeutiques, les traitements nicotiniques en première intention, les médicaments de prescription varénicline et bupropion en seconde intention, mais également d'autres prises en charge existantes ainsi que la cigarette électronique sont évoqués pour établir un partenariat fumeur/cardiologue dans l'arrêt du tabac.

Cet article reprend une communication présentée lors des Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie à Paris.



→ **G. PEIFFER¹, M. UNDERNER², J. PERRIOT³**

¹ Pneumologue-tabacologue, CHR METZ.

² Pneumologue-tabacologue, UCT, CHU de POITIERS.

³ Pneumologue-tabacologue, Dispensaire Émile-Roux, CLERMONT-FERRAND.

Première cause de mortalité évitable en France, le **tabagisme actif** est responsable de 73 000 décès prématurés chaque année dans notre pays [1]. Environ 25 % des décès d'origine cardiovasculaire des hommes de moins de 70 ans sont attribuables au tabagisme, ce pourcentage pouvant atteindre 40 % dans les pays industrialisés [2].

Le tabagisme est désormais considéré comme une **“maladie chronique”**. Le **cardiologue** est bien placé pour participer à la prise en charge de cette addiction à composantes multiples : psycho-comportementale et physique. Dans une étude portant sur les **pratiques des cardiologues français** [3], le sevrage tabagique est conseillé chez 85 % des patients, mais une aide n'est proposée que dans 5,4 % des cas.

La Haute Autorité de santé (HAS) a émis de nouvelles recommandations *“Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de*

l'abstinence en premier recours”. Elles font le point sur les méthodes efficaces ainsi que sur la cigarette électronique, désormais incontournable [4].

[Quels outils pratiques ?

Dépister le tabagisme : il est recommandé d'interroger chaque patient sur leur consommation de tabac et de proposer un **conseil d'arrêt**. En tant que cardiologue, il est souhaitable d'être plus proactif et de **toujours proposer d'entreprendre un sevrage** (ou une réduction initiale), quitte à proposer ensuite le suivi au médecin généraliste ou une équipe de tabacologie s'il ne semble pas possible de le réaliser soi-même.

Il faut s'enquérir de toutes les formes de consommation du tabac (prisé ou mâché, cigare, pipe, narguilé, snus, joint de cannabis, etc.) et demander si le patient utilise la cigarette électronique, très en vogue actuellement ; il est recom-

REVUES GÉNÉRALES

Tabacologie

mandé de rechercher un tabagisme dans l'entourage direct du patient.

Outils d'évaluation initiale

Comme outil général, le **dossier de consultation de tabacologie** de l'Inpes [5] peut être utilisé.

1. Identifier la dépendance

La dépendance physique est évaluée avec le test de Fagerström. Outre le test classique en six questions toujours utilisable, la HAS en signale un simplifié (**encadré 1**). Repérer d'autres signes est utile : symptômes de sevrage (irritabilité, anxiété, tristesse, troubles du sommeil, besoin de fumer), perte de contrôle (rechute après une tentative d'arrêt), désir persistant ou incapacité à réduire ou arrêter, malgré les conséquences du tabagisme sur la santé.

Dans les centres de tabacologie, cette étape est complétée par la mesure du taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré, grâce au **CO-testeur** [6]. Elle permet de déterminer l'intensité avec laquelle une personne fume et comment elle inhale la fumée.

Outre la dépendance physique, il est intéressant de repérer les facteurs liés

Test de Fagerström simplifié

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ 10 ou moins | 0 |
| ☐ 11 à 20 | 1 |
| ☐ 21 à 30 | 2 |
| ☐ 31 ou plus | 3 |

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Moins de 5 minutes | 3 |
| ☐ 6 à 30 minutes | 2 |
| ☐ 31 à 60 minutes | 1 |
| ☐ Après plus de 1 heure | 0 |

Interprétation :

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

ENCADRÉ 1.

à l'usage du tabac (plaisir du geste, recherche de stimulation ou à l'inverse de relaxation), les endroits et/ou les circonstances où le sujet fume le plus ; cela permet de déterminer le **profil psychocomportemental** du fumeur : pour le documenter, on emploie des outils tels le test de Horn [7] ou le test des comportements tabagiques de Gilliard [8].

2. Évaluer les éventuelles comorbidités psychiatriques

Il est recommandé de repérer une éventuelle anxiété et/ou dépression (antérieure ou concomitante au tabagisme) et de suivre l'évolution de ces troubles

durant le sevrage. Cela peut être fait à l'aide d'auto-questionnaires. Le plus utilisé en tabacologie est le HAD (*hospital anxiety and depression scale*) [9]. En additionnant les chiffres, on obtient un score total par colonne (anxiété et dépression) ; si le score d'une colonne est supérieur ou égal à 11, l'anxiété ou la dépression mérite d'être prise en compte.

3. Rechercher les co-addictions

Y a-t-il consommation d'alcool (questionnaire CAGE), cannabis (CAST) (**encadré 2**), opiacés, cocaïne, médicaments... ou d'éventuelles addictions comportementales ?

Questionnaire CAGE et CAST

→ Questionnaire CAGE-DETA

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
4. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

✗ Une réponse positive à 2 questions sur 4 est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool.

→ Questionnaire CAST

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école...) ?

✗ 2 réponses positives doivent faire s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation.

✗ 3 réponses positives ou plus devraient amener à demander de l'aide.

ENCADRÉ 2.

4. Explorer la motivation

Le stade où se situe le patient dans son processus de changement peut être évalué à l'aide du modèle de Prochaska et DiClemente (**fig. 1**). Toutefois, l'évolution de la motivation est parfois chaotique. Aussi, on recommande au cardiologue d'agir, même si le patient se sent peu concerné, surtout s'il existe une maladie liée au tabagisme. Une simple **échelle analogique d'évaluation de motivation** peut être utilisée, sur le modèle de celle de la douleur. "À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer?" Le fumeur se place sur une graduation de 0 à 10 (0 = pas du tout important et 10 = extrêmement important).

La balance décisionnelle (tableau I) est un outil proposé pour l'explorer. Le fumeur cite (ou fait une liste) des avantages et inconvénients personnels de la poursuite du tabagisme, d'une part, et

"Arrêter de fumer"			
Avantages	%	Inconvénients	%
–	–	–	–
–	–	–	–
Total		Total	

TABLEAU I : La balance décisionnelle.

de l'arrêt, d'autre part. L'ambivalence est soulignée en reprenant les différents arguments et en insistant sur ceux en faveur du changement (inconvénients à fumer, avantages de l'arrêt).

L'entretien motivationnel est un autre outil utilisable à ce stade : c'est un entretien semi-directif, centré sur la personne, visant à l'aider à accroître sa motivation intrinsèque à changer par l'exploration et la résolution de l'ambi-

valence. Après s'être formé, on appliquera les grands principes de l'entretien motivationnel [10] : se présenter, pratiquer l'écoute réflexive, explorer l'ambivalence et réduire la résistance, susciter le langage du changement, privilégier les questions ouvertes, mettre l'accent sur les capacités (affirmer), résumer la situation (synthèses régulières pour clarifier, avancer...).

Stratégies recommandées

Conseiller au patient de fixer une **date d'arrêt** augmente l'efficacité du projet thérapeutique. **L'accompagnement psychologique** est le fondement de cette prise en charge.

1. Écouter, accompagner et conseiller

Outre l'empathie, différentes formes de **soutien psychologique** ont fait la preuve de leur efficacité dans l'aide au sevrage, de la guidance individuelle jusqu'aux thérapies structurées comme les **thérapies cognitivo-comportementales** (TCC). Ce terme qui peut paraître compliqué au premier abord recouvre en fait deux concepts [11] :

- **l'aspect cognitif** correspond à ce qui se passe dans le cerveau de la personne, c'est-à-dire la manière dont elle réfléchit aux choses et comment elle se les représente ; le fait de considérer la cigarette comme une amie, ou au contraire comme une ennemie, est un acte cognitif ;
- **l'aspect comportemental** recouvre ce que la personne fait concrètement dans

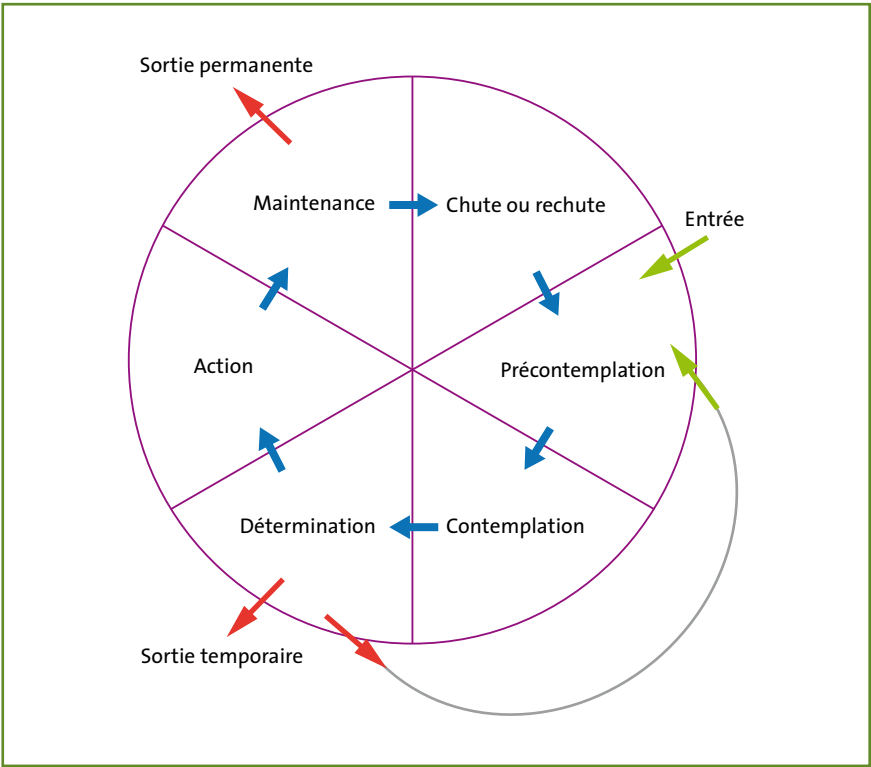


Fig. 1 : Cycle de Prochaska et DiClemente : modèle transthéorique de changement.

REVUES GÉNÉRALES

Tabacologie

sa vie de tous les jours ; le fait d'allumer une cigarette lorsqu'on se sent stressé ou lorsqu'on réfléchit à un problème compliqué est un comportement fréquent chez les fumeurs dépendants.

Concrètement, les TCC permettent d'apprendre des stratégies pour faire face à l'envie de fumer (stratégies d'évitement, de remplacement, etc.) et de penser l'arrêt du tabagisme à long terme, dans la perspective d'une meilleure qualité de vie.

2. Outils thérapeutiques

- Associés au soutien psychologique, les **traitements nicotiniques de substitution** (TNS) sont recommandés en première intention, en raison de leur balance bénéfiques/risques, chez les patients dépendants qui nécessitent un traitement pharmacologique.

Quelle que soit leur forme, ils sont plus efficaces que l'absence de traitement ou le placebo. Ils augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 à 70 %. **La combinaison d'un timbre transdermique avec une forme orale, d'action plus rapide** (comprimés à sucer, gommes, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TNS. Initialement, la posologie est de manière schématique : 1 cigarette = 1 mg de nicotine = 1 mg de substitut (p. ex. 1 paquet de 20 cigarettes = 1 patch de 21 mg/24 h ou 1 patch de 25 mg/16 h). Il est possible d'associer plusieurs patches pour atteindre la dose journalière nécessaire (ceux de 24 heures délivrent 7, 14 ou 21 mg de nicotine ; ceux de 16 heures, 10, 15 ou 25 mg). Chez les fumeurs de cigarettes "roulées", des doses **doubles** sont recommandées par rapport à l'usage de cigarettes manufacturées.

Les **formes orales de nicotine** ont une absorption plus rapide. Le **spray buccal** (1 mg/pulvérisation, pas plus de 4 par heure et 64 par 24 heures) est la forme la plus récemment commercialisée en France. Les **gommes** (2 et 4 mg) doivent être mâchées très lentement,

en respectant des périodes pendant lesquelles elles sont sucées ou gardées dans la bouche. Les comprimés (**pas-tilles**) et les tablettes sublinguales sont sucés pendant 20 à 30 minutes, avec de nombreux dosages disponibles : 1 ; 1,5 ; 2 ; 2,5 et 4 mg.

La posologie des TNS doit être ajustée dès la première semaine selon les signes de **sous-dosage** fréquents (troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, fièvre, augmentation de l'appétit et/ou persistance de pulsions à fumer) ou de surdosage plus rares (nausées, palpitations cardiaques, vertiges, céphalées, troubles du sommeil, diarrhée, lipothymies, bouche "pâteuse" et impression d'avoir trop fumé) qui nécessitent alors une réduction des doses.

Depuis 2003, les recommandations de l'ex-Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, préconisent **l'utilisation des substituts nicotiniques chez le patient coronarien fumeur**. Il est même précisé qu'*"ils peuvent être prescrits dès la sortie de l'unité de soins intensifs, au décours immédiat d'un infarctus du myocarde..."* [2].

Bien qu'il soit souhaitable de ne pas fumer sous TNS, cela n'est pas dangereux et témoigne le plus souvent d'un sous-dosage nécessitant une augmentation des posologies. La dose doit être suffisante et la durée assez longue : au moins 2 à 3 mois, parfois peut être prolongée chez certains fumeurs fortement dépendants.

- **Traitements de prescription : bupropion et varénicline en deuxième ligne**

Ils ne sont pas recommandés avant 18 ans et chez les femmes enceintes ou qui allaitent.

>>> Le **bupropion** est un inhibiteur de recapture de la dopamine et de la noradrénaline. Il est efficace, doublant

les taux de succès par rapport au placebo. Mais son usage est limité par ses contre-indications (épilepsie, troubles bipolaires, sevrage d'alcool ou des benzodiazépines, médicaments abaissant le seuil épileptogène...) et ses effets secondaires (convulsions, insomnie, allergies cutanées, risque de dépression ou comportements suicidaires/auto-agressifs).

>>> La **varénicline** est un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cérébraux. Dans les études randomisées, la varénicline est efficace, doublant à triplant les taux de succès par rapport au placebo. Ses effets secondaires sont dominés par les nausées en début de traitement, les rêves anormaux et les effets psychiatriques (le traitement doit être interrompu en cas d'humeur dépressive, d'idées suicidaires ou de modifications du comportement). Une étude spécifique chez des patients coronariens stables retrouve une efficacité démontrée et une bonne tolérance [12].

Si les agences – française (Ansm), européenne (EMA) ou américaine (FDA) – ont considéré que la balance bénéfices/risques reste favorable, la HAS recommande qu'avant sa prescription le médecin s'assure de l'échec des TSN. Des méta-analyses récentes sont rassurantes quant à la fréquence de ses effets secondaires, en particulier au niveau cardiovasculaire [13].

- **La cigarette électronique**

Même si la cigarette électronique apparaît moins nocive à court terme (absence de combustion, donc pas de formation de goudrons carcinogènes et pas de CO), la toxicité éventuelle à long terme est inconnue. Les études actuelles de sevrage avec la e-cigarette étant insuffisantes, ces dispositifs ne sont donc actuellement pas indiqués dans le sevrage. Toutefois, la HAS incite à "*ne pas dissuader les candidats à l'arrêt à utiliser la cigarette électronique de façon temporaire : si un fumeur refuse les TNS,*

son utilisation ne doit pas être déconseillée". À suivre.

3. Outils non pharmacologiques

Activité physique, acupuncture, hypnose, dénuées de risque majeur, ne sont pas contre-indiquées en complément des traitements recommandés. Pour éviter ou limiter une prise de poids, on conseille au patient des thérapies non médicamenteuses : mesures diététiques, activité physique, aide psychologique spécifique. La prescription d'un substitut nicotinique peut aider à limiter le gain de poids. Toutes les brochures autour du sevrage tabagique disponibles sur le site de l'Inpes servent d'outils complémentaires.

4. Moyens supplémentaires

Des **entretiens téléphoniques** structurés soutiennent toute personne souhaitant arrêter de fumer ou ayant récemment arrêté (d'autant plus efficacement qu'ils sont nombreux et fréquents). Il existe une ligne dédiée : **Tabac Info Service (numéro 3989)**. En complément, voir le site internet www.tabac-info-service.fr qui offre un accompagnement personnalisé pour le candidat au sevrage ou ses proches. On y trouve aussi l'annuaire des consultations de tabacologie.

Quelles modalités de suivi ?

Le suivi est hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel durant les 3 à 6 mois suivants. Des consultations par téléphone peuvent être nécessaires entre celles des premières semaines. Il est important de signaler sa disponibilité au patient, aussi bien pendant la période de sevrage qu'au-delà, pour prévenir les risques de rechute. Il est important de distinguer un **faux pas** (consommation ponctuelle) afin de le dédramatiser, d'une **rechute** (consommation prolongée) dont on analysera les causes et le contexte. Face à ces accidents, il faut

POINTS FORTS

Liste des outils du sevrage tabagique

- ➞ Test de Fagerström.
- ➞ CO-testeur : mesure du taux de CO expiré.
- ➞ Test de Horn ou questionnaire de Gilliard.
- ➞ Questionnaires CAGE (alcool) et CAST (cannabis).
- ➞ Échelle analogique de la motivation d'arrêt : de 0 à 10.
- ➞ Test HAD (anxiété-dépression).
- ➞ Balance décisionnelle.
- ➞ Entretien motivationnel.
- ➞ Outils thérapeutiques : TCC, substituts nicotiniques, bupropion, varénicline.
- ➞ Autres outils : lignes téléphoniques 3989, sites Internet.

rechercher une dépendance physique mal substituée (traitement substitutif insuffisant), un trouble anxiodépresseur sous-jacent, une prise de poids ou d'autres situations à risque.

Les mesures accompagnants le sevrage tabagique, au niveau des outils du **contrôle du tabac**, ne peuvent que renforcer son effet : interdiction de la publicité, application de lois d'interdiction de fumer dans les lieux publics, augmentation des prix, campagnes sur les dangers du tabac...

Conclusion

La prise en charge du tabagisme est une priorité de prévention cardiovasculaire, tant en prévention primaire que secondaire. L'objectif principal est d'obtenir l'abstinence totale (pouvant passer par une phase initiale transitoire de réduction sous substituts nicotiniques, déjà intéressante en cardiologie) et son maintien sur le long terme. Les cardiologues ont un rôle majeur à jouer pour favoriser la démarche, prendre en charge les

fumeurs (même âgés) [14] et les accompagner au long cours. En proposant une stratégie précise et un suivi prolongé, le sevrage tabagique est la mesure de prévention ayant de loin le meilleur rapport coût/efficacité en prévention cardiovasculaire [15]. Initier le sevrage est un pas décisif et important et plus le sevrage sera précoce, plus les bénéfices seront importants [16]. Parmi les facteurs de réussite, figure l'implication du cardiologue qui augmente de 40 % le taux de succès du sevrage s'il s'implique personnellement dans la prise en charge [17].

Bibliographie

1. HILL C. Épidémiologie du tabagisme. *Rev Prat*, 2012;62:325-329.
2. THOMAS D. Tabagisme et maladies cardiovasculaires. *Rev Prat*, 2012;62:339-433.
3. ABOYANS V, PINET P, LACROIX P *et al.* Knowledge and management of smoking-cessation strategies among cardiologists in France: a nationwide survey. *Arch Cardiovasc Dis*, 2009;102:193-199.

REVUES GÉNÉRALES

Tabacologie

4. HAS. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation. Octobre 2013. Mise en ligne le 21 janvier 2014. www.has-sante.fr
5. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/575-4.pdf>
6. UNDERNER M, PEIFFER G. Interprétation des valeurs du CO expiré en tabacologie. *Rev Mal Respir*, 2010;27:293-300.
7. www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q2_%20test_de_Horn.pdf
8. www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q3_QCT2_de_Gilliard.pdf
9. <https://www.e-cancer.fr/dmddocuments/Questionnaire%20HADS.pdf>
10. MILLNER WR, ROLLNICK S. L'entretien motivationnel – 2^e éd.: Aider la personne à engager le changement – Inter Éditions.
11. PERRIOT J, UNDERNER M, PEIFFER G *et al.* Le sevrage tabagique des “fumeurs difficiles”. *Rev Mal Respir*, 2012;29:448-461.
12. RIGOTTI NA, PIPE AL, BENOWITZ NL *et al.* Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. *Circulation*, 2010;121:221-229.
13. MILLS EJ, THORLUND K, EAPEN S *et al.* Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation*, 2014;129:28-41.
14. THOMAS D. Faut-il arrêter le tabac quand on est âgé? Oui! Le sevrage tabagique est bénéfique à tout âge. *Presse Méd*, 2013;42:1019-1027.
15. CHEVREUL K, CADIER B, DURAND-ZALESKI I *et al.* Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France. *Tob Control*, 2014;23:223-230.
16. PIRIE K, PETO R, REEVES GK *et al.* Million Women Study Collaborators. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet*, 2013;381:133-141.
17. SCHOLTE OP REIMER W, DE SWART E, DE BACQUER D *et al.* Smoking behaviour in European patients with established coronary heart disease. *Eur Heart J*, 2006;27:35-41. Epub 2005 Oct 6.

Conflits d'intérêts:

- G. Peiffer déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour McNeal SF, Novartis SF, Pierre Fabre, Pfizer et avoir été pris en charge lors de congrès par Novartis SF, Pierre Fabre et Pfizer.
- J. Perriot déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour Pierre Fabre, Novartis, GSK, AstraZeneca et avoir été pris en charge lors de congrès par Pfizer, IRAAT, SPLF, Inca.
- M. Underner déclare participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles (conférences, colloques) pour Novartis, Novartis Santé Familiale, Pierre Fabre Santé et Pfizer et avoir été pris en charge lors de congrès, par Novartis, Novartis Santé Familiale, Pierre Fabre Santé et Pfizer.