

Abord du fumeur : identifier les idées fausses et les freins au sevrage tabagique

RÉSUMÉ : Facteur de risque majeur, le tabagisme reste le parent pauvre de la prévention cardiovasculaire avec une prise en charge globalement insuffisante, tant en prévention primaire que secondaire.

Outre l'utilisation plus systématique des outils du sevrage tabagique, que les cardiologues doivent s'approprier, il est nécessaire de connaître et de savoir gérer un certain nombre d'idées fausses concernant le sevrage tabagique, et de travailler avec les fumeurs sur les éléments de motivation positifs personnels les plus susceptibles de les accompagner dans leur démarche de sevrage.



→ D. THOMAS

Institut de Cardiologie,
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière,
PARIS.

Actuellement, une infime minorité de fumeurs continue de fumer par conviction. Les effets délétères du tabac sur la santé sont bien connus de tous les fumeurs, ne serait-ce que par les avertissements sanitaires mentionnés et à présent illustrés sur les paquets de cigarettes. Ces effets sont cependant largement sous-estimés par les fumeurs : une enquête de l'INPES (2009) montre que moins de 60 % d'entre eux craignent le cancer et moins de 40 % les maladies cardiovasculaires. En réalité, la majorité des fumeurs a déjà essayé à plusieurs reprises d'arrêter et se trouve en situation d'échec, pensant avoir épuisé toutes les ressources d'aide à l'arrêt.

Il faut reconnaître que les médecins n'ont pas toujours, vis-à-vis de ce facteur de risque, une attitude active et cohérente de prise en charge. En pratique, ils n'utilisent que peu ou pas les aides au sevrage scientifiquement validées (substituts nicotiniques, varénicline, bupropion et thérapies cognitivo-comportementales). Or, un fumeur devrait être pris en charge de façon aussi systématique, intense et suivie que le sont une HTA, un diabète,

une hypercholestérolémie ou tout autre facteur de risque. Enfin, une autre difficulté possible est le tabagisme des médecins, même s'il est en diminution. Contrairement aux autres facteurs de risque, être personnellement concerné par ce facteur constitue pour le médecin un handicap réel pour la prise en charge.

En pratique, le fumeur doit être accompagné d'une aide concrète, avec une stratégie de prise en charge précise et un suivi prolongé de son sevrage tabagique. Une partie importante de la démarche consiste, dans un premier temps, à repérer les idées fausses vis-à-vis du sevrage et à identifier les éléments de motivation les plus susceptibles de l'aider.

Repérer et combattre les idées fausses

1. "Je n'ai pas assez de volonté, Docteur..."

Même si arrêter de fumer nécessite effectivement de le vouloir, cela n'est pas uniquement un problème de volonté.

REVUES GÉNÉRALES

Tabacologie

Le tabac est une “drogue dure” avec, pour une majorité de fumeurs, une forte dépendance. Il faut donc aborder le sevrage comme une addiction et savoir utiliser les outils susceptibles d’aider concrètement le fumeur à en sortir, en lui prescrivant une substitution nicotinique (SN) adaptée à son niveau de dépendance, donc suffisamment dosée. Beaucoup d’échecs de la SN sont liés à un sous-dosage en nicotine. Pour optimiser cet ajustement, il convient également d’associer de principe les timbres à la nicotine et les formes buccales (gommes, comprimés ou pastilles).

Par ailleurs, sous-jacent à l’expression de ce manque de volonté, est souvent présent un sentiment de culpabilité, actuellement encore renforcé par une certaine stigmatisation sociale du fumeur, sentiment qu’il convient de combattre. Le fumeur est victime d’une dépendance et n’est pas coupable d’être fumeur. Une approche bienveillante et empathique est indispensable. À l’inverse, toute attitude culpabilisante ou injonction comminatoire d’arrêter de fumer ne peuvent être que contre-productives.

2. “Je suis passé aux cigares, c’est moins dangereux, il n’y a que du tabac...”

Qu’il s’agisse des complications cardiovasculaires ou carcinologiques, cigares, *cigarillos* et pipe, mais également *chicha* (narguilé), sont aussi nuisibles pour la santé que les cigarettes, que celles-ci soient manufacturées ou roulées [1]. C’est la “combustion” du tabac (et pas seulement celle du papier de la cigarette) qui produit le monoxyde de carbone et les produits carcinogènes. Il n’existe pas de type de consommation de tabac qui soit dénué de risque.

3. “Je ne fume que quelques cigarettes, ce n’est certainement pas grave...”

Même si les gros fumeurs sont relativement plus exposés aux complications, le

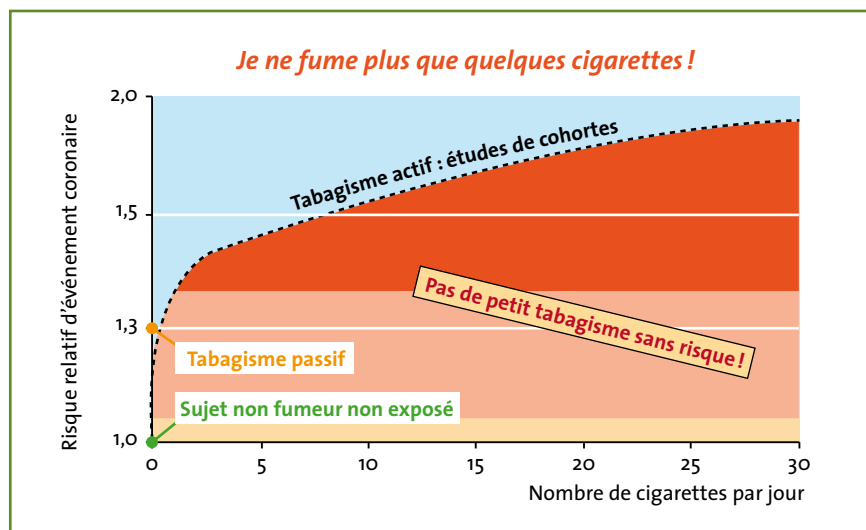


FIG. 1 : Risque relatif d'événement coronaire en fonction de l'exposition tabagique. Les effets cardiovasculaires sont déjà présents et importants pour des expositions faibles, y compris celle à un tabagisme passif. [D'après Law MR et al. *Prog Cardiovasc Dis*, 2003;46:31-38].

tabagisme intervient sans seuil d'intensité. Des consommations faibles, y compris de seulement quelques cigarettes, de même qu'une exposition au tabagisme passif, sont associées à un risque très significatif par rapport à l'absence d'exposition, en particulier au plan cardiovasculaire. Le rapport exposition/risque n'est pas linéaire, augmentant très rapidement pour une faible exposition (**fig. 1**) [2]. Dans tous les cas, l'objectif est donc un arrêt total de toute consommation, tant en prévention secondaire que primaire.

4. “Les timbres de nicotine vont remplacer ma cigarette, mais cela reste aussi toxique...”

Il s'agit d'une idée fausse encore très répandue. En fait, la nicotine est essentiellement le constituant du tabac induisant et entretenant la dépendance du fumeur, mais elle intervient de façon marginale dans les effets délétères liés au tabagisme. Si elle a, lors du pic de nicotémie circulante lié à chaque cigarette fumée, des effets hémodynamiques et vasomoteurs artériels directs, ces effets sont en revanche absents avec la

SN pharmaceutique, qui n'induit pas de pic de nicotémie. Rester dépendant de façon prolongée à la nicotine délivrée en substitution ne représente en soi aucun danger réel, dans la mesure où tous les autres constituants toxiques du tabac ont disparu. Ainsi, contrairement aux idées reçues, il n'y a :

- pas de posologie standard de SN, celle-ci devant être ajustée au niveau de dépendance du fumeur. Or, celui-ci peut avoir une tolérance majeure à la nicotine et nécessiter des posologies très importantes, supérieures à celles indiquées de façon arbitraire dans les AMM et à celles figurant dans les notices ;
- pas de durée standard de prescription de la SN. Certains fumeurs peuvent rester sans problème avec, à leur disposition, des formes buccales pendant des années, dans le but de prévenir une rechute.

5. “Mon cardiologue m’a dit que je n’avais pas droit aux patches de nicotine...”

L'innocuité cardiovasculaire de la SN pharmaceutique, avec des affirmations claires sur la possibilité de la prescrire chez les patients coronariens, figure

depuis mai 2003 dans les recommandations de l'AFSSAPS [3]: *“La SN est bien tolérée chez les patients coronariens et ne provoque pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme. La SN est recommandée chez les patients coronariens fumeurs. La SN peut être prescrite dès la sortie de l'unité de soins intensifs au décours immédiat d'un infarctus du myocarde.”*

Malgré cela, une réticence injustifiée est encore parfois exprimée par certains cardiologues. Il faut bien faire la différence entre :

- la pharmacocinétique aiguë de la nicotine délivrée par une cigarette, avec des effets hémodynamiques sensibles sur la fréquence cardiaque et la pression artérielle, et des effets directs sur la vasomotricité artérielle;
- la pharmacocinétique de la SN pharmaceutique, qui est dénuée de pic et d'effets cardiovasculaires significatifs.

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.

6. “Fumer m’aide à gérer mon stress... mon anxiété... ma dépression...”

La sensation de détente et de contrôle de l'anxiété recherchée et trouvée à chaque cigarette par le fumeur lui laisse penser que le tabac lui permet de gérer une tendance anxieuse ou dépressive. À partir de ces constatations, les médecins eux-mêmes ont depuis longtemps pensé également qu'un sevrage tabagique pouvait être en lui-même à l'origine de l'apparition ou de l'aggravation d'une dépression. Il n'y a pas si longtemps, la distribution de cigarettes faisait encore partie du quotidien dans les services hospitaliers de psychiatrie. En réalité, le paradigme a actuellement totalement changé. On sait à présent, grâce à des études spécifiques, que le tabagisme est susceptible d'entretenir, voire de créer

des états anxio-dépressifs. En effet, ces études montrent que le sevrage tabagique apporte une amélioration significative sur le plan psychique (après une possible exacerbation de l'anxiété ou de la dépression de quelques semaines ou mois à prendre en compte dans la prise en charge des fumeurs) [4].

7. “Je fume depuis trop longtemps, cela ne servira plus à rien d'arrêter...”

La mortalité des fumeurs âgés est multipliée par 2 à 3 par rapport à celle des sujets n'ayant jamais fumé et 70 % des décès liés au tabagisme surviennent au-delà de 60 ans. Le tabagisme reste un facteur de risque de décès prématuré, y compris chez les sujets les plus âgés. *Le Baromètre santé 2010 des Français* indique que le tabagisme actif est encore présent chez 10 % des hommes et 6 % des femmes de 65 à 74 ans, et chez plus de 5 % des hommes et 3,5 % des femmes de 75 à 85 ans. La plupart de ces sujets pensent qu'ayant fumé pendant la plus grande partie de leur vie, il n'y a plus de bénéfice à attendre d'un sevrage tabagique. Beaucoup d'entre eux souhaitent néanmoins arrêter. Et ils

ont raison, car même à un âge avancé, les bénéfices d'un sevrage sont encore présents, particulièrement vis-à-vis du risque cardiovasculaire. Le sevrage tabagique augmente l'espérance de vie, même chez les sujets de plus de 60 ans, avec une réduction relative du risque de décès de l'ordre de 20 à 30 %, y compris au-delà de 80 ans [5] (*fig. 2*). À cet âge, le bénéfice le plus rapide et le plus important reste cardiovasculaire, notamment dans le cadre de la prévention secondaire. Le sevrage n'est pas plus difficile que chez les sujets jeunes et répond de façon équivalente aux différentes approches thérapeutiques. En pratique, même si le message essentiel est d'arrêter le plus tôt possible, il n'y a pas d'âge au-delà duquel cela soit totalement inutile [6].

Ne pas négliger les craintes exprimées et les freins extérieurs vis-à-vis du sevrage

1. “J’ai peur de grossir !”

Dans une enquête réalisée auprès de 609 fumeurs, la peur de prendre du

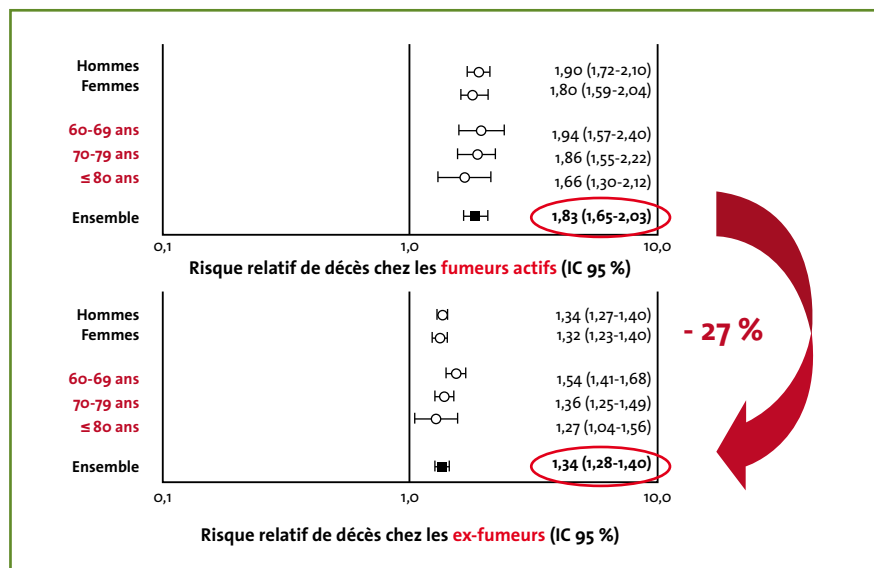


FIG. 2 : Risque relatif de décès toutes causes et sujets âgés fumeurs et ex-fumeurs. Il y a toujours un bénéfice à arrêter de fumer, même à un âge avancé [d'après Gellert C et al. *Arch Int Med*, 2012;172:837-844] [5].

REVUES GÉNÉRALES

Tabacologie

poids est considérée comme un obstacle à l'arrêt par 33 % des sujets et la prise de poids est identifiée comme une cause de rechute dans 18 % des cas [7]. Il est donc important d'aborder cette question et de prendre en compte cette crainte en fournissant des informations utiles et pertinentes.

Les fumeurs, bien qu'ayant en moyenne un poids inférieur à celui des non-fumeurs, ont un rapport taille/hanche augmenté en raison de l'insulinorésistance induite par leur tabagisme. En pratique, à l'arrêt de son tabagisme, le fumeur devrait retrouver le poids qu'il aurait eu au même âge s'il avait été non fumeur. Dans une méta-analyse de 62 études, le sevrage tabagique est associé à une prise de poids moyenne de 4,5 kg après 12 mois d'abstinence. La majorité de la prise de poids survient dans les 3 premiers mois. Les modifications de poids sont cependant très variables puisque, si 13 % des sujets prennent plus de 10 kg, 16 % d'entre eux perdent du poids [8].

Les mécanismes induisant cette prise de poids sont la suppression de l'activation sympathique et l'augmentation de la prise alimentaire. Il convient donc, lors du sevrage, d'assurer un suivi diététique individualisé et, au moyen des thérapies cognitivo-comportementales, d'aider le fumeur à accepter une prise de poids modérée.

À court terme, la SN, la varénicline et le bupropion ont chacun un léger effet sur la prévention de la prise de poids, mais cet effet semble en partie disparaître lors de leur arrêt. Seule une augmentation soutenue et prolongée de l'activité physique paraît être un moyen efficace à long terme de prévenir cette prise de poids. Enfin, il est important de souligner que la prise de poids lors du sevrage, malgré ses effets spécifiques en termes de risque cardiovasculaire, ne peut annuler les bénéfices importants attendus du sevrage [9].

2. "Les traitements ne sont pratiquement pas remboursés..."

Une augmentation significative du taux de sevrage est obtenue à l'aide de la SN, traitement de première intention du sevrage. C'est le cas également du bupropion et de la varénicline, ces deux médicaments n'étant actuellement prescrits qu'en deuxième intention, derrière la SN et les thérapies cognitivo-comportementales. Actuellement, seule la SN (formes percutanée et buccale) sur prescription médicale – à condition que celle-ci soit faite sur une ordonnance à part de celle concernant les autres médicaments – donne droit au forfait de prise en charge par l'Assurance maladie de 50 € par année civile et par personne. Une prise en charge de 150 € par an est accordée aux jeunes de 20 à 30 ans, aux femmes enceintes, aux patients ayant une ALD (affection longue durée) pour cancer, ainsi qu'aux bénéficiaires de la CMU [10].

À noter : alors que le bénéfice du sevrage en prévention cardiovasculaire secondaire est majeur, cette prise en charge de 150 € n'est pas prévue pour les patients en ALD pour pathologie cardiovasculaire... Ainsi, un patient fumeur qui présente un infarctus du myocarde à 40 ans, et dont le seul facteur de risque est un tabagisme, reçoit une prise en charge totale de l'ensemble de ses traitements de prévention secondaire... sauf de son sevrage tabagique, alors que c'est la poursuite ou non de son tabagisme qui est l'élément le plus déterminant de l'évolution de sa maladie coronaire ! Une évaluation médico-économique française a pourtant confirmé que le sevrage tabagique avait le meilleur rapport coût/efficacité parmi toutes les mesures de prévention cardiovasculaire [11].

3. "Mon médecin me dit d'arrêter de fumer, mais il ne me propose pas d'aide spécifique !"

Conscients de l'importance de ce facteur de risque, la majorité des médecins

collectent l'information sur le statut tabagique de leur patient, parlent du tabagisme et insistent pour un arrêt de la consommation de tabac. Mais la prescription des médicaments d'aide au sevrage tabagique et le recours aux consultations spécialisées, même dans le contexte de la prévention secondaire, restent très insuffisants [12]. Ce défaut de prescription semble lié :

- essentiellement à un manque de formation initiale et de formation continue sur le sevrage tabagique, avec incapacité à prescrire et à gérer efficacement les produits d'aide au sevrage ;
- à la méconnaissance de l'intensité de l'addiction induite par le tabac, laissant penser que tout repose sur la simple volonté du fumeur alors qu'en réalité, il est dans l'incapacité de gérer cette dépendance sans aide médicale ;
- probablement au peu de confiance accordé par les médecins et les patients aux traitements ne bénéficiant pas d'une prise en charge complète par l'Assurance maladie.

Une enquête publiée en 2009 et concernant des cardiologues français montre que ceux-ci classent bien l'arrêt du tabagisme comme une priorité chez le coronarien et les patients avec AOMI (artériopathie oblitérante des membres inférieurs). Un tabagisme actif est recherché dans 96 % des cas et un tabagisme passif dans 43 % des cas. Cependant, si 39 % d'entre eux déclarent connaître le conseil minimal, seulement 29 % se disent bien informés sur la prise en charge du tabagisme. De même, si 85 % conseillent systématiquement l'arrêt du tabac, seulement 5 % prennent directement en charge la conduite du sevrage. Plus surprenant encore, près de 30 % disent que ce n'est pas leur rôle de prescrire la SN... Enfin, les cardiologues fumeurs interrogent plus rarement leurs patients sur leur tabagisme et les adressent moins souvent à un tabacologue. Cette enquête confirme que ce facteur de risque est très nettement moins pris en charge que les autres [13].

Trouver des éléments de motivation personnels et directement perceptibles

Les éléments de motivation concernant les bénéfices du sevrage pour la santé devraient *a priori* être porteurs pour décider d'un sevrage et assurer sa réussite. En fait, surtout en prévention primaire, les pathologies induites par le tabagisme sont très sous-estimées par le fumeur, car elles restent pour lui plus ou moins virtuelles. Il a, en effet, tendance à penser qu'il n'en sera pas personnellement affecté. En concertation avec le fumeur, il faut donc trouver des éléments susceptibles de le motiver plus personnellement.

1. Chez le sportif, même petit fumeur

Si la plupart des études montrent que, dans la population générale, la pratique d'un sport est inversement associée à la prévalence du tabagisme, beaucoup de jeunes sportifs sont fumeurs. Compte tenu, d'une part, des risques majeurs pour la santé liés à ce facteur, d'autre part, de l'impact du monoxyde de carbone (CO) sur le confort de la pratique sportive et sur les performances, ce sujet doit être systématiquement abordé avec les sportifs. Il existe une sous-estimation importante de l'impact du CO sur cette activité, même en cas de tabagisme modéré. Dans l'enquête du *Baromètre cancer 2010*, 70,4 % des personnes interrogées pensaient à tort que "faire du sport permet de nettoyer les poumons". Après soustraction à toute exposition à la fumée de tabac active ou passive, l'excès de CO est très rapidement éliminé dans un délai d'environ 24 h et le handicap vis-à-vis de la capacité à l'effort peut donc très rapidement régresser. Cette amélioration rapidement perceptible du confort et de la capacité à l'effort à l'arrêt du tabac peut constituer un élément de motivation concret dans un entretien de sevrage avec un sportif. Il convient, en particulier, de lui souligner qu'arrêter de fumer est un moyen direct

et rapide d'améliorer significativement ses performances sportives (*fig. 3*) [14].

2. Des éléments de motivation selon le sexe

Chez les hommes, la constatation d'une impuissance chez un fumeur peut constituer un élément de motivation important pour un sevrage tabagique. Cet impact mérite d'être évoqué de principe. Chez les femmes, la crainte d'un vieillissement cutané prématuré, qu'elles peuvent constater chez la plupart des fumeuses de la cinquantaine, peut également être décisive chez les plus jeunes. Ce risque est pour elles plus facile à imaginer que les pathologies lourdes liées au tabagisme (cancer, maladie cardiovasculaire...).

3. Entourage, famille, enfants...

Arrêter de fumer pour un proche, pour son conjoint ou ses enfants, peut constituer un élément de motivation personnelle particulièrement fort. Pour les enfants, au-delà de les protéger vis-à-vis d'une exposition au tabagisme passif, cette démarche permet également de leur donner un exemple susceptible de leur éviter de devenir fumeurs. Il est,

en effet, démontré que les enfants de parents fumeurs ont environ 2 fois plus de risques d'avoir déjà fumé avant l'âge de 15 ans et de rester fumeurs que ceux dont les parents ne fument pas.

4. Les économies

Il s'agit là d'un élément de motivation plus trivial, mais réellement efficace. Le coût annuel de la consommation de 20 cigarettes par jour est de l'ordre de 2 500 € (*fig. 4*). On sait que l'augmentation du prix du paquet de cigarettes est



Fig. 3 : Tabagisme et sport font mauvais ménage. Fumer altère de façon constante et importante la capacité aérobie à l'effort et les performances sportives, en particulier d'endurance.



Fig. 4 : Sevrage tabagique et économies. Fumer 20 cigarettes/jour revient à 2 500 €/an, 50 000 € sur 20 ans, 100 000 € sur 40 ans. Les économies liées au sevrage peuvent constituer un élément de motivation important.

REVUES GÉNÉRALES

Tabacologie

POINTS FORTS

- ➞ Le tabac est une drogue dure : arrêter de fumer n'est pas seulement un problème de volonté.
- ➞ Au-delà de l'utilisation des outils d'aide au sevrage (substituts nicotiniques, varénicline, bupropion, thérapies cognitivo-comportementales), il faut repérer les idées fausses vis-à-vis du sevrage et identifier les éléments de motivation les plus susceptibles d'aider le fumeur.
- ➞ La substitution nicotinique pharmaceutique, du fait de sa pharmacocinétique, n'a pas d'effet délétère cardiovasculaire et peut même être utilisée chez les patients coronariens.
- ➞ Un changement de paradigme important : l'arrêt de la consommation de tabac est susceptible d'améliorer à terme un état anxio-dépressif.
- ➞ Il n'y a pas d'âge au-delà duquel il n'y a pas d'intérêt à arrêter de fumer.
- ➞ Une prise de poids lors du sevrage n'est pas inéluctable et doit être gérée de façon optimale : même importante, elle n'annule pas le bénéfice attendu du sevrage.
- ➞ Des éléments de motivation plus personnels sont à rechercher et valoriser : pratique sportive, troubles de l'érection, impact cutané, impact sur l'entourage familial, économies...
- ➞ Il ne faut pas en rester à une démarche volontariste du fumeur, mais "traiter" le tabagisme comme les autres facteurs !

laïes. Dans le cadre de la prévention secondaire, même s'il faut également savoir repérer les idées fausses et les différents freins au sevrage, l'élément de motivation à privilégier est, bien sûr, le bénéfice pour la santé. Même si le taux de sevrage dans ce contexte est très supérieur à ce qui est obtenu en prévention primaire, il est encore très insuffisant compte tenu des bénéfices à attendre de l'arrêt du tabac, avec une réduction de mortalité toutes causes de 36 % et de récurrence d'infarctus de 32 % [16]. Dans la dernière des enquêtes EUROASPIRE, 16 % des patients étaient encore fumeurs à 6 mois d'un infarctus, d'un SCA, d'un pontage ou d'une angioplastie coronaire, soit une persistance du tabagisme 1 fois sur 2 chez ceux qui étaient fumeurs au moment de l'événement [17]. Or, 18,6 % seulement d'entre eux disaient avoir été accompagnés dans leur sevrage par une consultation et/ou une aide pharmacologique.

Le tabagisme doit être pris en charge de façon aussi intensive et suivie que les autres facteurs de risque et être "traité"

universellement le meilleur moyen de faire baisser les ventes de ce produit. Cela a été particulièrement bien démontré en France lors du Plan Cancer I en 2003-2004 [15] (fig. 5). Il faut pour cela augmenter significativement et rapidement le prix, contrairement à ce qui a été fait ces dernières années et qui est resté sans effet sur la consommation. Dans le contexte économique actuel, les économies réalisées par le sevrage peuvent être rapidement et concrètement perçues de façon positive par le fumeur et sa famille.

En prévention secondaire, les éléments de motivation santé doivent être privilégiés et il faut "traiter le tabagisme" !

Une attention toute particulière doit être portée à la prise en charge immédiate et au suivi des patients cardiovascu-

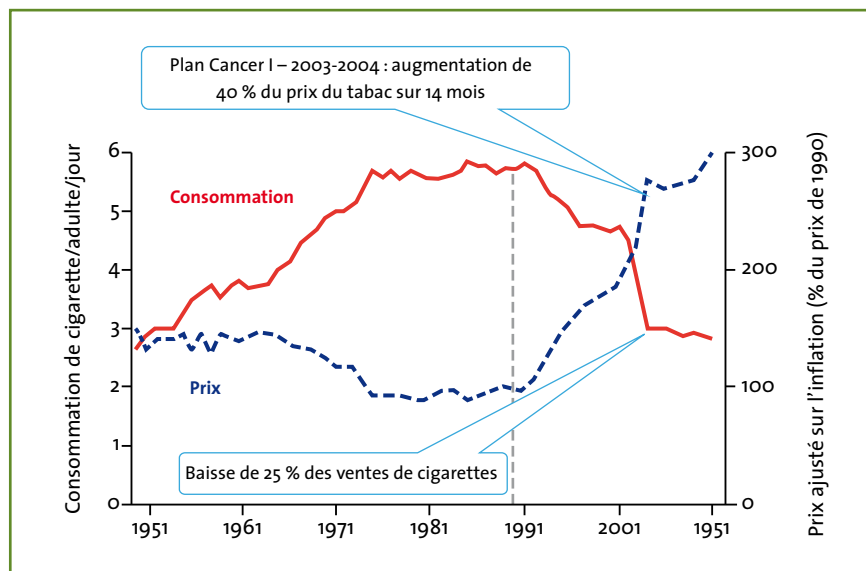


FIG. 5 : Une augmentation rapide et importante du prix du tabac s'accompagne d'une baisse significative des ventes de cigarettes. Cela a été démontré en France en 2003-2004 lors du Plan Cancer I. À l'inverse, ces dernières années, des augmentations progressives et modérées ont été sans effet visible sur les ventes. L'augmentation de la fiscalité, lorsqu'elle est bien menée, est une des mesures les plus efficaces dans la lutte contre le tabagisme [d'après Jha P et Peto R. *N Engl J Med*, 2014;370:60-8] [15].

avec les outils d'aide au sevrage. Pour cela, il est nécessaire d'apprendre à utiliser ces outils pour accompagner efficacement les fumeurs vers une abstinence totale.

En conclusion

De quoi a besoin le fumeur pour réussir son sevrage ?

- D'un médecin bien formé sur le sujet, motivé pour agir, abordant systématiquement le sujet, prenant en charge ce facteur de risque avec autant d'énergie et de constance que les autres facteurs de risque, et utilisant les aides pharmacologiques au sevrage tabagique.

- Mais également d'un médecin qui prenne son temps, évite la confrontation et analyse soigneusement les freins et moteurs vis-à-vis du sevrage, attitude qui ne peut que renforcer la confiance en soi du fumeur et son sentiment de liberté de choix dans sa démarche de sevrage, et donc ses chances de réussite.

Bibliographie

1. CHANG CM, COREY CG, ROSTRON BL *et al.* Systematic review of cigar smoking and all cause and smoking related mortality. *BMC Public Health*, 2015;15:390.
2. THOMAS D. Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique: revue. *BEH*, 2011;20-21:236-239.
3. AFSSAPS. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique. Mai 2003. <http://afssaps.sante.fr/htm/10/tabac/sommaire.htm>
4. TAYLOR G, McNEILL A, GIRLING A *et al.* Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2014;348:g1151.
5. GELLERT C, SCHÖTTKER B, BRENNER H. Smoking and all-cause mortality in older people. Systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*, 2012;172:837-844.
6. THOMAS D. Faut-il arrêter le tabac quand on est âgé ? Oui ! Le sevrage tabagique est bénéfique à tout âge. *Presse Med*, 2013;42:1019-1027.
7. AUBIN HJ, PEIFFER G, STOEUBNER-DELBARRE A *et al.* The French Observational Cohort of Usual Smokers (FOCUS) cohort: French smokers perceptions and attitudes towards smoking cessation. *BMC Public Health*, 2010;10:100.
8. AUBIN HJ, FARLEY A, LYCETT D *et al.* Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ*, 2012;345:e4439.
9. 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;309:1014-1021.
10. Assurance maladie. L'arrêt du tabac: une prise en charge des substituts nicotiniques. <http://www.ameli.fr/assures/offre-de-prevention/l-arret-du-tabac.php>
11. 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.
12. ABOYANS V, THOMAS D, LACROIX P. The cardiologist and smoking cessation. *Curr Opin Cardiol*, 2010;25:469-77.
13. 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.
14. THOMAS D. Sport et tabagisme: une association délétère. *Cardio & Sport*, 2015;45:33-38.
15. JHA P, PETO R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med*, 2014;370:60-68.
16. 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.
17. 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*, 2015; pii: 2047487315569401. [Epub ahead of print].

L'auteur déclare avoir été consultant pour les laboratoires Pfizer, Pierre Fabre Santé et Novartis, et participé à des conférences organisées par les laboratoires Pfizer, Pierre Fabre Santé, Mc Neill, Novartis et Johnson & Johnson dans le domaine du tabagisme.