

I Revues générales

Le sevrage tabagique est-il réalisable par le cardiologue de ville ?

RÉSUMÉ : Malgré des recommandations claires, le sevrage tabagique, que ce soit en prévention primaire ou secondaire, est insuffisamment et mal pris en charge par les cardiologues.

Les obstacles à la prise en charge sont essentiellement le manque de connaissances et de temps, même si on peut également incriminer une absence de motivation, un mode de communication inadapté et des connaissances erronées. Si la prise en charge du patient fumeur n'est pas toujours simple, il est parfaitement possible d'initier et de soutenir un sevrage tabagique par une approche adéquate.

Les méthodes psycho-comportementales et les médicaments du sevrage tabagique ont fait la preuve de leur efficacité et de leur innocuité chez les patients cardiaques, leur emploi reste simple et bien codifié. En cas de patients complexes ou d'échec répétés, l'orientation vers un tabacologue doit être privilégiée.



O. STORA

Centre médical Mauvoisins, NANTES.
Réseau Maladie Chronique MC44, www.mc44.fr

Un problème majeur de santé publique

D'après les données de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et la bronchopathie chronique obstructive, largement favorisés par le tabac, sont les principales causes de mortalité dans le monde, responsables de 15,2 millions de décès au total en 2016, soit 27 % du nombre total de décès. En France, les maladies cardiovasculaires sont depuis de nombreuses années la 2^e cause de mortalité après les pathologies cancéreuses [1], et on estime le nombre annuel de décès attribuables au tabagisme à 73 200, soit 13 % de la mortalité, avec une nette prédominance masculine (55 700 décès, soit 76 %).

1. Le tabac, un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire

Parmi les 6 principaux facteurs de risque modifiables objectivés dans l'étude INTERHEART [2], le tabac est le 2^e fac-

teur en cause après les dyslipidémies, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (*fig. 1*) [3].

La prise en charge optimale du patient coronarien en prévention secondaire implique des modifications du mode de vie et des habitudes alimentaires, l'équilibre tensionnel et l'atteinte des objectifs de LDL cholestérol, mais également un sevrage complet et définitif du tabac qui réduit à lui seul le risque de décès de 36 % et le risque de récurrence d'infarctus de 32 % [4]. Ce bénéfice majeur est lié au fait que la plupart des modifications physiopathologiques induites par le tabac sont rapidement réversibles à l'arrêt de sa consommation.

2. Un facteur de risque qui frappe tôt

Le rapport "Mortality Attributable to Tobacco" de l'OMS publié en 2012 [5] constate que, bien que l'incidence globale des pathologies cardiovasculaires augmente avec l'âge, la mortalité attribuable au tabac est beaucoup plus élevée

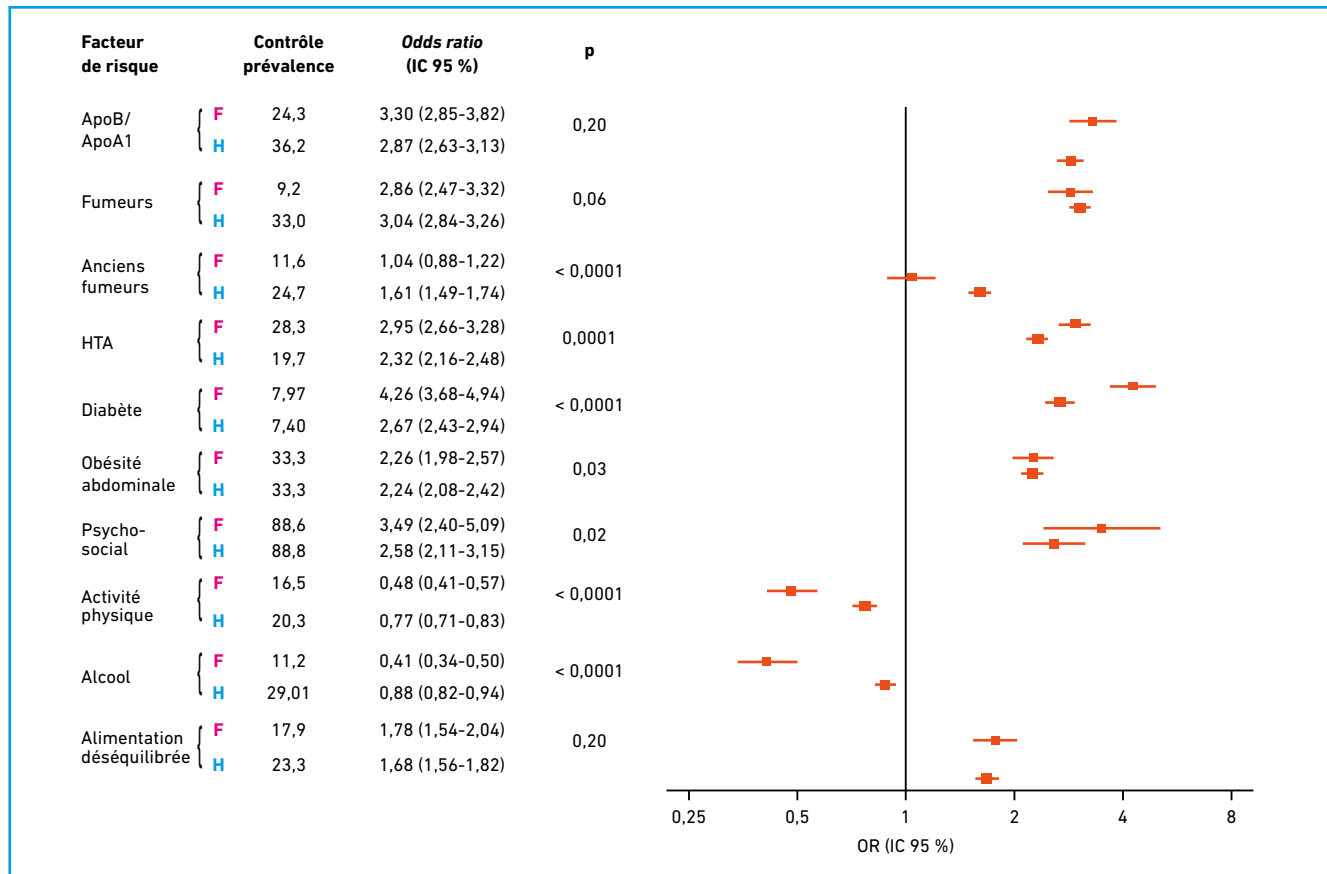


Fig. 1 : Comparaison des facteurs de risque d'IM aigu entre les femmes et les hommes. *Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study.* IM : infarctus du myocarde.

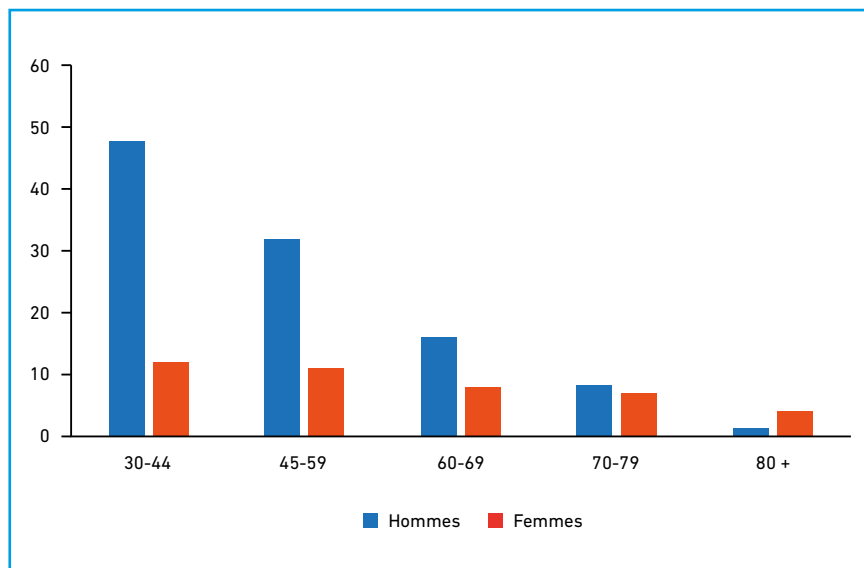


Fig. 2 : Mortalité cardiovasculaire attribuable au tabagisme par tranche d'âge. Elle est d'autant plus importante que les sujets sont jeunes (d'après l'OMS [6]).

dans le groupe des 30-44 ans (48 % des hommes, 12 % des femmes) que dans les tranches de population plus âgées (**fig. 2**). Par ailleurs, même si le tabagisme est la principale cause d'événements de maladie coronarienne chez les fumeurs de tous les groupes d'âge, le risque relatif est multiplié par plus de 5 chez les moins de 50 ans, alors qu'il est de l'ordre de 2 chez les patients plus âgés [6].

Ce risque relatif plus élevé chez les patients jeunes s'explique par les mécanismes d'action particulièrement importants du tabagisme sur la fonction plaquettaire et la dysfonction endothéliale à l'origine de phénomènes de thrombose et de spasme chez des sujets n'ayant par ailleurs pas toujours de lésions significatives d'athérosclérose.

Revue générale

3. Pas de consommation sans risque

Bien qu'il n'y ait pas de faible consommation sans augmentation du risque, 1 seule cigarette par jour augmentant le

risque de près de 40 % [7], on retrouve une forte relation entre le niveau de consommation, la durée d'exposition du tabagisme et la survenue de décès par maladie cardiovasculaire chez les

hommes âgés de moins de 65 ans [8]. Le tabagisme occasionnel et le tabagisme passif sont également associés à une augmentation du risque de pathologie cardiovasculaire de l'ordre de 25 à 30 % (fig. 3).

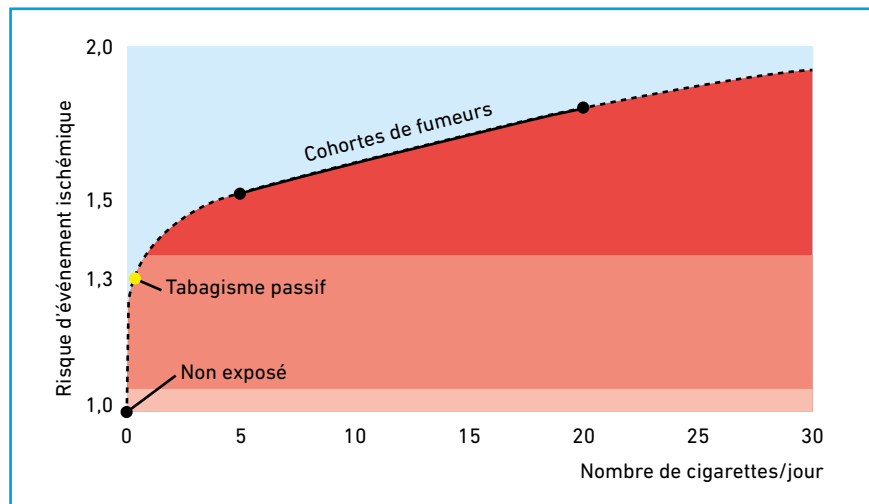


Fig. 3 : Risque d'événement cardiovasculaire en fonction du nombre de cigarettes fumées ou de l'exposition passive à la fumée (d'après [8]).

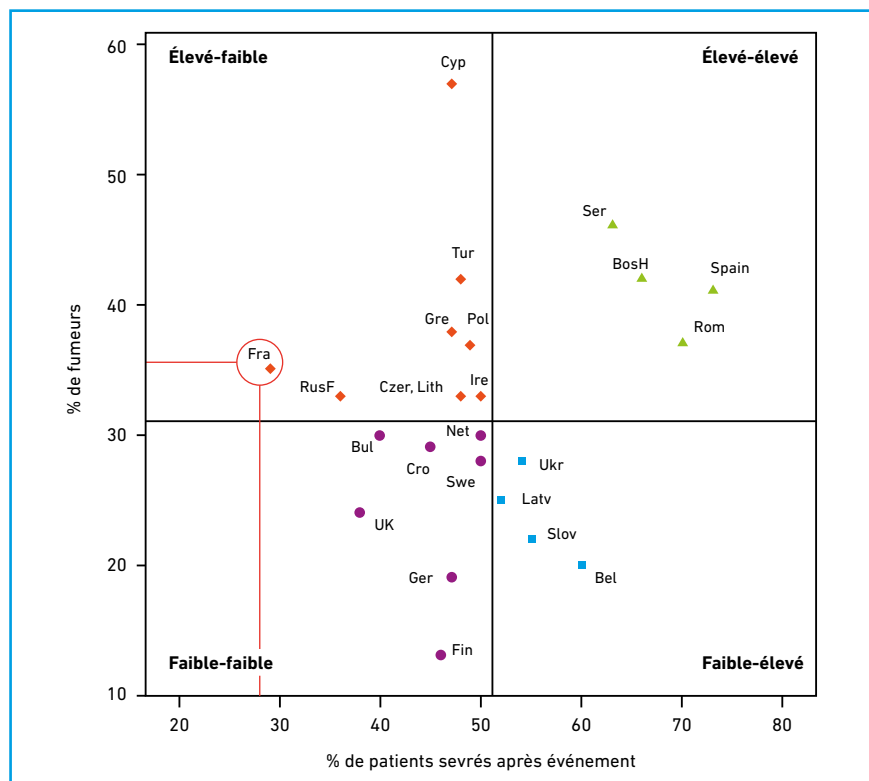


Fig. 4 : Prévalence du tabagisme au moment de l'événement coronaire et taux de sevrage à 6 mois en Europe (d'après Snarterse M et al. [11]). La France a le plus mauvais taux de sevrage (< 30 %).

En prévention secondaire, il existe un risque accru de non-observance au traitement, de nouvel infarctus [4], de thrombose de stent [9], et d'augmentation des hospitalisations et de la mortalité cardiovasculaire.

4. Trop de fumeurs persistants

Malgré les risques connus du tabagisme pour la santé, et alors que l'efficacité des méthodes de sevrage est prouvée, les taux d'arrêt du tabac sont faibles : environ 70 % des fumeurs souhaitent arrêter, 40 % ont fait une tentative au cours de l'année précédente, la majorité sans aide particulière, 95 % rechutent dans l'année et finalement 5 à 7 % seulement des fumeurs réussissent leur sevrage.

En prévention secondaire, selon les données de l'enquête EUROASPIRE IV évaluant l'atteinte des objectifs de contrôle des facteurs de risque [10], le taux de sevrage en France reste dramatiquement faible, seulement moins de 1/3, soit 25 % de patients fumeurs persistants 6 mois après un accident coronaire, alors que les "bons élèves" européens obtiennent des taux de sevrage supérieurs à 65 % avec moins de 10 % de fumeurs persistants (fig. 4).

Enfin, au décours immédiat d'une hospitalisation en cardiologie et malgré des conditions difficiles avec un sevrage subi plus que choisi, les taux d'abstinence, obtenus grâce à un programme associant entretien long et traitement, sont initialement importants (88 %), mais on assiste à une reprise rapide du tabagisme, la moitié de ces reprises se situant dans le 1^{er} mois [11]. Ces données soulignent le rôle primordial du médecin généraliste et du cardiologue libéral pour initier ou entretenir un sevrage.

Une faible implication des cardiologues

1. Une prise en charge déficiente

Plusieurs enquêtes menées sur le même modèle en 1993 [12], 2005 [13] puis 2015 [14] auprès des cardiologues français ont montré une faible implication dans la prise en charge du tabagisme de leurs patients. Malgré une nette amélioration des connaissances sur l'implication du tabac dans la genèse des maladies cardiovasculaires, et un dépistage quasiment systématique du tabagisme actif et passif, la prise en charge reste faible, les traitements peu prescrits, l'orientation vers les tabacologues pas assez fréquente.

2. Quels sont les freins à la prise en charge ?

● *Un manque de motivation ?*

Le tabagisme des professionnels de santé est un frein important à la prise en charge, heureusement, celui-ci est en nette diminution chez les cardiologues français : s'ils étaient près de 27 % de cardiologues fumeurs réguliers en 1993 [12], ils n'étaient plus que 8 % en 2007 [13] et 5 % en 2015 [14], un taux bien inférieur aux 27 % de fumeurs réguliers en France en 2017 [15], mais restant largement supérieur au 1,3 % de cardiologues américains fumeurs. Cette diminution du tabagisme des cardiologues et des professionnels de santé, en dehors de l'exemplarité indispensable du médecin, légitimise une optimisation de la prise en charge du sevrage.

De façon plus anecdotique, pour expliquer le manque de motivation d'une prise en charge des fumeurs, on retrouve le manque de confiance en soi, la crainte de perdre des patients, des croyances erronées sur la dépendance au tabac et ses conséquences sur la santé, des doutes sur l'applicabilité des connaissances dans la pratique courante.

● *Une formation déficiente*

Le facteur le plus fortement associé à la faible implication des professionnels de santé dans la prise en charge du sevrage tabagique est le manque de formation (RR: 2,70; IC 95 % : 1,68-4,32), suivi du manque de documentation (RR: 2,10; IC 95 % : 1,31-3,39) et du manque de temps (RR: 1,65; IC 95 % : 1,02-2,66) [16].

Dans la dernière enquête menée auprès des cardiologues français [14], seulement 20 % des cardiologues ayant répondu ont bénéficié d'une formation sur le sevrage tabagique, que ce soit au cours de congrès, formation médicale continue ou lecture de revues. De même, paradoxalement, 1 cardiologue sur 2 n'est pas demandeur d'une formation spécifique ou complémentaire sur le sevrage tabagique. Globalement, 30 % d'entre eux seulement estiment être bien ou très bien informés sur l'aide au sevrage tabagique.

Ce déficit de formation et de connaissances se traduit par une prise en charge de moindre qualité : même si la majorité des cardiologues interrogent leurs patients sur le tabagisme actif et passif, ils ne sont plus que 56 % à connaître le conseil minimal donné au fumeur, et 18 % à le citer correctement.

Pourtant, il est actuellement recommandé d'intégrer le dépistage individuel, l'utilisation de l'entretien motivationnel, l'accompagnement psychologique du patient et l'aide à l'arrêt de la consommation du tabac dans la formation initiale et les programmes de développement professionnel continu, aussi bien pour les médecins libéraux que les médecins hospitaliers.

● *Un manque de pratique*

Les différentes enquêtes menées auprès des cardiologues montrent également une méconnaissance et une sous-utilisation des produits de sevrage. Ainsi,

en 2009 [13], ils n'étaient que 21 % à déclarer prescrire régulièrement des substituts nicotiniques, la prescription de varénicline et de bupropion étant anecdotique. Ces prescriptions sont bien inférieures à ce que l'on peut observer chez les médecins généralistes, les pneumologues et les cancérologues [17].

Cela explique que le professionnel de santé le plus souvent cité en première position pour soutenir un patient dans son désir d'arrêt est le tabacologue (50 %), cardiologue et médecin traitant arrivant à égalité (21 % des cas) [14]. Paradoxalement, le pharmacien n'est jamais cité comme professionnel de santé "ressource", alors qu'il est en première ligne pour conseiller les patients dans le choix des substituts nicotiniques qui sont en libre accès !

● *Un manque de temps*

Le manque de temps consacré à la prise en charge du tabac est également cité comme un obstacle majeur par les professionnels de santé [17]. La prise en charge du patient fumeur peut nécessiter des consultations longues, complexes du fait de la psychologie du fumeur, et répétées. On conçoit donc que le cardiologue ne soit pas prêt à consacrer trop de temps au tabac, au détriment des autres facteurs de risque, de l'examen clinique et des actes techniques. Il est certain qu'une consultation chez un "patient complexe", valvulaire, insuffisant cardiaque, coronarien instable, laisse peu de marge et qu'il est difficile de consacrer des consultations uniquement au sevrage tabagique pour des cardiologues dont ce n'est pas la vocation première. Pourtant, il reste souvent du temps disponible lors des consultations des coronariens stables, des diabétiques en prévention primaire, des hypertendus non compliqués, et ces quelques minutes disponibles peuvent être efficacement rentabilisées par une approche simple et pragmatique du sevrage.

Revue générale

3. Des traitements efficaces...

En première intention, les traitements nicotiniques de substitution (TNS) sont indiqués, de préférence en associant les dispositifs transdermiques (patchs), qui apportent l'essentiel de la nicotine nécessaire, et des formes à absorption buccale qui permettent un apport rapide de nicotine en cas de besoins complémentaires. En saturant les récepteurs nicotiniques, ils réduisent les symptômes physiques de manque. Le principal écueil pour les substituts nicotiniques reste le sous-dosage, source d'échec et de découragement pour le patient, peu enclin à faire une nouvelle tentative de sevrage.

En deuxième intention, la varénicline et le bupropion sont utilisables, après avoir vérifié que les traitements recommandés en première intention ont été bien conduits, à dose efficace, suffisamment longtemps, et que l'échec a été exploré sous tous ses aspects. Leur maniement reste aisé, nécessite quelques connaissances et un peu d'expérience pour gérer les effets secondaires.

Les médicaments du sevrage tabagique, substituts nicotiniques, varénicline et bupropion ont tous fait la preuve de leur efficacité. Par rapport au placebo, les taux de sevrage attendus dans les différentes études et méta-analyses [18-20] sont respectivement de l'ordre de 50 à 60 % pour les substituts nicotiniques (RR: 1,55; IC 95 % : 1,49-1,61) et le bupropion (RR: 1,82; IC 95 % : 1,60-2,06) et plus du double pour la varénicline (RR: 2,88; IC 95 % : 2,4-3,47) (**fig. 5**).

Le conseil individuel, le conseil téléphonique et les thérapies psycho-comportementales ont également fait la preuve de leur efficacité – augmentation du taux de sevrage de 64 % pour le conseil individuel (RR: 1,64; IC 95 % : 1,17-2,28), de 47 % pour le conseil téléphonique (RR: 1,47; IC 95 % : 1,15-1,88), la combinaison des différents types d'intervention augmentant le taux de sevrage de 70 à 100 % [21].

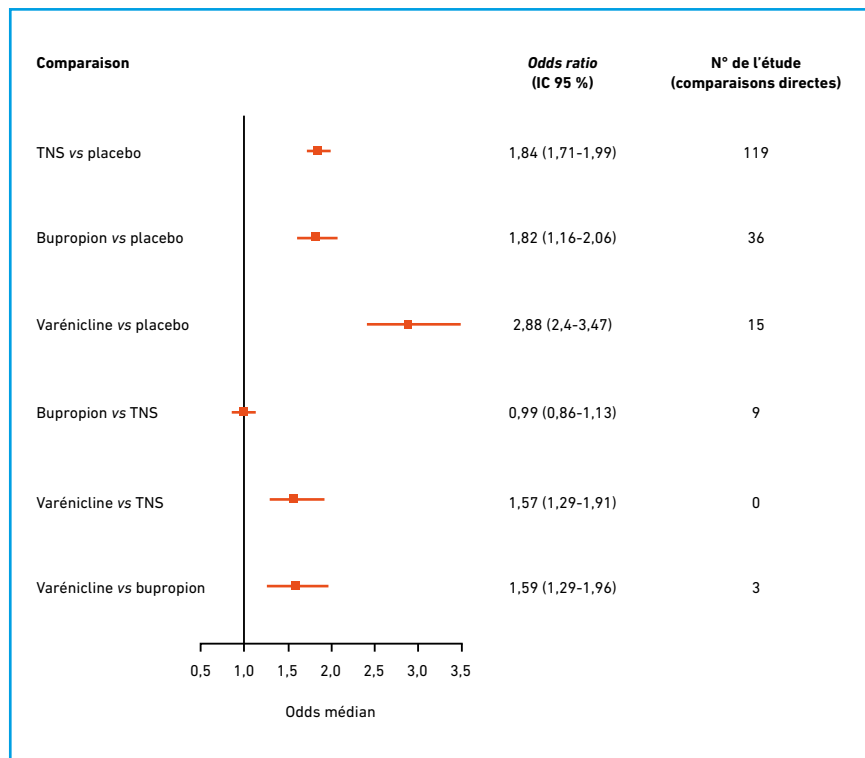


Fig. 5 : Efficacité des traitements médicamenteux du sevrage par rapport au placebo (d'après [19]).

4.... et bien tolérés

En raison de leur pharmacocinétique particulière liée à leur mode de délivrance, les traitements nicotiniques de substitution n'ont pas les mêmes effets sympathomimétiques que la nicotine absorbée par le fumeur et donc pas d'effet délétère sur le plan cardiovasculaire. Ils peuvent ainsi être prescrits sans restriction chez les coronariens, y compris sévères et au décours d'un syndrome coronaire [22, 23].

Concernant la varénicline, en juin 2011, la FDA alerte sur la possible augmentation du risque d'événements cardiovasculaires chez des patients atteints de pathologie cardiovasculaire, suspicion corroborée par une méta-analyse mettant en évidence, malgré un très faible nombre d'événements, une différence significative sur la survenue d'événements cardiovasculaires sous varénicline. Dans les années suivantes, plusieurs autres

méta-analyses (dont celle de Sterling incluant 38 essais randomisés réalisés sur plus de 12 000 patients) n'ont pas retrouvé de risque significatif [24].

Enfin, l'étude EAGLES a confirmé l'absence d'augmentation significative d'événements indésirables et la sécurité d'emploi de l'ensemble des traitements (substituts nicotiniques, varénicline et bupropion), tant sur le plan neuropsychiatrique que cardiovasculaire [20, 25]. En France, ces preuves d'efficacité et de bonne tolérance ont conduit au remboursement de la varénicline par l'Assurance Maladie depuis avril 2017.

Il faut bien entendu respecter les contre-indications : grossesse pour la varénicline et, pour le bupropion, antécédents de troubles convulsifs, de tumeur du système nerveux central, lors d'un sevrage alcoolique ou médicamenteux, en cas de cirrhose hépatique sévère et au cours de la grossesse.

5. La cigarette électronique (ou vapoteuse)

Elle permet de délivrer de la nicotine sans libérer de monoxyde de carbone (CO) et la présence de composés potentiellement toxiques (formaldéhyde, acétaldéhyde, acroléine, toluène, nitrosamines) est infiniment moindre que lors de la combustion du tabac. Elle peut donc être adoptée par le fumeur soit pour arrêter la consommation de tabac, soit pour compléter la substitution nicotinique.

En l'absence de données scientifiques probantes sur son efficacité et sa sécurité à long terme, il est actuellement difficile de conseiller la vapoteuse dans un but de sevrage, mais les patients qui l'ont adoptée ou qui souhaitent le faire ne doivent pas être *a priori* découragés. Il faut néanmoins mettre en garde contre le double usage cigarette/vapoteuse, encore présent chez plus de la moitié des utilisateurs, et conseiller à terme l'arrêt de son utilisation quand le sevrage de la cigarette est acquis et stable [26].

6. Les thérapeutiques non recommandées

Acupuncture, mésothérapie et hypnose ne doivent pas être proposées car elles n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, mais elles ne doivent pas être déconseillées si le patient souhaite les essayer.

7. Que peut-on faire en pratique courante ?

Dans la pratique courante et en l'absence d'expérience, l'attitude la plus simple est encore de suivre les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie et d'appliquer la méthode des 5 A (*Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange*) [23, 27, 28], ou en français :

- **demander** : s'enquérir systématiquement et à chaque consultation du tabagisme actif et passif des patients ;
- **conseiller** sans équivoque un sevrage urgent et définitif ;

- **évaluer** le désir et la motivation pour un sevrage ainsi que la dépendance ;
- **aider** les patients dans leur tentative d'arrêt en prescrivant les produits adaptés ;
- **organiser** le suivi des patients.

>>> Demander

Il ne faut pas oublier que le patient fumeur est avant tout victime de son addiction et qu'il en subit les multiples conséquences. Pour obtenir son adhésion sur un projet de sevrage, sur le même modèle qu'un projet thérapeutique lié aux dyslipidémies ou au contrôle tensionnel, il est nécessaire de sortir des discours paternalistes ou menaçants et de considérer ce patient avec empathie et bienveillance en s'intéressant à sa problématique.

La première étape consiste à l'interroger sur son tabagisme actif et passif, son passé de fumeur (âge de début, tentatives de sevrage et analyses des causes d'échec ou de reprise secondaire) et son désir d'arrêt. Rares sont les fumeurs heureux ! Cette première étape prend de quelques secondes à quelques minutes et doit être intégrée systématiquement à toute consultation de cardiologie.

>>> Conseiller

La deuxième étape consiste à lui conseiller activement une interruption rapide et définitive de son tabagisme en soulignant les multiples bénéfices de l'arrêt, l'amélioration rapide de la santé et la diminution du risque de développer ou d'aggraver une pathologie cardiovasculaire. Une rapide explication sur les effets délétères du tabac peut être apportée à ce stade, car si les patients sont bien informés du risque de cancer, beaucoup ne connaissent pas ou sous-estiment les effets cardiovasculaires nocifs de la fumée de cigarette.

Ce conseil doit également s'accompagner d'une écoute attentive pour identifier les craintes des patients concernant les

effets secondaires possibles du sevrage notamment :

- le risque d'une prise de poids de 4 à 5 kg en moyenne mais parfois bien plus importante ;
- la perte de la "cigarette plaisir" et de la convivialité ;
- la peur de l'échec.

Il convient de mettre en avant :

- les bénéfices attendus du sevrage ;
- la délivrance de l'addiction ;
- le gain de confort personnel et de l'entourage ;
- l'amélioration des performances physiques chez les sportifs ;
- l'amélioration de l'aspect cutané ;
- l'importance des économies (2 500 € par an pour un fumeur de 1 paquet par jour).

Cette deuxième étape peut prendre plusieurs minutes, parfois moins en fonction du degré de maturation et de préparation des patients. Elle ne doit pas être négligée car un patient motivé a 34 % de chances en plus de réussir son sevrage. En outre, elle conditionne l'acceptation des médicaments d'aide au sevrage.

>>> Évaluer le désir d'arrêt

À ce stade, rares sont les patients qui n'envisagent pas un sevrage. Si le patient reste ambivalent, on peut explorer la balance décisionnelle en lui demandant de lister les avantages d'un sevrage, mais également les inconvénients et les craintes liées à l'abandon de la cigarette, à mettre en balance avec les inconvénients et les risques liés à la poursuite du tabac et le confort du "*statu quo*". Pour les médecins peu familiarisés avec l'entretien motivationnel et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), l'aide des tabacologues peut être précieuse.

Chez un patient qui refuse d'envisager un arrêt, il faut rester à l'écoute, proposer des brochures et documentations sur le tabac et le sevrage, orienter vers les sites spécialisés et, si possible, obtenir un accord sur l'absence de consommation

I Revues générales

au domicile, à l'intérieur du véhicule et au travail.

>>> Évaluer la dépendance

Si le patient est prêt à tenter (ou retenter) un sevrage, il faut évaluer son niveau de dépendance par le test de Fagerström en 6 questions, ou plus simplement par un test en 2 questions (nombre de cigarettes/jour et délai entre le réveil et la première cigarette) (**tableau I**), puis proposer une aide pharmacologique. Cette évaluation permet d'adapter la posologie des substituts nicotiniques.

>>> Proposer une aide au sevrage ou orienter vers les professionnels compétents

La prescription d'un traitement médical est l'étape suivante.

On utilisera en première intention les substituts nicotiniques, qui seront plus efficaces si on associe les dispositifs transdermiques (patchs) aux formes à absorption buccale (gommes, comprimés, pastilles, spray).

Les posologies devront être suffisantes pour limiter les symptômes de sevrage, et décroissantes en fonction de la diminution des besoins du patient qui adaptera lui-même ses apports. En effet, un schéma trop rigide, non adapté au patient, en particulier trop court, est volontiers une source d'échec.

Deux stratégies d'efficacité équivalente sont envisageables :

- soit l'arrêt brutal après une courte période de préparation ;
- soit, si le patient ne se sent pas encore prêt à interrompre son tabagisme ou s'il

le désire, une réduction progressive de la consommation en associant une substitution nicotinique volontairement sous-dosée et progressivement adaptée avec un objectif d'arrêt complet à terme.

En cas d'échec, de refus des TNS, d'intolérance, les alternatives sont représentées par la varénicline et le bupropion.

Pour le suivi des patients, une bonne connaissance des principaux effets secondaires est nécessaire :

● Pour les TNS :

- en patch : intolérance cutanée et céphalées ;
- en forme à absorption buccale : dysgueusie, hoquet, nausées, dyspepsie, hypersécrétion salivaire ou sécheresse de la bouche et/ou de la gorge.

● Pour le bupropion : céphalées, insomnie, angoisse, dépression, bouche sèche.

● Pour la varénicline : nausées, à signaler de principe au patient car fréquentes en début de traitement mais le plus souvent transitoires, insomnie et rêves anormaux.

Le prix des traitements n'est plus un obstacle. Depuis 2007, les substituts nicotiniques étaient pris en charge dans le cadre d'un forfait annuel à hauteur de 150 € par an sur prescription médicale sur une ordonnance, consacrée exclusivement à ces produits. Depuis 2018, plusieurs substituts nicotiniques (patchs, gommes et pastilles) sont remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie, plus complémentaire ou mutuelle (ameli.fr). Il en est de même pour la varénicline depuis avril 2017.

Cette étape, prend 1 à 2 minutes.

>>> Organiser le suivi

C'est probablement l'étape la plus difficile à intégrer dans la pratique cardiológica en raison de l'espacement des consultations, de la difficulté pour

1. Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
Dans les 5 premières minutes	3
Entre 6 et 30 minutes	2
Entre 31 et 60 minutes	1
Après 60 minutes	0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	
Oui	1
Non	0
3. À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	
La première le matin	1
N'importe quelle autre	0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	
10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	
Oui	1
Non	0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	
Oui	1
Non	0
0 à 2 : pas de dépendance	Le test de Fagerström simplifié reprend les questions 1 et 4 : 0-1 : pas de dépendance 2-3 : dépendance modérée 4 à 6 : dépendance forte
3-4 : dépendance faible	
5-6 : dépendance moyenne	
7 à 10 : dépendance forte ou très forte	

Tableau I : Test de Fagerström d'évaluation de la dépendance nicotinique en 6 questions.

POINTS FORTS

- Le tabagisme est un facteur de risque cardiovasculaire majeur, insuffisamment et mal pris en charge par les cardiologues.
- Le sevrage apporte un bénéfice majeur et rapide, aussi bien en prévention primaire que secondaire.
- Le manque de connaissances et le manque de temps sont les principaux obstacles à la prise en charge.
- Il existe des traitements validés, efficaces et sans danger chez les patients cardiaques.
- Une approche pragmatique du sevrage tabagique est parfaitement réalisable en cardiologie libérale.

se rendre disponible afin de gérer les effets secondaires des traitements ou pour répondre aux interrogations, aux angoisses et aux doutes des patients.

En cas d'impossibilité, le relais doit être assuré soit par le médecin généraliste, qui sera informé de la prise en charge initiale et de la nécessité d'un suivi de ce sevrage, soit par un tabacologue, chaque praticien devant avoir un correspondant référent à cet effet.

■ Conclusion

Le tabagisme est universellement reconnu comme un facteur de risque majeur de maladie cardiovasculaire et son sevrage réduit de façon indiscutable, rapide et peu coûteuse l'excès de risque, y compris chez les personnes qui ont déjà développé une pathologie clinique.

Dans tous les cas, l'abond du fumeur, nécessite une approche à long terme qui n'est pas différente de celle des autres facteurs de risque. Le tabagisme reste malheureusement insuffisamment pris en charge par les cardiologues, principalement en raison d'un manque de temps et de motivation, d'une communication inadaptée, le

déficit de formation restant un obstacle majeur, mais non immuable, à cette prise en charge.

Il est néanmoins parfaitement possible et peu chronophage d'initier et/ou d'entretenir un sevrage au cours d'une consultation. Au minimum, le cardiologue doit interroger le patient sur son statut tabagique actif et passif, le mettre en garde contre les méfaits du tabac grâce à une communication adaptée et conseiller sans coercition mais fermement son arrêt. Il est ensuite aisé de prescrire les traitements efficaces et adaptés au sevrage, d'informer le patient des principaux effets secondaires potentiels et d'organiser le suivi.

Si cette démarche est trop contraignante ou peu adaptée à l'organisation personnelle, il faut savoir orienter son patient vers des aides extérieures, que ce soit vers les lignes téléphoniques dédiées au sevrage, un soutien psychologique, ou déléguer au tabacologue.

Dans aucun cas il ne faut renoncer à prendre en charge le tabagisme : un sevrage réussi reste une grande victoire pour le patient mais il est également source de satisfaction pour le médecin.

BIBLIOGRAPHIE

1. BONALDI C, ANDRIANTAFIKA F, CHYDERIOTIS S *et al.* Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *Bull Epidemiol Hebd*, 2016;30-31:528-540.
2. TEO KK, OUNPUU S, HAWKEN S *et al.* Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*, 2006;368:647-658.
3. ANAND SS, ISLAM S. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *Eur Heart J*, 2008;29:932-940.
4. CRITCHLEY JA, CAPEWELL S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*, 2003;290:86-97.
5. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. World Health Organisation 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf.
6. TOLSTRUP JS, HVIDTFELDT UA, FLACHS EM *et al.* Smoking and risk of coronary heart disease in younger, middle-aged, and older adults. *Am J Public Health*, 2014;104:96-102.
7. HACKSHAW A, MORRIS JK, BONIFACE S *et al.* Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ*, 2018;360:j5855.
8. LAW MR, WALD NJ. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. *Prog Cardiovasc Dis*, 2003;46:31-38.
9. DANGAS GD, CAIXETA A, MEHRAN R *et al.* Frequency and predictors of stent thrombosis after percutaneous coronary intervention in acute myocardial infarction. *Circulation*, 2011;123:1745-1756.
10. SNATERSE M, DECKERS JW, LENZEN MJ *et al.* for the EUROASPIRE Investigators. Smoking cessation in European patients with coronary heart disease. Results from the EUROASPIRE IV survey: A registry from the European Society of Cardiology. *Int J Cardiol*, 2018;258:1-6.
11. VOGIATZIS I, PANTZARTZIDOU A, PITTAS S. Smoking Cessation advisory intervention in patients with cardiovascular diseases. *Med Arch*, 2017;71:128-131.
12. TESSIER JF, THOMAS D, NEJJARI C *et al.* Attitudes and opinions of French cardiologists towards smoking. *Eur J Epidemiol*, 1995;11:615-620.
13. ABOYANS, V, PINET A, LACROIX PH *et al.* Knowledge and management of smoking-cessation strategies among cardiologists.

Revue générale

- ogists in France: A nationwide survey. *Arch Cardiovasc Dis*, 2009;102:193-199.
14. STORA O. Enquête sur les connaissances et la prise en charge du tabagisme par les cardiologues Français. Mémoire pour le DIU de tabacologie. Université Paris Sud. 2015.
 15. PASQUEREAU A, ANDLER A, GUIGNARD G *et al.* le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd*, 2018;14-15:265-273.
 16. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html
 17. TWARDDELLA D, BRENNER H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. *Eur J Public Health*, 2005;15:140-145.
 18. KOTZ D, WAGENA EJ, WESSELING G. Smoking cessation practices of Dutch general practitioners, cardiologists, and lung physicians. *Respir Med*, 2007;101:568-573.
 19. HARTMANN-BOYCE J, CHEPKIN SC, YW *et al.* Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018;5:CD000146.
 20. CAHILL K, STEVENS S, PEREIRA R *et al.* Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013;5:CD009329.
 21. 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;387:2507-2520.
 22. STEAD LF, LANCASTER T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012;10:CD008286.
 23. JOSEPH AM, NORMAN SM. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med*, 1996;335:1792-1798.
 24. HAS - Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Mise à jour : Octobre 2014. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
 25. STERLING LH, WINDLE SB, FILION KB *et al.* Varenicline and adverse cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Heart Assoc*, 2016;5.
 26. BENOWITZ NL, PIPE A, WEST R *et al.* Cardiovascular Safety of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers. A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*, 2018;178:622-631.
 27. LIBERMAN J, WANN S. E-Cigarettes-What a Practicing Cardiologist Needs to Know. *Am J Cardiol*, 2017;119:681-686.
 28. LUO JG, HAN L, CHEN LW. Effect of Intensive Personalized "5As+5Rs" Intervention on Smoking Cessation in Hospitalized Acute Coronary Syndrome Patients Not Ready to Quit Immediately: A Randomized Controlled. *Nicotine Tob Res*, 2018;20:596-605.
 29. RIGOTTI NA, CLAIR C. Managing tobacco use: the neglected, cardiovascular disease risk factor. *Eur Heart J*, 2013;34:3259-3267.

L'auteur a déclaré des liens d'intérêts avec Pfizer et Pierre Fabre Médicament.

réalités

CARDIOLOGIQUES

☐ oui, je m'abonne à *Réalités Cardologiques*

Médecin: ☐ 1 an: 60 € ☐ 2 ans: 95 €

Étudiant/Interne: ☐ 1 an: 50 € ☐ 2 ans: 70 €
(joindre un justificatif)

Étranger: ☐ 1 an: 80 € ☐ 2 ans: 120 €
(DOM-TOM compris)

Bulletin à retourner à: Performances Médicales
91, avenue de la République – 75011 Paris
Déductible des frais professionnels

Bulletin d'abonnement

Nom:

Prénom:

Adresse:

Ville/Code postal:

E-mail:

Règlement

☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

☐ Par carte bancaire n°

(à l'exception d'American Express)

Date d'expiration: Cryptogramme:

Signature:

