



**HAL**  
open science

## Sevrage tabagique : un défi pour les cardiologues et les pneumologues

D. Thomas

► **To cite this version:**

D. Thomas. Sevrage tabagique : un défi pour les cardiologues et les pneumologues. *Revue des Maladies Respiratoires*, 2019, 36, pp.527 - 537. 10.1016/j.rmr.2018.03.008 . hal-03477640

**HAL Id: hal-03477640**

**<https://hal.science/hal-03477640>**

Submitted on 20 Dec 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**rmr180051- R1**

Fascicule rouge

**Série poumon et substances addictives**

M. Underner, G. Peiffer, Th. Urban

**Sevrage tabagique : un défi pour les cardiologues et les pneumologues**

**Smoking cessation: a challenge for cardiologists and pulmonologists**

D. Thomas (1)

(1) Institut de Cardiologie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47 Bd de l'Hôpital, Paris, F-75013, Paris Sorbonne Université, France

**Titre courant :**

Sevrage tabagique : un défi

**Auteur-correspondant :**

Pr D thomas,  
25 Rue Guérin 94220 Charenton le Pont,  
thomas.daniel@neuf.fr  
Tel : 06 80 24 07 13

Reçu le : 10.03.18

Accepté le : 18.03.18

**Liens d'intérêts :**

D. Thomas 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.

## **Résumé**

A côté de mesures de santé publique fortement soutenues politiquement, le tabagisme est également un enjeu médical majeur. Véritable maladie chronique, compte tenu de son caractère extrêmement addictif, il doit être pris en charge activement par tous les acteurs de santé. Le tabagisme étant responsable de la majorité des pathologies concernant leurs spécialités, cardiologues et pneumologues sont en première ligne dans cette prise en charge. Sont analysés dans cette revue, l'état actuel de cette prise en charge et ses insuffisances, l'impact limitant du propre tabagisme des médecins, ainsi que les idées fausses véhiculées par les fumeurs et parfois les médecins eux-mêmes, qui sont autant de freins pour un sevrage. Le sevrage tabagique doit en pratique devenir un véritable traitement que tout médecin doit savoir parfaitement gérer : ne pas se contenter du simple conseil d'arrêt, apprendre à aborder efficacement un fumeur, connaître le maniement des différentes aides médicamenteuses souvent indispensables et savoir organiser le suivi du sevrage, gage essentiel de la réussite. Si la gestion optimale de ce facteur pathologique majeur est l'affaire de tous les médecins, c'est bien sûr également celle de nos deux spécialités. A nous, cardiologues et pneumologues, de relever ce défi.

**Mots-clés** : tabagisme, addiction, sevrage tabagique, cardiologue, pneumologue

## **Sevrage tabagique : un défi pour les cardiologues et les pneumologues**

Smoking cessation: a challenge for cardiologists and pulmonologists

### **Summary**

In addition to public health measures that need to be strongly supported politically, smoking is also a major medical issue. Tobacco dependence is a chronic disease, and, given its extremely addictive nature, treatment for tobacco dependence must be addressed actively by all health professionals. Because smoking is a major contributor to many of the pathologies their specialties address, cardiologists and pulmonologists must be at the forefront of this care. In this review we analyse the current state of smoking cessation treatment and its inadequacies, the limiting impact that doctors' own smoking has, as well as the misconceptions held by smokers and sometimes by doctors as well, which act as brakes on smoking cessation. Smoking cessation must become a treatment delivered in real clinical practice and any doctor must know how to manage it fluently. Do not be satisfied with simply advising smokers to quit. Learn how to approach the subject with smokers effectively, know how the various pharmacotherapies are used and know how to organize smoking cessation follow-up, an essential guarantee of success. If optimal management of this major pathological factor is a role for all doctors, it is of course especially so for our two specialties. It's up to us, cardiologists and pulmonologists, to take up this challenge.

**Keywords:** smoking, addiction, smoking cessation, cardiologist, pulmonologist

## **Introduction**

Les nombreuses mesures législatives successivement adoptées ces trente dernières années pour faire régresser le tabagisme et auxquelles est venu s'ajouter depuis 2014 le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) [1], pourraient laisser penser que la France est à l'avant-garde dans la maîtrise de la prévalence du tabagisme. En réalité, alors que dans le dernier *Tobacco Control Scale 2016* [2], classement évaluant le niveau et la pertinence des mesures adoptées dans les différents pays européens, la France est en effet bien placée, puisque classée 4<sup>ème</sup> alors qu'elle était à la 9<sup>ème</sup> place en 2005, la prévalence du tabagisme reste dans notre pays une des plus élevée d'Europe avec 34,5% de fumeurs et 28,7% de fumeurs quotidiens [3]. Ce paradoxe est en partie lié au fait que si des décisions politiques ont été effectivement prises (loi Veil, loi Evin, forte évolution de la taxation lors du Plan Cancer I, décret d'interdiction de fumer dans les lieux publics, introduction du paquet neutre...), leur respect laissent pour certaines d'entre elles à désirer et il persiste parallèlement une ingérence persistante de l'industrie du tabac dans les politiques de santé avec en particulier, par l'intermédiaire des buralistes, un lobbying intensif envers le Ministère des Finances et le gouvernement. Ce lobbying est notamment à l'origine de l'abandon pendant des années d'une politique cohérente de taxation, pourtant reconnue comme la plus efficace pour faire baisser la consommation de tabac et ayant déjà fait la preuve de son efficacité en France en 2003-2004 lors du Plan Cancer I [4]. Mais toutes ces mesures de santé publique de « contrôle du tabac », visant à dénormaliser ce produit et à le rendre moins accessible, ne pourront avoir leur plein effet sur la prévalence du tabagisme et ses dommages majeurs sur la santé sans une participation active de tous les acteurs de santé dans la prise en charge des fumeurs.

### ***Tabagisme : une véritable maladie à forte incidence cardiovasculaire et pulmonaire***

Se reposer sur les seules décisions politiques pour venir à bout du tabagisme et de ses ravages est une utopie. La situation actuelle, avec 73 000 décès par an en France, soit 200 décès par

jour [5], nécessite aussi obligatoirement une appropriation de ce problème par le corps médical. Bien que cela concerne l'ensemble des soignants, et c'est la raison pour laquelle les dernières recommandations de prise en charge des fumeurs de la Haute Autorité de Santé (HAS) s'adressent prioritairement aux acteurs de premier recours [6], cette prise en charge des fumeurs concerne particulièrement cardiologues et pneumologues, dans la mesure où les pathologies qu'ils soignent sont pour une grande partie d'entre elles conditionnées par ce facteur.

Comportant des périodes d'abstinence et de rechutes, le tabagisme doit être considéré dans ces deux spécialités comme une « véritable maladie chronique », relevant d'un traitement [7-9]. En France, parmi les décès attribuables au tabagisme, plus de 16000 décès, soit 22%, sont des décès cardiovasculaires et plus de 11000 décès, soit 15%, sont des décès par pathologies respiratoires en dehors du cancer du poumon, responsable à lui seul de plus de 27000 décès [5]. Ce qui signifie que près de 75% des décès attribuables au tabagisme sont liés à des pathologies concernant directement cardiologues et pneumologues.

Rappelons quelques données soulignant l'importance de son impact dans ces deux spécialités et des bénéfices liés à la prise en charge de ce facteur :

*En cardiologie :*

- Facteur de risque majeur d'infarctus du myocarde (IDM), en deuxième position immédiatement derrière les anomalies lipidiques, le tabagisme a la particularité de frapper précocement, responsable essentiel et souvent unique des IDM des sujets les plus jeunes, avec plus de 70% de fumeurs pour les IDM de moins de 50 ans, tant chez les hommes que chez les femmes. Il intervient sans seuil d'intensité, y compris pour des consommations modérées ou faibles et même pour une exposition à un tabagisme passif [10].
- Les bénéfices à attendre d'un sevrage au décours d'un événement coronaire sont majeurs avec, sur une durée moyenne de suivi de 3 à 7 ans, une réduction de mortalité totale de 36% et

de récurrence d'IDM non fatal de 32 % [11]. Il n'y a aucune mesure de prévention secondaire qui soit plus efficace chez un fumeur [12]. Et il s'agit de la mesure de prévention qui a le meilleur rapport cout/efficacité, tant en prévention secondaire [13] qu'en prévention primaire [14, 15].

- Les dernières données des enquêtes *Euroaspire*, analysant les mesures de prévention secondaire chez des patients coronariens, montrent que 16%, soit la moitié de ceux qui étaient fumeurs lors de leur événement coronaire, n'ont pas arrêté ou ont repris leur tabagisme. Or, cette enquête souligne que seulement 18,6% de ces patients ont été accompagnés dans leur sevrage par une consultation et/ou aide pharmacologique [16]. Dans cette enquête, la France est un des pays ayant la plus haute prévalence de tabagisme au moment de l'événement et le plus faible taux de sevrage à distance [17]. Cette absence de prise en charge effective explique que plus de la moitié de ces rechutes surviennent dans le mois suivant l'événement et la précocité de cette reprise est significativement corrélée au risque de décès [18]

- Le tabagisme est également le facteur dominant dans la survenue et les complications évolutives de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs [19] et de l'anévrisme de l'aorte abdominale [20]. A côté de ces pathologies vasculaires, connues depuis longtemps en lien avec le tabagisme, nous avons à présent des données bien documentées sur un impact spécifique du tabagisme sur le risque de complications thromboemboliques veineuses [21], le risque de troubles du rythme [22] et celui de survenue et/ou d'évolution d'une insuffisance cardiaque [23].

- En France, la prévalence évolutive du tabagisme chez la femme depuis une trentaine d'années explique une augmentation significative de l'incidence des IDM entre 2002 et 2008 chez les femmes de 35 à 55 ans alors que cette incidence diminue chez les femmes plus âgées et dans toutes les tranches d'âge chez les hommes [24]. Une étude plus récente montre que cette évolution se poursuit avec une augmentation de près de 5% par an des IDM chez les

femmes de 45 à 55 ans entre 2008 et 2013 [25]. Ainsi, le tabagisme est devenu le principal et souvent seul facteur de risque cardiovasculaire de la femme non ménopausée.

- Parmi les recommandations européennes de prévention cardiovasculaire, qui ont été endossées par la France, la prise en charge du sevrage tabagique, dans laquelle est comprise l'aide médicamenteuse, est classée comme ayant le plus haut niveau de preuve, 1A [26].

*En pneumologie :*

- La presque totalité des pathologies a un lien direct ou indirect fort avec le tabagisme [27] : cancer, bronchite chronique [28], bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [29], asthme [30], et tuberculose [31].

- En France, l'incidence des cancers du poumon est en diminution chez les hommes et en augmentation chez les femmes proportionnellement à l'évolution respective de la prévalence du tabagisme dans les deux sexes [32].

- La BPCO a évolué en France parallèlement à l'évolution du tabagisme et, malgré les campagnes de dépistage, reste largement sous diagnostiquée [33].

- Parallèlement a été constaté une augmentation du nombre d'hospitalisations liées à la BPCO, ce qui à côté du vieillissement de la population peut être mis en grande partie sur le compte de l'évolution du tabagisme, en particulier chez les femmes [34].

- L'impact économique de la BPCO s'avère considérable [35]. Même en utilisant les aides médicamenteuses les plus onéreuses, le rapport cout-efficacité du sevrage tabagique est particulièrement performant dans cette pathologie [36].

- Il est à présent parfaitement démontré que le sevrage tabagique chez un sujet ayant un cancer du poumon reste bénéfique. La poursuite du tabagisme augmente les effets secondaires des traitements et peut diminuer leur efficacité, augmente le risque d'un deuxième cancer et l'arrêt du tabac est associé à une meilleure qualité de vie [37].

- Paradoxalement, une pathologie pulmonaire liée au tabac n'est pas toujours un élément prédictif de succès de sevrage à long terme [38].
- Comme en cardiologie, les recommandations européennes concernant la prévention et le traitement de ces différentes pathologies pulmonaires classent la prise en charge des fumeurs comme une priorité majeure [27].
- Le tabagisme est une maladie chronique comportant des périodes d'abstinence et de rechutes et relevant d'un traitement.
- En France, 73 000 décès par an sont attribuables au tabagisme (plus de 16 000 [22%] sont des décès cardiovasculaires et plus de 11000 [15%] sont des décès par pathologies respiratoires en dehors du cancer du poumon, responsable à lui seul de plus de 27 000 décès.
- Près de 75% des décès attribuables au tabagisme sont liés à des pathologies concernant directement cardiologues et pneumologues.
- Un sevrage tabagique au décours d'un événement coronaire réduit la mortalité totale et le risque de récurrence d'IDM non fatal.
- La prise en charge des fumeurs ayant une pathologie pulmonaire est reconnue comme une priorité majeure.
- Le rapport coût-efficacité du sevrage tabagique est particulièrement performant dans la BPCO.
- Le sevrage tabagique est bénéfique chez un sujet ayant un cancer du poumon.

#### ***Une prise en charge des fumeurs en demi-teinte par rapport à d'autres facteurs***

Alors que dans sa pratique quotidienne, le cardiologue gère sans difficulté et de façon optimale, hypercholestérolémie, hypertension artérielle et diabète, le tabagisme est souvent vécu comme un facteur ne relevant pas de sa compétence, ni même de son rôle. Il existe une discordance paradoxale entre une bonne connaissance de l'impact cardiovasculaire très important du tabagisme et son niveau de prise en charge. Ainsi, si une grande majorité des praticiens conseille aux fumeurs d'arrêter de fumer, seulement une minorité d'entre eux fournit une aide structurée. Par exemple, alors que la substitution nicotinique (SN) est classée comme l'aide médicamenteuse de première intention [6], un tiers des cardiologues pense que ce n'est pas à eux de la prescrire [39].

Ce défaut de prise en charge du tabagisme semble lié à plusieurs facteurs:

- Le tabagisme reste souvent considéré comme relevant essentiellement de décisions politiques et législatives de santé publique plutôt que du rôle du médecin [40]. Bien que

nécessaires et importantes, ces mesures ne peuvent suffire à aider les fumeurs à sortir de leur dépendance et à maîtriser la morbi-mortalité liée au tabagisme. Il est nécessaire de « traiter » ce facteur au même titre que les autres facteurs de risque [41].

- La maîtrise des autres facteurs de risque cardiovasculaire est devenue assez facile à gérer et apporte des résultats tangibles, chiffrés, durables et assurément gratifiants. A l'opposé, devant un fumeur, le cardiologue se trouve souvent en échec pour obtenir ou maintenir un sevrage et reste perplexe face à l'apparente difficulté de cette démarche, volontiers vécue comme chronophage et ingrate. Et malgré le peu d'intérêt pour intervenir eux-mêmes, ce doute vis-à-vis des chances de succès fait qu'à peine un quart d'entre eux adresse les fumeurs dans des consultations de tabacologie [39].

- Le notion que le tabagisme est pour une majorité des fumeurs une vraie « drogue dure » est méconnue et/ou insuffisamment prise en compte dans les modalités de prise en charge. Fumer n'est pas une simple « mauvaise habitude » et la plupart des fumeurs ne peuvent arrêter leur consommation avec le seul « conseil d'arrêter de fumer ». Il faut « traiter » cette dépendance souvent équivalente ou plus sévère que celle induite par la plupart des drogues illicites [42].

- Un autre facteur limitant est que l'aide médicamenteuse n'est pas prise en charge par l'Assurance-maladie à la hauteur de l'enjeu de santé que représente le sevrage tabagique. Ceci décrédibilise son intérêt, dans la mesure où un traitement non remboursé est vécu par les patients, mais également par les médecins, comme non efficace ou ayant un rapport bénéfice/risque non favorable. On constate cependant un contexte récent a priori plus favorable avec, d'une part depuis quelques années l'instauration d'un forfait pour la SN, forfait qui a été porté récemment à 150 euros pour tous les fumeurs [43], d'autre part, suite à l'étude EAGLES [44], la levée de l'alerte sur les potentiels risques psychiatriques de la varénicline [45], ayant conduit à l'obtention de son remboursement à 65% par l'Assurance-maladie depuis avril 2017.

- Enfin, le tabagisme ne répond pas de façon univoque à une prise en charge médicamenteuse, type de prise en charge à laquelle est habitué le cardiologue pour les autres facteurs de risque. L'aspect comportemental nécessite souvent une approche personnalisée plus complexe. Or, la majorité des praticiens actuellement en exercice n'a pas reçu une formation initiale appropriée et la prise en charge des fumeurs est en pratique également absente des programmes de Développement

Professionnel Continu (DPC). Malheureusement, malgré cette carence de formation, le pourcentage de cardiologues exprimant le souhait d'une formation complémentaire dans ce domaine reste paradoxalement minoritaire [39].

- Un tiers des cardiologues pense que ce n'est pas à eux de prescrire des substituts nicotiques.
- A peine un quart des cardiologues adresse les fumeurs dans des consultations de tabacologie.
- Le sevrage tabagique ne se résume pas à une prise en charge uniquement médicamenteuse (à laquelle le cardiologue est habitué pour les autres facteurs de risque). L'aspect comportemental nécessite une approche personnalisée plus complexe donc plus chronophage.
- Les substituts nicotiques sur prescription médicale sont maintenant pris en charge à 65% par l'Assurance-maladie.
- La varénicline est remboursée à 65% par l'Assurance-maladie depuis avril 2017.

### ***Un tabagisme encore important des médecins ; facteur limitant de la prise en charge***

Concernant les médecins généralistes français, deux enquêtes réalisées en 1998 et en 2002, faisaient état d'une prévalence du tabagisme semblable à celle de la population générale, avec respectivement 32,1% et 26% de fumeurs [46, 47]. Lors d'une enquête plus récente, réalisée en 2015, ils n'étaient plus que 16 % à déclarer fumer, 14 % quotidiennement [48], soit une forte baisse de prévalence du tabagisme par rapport au 29 % du Baromètre santé de 2003 [49]. Même si elle est en amélioration, cette prévalence représente un obstacle réel dans la démarche médicale de prise en charge des fumeurs. Elle est également certainement un des facteurs qui contribue à relativiser le risque du tabagisme dans l'esprit de la population.

Chez les cardiologues français, une enquête de 1995 montrait encore un taux de tabagisme de 27 % de fumeurs dont 14 % de fumeurs quotidiens [50]. Une enquête de 2007 montrait une amélioration sensible avec 8% de fumeurs [39] et une dernière estimation de 2015 seulement 5% (non publiée). En contraste, aux USA, la prévalence du tabagisme chez les cardiologues n'était déjà plus que de 1,3% en 2004 [51] et aux Pays-Bas dès 2002-2003, celle-ci était déjà seulement de 4,3% pour les cardiologues et de 3,5% pour les pneumologues [52].

Pour les cardiologues et les pneumologues comme pour les médecins généralistes, ce statut de fumeur est démontré comme ayant une influence forte et significative sur leurs opinions sur le tabagisme et ses conséquences, avec en particulier une tendance à minimiser l'impact du tabagisme ainsi que leur rôle de médecin dans la prise en charge des fumeurs [53, 54]. Par ailleurs, contrairement à la prise en charge des autres facteurs de risque, la visibilité par le patient du tabagisme de son praticien crée une ambiguïté dans la relation de soins, avec un réel handicap pour le médecin fumeur par rapport à un médecin non-fumeur pour conseiller et aider dans l'arrêt de la consommation de tabac. Dans certaines études, le statut de fumeur ne semble pas avoir objectivement d'impact sur l'attitude des médecins [55], ou est subjectivement vécu par les médecins fumeurs comme n'ayant pas d'influence sur leur prise en charge des fumeurs, voire favorisant même la communication avec eux [47]. Cependant, la majorité des études montre qu'en pratique les résultats objectifs de cette prise en charge sont significativement altérés par le statut fumeur du médecin [39, 52, 56-59].

Par ailleurs, il ressort de la comparaison entre différents pays que cette prévalence du tabagisme des médecins constitue globalement un reflet de l'évolution de la prévalence générale du tabagisme dans la population d'un pays et de ses capacités à la faire évoluer [60]. Ce constat implique que la priorité pour un médecin encore fumeur est de faire un démarche vers un sevrage et comme pour les autres fumeurs de ne pas hésiter à se faire aider pour sortir

de sa dépendance. Or, dans une enquête concernant des médecins généralistes français, seulement la moitié des fumeurs avaient déjà fait une tentative sérieuse de sevrage [61].

- La prévalence du tabagisme des médecins généralistes diminue. Elle est passée de 29 % (Baromètre santé de 2003) à 16 % (dont 14 % de fumeurs quotidiens) en 2015.
- Le tabagisme des médecins est un obstacle dans la prise en charge des patients fumeurs.
- Les cardiologues, pneumologues et médecins généralistes fumeurs ont tendance à minimiser l'impact du tabagisme ainsi que leur rôle dans la prise en charge des patients fumeurs.

### ***Repérer et combattre les idées fausses constituant des freins pour le sevrage tabagique***

Il existe dans la population générale, mais également chez les médecins, un certain nombre d'idées fausses qui sont autant de freins dans la démarche de sortie de la dépendance tabagique [62] :

- *Penser qu'arrêter de fumer est essentiellement une question de volonté.*

Même si arrêter de fumer nécessite effectivement de le vouloir, cela n'est pas uniquement un problème de volonté. Le tabac est une « drogue dure » pour une majorité de fumeurs [42]. Il faut donc aborder le sevrage comme une addiction et savoir si nécessaire utiliser une SN ou une autre aide médicamenteuse (varénicline, bupropion). La SN doit être adaptée à son niveau de dépendance, donc suffisamment dosée. En effet, beaucoup d'échecs de la SN sont liés à un sous-dosage. Pour optimiser cet ajustement, il convient d'associer de principe timbres et formes buccales de nicotine (gommes, comprimés ou pastilles...).

Sous-jacent à cette idée fausse concernant le manque de volonté est souvent présent un sentiment de culpabilité du fumeur, aujourd'hui renforcé par une certaine stigmatisation sociale. Une attitude culpabilisante ou une injonction comminatoire d'arrêter de fumer ne peuvent donc être que contre-productives. C'est malheureusement ce type d'approche frontale qu'adoptent souvent les praticiens, intimant à tort au fumeur qu'il devrait y arriver avec de la « volonté ». Le fumeur est

victime d'une dépendance et n'est pas coupable d'être fumeur. Une approche bienveillante et empathique est indispensable et est gérée au mieux dans la cadre d'un entretien motivationnel [63, 64], qui a fait la preuve de son efficacité indépendamment de l'aide pharmacothérapeutique associée [65] .

- *Passer des cigarettes aux cigares ou aux cigarillos, en pensant que c'est moins dangereux « parce qu'il n'y a que du tabac ».*

Tant pour les conséquences cardiovasculaires que carcinologiques, cigares, cigarillos et pipe, mais également chicha (narguilé), sont aussi nuisibles que les cigarettes, qu'elles soient manufacturées ou roulées [10, 66]. C'est la combustion (et pas seulement celle du papier de la cigarette) qui produit le monoxyde de carbone (CO) et les produits carcinogènes. Il n'y a pas de type de consommation de tabac qui soit dénué de risque.

- *Penser réduire son risque en réduisant simplement le nombre de cigarettes.*

Il n'y a pas de petit tabagisme sans risque. Une consommation de quelques cigarettes représente sur la durée un risque important de mortalité cardiovasculaire et par cancer [67]. Ceci a été confirmé récemment par une étude montrant un risque cardiovasculaire significatif avec une consommation moyenne d'une cigarette par jour [68]. Le rapport exposition/risque n'est pas linéaire, augmentant très rapidement pour une faible exposition, y compris pour une exposition au tabagisme passif, en particulier au plan cardiovasculaire. Réduire simplement le nombre de cigarettes fumées ne représente donc pas une réduction réelle de risque [69,70]. En pratique, même si le sevrage peut pour certains fumeurs passer par une réduction progressive, celle-ci doit toujours être associée à une SN. En effet, en l'absence de SN associée, le fumeur va fumer différemment afin de compenser cette diminution du nombre de

cigarettes et absorber toujours autant de produits toxiques. S'il en doute, cela peut lui être démontré par la mesure du CO expiré à l'aide d'un CO testeur [71]. Enfin, si le principe d'une réduction est retenu, il faut clairement préciser au fumeur que l'objectif doit toujours être à terme un arrêt total de toute consommation, tant en prévention secondaire que primaire.

- *Penser que la SN peut être aussi toxique que de continuer de fumer*

Il s'agit d'une idée fausse encore très répandue. La nicotine est essentiellement le constituant du tabac induisant et entretenant la dépendance du fumeur, mais n'intervient que de façon marginale dans les effets délétères liés au tabagisme [72, 73]. Même si nous ne disposons pas de données définitives sur les risques potentiels d'un maintien à très long terme d'une SN [74], son utilisation même prolongée représente un danger a priori très inférieur à celui de rester fumeur [75]. La Lung Health Study, dans laquelle de nombreux fumeurs ont utilisé la SN plusieurs années, n'a en particulier pas montré de relation entre cette utilisation prolongée et le cancer du poumon [76]. Ainsi, dans le but de prévenir une rechute, certains fumeurs peuvent rester, de façon utile et a priori sûre, bien au-delà des délais habituels de la SN avec des formes buccales à leur disposition.

- *Penser qu'il est dangereux d'utiliser la SN chez un patient coronarien*

Il convient de bien faire la différence entre:

- la pharmacocinétique aigue de la nicotine délivrée par chaque cigarette fumée, ayant des effets hémodynamiques transitoires sur la fréquence cardiaque et la pression artérielle, ainsi que des effets directs sur la vasomotricité artérielle.
- la pharmacocinétique amortie de la SN pharmaceutique, dénuée de pic et d'effets hémodynamiques significatifs, d'où son innocuité cardiovasculaire.

Ainsi, les recommandations des autorités de santé françaises mentionnaient dès 2003 que: « 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 IDM » [77]. La SN peut et doit donc être utilisée de principe chez les patients coronariens fumeurs dépendants, au même titre que les autres traitements de prévention secondaire.

- *Fumer aide le fumeur à gérer le stress... l'anxiété... la dépression...*

La sensation de détente et de contrôle de l'anxiété recherchée et trouvée à chaque cigarette fumée laisse penser au fumeur que le tabac lui permet de gérer sa tendance anxieuse ou dépressive. A partir de ces constatations, les médecins eux-mêmes ont longtemps pensé qu'un sevrage tabagique pouvait être à l'origine de l'apparition ou d'une aggravation d'une dépression. Or, on sait à présent que fumer est susceptible d'entretenir, voire de créer 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 [78].

- *Je fume depuis trop longtemps, cela ne servira plus à rien d'arrêter...*

Même chez les sujets de plus de 60 ans, le tabagisme reste un facteur de décès prématuré. A cet âge, les fumeurs 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. En réalité, si l'idéal est d'arrêter le plus tôt possible, même à un âge avancé les bénéfices d'un sevrage sont encore présents et particulièrement vis-à-vis du risque cardiovasculaire [79]. Le sevrage tabagique augmente significativement l'espérance de

vie chez les sujets de plus de 60 ans avec une réduction relative du risque de décès toutes causes de l'ordre de 20 à 30% [80].

- *Le sevrage tabagique fait toujours prendre beaucoup de poids.*

La crainte de prendre du poids est considérée comme un obstacle à l'arrêt par 33% des fumeurs et la prise de poids est identifiée comme une cause de rechute dans 18% des cas [81]. Il est donc important d'aborder cette question et de prendre en compte cette crainte en fournissant des informations utiles et pertinentes. La prise de poids est en moyenne de 4,5 kg après 12 mois d'abstinence, mais si 13% des sujets prennent plus de 10 kg, 16% d'entre eux perdent du poids [82]. Il convient d'assurer un suivi diététique individualisé, une activité physique soutenue et régulière et, au moyen des thérapies cognitivo-comportementales, d'aider le fumeur à accepter une prise de poids modérée. A court terme, la SN, la varénicline et le bupropion ont chacun un léger effet sur la prévention de la prise de poids. Enfin, il est important de souligner que cette prise de poids, malgré des effets spécifiques en termes de risque cardiovasculaire, ne peut annuler les bénéfices importants attendus du sevrage [83].

- *Je fume un peu mais je fais du sport et élimine ainsi le risque lié au tabac ...*

C'est ce que pensent beaucoup de jeunes sportifs fumeurs. Dans l'enquête du Baromètre Cancer 2010, 70,4 % des personnes interrogées pensaient à tort que « faire du sport permet de nettoyer les poumons » [84]. Ce sujet doit être systématiquement abordé avec les sportifs qui ont tendance à sous-estimer de façon importante l'impact du CO, même en cas de tabagisme modéré. Après soustraction à toute exposition à la fumée de tabac active ou passive, l'excès de CO est éliminé en moins de 24 heures avec une amélioration du confort et de la capacité à l'effort et des performances pouvant constituer un élément de motivation concret dans un entretien de sevrage avec un sportif [85].

- Arrêter de fumer ne se résume pas à une simple question de volonté.
- L'objectif doit toujours être à terme un arrêt total de toute consommation de tabac.
- Il n'y a pas de type de consommation de tabac qui soit dénué de risque.
- Si l'idéal est d'arrêter de fumer le plus tôt possible, un sevrage à un âge avancé est bénéfique.
- Passer des cigarettes aux cigares ou aux cigarillos ne diminue pas les dangers du tabac.
- C'est la combustion du tabac qui produit le monoxyde de carbone (CO) et les produits carcinogènes.
- Les échecs de la substitution nicotinique sont souvent liés à un sous-dosage. Il convient d'associer timbres suffisamment dosés et formes buccales de nicotine (gommes, comprimés ou pastilles...)
- Lors d'une réduction progressive de la consommation de tabac, des substituts nicotiques doivent toujours être prescrits afin d'éviter le phénomène de compensation.
- Les substituts nicotiques sont bien tolérés chez les patients coronariens et ne provoquent pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme.
- Le sevrage tabagique, après une possible exacerbation d'anxiété ou de dépression de quelques semaines ou mois, apporte à plus long terme une amélioration significative sur le plan psychique.
- La crainte de prendre du poids est un obstacle à l'arrêt chez 33% des fumeurs.
- Lors du sevrage tabagique, la prise de poids est en moyenne de 4,5 kg après 12 mois d'abstinence.
- 70,4 % des fumeurs pensent à tort que « faire du sport permet de nettoyer les poumons ». C'est notamment le cas chez les jeunes sportifs fumeurs.

***L'aide au sevrage tabagique : un véritable « devoir thérapeutique » pour tout médecin***

Prendre en charge ce facteur de risque, responsable du plus grand nombre de décès et d'événements évitables, tant cardiovasculaires que liés à d'autres pathologies, ne doit plus être une simple « occasion de prévention » mais un véritable « devoir thérapeutique ». Cette nécessité de prise en charge des fumeurs a fait l'objet de nombreuses mises au point spécifiques pour les cardiologues et les pneumologues [7-9, 27, 41, 86-91].

Rappel de quelques règles déterminantes pour améliorer cette prise en charge :

- *Le sujet doit être abordé de façon « systématique » chez tout fumeur*

Cela représente une grande perte de chance pour le fumeur que d'attendre qu'il soit « prêt » et foncièrement demandeur d'un arrêt. Demande-t-on à un hypertendu sévère

s'il est prêt pour une prise en charge ? Il faut engager cette prise en charge de la même manière que l'on engage celle d'une hypertension artérielle, d'un diabète ou d'une hypercholestérolémie. Il est effectivement possible que le fumeur exprime qu'il ne se sent pas « prêt », mais cela n'empêche pas d'engager un dialogue et d'essayer au travers d'un entretien motivationnel de faire évoluer son attitude vers au minimum une démarche de réduction accompagnée d'une SN, qui augmente les chances d'un futur arrêt [92].

- *Le « simple conseil » d'arrêter de fumer ne suffit pas*

Ce simple conseil a pu faire la preuve d'une certaine efficacité [93], mais n'aboutit qu'à un taux très limité de succès à terme et est donc insuffisant. Dans la majorité des cas, les fumeurs expriment que leur praticien leur souligne régulièrement les risques de la poursuite de leur tabagisme mais ne leur apporte pas une aide concrète réelle pour réussir leur sevrage [94]. Il faut aller plus loin dans la démarche. En 2011, dans l'enquête International Tobacco Control (ITC), moins de 10 % des fumeurs français ayant consulté un médecin ou un professionnel de santé avaient reçu une prescription pour des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac ou avaient été orientés vers d'autres programmes ou services spécialisés d'aide au sevrage [95].

- *Tout fumeur atteint d'une affection liée au tabac doit bénéficier d'«un traitement »*

Même s'il doit souvent secondairement déléguer à un spécialiste tabacologue le suivi de ce sevrage qu'il ne pourra pas toujours assurer facilement de façon rapprochée, le fait que le cardiologue ou le pneumologue « initie le traitement » donne au fumeur un signal fort sur l'importance de la démarche de sevrage. En effet, déléguer d'emblée entièrement cette prise en charge au médecin traitant ou au tabacologue constitue une relative perte de chance, car elle peut être

vécue par le fumeur comme accessoire, alors qu'elle est essentielle chez tout fumeur et même prioritaire et urgente en prévention secondaire.

- *Tout fumeur hospitalisé doit avoir une prise en charge structurée de son tabagisme*

Que sa pathologie soit ou non liée au tabagisme, la prise en compte du tabagisme pendant une hospitalisation avec une prise en charge systématique a fait la preuve de son efficacité, à condition qu'elle soit bien structurée [96]. Seuls les patients ayant eu au moins un mois de suivi au-delà de leur séjour hospitalier ont un taux d'abstinence à terme significativement augmenté [97]. Cette prise en charge, même pour des patients ayant eu un événement sévère comme un syndrome coronaire aigu reste très inégale et doit être améliorée [98].

- *Il faut « apprendre à utiliser et à prescrire les traitements d'aide au sevrage »*

Les modalités d'utilisation de la SN, de la varénicline et du bupropion, ainsi que les thérapies cognitivo-comportementales, doivent faire partie de la formation initiale de tout médecin et être reprises dans la formation des spécialistes, en particulier, celles des cardiologues, pneumologues et oncologues. Le Développement Professionnel Continu (DPC) doit également proposer des sessions spécifiques, encore trop rares, dans lesquelles cet enseignement doit être repris et actualisé.

- *Etablir avec le fumeur un « échange déculpabilisant et empathique ».*

La prise en charge du tabagisme ne peut se résumer à la simple rédaction d'une ordonnance. Il faut prendre le temps d'un véritable dialogue, évitant la confrontation. Tout fumeur sachant déjà que le tabagisme est dangereux pour sa santé, il est préférable, plutôt que de rappeler et d'insister sur les risques, de savoir valoriser précisément les bénéfices à attendre du sevrage. Cette attitude ne peut que renforcer la confiance, la motivation et les chances de succès du sevrage.

- *Assurer un « suivi prolongé » des patients sevrés.*

C'est la meilleure garantie du maintien de l'arrêt. Il faut pour cela évoquer spécifiquement le problème du tabagisme dans les correspondances avec le médecin traitant, préciser ce qui a été engagé et ce qu'il est nécessaire de poursuivre et d'adapter. Il faut également avoir parmi ses correspondants un tabacologue et /ou un spécialiste de prise en charge des addictions, référent de proximité, à qui confier les cas les plus complexes (niveau de dépendance important, co-addictions, conditions de vie sociale difficiles, troubles psychologiques...) et travailler en collaboration étroite avec ce spécialiste. Trop peu de médecins ont un tel correspondant. Cela semble dépendre beaucoup de la confiance, volontiers limitée, qu'ils accordent à leur efficacité [39, 99]. Un renforcement de moyens au sein des centres de tabacologie et une valorisation de leurs compétences auprès de l'ensemble des praticiens est nécessaire.

- La prise en charge du tabagisme doit être abordée de façon « systématique » chez tout fumeur.
- Même si le fumeur ne se sent pas « prêt » à arrêter, il faut engager un dialogue et essayer au travers d'un entretien motivationnel de faire évoluer son attitude vers au minimum une démarche de réduction accompagnée d'une substitution nicotinique, qui augmente les chances d'un futur arrêt.
- Le « simple conseil » d'arrêter de fumer ne suffit pas ; il n'aboutit qu'à un taux très limité de succès à terme.
- Le fait que le cardiologue ou le pneumologue « initie le traitement » donne au fumeur un signal fort sur l'importance de la démarche d'arrêt du tabac.
- Tout fumeur hospitalisé doit avoir une prise en charge structurée de son tabagisme, que sa pathologie soit ou non liée au tabagisme.
- Les modalités d'utilisation de la substitution nicotinique, de la varénicline et du bupropion, ainsi que les thérapies cognitivo-comportementales, doivent faire partie de la formation initiale de tout médecin et être reprises dans la formation des spécialistes.

- Il est préférable, plutôt que de rappeler et d'insister sur les risques, de valoriser les bénéfices du sevrage.
- Un suivi prolongé des patients sevrés est la meilleure garantie du maintien de l'abstinence.

### ***Conclusion***

Ne nous trompons pas dans l'approche du fumeur. Arrêter de fumer n'est pas qu'une simple modification de comportement qui ne dépendrait que de sa volonté. Le tabac est une drogue dure entraînant une dépendance forte, précocement acquise. Il est la première cause de morbi-mortalité cardiovasculaire et pulmonaire, souvent précoce. Ne comptons pas seulement sur les mesures politiques de santé publique pour venir à bout de ce fléau. Prendre en charge activement les fumeurs est le rôle de tous les acteurs de santé. Ne restons pas au bord du chemin et en tant que cardiologues et pneumologues « traitons ce facteur » aussi bien et activement que nous le faisons pour les autres facteurs de risque et ceci autant en prévention primaire qu'en prévention secondaire.

### **Points forts**

- Le tabagisme est une maladie chronique comportant des périodes d'abstinence et de rechutes et relevant d'un traitement.
- En France, 73 000 décès par an sont attribuables au tabagisme.
- Près de 75% des décès attribuables au tabagisme sont liés à des pathologies concernant directement cardiologues et pneumologues.
- Le tabagisme des médecins est un obstacle dans la prise en charge des patients fumeurs.
- Si l'idéal est d'arrêter de fumer le plus tôt possible, un sevrage à un âge avancé est bénéfique.
- Le « simple conseil » d'arrêter de fumer ne suffit pas ; il n'aboutit qu'à un taux très limité de succès à terme.
- Il est préférable, plutôt que de rappeler et d'insister sur les risques, de valoriser les bénéfices du sevrage.

- Le sevrage tabagique associe une prise en charge médicamenteuse et comportementale.
- Le fait que le cardiologue ou le pneumologue « initie le traitement » donne au fumeur un signal fort sur l'importance de la démarche d'arrêt du tabac.
- L'objectif doit toujours être à terme un arrêt total de toute consommation de tabac.
- Les substituts nicotiques sur prescription médicale sont pris en charge à 65% par l'Assurance maladie.
- La varénicline est remboursée à 65% par l'Assurance-maladie.
- Les échecs de la substitution nicotinique sont souvent liés à un sous-dosage : il faut associer des timbres suffisamment dosés et des formes buccales de nicotine (gommes, comprimés ou pastilles...).
- Lors d'une réduction progressive de la consommation de tabac, des substituts nicotiques doivent toujours être prescrits afin d'éviter le phénomène de compensation.
- Les substituts nicotiques sont bien tolérés chez les patients coronariens et ne provoquent pas d'aggravation de la maladie coronarienne ou de troubles du rythme.
- Le sevrage tabagique, après une possible exacerbation d'anxiété ou de dépression de quelques semaines ou mois, apporte à plus long terme une amélioration significative sur le plan psychique.
- Lors du sevrage tabagique, la prise de poids est en moyenne de 4,5 kg après 12 mois d'abstinence.
- Un suivi prolongé des patients sevrés est la meilleure garantie du maintien de l'abstinence.

## Références

- 1- Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT), objectif 10 du plan cancer 2014-2019 <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
- 2- Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale 2016 in Europe Seventh European Conference on Tobacco or Health, Porto, Portugal, 22-25 March 2017 <http://www.tobaccocontrolscale.org/>
- 3- Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V; le groupe Baromètre santé 2016. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. Bull Epidémiol Hebd 2017;12:214-22.
- 4- Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. N Engl J Med 2014; 370: 60-8.
- 5- Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bull Epidémiol Hebd 2016;(30-31):528-40.
- 6- 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/2014-11/recommandations\\_-\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac\\_octobre\\_2014\\_2014-11-17\\_14-13-23\\_985.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac_octobre_2014_2014-11-17_14-13-23_985.pdf)
- 7- Thomas D. La prise en charge des fumeurs au décours d'un syndrome coronaire aigu : une « urgence » négligée. Arch Mal Cœur Vaiss 2007 ; 100 : 509-11.
- 8- Foulds J, Schmelzer AC, Steinberg MB. Treating tobacco dependence as a chronic illness and a key modifiable predictor of disease. Int J Clin Pract 2010; 64: 142-6.
- 9- Underner M. Le tabagisme est-il une maladie chronique ? Oui. Rev Mal Respir 2015; 32: 663-7.

- 10- Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, on behalf of the 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.
- 11- 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.
- 12- Thomas D. Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique: revue. *Bull Epidémiol Hebd* 2011; (20-21): 236-9.
- 13- Quist-Paulsen P, Lydersen S, Bakke PS, Gallefoss F. Cost effectiveness of a smoking cessation program in patients admitted for coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13: 274–80.
- 14- Chevreul K, Cadier B, Durand-Zaleski I, Chan E, Thomas D. Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France. *Tobacco Control* 2014; 23: 223-30.
- 15- Cadier B, Durand-Zaleski I, Thomas D, Chevreul K. Cost effectiveness of free access to smoking cessation treatment in France considering the economic burden of smoking-related diseases. *PLoS ONE* 2016; 11: e0148750.
- 16- Kotseva K 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; 23: 636-648.
- 17- Snaterse-Zuidam M, Jorstad HT, Deckers JW, De Bacquer D, Peters RJG, Jennings C et al. Smoking cessation rates in coronary patients across Europe: results from the EuroAspire IV survey. *Eur J Prev Cardiol* 2017; 24 (Supplement 1 ): 171: abstract 770.
- 18- Colivicchi F, Mocini D, Tubaro M, et al. Effect of smoking relapse on outcome after acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2011; 108:804-8.

- 19- Fowkes FGR, Rudan D, Rudan I, Aboyans V, Denenberg JO, McDermott MM et al. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010 : a systematic review and analysis. *Lancet* 2013; 382: 1329-40.
- 20- Tang W, Yao L, Roetker NS, Alonso A, Lutsey PL, Steenson CC et al. Lifetime risk and risk factors for abdominal aortic aneurysm in a 24-year prospective study. The ARIC Study (Atherosclerosis Risk in Communities). *ATVB* 2016; 36: 2468-77.
- 21- Anand SS. Smoking. A dual pathogen for arterial and venous thrombosis. *Circulation* 2017; 135: 17–20.
- 22- Zhu W, Yuan P, Shen Y, Wan R, Hong K. Association of smoking with the risk of incident atrial fibrillation: a meta-analysis of prospective studies. *Int J Cardiol* 2016; 218: 259-66.
- 23- He J, Ogden LG, Bazzano LA, Vupputuri S, Loria C, Whelton PK. Risk factors for congestive heart failure in US men and women. *Arch Intern Med* 2001; 161: 996-1002.
- 24- de Peretti C, Chin F, Tuppin Ph, Danchin N. Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008. *Bull Epidémiol Heb* 2012 ; 41 : 459-65.
- 25- Gabet A, Danchin N, Olié V. Infarctus du myocarde chez la femme : évolutions des taux d'hospitalisation et de mortalité, France, 2002-2013. *Bull Epidémiol Hebd* 2016; (7-8): 100-8.
- 26- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2016;37:2315-81.
- 27- Jiménez-Ruiz CA, Andreas S, Lewis KE, Tonnesen Ph, van Schayck CP, Hajek P et al. Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit. *Eur Respir J* 2015; 46: 61-79.

- 28- Kim V, Criner GJ. Chronic Bronchitis and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Am J Respir Crit Care Med 2013; 187: 228-37.
- 29- Pougnet R, Heno G, Zarrin A, Lienau C, Le Bretonnic M, Garlantézec R et al. Screening for chronic obstructive pulmonary disease in smoking cessation clinic in France. Addict Health 2016; 8: 1-8.
- 30- Underner M, Perriot J, Peiffer G, Meurice JC. Influence du tabagisme sur le risque de développement de l'asthme. Rev Mal Respir 2015; 32: 110-37.
- 31- Underner M, Perriot J. Tabac et tuberculose. Presse Med 2012 ; 41 : 1171-80.
- 32- Eilstein D, Quoix E, Hédelin G. Incidence du cancer du poumon dans le Bas-Rhin : tendance et projections en 2014. Rev Mal Respir 2006; 23: 117-25.
- 33- Huchon GJ, Vergnenegre A, Neukirch F, Brami G, Roche N, Preux PM. Chronic bronchitis among French adults: high prevalence and underdiagnosis. Eur Respir J 2002; 20: 806-12.
- 34- Fuhrman C, Delmas MC, pour le groupe épidémiologie et recherche clinique de la SPLF. Epidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France. Rev Mal Respir 2010 ; 27 : 160-8.
- 35- Fournier M, Tonnel AB, Housset B, Huchon G, Godard P et al. Impact économique de la BPCO en France : étude SCOPE. Rev Mal Respir 2005; 22 : 247-56.
- 36- Lock K, Wilson K, Murphy D, Riesco JA. A cost-effectiveness model of smoking cessation based on a randomised controlled trial of varenicline versus placebo in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Expert Opinion on Pharmacotherapy 2011; 12: 2613-26.
- 37- Meert A, Mayer C, Milani MM, Beckers J, Razavi D. Quelle est la place du sevrage tabagique chez les patients atteints d'une affection cancéreuse ? Bull Cancer 2006 ; 93: 363-9.

- 38- Holm M, Schiöler L, Andersson E, Forsberg B, Gislason T, Janson C, Jogi R et al. Predictors of smoking cessation: A longitudinal study in a large cohort of smokers. *Respiratory Medicine* 2017; 132: 164-9.
- 39- Aboyans V, Pineta P, Lacroix Ph, Laskar M. Knowledge and management of smoking-cessation strategies among cardiologists in France: A nationwide survey. *Arch Cardiovasc Dis* 2009; 102: 193-9.
- 40- Jabbour S, Reddy KS, Muna WFT, Achutti A. Cardiovascular disease and the global tobacco epidemic: a wake-up call for cardiologists. *Int J Cardiol* 2002; 86: 185-92.
- 41- Rigotti NA, Clair C. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor. *Eur Heart J* 2013; 34: 3259-67.
- 42- Moore RA, Aubin HJ. Do placebo response rates from cessation trials inform on strength of addictions? *Int J Environ Res Public Health* 2012, 9, 192-211.
- 43- Arrêt du tabac : quelle prise en charge pour les substituts nicotiniques? Site Ameli novembre 2017 <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiniques>
- 44- Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D 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.
- 45- Varénicline. Intérêt clinique important dans le sevrage tabagique. Avis de la CT du 09 novembre 2016. [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2725862/fr/champix-varenicline-agoniste-partiel-des-recepteurs-nico-tiniques-cerebraux](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2725862/fr/champix-varenicline-agoniste-partiel-des-recepteurs-nico-tiniques-cerebraux)
- 46- Jossieran L, King G, Guilbert Ph, Davis J, Brücker G. Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *Eur J Public Health* 2005; 15: 33-38.

- 47- Underner M, Ingrand P, Allouch A, Laforgue AV, Migeot V, Defossez G et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal de l'arrêt du tabac. *Rev Mal Respir* 2006; 23: 426-9.
- 48- Andler A., Guignard G., Pasquereau A., Nguyen-Thanh V. Tabagisme des professionnels de santé en France. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017. 5p  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1810.pdf>
- 49- Gaultier A, Lamoureux Ph. Baromètre santé médecins/pharmaciens. Inpes 2003.  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf>
- 50- Tessier JF, Thomas D, Nejjar C , Belougne D, Freour P. Attitudes and opinions of French cardiologists towards smoking. *Eur J Epidemiol* 1995; 11: 615-20.
- 51- Abuissa H, Lavie C, Spertus J, O'Keefe J. Personal health habits of American cardiologists. *Am J Cardiol* 2006;97:1093-96.
- 52- Kotz D., Wagen EJ, Wesseling G. Smoking cessation practices of Dutch general practitioners, cardiologists, and lung physicians. *Respir Med* 2007; 101: 568-73.
- 53- Aboyans V, Thomas D, Lacroix P. The cardiologist and smoking cessation. *Curr Opin Cardiol* 2010; 25: 469-77.
- 54- Jossieran L, King G, Velter A, Dressen C, Grizeau D. Smoking behaviour and opinions of French general practitioners. *J Natl Med Assoc* 2000; 92; 382-90.
- 55- Lina M, Mazza R, Borreani C, Brunelli C, Bianchi E, Munarini E et al. Hospital doctors' smoking behavior and attitude towards smoking cessation interventions for patients: a survey in an Italian Comprehensive Cancer Centre. *Tumori* 2016; 102: 244-51.
- 56- Kawakami M, Nakamura S, Fumimoto H, Takizawa J, Baba M. Relation between smoking status of physicians and their enthusiasm to offer smoking cessation advice. *Intern Med* 1997; 36: 162-5.

- 57- Nardini S, Bertoletti R, Rastelli V, Donner CF. The influence of personal tobacco smoking on the clinical practice of Italian chest physicians. *Eur Respir J* 1998; 12: 1450-53.
- 58- Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. *Patient Educ Couns* 2009; 74: 118-23.
- 59- Ulbricht S, Baumeister SE, Meyer C, Schmidt CO, Schumann A, Rumpf AJ et al. Does the smoking status of general practitioners affect the efficacy of smoking cessation counselling. *Patient Educ Couns* 2009 ; 74 : 23-8.
- 60- Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. *BMC Public Health* 2007 ; 7:115.
- 61- Tessier JF, René L, Nejjari C, Belougne D, Moulin J, Freour P: Attitudes and opinions of French general practitioners towards tobacco. *Tob Control* 1993, 2: 226-30.
- 62- Thomas D. Abord du fumeur : identifier les idées fausses et les freins au sevrage tabagique. *Réalités Cardiologiques* 2016; (315): 41-7.  
[https://issuu.com/performancesmedicales/docs/rc315\\_web](https://issuu.com/performancesmedicales/docs/rc315_web)
- 63- Lécallier D, Michaud Ph. L'entretien motivationnel. Une évolution radicale de la relation thérapeutique. *Alcoologie et Addictologie* 2004 ; 26 : 129-34.
- 64- Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 3. Art. No.: CD006936.
- 65- Lim G, Park I, Park S, Song S, Kim H, Kim S. Smoking cessation using motivational interviewing in patients consulting a pulmonologist. *Tuberc Respir Dis* 2014; 76: 276-83.
- 66- Christensen CH, Rostron B, Cosgrove C, Altekruse SF, Hartman AM, Gibson JT et al. Association of cigarette, cigar, and pipe use with mortality risk in the US population.

- JAMA Intern Med. 2018. doi:10.1001/jamainternmed.2017.8625. Pub online February 19, 2018.
- 67- Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control* 2005;14; 315-20.
- 68- Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang J-L, Milenković D. 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.
- 69- Berlin I. La réduction des risques et dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac ? *Alcoologie Addictologie* 2017;39:128-37.
- 70- Underner M, Thomas D. Il faut arrêter de fumer : la seule réduction du tabagisme ne diminue pas le risque de morbi-mortalité cardiovasculaire. *Rev Med Int* 2018 ; 39 : 145-7.
- 71- Underner M, Peiffer G. Interprétation des valeurs du CO expiré en tabacologie. *Rev Mal Respir* 2010 ; 27: 293-300.
- 72- Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. *Circulation* 2014; 129: 28-41.
- 73- Lee PN, Fariss MW. A systematic review of possible serious adverse health effects of nicotine replacement therapy. *Arch Toxicol.* 2017; 91: 1565-94.
- 74- Dupont P, Benyamina A, Aubin HJ. Sécurité d'emploi de la nicotine au long cours : le débat n'est pas clos. *Rev Mal Respir* 2016; 33: 892-8.
- 75- Shahab L, Dobbie F, Hiscock R, McNeill A, Bauld L. Prevalence and impact of long-term use of nicotine replacement therapy in UK Stop-Smoking Services: findings from the ELONS Study. *Nicotine Tob Res* 2017; 20: 81-8.

- 76- Murray RP, Connett JE, Zapawa LM. Does nicotine replacement therapy cause cancer? Evidence from the Lung Health Study. *Nicotine Tob Res* 2009;11:1076–82.
- 77- 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>
- 78- Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014; 348: g1151.
- 79- Thomas D. Faut-il arrêter le tabac quand on est âgé ? Oui ! Le sevrage tabagique est bénéfique à tout âge. *Presse Med* 2013; 42: 1019–27.
- 80- 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.
- 81- Aubin HJ, Peiffer G, Stoebner-Delbarre A, Vicaud E, Jeanpetit Y, Solesse 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.
- 82- Aubin HJ, Farley A, Lycett D, Lahmek P, Aveyard P. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ* 2012; 345: e4439.
- 83- Clair C, Rigotti NA, Porneala B, Fox CS, D'Agostino Sr RB, Pencina MJ et al. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. *JAMA* 2013; 309: 1014-21.
- 84- Beck F., Gautier A., dir. Baromètre cancer 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2012 : 272 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/nouveautes-editoriales/2012/barometre-cancer-2010.asp>
- 85- Thomas D. Sport et tabagisme : une association délétère. *Cardio & Sport* 2015 ; 45 : 33-8.

- 86- Dautzenberg B. Le pneumologue et le fumeur. *La Lettre du pneumologue* 2001 ; 4 : 139-41.
- 87- Anonymous. Cardiologists should be less passive about smoking cessation. *Lancet* 2009; 373: 867 (Editorial).
- 88- Carré P, Benezet O. Le pneumologue peut-il intégrer la tabacologie dans son exercice quotidien ? *Rev Mal Respir* 2008 ; 25 : 1348-50.
- 89- Perriot J. Helping the hard-core smokers suffering from pulmonary diseases. *J Respir Med* 2017; 1: e101.
- 90- Tonstad S. Smoking cessation: how to advise the patient. *Heart* 2009; 95; 1635-40.
- 91- Raupach T, Brown J. Treatment of tobacco addiction and the cardiovascular specialist. *Curr Opin Cardiol* 2012; 27: 525-32.
- 92- Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tønnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up. *Addiction* 2003; 98: 1395-402.
- 93- Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control* 1995; 4; 162-9.
- 94- Keto J, Jokelainen J, Timonen M, Linden K, Ylisaukko-oja T. Physicians discuss the risks of smoking with their patients, but seldom offer practical cessation support. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2015; 10: 43.
- 95- Projet International Tobacco Control (ITC) (Octobre 2011). Rapport national ITC France. Université de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut national du cancer (INCa), Paris, France. [http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/itc/pdf/ITC\\_rapport\\_FR\\_2.pdf](http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/itc/pdf/ITC_rapport_FR_2.pdf)

- 96- Cordero A, Bertomeu-Martinez V, Mazon P, Cosin J, Galve E, Lekuona I et al. Attitude and efficacy of cardiologists with respect to smoking in patients after acute coronary syndromes. *Rev Esp Cardiol* 2012; 65: 719-25.
- 97- Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers. A systematic review. *Arch Intern Med* 2008;168:1950-60.
- 98- Pack QR, Priya A, Lagu TC, Pekow PS, Rigotti NA, Lindenauer PK. Smoking cessation pharmacotherapy among smokers hospitalized for coronary heart disease. *JAMA Intern Med* 2017; 177: 1525-7.
- 99- Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' beliefs about effectiveness and intentions to recommend smoking cessation services: qualitative and quantitative studies. *BMC Family Practice* 2007; 8: 39.