

# AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE DES PATIENTS TRAITÉS PAR ANGIOPLASTIE CORONAIRE AU CHU DE LIÈGE

PETITJEAN V (1), LE JEUNE L (1), MIGARD C (2), BONHIVERS V (3), DELVENNE M (3), ENGLEBERT E (4), LOUIS R (3), LANCELLOTTI P (1)

**RÉSUMÉ :** Le sevrage tabagique apparaît comme la réponse qui permet le meilleur rapport coût/bénéfice parmi les actions de prévention cardiovasculaire. Or, l'hospitalisation offre précisément une opportunité stratégique pour initier l'arrêt du tabagisme. Ce travail évalue l'aide au sevrage tabagique des patients traités par angioplastie coronaire au CHU de Liège durant ces 6 dernières années. Il vise à nourrir la réflexion quant à une prise en charge optimale du tabagisme. L'analyse des données a montré un taux de sevrage de 55 % à un an. Le renforcement de la motivation (avec l'entretien motivationnel et l'hypnose conversationnelle), l'utilisation d'une substitution nicotinique et la participation à la revalidation cardiaque ont été identifiés comme des facteurs de consolidation de l'abstinence. Ce travail atteste de la pertinence et de la nécessité de l'intervention d'un tabacologue en hospitalisation et en ambulatoire pour assurer un suivi et améliorer la réussite du sevrage tabagique.

**MOTS-CLÉS :** *Sevrage tabagique - Prévention cardiovasculaire - Hospitalisation - Tabacologue*

## PROMOTING SMOKING CESSATION FOR PATIENTS TREATED BY CORONARY ANGIOPLASTY AT LIEGE CHU

**SUMMARY :** Smoking cessation appears to be the response that provides the best cost/benefit ratio among cardiovascular prevention actions. However, hospitalization precisely offers a strategic opportunity to initiate smoking cessation. This work evaluates the assistance in smoking cessation of patients treated by coronary angioplasty at the University Hospital of Liege over the last 6 years. It aims to provide food for thought regarding optimal management of smoking. Analysis of data showed a withdrawal rate of 55 % at year one. Strengthening motivation (with motivational interviewing and conversational hypnosis), the use of nicotine replacement and participation in cardiac rehabilitation have been identified as factors in consolidating abstinence. This work attests to the relevance and necessity of the intervention of a tobacco specialist in hospitalization and outpatient settings to ensure follow-up and improve the success rate of smoking cessation.

**KEYWORDS :** *Smoking cessation - Cardiovascular prevention - Hospitalization - Tobacco*

## INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies cardiovasculaires (CV) représentent la première cause de mortalité dans les pays industrialisés. Le tabagisme est, quant à lui, le principal agent de mortalité CV évitable, souvent retrouvé isolément chez les sujets jeunes. De plus, il peut être en cause sans véritable seuil d'intensité (1-3). Face à cet état de fait, le sevrage tabagique apparaît comme la réponse qui permet le meilleur rapport coût/bénéfice parmi les actions de prévention CV, induisant une diminution du taux de mortalité, de morbidité et du nombre d'hospitalisations des patients. Le bénéfice de l'arrêt du tabac semble supérieur à la correction de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie, avec un coût moindre (4, 5).

Malheureusement, le tabagisme est le facteur de risque dont la prise en charge reste actuellement la plus insuffisante. Or, la temporalité de

l'hospitalisation offre précisément une opportunité stratégique pour initier l'arrêt du tabagisme chez les patients fumeurs. Il en ressort l'importance d'envisager un accompagnement optimal en milieu hospitalier et de prendre la mesure du rôle essentiel qu'ont à jouer les professionnels de la santé dans ce processus (6, 7). Étant une priorité pour les programmes de santé publique, la prévention concernant le tabagisme vise à prévenir la consommation du tabac, protéger les non-fumeurs des impacts de la fumée, ainsi que proposer des services d'aide dans le but de motiver les fumeurs à la cessation tabagique. Sans aide au sevrage tabagique, il a été prouvé que seulement 4 % de la population parvient à arrêter de fumer. L'OMS affirme que l'association d'un traitement médicamenteux à une aide professionnelle augmenterait de plus de 50 % les chances du fumeur d'abandonner cette pratique nocive. De ce fait, les résultats de recherches mettent en avant l'importance des interventions professionnelles (8-10). Compte tenu des dégâts résultant de la consommation tabagique et de son caractère fortement addictif, les acteurs de la santé devraient, en effet, davantage systématiser, parmi leurs différentes missions, un ensemble de démarches actives quant à l'initiation au sevrage tabagique. L'arrêt du tabagisme a un effet considérable sur l'espérance de vie. En effet, une personne

(1) Service de Cardiologie, CHU Liège, Belgique.  
(2) FARES (Fonds des Affections Respiratoires), Namur, Belgique.  
(3) Service de Pneumologie, CHU Liège, Belgique.  
(4) Centre d'Aide aux Fumeurs (CAF), CHU Liège, Belgique.

fumeuse de 30 ans qui renonce à la cigarette gagnerait environ 10 ans d'espérance de vie en comparaison aux personnes qui maintiennent cette pratique dangereuse. De même, une personne âgée de 40 ans en gagnerait neuf et une personne de 50 ans en gagnerait, quant à elle, environ six (11-13).

Outre la réduction de la mortalité, de la morbidité et du nombre d'hospitalisations évoquée plus haut, l'arrêt du tabac permettrait également une diminution de certains facteurs de risque psychiatriques tels que la dépression, l'anxiété ou encore la dépendance à d'autres produits et aurait donc une influence sur la dimension psychique de la personne (14). Ainsi, la consommation de cigarettes impacterait la personne dans sa globalité, que ce soit au niveau physique, mental ou encore socio-économique. Par conséquent, renoncer à la cigarette permettrait, en outre, une amélioration de la qualité de vie. En mettant en lumière ces aspects, l'ambition est ici de proposer des pistes de solution et de favoriser des améliorations concrètes.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Ce travail évalue l'aide au sevrage tabagique des patients traités par angioplastie coronaire au CHU de Liège durant ces 6 dernières années. Il vise à nourrir la réflexion quant à une prise en charge optimale du tabagisme à une période cruciale de la vie du patient. Il rencontre trois objectifs principaux. Le premier est de démontrer que la consultation d'aide au sevrage tabagique systématique (en hospitalisation) des patients fumeurs lors de leur angioplastie coronaire a un impact positif sur le sevrage tabagique. Le deuxième objectif est d'évaluer si le suivi en tabacologie (en ambulatoire) des patients traités par angioplastie coronaire a un impact positif sur le sevrage tabagique. Le troisième objectif examine si l'hypnose conversationnelle et l'entretien motivationnel améliorent le sevrage tabagique des patients ayant bénéficié d'une angioplastie.

Ce travail respecte le règlement général sur la protection des données (RGPD) et il a reçu l'accord du Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (Ref 2017/348).

## POPULATION

Cette étude porte sur trois groupes de patients fumeurs traités par angioplastie coronaire au CHU de Liège. Le premier groupe est composé

de 142 patients traités du 1/1/2017 au 30/6/2017 et n'ayant pas bénéficié de l'intervention de la part d'un tabacologue. Le deuxième groupe est constitué de 34 patients traités en mars 2018. Ces patients ont bénéficié de l'intervention d'une infirmière en tabacologie (en formation au moment de l'initiation de l'étude) lors de leur hospitalisation pour angioplastie coronaire. Ces patients n'ont pas bénéficié d'un suivi tabacologique. Le troisième groupe est composé de 178 patients traités entre août 2022 et février 2023. Ces patients ont bénéficié d'une consultation d'aide au sevrage tabagique lors de leur hospitalisation (par des tabacologues diplômés et expérimentés) et un suivi était proposé.

L'étude rétrospective des patients de 2017 a été réalisée sur base des dossiers infirmiers et médicaux des patients ayant bénéficié d'une angioplastie coronaire du 1/1/2017 au 30/6/2017. L'étude prospective des patients fumeurs ayant bénéficié d'une angioplastie coronaire en mars 2018 ainsi qu'entre août 2022 et février 2023 a été réalisée directement à la sortie de la salle de cathétérisme cardiaque du CHU de Liège. Les patients ont été recrutés quotidiennement en se référant au personnel du service de cardiologie. La récolte des données sur la consommation tabagique a été réalisée au chevet des patients lors de leur hospitalisation dans le service de cardiologie. L'intervention de l'infirmier tabacologue consistait à réaliser une anamnèse de leur consommation tabagique. Une information sur le lien entre le tabac et la pathologie coronaire a été donnée à chaque patient, suivie d'une présentation des bénéfices de l'arrêt du tabac. Les quatre types de dépendance (dépendances physique, psychologique, sociale et comportementale) ainsi que les différentes méthodes d'aide à l'arrêt du tabac ont également été expliqués. Les patients traités en 2022-2023 ont, en outre, bénéficié d'un entretien motivationnel et d'une déconstruction des croyances limitantes par des techniques d'hypnose conversationnelle.

Trois mois, 6 mois et 12 mois après leur angioplastie coronaire, les patients ont été interrogés avec l'aide d'un guide d'entretien téléphonique. Les données récoltées par l'entretien téléphonique sont : le statut tabagique, les méthodes utilisées pour arrêter de fumer, la motivation (niveau évalué par le patient sur une échelle de 0 à 10) à l'arrêt, la présence d'une co-addiction, et la participation au programme de révalidation cardiaque.

## ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TABAGIQUES PRÉSENTANT UN SYNDROME CORONAIRE AU CHU DE LIÈGE

Le secteur interventionnel du service de cardiologie est composé de trois salles de cathétérisme. Une fois l'angioplastie réalisée, le patient est transféré dans une unité de «Middle Care» (USRC : Unité de Soins Rapprochés en Cardiologie) en cas de SCA (syndrome coronarien aigu) ou dans la salle de cardiologie lors d'une maladie coronarienne stable où il est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire. Complétant cette offre de service depuis juin 2018, une tabacologue infirmière en éducation thérapeutique offre un accompagnement plus approfondi de l'aide au sevrage tabagique. En 2022, un infirmier tabacologue est venu renforcer l'équipe. À eux deux, ils réalisent une éducation thérapeutique afin d'améliorer la compréhension du patient de sa pathologie ainsi que son adhésion au traitement. Ils accompagnent le patient dans la gestion des différents facteurs de risque CV. Par ailleurs, il s'agit de noter que le patient fumeur hospitalisé est dans un univers sans tabac, conformément à la loi de 2005. Le CHU de Liège est inscrit dans le Réseau européen «Hôpitaux Sans Tabac». Le quatrième point de la charte «Hôpital sans Tabac» concerne spécifiquement l'aide au sevrage tabagique, l'organisation d'une prise en charge adaptée et le suivi des fumeurs dépendants (15).

Depuis 2021, l'aide au sevrage tabagique au CHU se voit enrichie par des techniques d'entretien motivationnel et d'hypnose conversationnelle. L'entretien motivationnel (EM) est un style de communication collaboratif, orienté vers un but, et qui accorde un intérêt particulier au langage du changement. L'entretien motivationnel est une approche de la relation d'aide conceptualisée par William R. Miller et Stephen

Rollnick à partir des années 1980 (16). L'hypnose, ici pratiquée dans le cadre de l'aide au sevrage tabagique, ne se limite pas à la séance d'hypnose elle-même, c'est une manière de communiquer qui est présente dans toutes les étapes de l'accompagnement. L'engagement dans une démarche de sevrage tabagique est l'occasion pour le patient de mieux se connaître, de remettre en question ses représentations, ses croyances, et de faire un choix éclairé. Du point de vue du thérapeute, l'accompagnement implique un positionnement d'égal à égal, de partenaires dans le soin, de collaboration, d'ouverture, de respect de la singularité de chaque patient, de son vécu, de ses forces et de ses faiblesses (17-19). Cette position du soignant et ce climat de confiance permettent la création d'une alliance thérapeutique. L'hypnose, quant à elle, induit un état modifié de conscience, lequel permet au patient d'être plus réceptif aux suggestions de changement et d'avoir accès à ses ressources inconscientes.

## ANALYSES STATISTIQUES

Les données de l'enquête ont été encodées à l'aide du logiciel Excel XP. Ce dernier et le logiciel d'analyse statistique MedCalc ont été utilisés pour calculer les paramètres élémentaires (moyenne, déviation standard) et les tests statistiques utiles pour vérifier les hypothèses. Pour chaque test, le niveau d'incertitude est de 0,01 (valeur de p).

## RÉSULTATS

La population étudiée est principalement masculine, et la répartition entre hommes et femmes est similaire dans chaque groupe (Tableau I). Un peu moins de la moitié des patients des

**Tableau I. Caractéristiques des patients fumeurs dans les trois groupes**

	Groupe 1 (n = 142)	Groupe 2 (n = 34)	Groupe 3 (n = 178)	Valeur P
Âge (années, moyenne ± écart-type) (Min - Max)	59,9 ± 8,4 (25 - 81)	61,3 ± 11,3 (36 - 79)	61,1 ± 8,1 (35 - 86)	NS
Homme, n (%)	105 (73,8 %)	24 (70,6 %)	112 (63 %)	NS
Syndrome coronarien aigu (SCA), n (%)	78 (55 %)	10 (29,4 %)	85 (48 %)	NS
Tabagisme				
En arrêt à 1 mois, n (%)	65 (46 %)	19 (54,5 %)	113 (75 %)	0,0003
En arrêt à 3 mois, n (%)	50 (35,5 %)	18 (51,6 %)	92 (59 %)	< 0,0001
En arrêt à 6 mois, n (%)	38 (26,6 %)	--	72 (55 %)	< 0,0001
En arrêt à 12 mois, n (%)	--	--	49 (55 %)	NS

groupes 1 et 3 ont présenté un syndrome coronaire aigu (SCA), tandis que seulement un tiers des patients du groupe 2 ont été admis pour un SCA. L'ensemble des autres patients ont bénéficié d'une angioplastie coronaire programmée.

Dans le groupe 3, les trois quarts (75 %) des patients étaient en sevrage complet, un mois après leur angioplastie, 59 % à 3 mois, 55 % à 6 mois et 55 % à 12 mois. Un peu moins de la moitié (46 %) ont été aidés par une substitution nicotinique. Parmi ces derniers, 54 % ont utilisé une substitution par patchs, 31 % une cigarette électronique (avec nicotine) et 15 % des substituts nicotiniques oraux. Un peu plus d'un tiers des patients (35 %) sont allés en réhabilitation cardiaque. Leur motivation moyenne à se sevrer de la cigarette lors de leur angioplastie était de 6/10. Un peu moins d'un cinquième (17 %) de l'échantillon souffrait d'une co-addiction (alcool ou cannabis). Tous les patients ont bénéficié d'une consultation d'aide au sevrage tabagique lors de leur hospitalisation pour angioplastie coronaire. Un peu moins d'un tiers des patients (30 %) ont bénéficié d'un suivi en tabacologie. Parmi ces patients suivis, 73 % ont bénéficié d'une seule consultation de suivi. La moyenne du nombre de consultations de suivi est de  $1,75 \pm 0,72$ .

Il existe une différence statistiquement significative entre les 3 groupes pour le sevrage tabagique à 1 mois ( $p = 0,0003$ ), à 3 mois ( $p < 0,0001$ ) et à 6 mois ( $p < 0,0001$ ) (Tableau I). Le sevrage est plus fréquent dans le groupe 3.

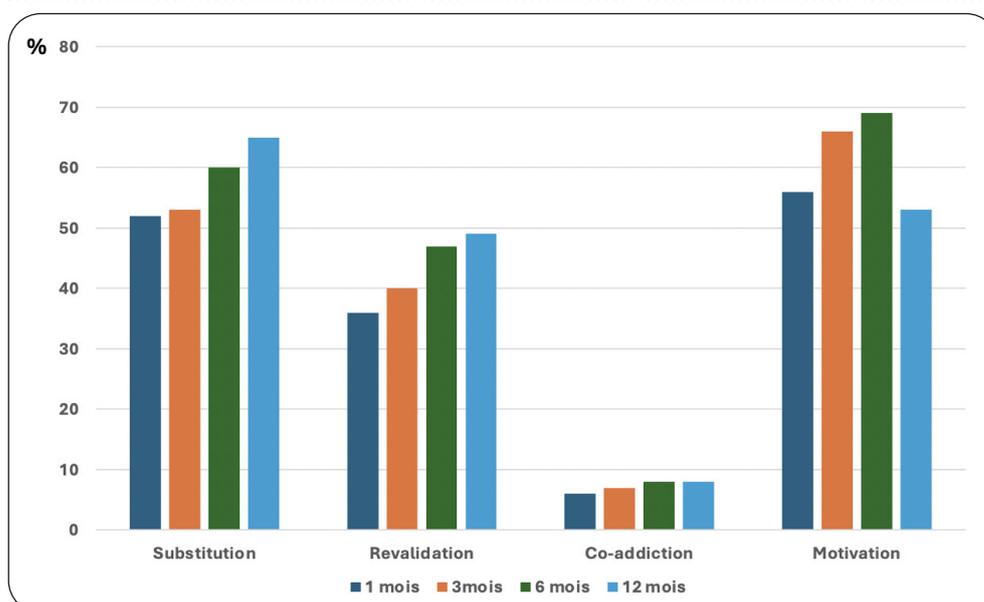
La motivation du patient, l'utilisation d'une substitution nicotinique et la participation à la réhabilitation cardiaque apparaissent être associées à une influence statistiquement significative sur le sevrage tabagique. L'âge, le sexe et le contexte de l'angioplastie coronaire (SCA vs angioplastie programmée) ne présentent pas, quant à eux, d'incidence statistiquement significative. Les patients souffrant d'une co-addiction sont statistiquement plus à risque de rechute à 1 mois et à 3 mois (Figure 1) (Tableau II).

## DISCUSSION

Le fait d'avoir souffert d'un problème de santé place le patient dans un état d'esprit favorable pour débiter un sevrage tabagique (6). L'hospitalisation est donc une occasion à saisir pour sensibiliser les patients à l'utilité d'être soutenus lors de leur sevrage tabagique.

Le test du chi carré a révélé une différence statistiquement significative entre les trois échantillons (2017, 2018 et 2022-2023) pour le sevrage tabagique à 1 mois, à 3 mois et à 6 mois. Ainsi, notre hypothèse se voit confirmée. L'intervention d'un tabacologue à l'hôpital a, en effet, permis d'augmenter le nombre de patients en arrêt tabagique après leur angioplastie coronaire. On retrouve des résultats similaires dans une méta-analyse de Rice et coll. où les programmes de cessation tabagique prodigués par

**Figure 1. Pourcentage de patients sevrés au cours du suivi en fonction du type de prise en charge**



**Tableau II. Facteurs influençant le taux de sevrage à différentes périodes du suivi. Les valeurs de p analysent la signification statistique des différences entre patients en sevrage ou en rechute**

M o i s	Substitution			Revalidation			Co-addiction			Motivation		
	Sevrés	Rechute	p	Sevrés	Rechute	p	Sevrés	Rechute	p	Sevrés	Rechute	p
1	59 (52,2 %)	8 (24,2 %)	< 0,01	41 (36,3 %)	7 (21,2 %)	NS	7 (6,2 %)	11 (33,3 %)	< 0,01	63 (55,8 %)	6 (18,2 %)	< 0,0081
3	49 (53,3 %)	15 (30 %)	< 0,01	37 (40,2 %)	10 (20 %)	0,015	6 (6,5 %)	12 (24 %)	< 0,01	61 (66,3 %)	7 (14 %)	< 0,0001
6	43 (59,7 %)	16 (28,6 %)	< 0,01	34 (47,2 %)	10 (17,9 %)	< 0,01	6 (8,3 %)	11 (19,6 %)	0,19	50 (69,4 %)	11 (19,6 %)	< 0,0001
12	32 (65,3 %)	13 (32,5 %)	< 0,0107	24 (49 %)	5 (12,5%)	< 0,01	4 (8,2 %)	4 (10 %)	0,30	26 (53,1%)	8 (20 %)	< 0,0001

des infirmières améliorent de 1,28 fois le taux de succès de l'arrêt tabagique chez des patients hospitalisés pour un problème cardiaque (20). Ces auteurs ont également retrouvé une corrélation dose/effet entre le nombre de contacts thérapeute/patient et le succès de la cessation tabagique. De même, la méta-analyse de Sadeghi et coll. a démontré que la revalidation cardiaque était associée à 53 % de cessation tabagique (21). Pour en revenir à nos propres résultats, le suivi en tabacologie, l'entretien motivationnel et l'hypnose conversationnelle se sont avérés améliorer le taux de sevrage. Parmi les facteurs influençant le taux de sevrage, la motivation a, pour sa part, un impact statistiquement significatif. L'hypnose conversationnelle permet de déconstruire certaines croyances limitantes, de renforcer les perspectives de changement et de construire une image stable du projet de sevrage (18, 19).

Le degré d'assuétude à la nicotine est un autre élément à prendre en considération dans notre population, lequel est souvent sous-estimé en pratique. La nicotine est un produit fortement addictif (22). L'utilisation d'une substitution nicotinique a, par ailleurs, une influence statistiquement significative sur le taux de sevrage. La mise en place d'une substitution adaptée dès l'admission à l'hôpital est, de ce fait, à encourager. Et nos résultats attestent de la pertinence d'offrir aux patients une consultation avec un tabacologue de manière précoce. Le traitement de la dépendance physique rend, à l'évidence, le sevrage plus confortable et renforce le sentiment d'efficacité personnelle ainsi que la motivation du patient (23).

Pour ce qui est de la participation à un programme de revalidation cardiaque, celle-ci améliore le taux de sevrage. L'effet de groupe contribue au maintien du sevrage et cela tient

probablement à la dynamique qui y est associée. Le patient est accompagné dans ses efforts, il y a une forme de soutien collectif, d'échange des représentations et d'apprentissage vicariant. Sur base de ce constat, est lancé en avril 2024 un premier groupe de renforcement de compétences psychosociales avec l'aide de l'outil «Des Racines et des Elles» du FARES (Fonds des Affections respiratoires). En effet, augmenter son pouvoir d'agir sur sa santé implique d'être «armé» de compétences multiples et de pouvoir en faire usage adéquatement lors de situations qui pourraient nous mettre en difficulté. Dans le fil de ce raisonnement, le développement de compétences psychosociales est d'ailleurs une piste d'intervention recommandée par la Charte d'Ottawa. Grâce aux recherches permettant aujourd'hui d'avoir une lecture affinée en lien à la rechute tabagique, il apparaît que la régulation des émotions et la capacité de contrôle de l'attention sont déterminantes dans tout processus de changement visant la cessation de la consommation tabagique et la consolidation de l'abstinence.

Notons, au passage, que les patients souffrant d'une co-addiction lors de leur admission pour angioplastie coronaire sont plus à risque de rechute à un mois et à 3 mois. Une plus grande attention à ces patients et un suivi plus rapproché lors de leur sortie seraient sans doute nécessaires pour prévenir la rechute. Par ailleurs, il a été observé que l'arrêt du tabac encourageait l'abstinence ou la stabilisation concernant la consommation problématique de diverses autres substances, tandis que la poursuite du tabagisme était globalement liée à de moins bons résultats des traitements d'aide au sevrage (14).

En allant plus loin dans nos investigations statistiques, nous constatons par ailleurs que,

malheureusement, même avec l'intervention d'un tabacologue et la possibilité d'un suivi, le nombre de patients en arrêt tabagique se révèle trop faible à 1 an (55 %) et ce, dans cette population spécifique ayant subi une angioplastie coronaire. Ces résultats rejoignent ceux retrouvés dans la littérature. Un quart des patients restent fumeurs à 6 mois et 50 % rechutent à 1 an après un infarctus du myocarde (24-26). Une étude coréenne (27) a récemment montré qu'un an après un événement CV majeur, un patient sur 2 (49 %) avait arrêté de fumer. Une pathologie chronique est un facteur qui accroît le risque d'être fumeur et d'avoir des difficultés pour arrêter de fumer. Dans les groupes 1 et 3, l'angioplastie a été pratiquée pour traiter une pathologie coronaire chronique chez la moitié des patients. Ce taux est de 71 % dans le groupe 2. Ces mêmes patients ont souvent, en outre, plusieurs pathologies chroniques associées. La difficulté d'arrêt tabagique est cumulée avec le fait d'avoir plus de 65 ans (52 % des patients de cette étude ont plus de 65 ans). L'ensemble de ces résultats nous permet de faire un parallèle avec ce que le Docteur Lagrue appelle le «noyau dur» des fumeurs. La littérature fait également fréquemment cette proposition d'interprétation pour expliquer un taux faible de succès d'arrêt tabagique au sein d'une telle population (23, 27). Celle-ci nécessite une intervention spécialisée et plus intensive. Il est vrai que l'hospitalisation est une occasion à ne pas manquer pour traiter l'addiction au tabac (28). Néanmoins, il est nécessaire de garder à l'esprit que le patient hospitalisé se trouve dans un milieu inconnu, non souhaité, parfois pour la première fois, ce qui peut avoir pour conséquences de rendre plus inaccessibles pour lui un échange et l'apprentissage de nouvelles compétences. Or, l'abord de l'éducation du patient s'inscrit, avant tout, dans la perspective d'une démarche active et volontaire (29, 30).

Il en ressort la nécessité d'avoir une approche ouverte enrichie par des techniques telles que l'entretien motivationnel et l'hypnose conversationnelle. L'hypnose agit sur les aspects comportementaux et psychologiques du tabagisme, en parallèle de la substitution nicotinique qui permet, quant à elle, de traiter la dépendance physique. Ce travail souligne l'importance de la prise en charge d'un tabacologue qui utilise tous les outils disponibles pour aider les patients de la manière la plus pertinente possible, car un sevrage réussi et durable est, avant tout, un sevrage confortable (31).

## LIMITATIONS

Le taux d'abstinence s'est basé sur la déclaration du patient. Des discordances peuvent être mises en évidence en fonction de nombreux facteurs : déclarations incorrectes par culpabilité ou déni; phénomène d'autotitration; importance du tabagisme passif; existence d'une consommation mixte, etc. La personne qui a mené l'intervention auprès des patients est également celle qui a effectué les entretiens téléphoniques. Un effet de désirabilité sociale a pu se créer. Un biais de non-réponse peut également être présent. Enfin, cette étude n'a pas la prétention d'évaluer l'efficacité de l'intervention d'un tabacologue. En effet, celle-ci se prête moins aisément que les méthodes pharmacologiques à la méthodologie d'évaluation médicale (randomisation, double aveugle, mesures biologiques, etc.).

## CONCLUSION

Ce travail a tenté d'ouvrir la réflexion quant à la prise en charge optimale des patients coronariens afin d'éviter les récives et de diminuer le taux de mortalité et de morbidité en travaillant sur un facteur de risque CV important, le tabagisme. Il en est notamment ressorti que la prise en charge par un tabacologue après traitement de la maladie coronaire du patient fumeur et la possibilité d'un suivi organisé améliorent le taux de sevrage tabagique. Le renforcement de la motivation (avec l'entretien motivationnel et l'hypnose conversationnelle), l'utilisation d'une substitution nicotinique et la participation à la revalidation cardiaque sont à encourager car ce sont des facteurs de consolidation de l'abstinence. Il est important d'utiliser tous les outils disponibles pour traiter les quatre dépendances au tabac (physique, psychologique, sociale, comportementale) afin de rendre le sevrage plus confortable, signifiant et durable.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D et al. Smoking and mortality-beyond established causes. *N Engl J Med* 2015;**372**:631-40.
2. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet* 2003;**362**:847-52.
3. Ounpuu S, Negassa A, Yusuf S. INTER-HEART: A global study of risk factors for acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2001;**141**:711-21.
4. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med* 2014;**370**:60-8.

5. Van Domburg RT, Meeter K, van Berkel DF et al. Smoking cessation reduces mortality after coronary artery bypass surgery: a 20-year follow-up study. *J Am Coll Cardiol* 2000;**36**:878-83.
6. Baha M, Le Faou A-L. Intérêt d'une offre systématique d'aide au sevrage chez des fumeurs hospitalisés en service de soins intensifs en cardiologie. *Ann Cardiol Angeiol* 2011;**60**:189-96.
7. Martinet Y, Wirth N. L'hospitalisation : l'occasion à ne pas manquer pour traiter l'addiction au tabac. *Rev Mal Respir* 2012;**29**:851-2.
8. García-Gómez L, Hernández-Pérez A, Noé-Díaz V et al. Smoking cessation treatments: current psychological and pharmacological options. *Rev Invest Clin* 2019;**71**:7-16.
9. Sevrage tabagique, quels traitements ? Santé publique France [Internet]. [2023 ]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/sevrage-tabagique-quels-sont-les-traitements-efficaces>.
10. Tabac [Internet]. [2023 ]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
11. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, et al. 21<sup>st</sup>-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013;**368**:341-50.
12. Tobacco [Internet]. [cited 2023 Aug 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
13. Thomas D. Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique. *Presse Med* 2009;**28**:946-52.
14. Migard C. Psychiatrie et gestion du tabagisme. Mieux connaître les bénéfices à la prise en charge tabacologique et à l'arrêt du tabac en psychiatrie. 2021. Fonds des Affections Respiratoires – FARES asbl.
15. Hôpital sans tabac - Charte. [2022 ]. Available from: <https://www.hopitalsanstabac.be/index.php/hopital-sans-tabac/charte.html>.
16. Rossignol V. L'entretien motivationnelle: un guide de formation. 2001; Verdun, Québec, centre de recherche de l'hôpital Douglas. Available from: [https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/CA\\_L%E2%80%99entretien-motivationnelle-un-guide-de-formation-2001.pdf](https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/CA_L%E2%80%99entretien-motivationnelle-un-guide-de-formation-2001.pdf)
17. Benhaaiem JM. *Oubliez le tabac par l'hypnose*. 1<sup>ère</sup> ed. Paris: Albin Michel; 2005.
18. Finel K. Pour arrêter de fumer. Arrêter de fumer peut être une expérience riche et profonde, une occasion de se redécouvrir. 1<sup>ère</sup> ed. Paris: Édition Bussière; 2011.
19. Roquet JL. Hypnose et tabacologie, accompagner les fumeurs au-delà du sevrage. 1<sup>ère</sup> ed. Bruxelles: SATAS s.a; 2021.
20. Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;CD001188.
21. Sadeghi M, Shabib G, Masoumi G, et al. Systematic review and meta-analysis on the prevalence of smoking cessation in cardiovascular patients after participating in cardiac rehabilitation. *Curr Probl Cardiol* 2021;**46**:100719.
22. Woolf KJ, Zabad MN, Post JM, et al. Effect of nicotine replacement therapy on cardiovascular outcomes after acute coronary syndromes. *Am J Cardiol* 2012;**110**:968-70.
23. Cossette S et al. Évaluation préliminaire d'une intervention infirmière de soutien à la cessation tabagique chez des patients hospitalisés pour un problème cardiaque : étude pilote (SO-Live). *Recherche en Soins infirmiers (ARS)* 2011;**105**:60-75.
24. Mbaye A, Diop AM, Dioum M et al. Faible taux de succès du sevrage tabagique à court et moyen termes au décours d'un infarctus aigu du myocarde dans un service de cardiologie de Dakar au Sénégal. *Pan Afr Med J* 2011;**10**:19.
25. Kotseva K, Wood D, De Backer G et al. EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009;**373**:929-40.
26. Pandele Y, Arvers P, Berlin I, et al. Un patient sur 2 cesse de fumer après un infarctus ou un AVC. La lettre de SFT 2018 Société Francophone de Tabacologie n°87. Available from: [http://societe-francophone-de-tabacologie.fr/wp-content/uploads/Lettre87\\_SFT-2018\\_01.pdf](http://societe-francophone-de-tabacologie.fr/wp-content/uploads/Lettre87_SFT-2018_01.pdf)
27. Lim YK, Shin DW, Kim HS, et al. Persistent smoking after a cardiovascular event: A nationwide retrospective study in Korea. *PLoS One* 2017;**12**:e0186872.
28. Trigui M, Jdidi J, Mejdoub Y, et al. Connaissances, attitudes et pratiques des médecins de première ligne en matière d'aide au sevrage tabagique à Sfax (Tunisie). *Pan Afr Med J* 2022;**42**:83.
29. Esnaud R, Trzepizur W, Dautzenberg B, et al. Actualités en tabacologie: News in tabacology. *Rev Malad Respir Actual* 2021;**13**:1S124-7.
30. Pavy B *L'éducation thérapeutique du patient cardiaque*. 1<sup>ère</sup> ed. Paris: Édition frison-Roche; 2012.
31. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir* 2006;**23**:3S85105.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr Lancellotti P, Service de Cardiologie, CHU Liège, Belgique.  
Email : [plancellotti@chuliege.be](mailto:plancellotti@chuliege.be)