



FORUM EUROPÉEN, CŒUR, EXERCICE



# Prise en charge du tabac chez le patient artéritique

Sandrine CHERUBIN

IPA Pathologies chroniques stabilisées; prévention des polypathologies courantes en soins primaires

DIU de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique

MSP Faidherbe Paris 11ème

[www.forumeuropeen.com](http://www.forumeuropeen.com)

# Conflits d'intérêts

---

Je n'ai pas de conflit d'intérêt.

# Plan de l'intervention

23 minutes de présentation + 7 minutes d'échanges

01

## Épidémiologie

*Tabac et AOMI — chiffres clés*

03

## L'addiction tabagique

*Nicotine, récepteurs, pharmacocinétique*

05

## Le rôle infirmier — pratico-pratique

*Prescrire, expliquer, former, tracer*

07

## Suivi, réseau & formation d'équipe

*Continuité des soins, ressources*

02

## Lien tabac / artérite

*Mécanismes et impact sur la progression*

04

## Outils et stratégies

*TNS, dosage, Fagerström, médicaments*

06

## Entretien motivationnel & 5A

*Amorcer, accompagner, adresser*

# Épidémiologie — Tabac et artériopathie

*Le tabac : premier facteur de risque modifiable de l'AOMI*

**80%**

des patients AOMI  
sont ou ont été fumeurs

**×4**

risque d'AOMI  
chez le fumeur

**25%**

des >70 ans en France  
ont une AOMI

**10 ans**

d'espérance de vie  
perdus en moyenne

**Tabagisme actif et passif** : dose-dépendant — plus on fume, plus le risque est élevé et la progression rapide. L'arrêt du tabac réduit le risque cardiovasculaire dès les premiers mois, mais le surrisque persiste plusieurs années après l'arrêt.

**En réadaptation cardiovasculaire :**

40 à 60 % des patients AOMI admis en RCV sont encore fumeurs actifs. Le tabac reste souvent sous-traité par rapport aux autres facteurs de risque.

# Tabac & artérite : une relation causale directe

## Mécanismes physiopathologiques simplifiés

### Dysfonction endothéliale

La nicotine et le CO altèrent la paroi vasculaire : réduction de la production de NO, augmentation de la perméabilité et de l'adhésion plaquettaire.

### Athérosclérose accélérée

Le tabac favorise l'oxydation des LDL, l'inflammation chronique et la formation de la plaque d'athérome. Progression 2 à 3 fois plus rapide chez le fumeur.

### Vasospasme & hypercoagulabilité

Nicotine → vasoconstriction artérielle directe. Élévation du fibrinogène, de l'hématocrite et activation plaquettaire → thrombose.

### Impact sur la marche

Réduction du périmètre de marche, aggravation de la claudication, altération de la vascularisation collatérale de suppléance.

### Mauvaise cicatrisation

Le CO réduit l'oxygénation tissulaire. Risque accru d'ischémie critique, de nécrose et d'amputation. Mauvais résultats post-chirurgicaux.

### Bénéfice de l'arrêt

Réduction du risque d'événements CV majeurs dès 6 mois. Amélioration du périmètre de marche à 1 an. Réduction de moitié du risque d'amputation.

# L'addiction tabagique : une triple dépendance

*Ne jamais sous-estimer la puissance de l'addiction — c'est un frein réel, pas un manque de volonté*

## 1 Dépendance PHYSIQUE

- Addiction à la nicotine (récepteurs nAChR)
- Syndrome de manque en 30–60 min
- Irritabilité, anxiété, faim, concentration ↓
- Cravings intenses et brusques
- Durée : 3 à 6 semaines sans traitement

## 2 Dépendance COMPORTEMENTALE

- Rituels ancrés : café, pause, repas, conduite
- Gestuelle automatique (main-bouche)
- Conditionnement aux situations du quotidien
- La cigarette = outil de gestion du stress perçu
- Nécessite un travail de substitution gestuelle

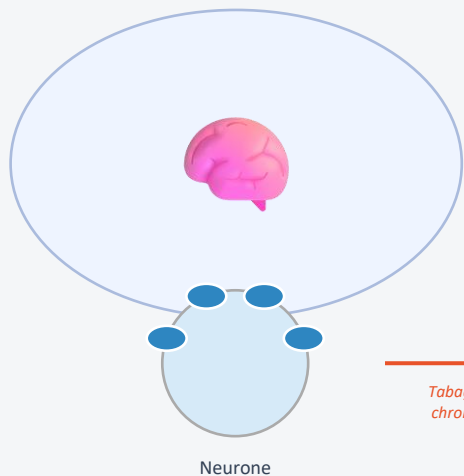
## 3 Dépendance PSYCHOLOGIQUE

- Identité liée au tabac ('je suis fumeur')
- Béquille émotionnelle face à la tristesse/stress
- Peur de l'échec et de la rechute
- Dénier de la dépendance ('je peux arrêter quand je veux')
- Travail sur les croyances et représentations

# Récepteurs nicotiques : up-regulation et down-regulation

Mécanisme neurobiologique de l'addiction et de l'effet des substituts nicotiniques

NON-FUMEUR

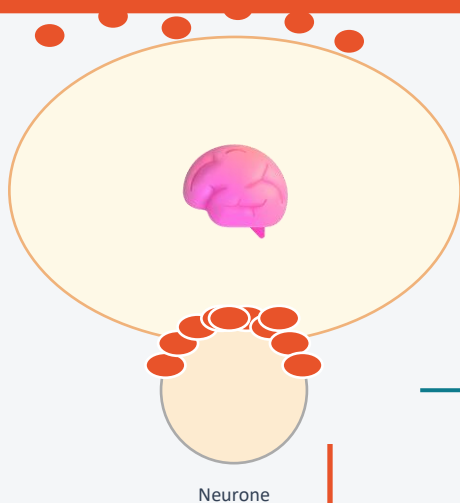


● = récepteur nAChR

Nombre de récepteurs nAChR de base (niveau physiologique)

Tabagisme chronique

FUMEUR ACTIF



UP-REGULATION  
×2 à 3 récepteurs

Le cerveau fabrique plus de récepteurs pour compenser la suractivation chronique

TNS + arrêt tabac

SOUS TNS (patch)



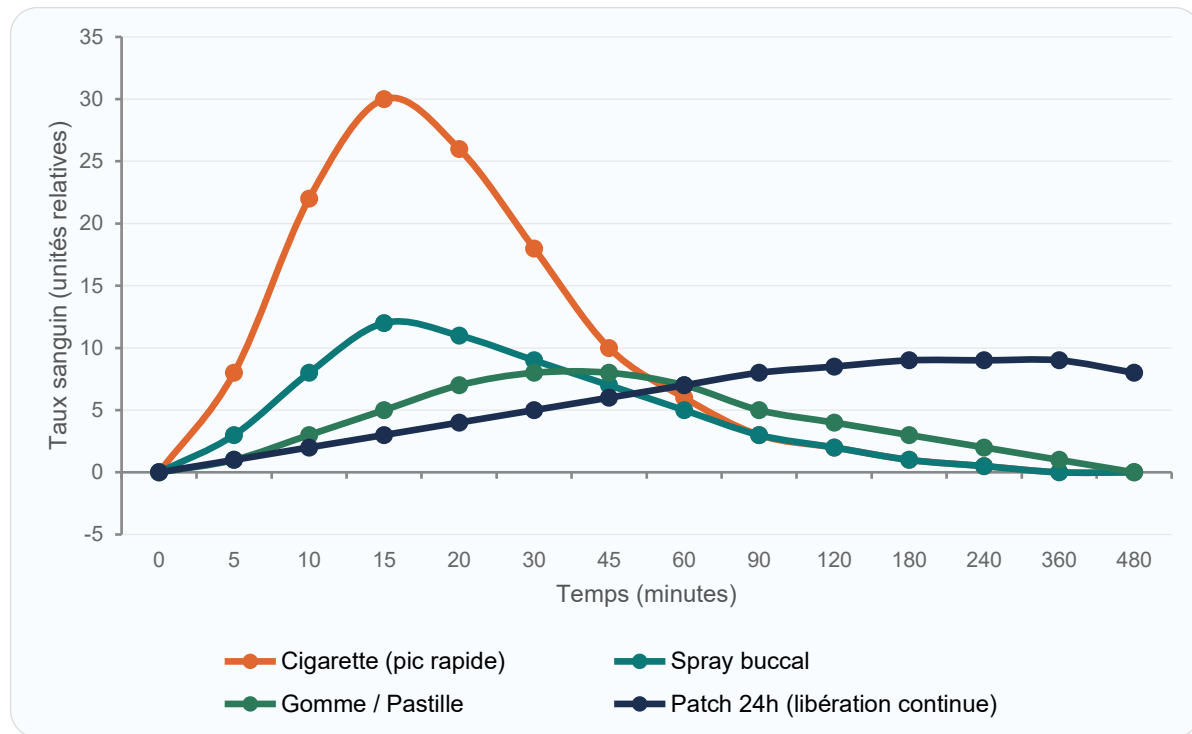
↓ DOWN-REGULATION progressive

Saturation douce, sans pic dopaminergique → réduction lente du nb de récepteurs (3–6 mois)

⚠ C'est pourquoi le TNS doit être maintenu ≥ 3 mois : le temps que le cerveau normalise son nombre de récepteurs.

# Pharmacocinétique de la nicotine : pourquoi le patch ne crée pas de dépendance ?

La forme galénique détermine le profil d'absorption et le risque addictogène



## Cigarette

Pic brutal à ~30 ng/mL en 10 min. Ce shoot de dopamine entretient la dépendance.

## Spray buccal

Absorption rapide (muqueuse buccale). Idéal pour les cravings aigus.

## Gomme / Pastille

Montée progressive. Bien pour les cravings prévisibles. Technique de prise = clé.

## Patch 24h

Plateau stable = pas de pic = pas de dépendance renforcée. Traitement de fond.

Benowitz NL. N Engl J Med. 2010;362:2295-303 | Fiore MC et al. Patch seul : OR 1,9 | Patch + forme orale : OR 3,6 | la combinaison est toujours supérieure (Fiore 2008)

# Dépendance physique : nicotine, sevrage et dosage

Reconnaître le syndrome de manque et ajuster le traitement

## ⚠ Signes de SOUS-DOSAGE en nicotine

- Irritabilité, nervosité, agressivité
- Anxiété marquée, sentiment de tension
- Faim intense, prise de poids rapide
- Difficultés de concentration
- Envie impérieuse de fumer (craving ++)
- Humeur dépressive, tristesse
- Troubles du sommeil (insomnie, réveils)

→ Augmenter la dose de TNS ou la fréquence

## Signes de SURDOSAGE (rares avec TNS)

- Nausées, vomissements
- Palpitations, tachycardie
- Céphalées persistantes
- Vertiges
- Hypersalivation

→ Réduire la dose ou l'espacement des patches

→ Évaluer la consommation résiduelle réelle

# Test de Fagerström simplifié : évaluer pour mieux doser

2 questions suffisent pour adapter la substitution nicotinique

Q1 — Combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
≤ 5 minutes	3 pts
6 – 30 minutes	2 pts
31 – 60 minutes	1 pt
> 60 minutes	0 pt
Q2 — Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
≤ 10 cigarettes/j	0 pt
11 – 20 cigarettes/j	1 pt
21 – 30 cigarettes/j	2 pts
≥ 31 cigarettes/j	3 pts

Score → Dosage recommandé

**Score 0 – 1 — Faible**  
Patch 14 mg  
ou formes orales seules

**Score 2 – 3 — Modérée**  
Patch 14–21 mg  
+ formes orales

**Score 4 – 6 — Forte**  
Patch 21 mg  
+ formes orales ad libitum  
→ Envisager varénicline

Heatherton TF et al. Br J Addict. 1991 (FTND) | Etter JF et al. Addiction. 1999 (HSI) | Fiore MC et al. USPHS. 2008 (dosage)

# Spécificités du patient artéritique fumeur

*Des particularités à intégrer dans l'approche du sevrage*

## Motivation paradoxale

Le patient sait que le tabac aggrave sa maladie, mais le sevrage reste difficile. La maladie constitue un levier puissant ('c'est ça ou l'amputation').

## Comorbidités multiples

HTA, diabète, dyslipidémie, BPCO fréquents. Interactions médicamenteuses (théophylline, insuline). Polypharmacie pouvant masquer les signes de manque.

## Douleur & marche

La claudication douloureuse réduit l'activité physique. L'exercice en réadaptation joue un rôle anti-craving documenté.

## Image corporelle altérée

Sentiment d'impuissance, de peur, parfois de honte. Le tabagisme peut être vécu comme le seul plaisir restant. Aborder sans jugement.

## TNS et AOMI

Les patchs restent le traitement de 1ère ligne. Pas de contre-indication prouvée à la nicotine exogène chez l'artéritique. Le tabac est bien plus nocif que le TNS.

## Prise en charge intégrée

La RCV offre un contexte privilégié : équipe pluridisciplinaire, suivi prolongé, moments quotidiens propices à l'intervention sur le tabac.

Aboyans V et al. 2017 ESC Guidelines on PAD. Eur Heart J. 2018;39:763-816 | Rigotti NA et al. Circulation. 2010;121:221-9 | AFSSAPS. Recommandations de bonne pratique. 2003

# Rôle du professionnel paramédical

*Amorcer, accompagner, adresser — dès la consultation*

## 1. AMORCER

- Saisir chaque occasion de soulever le sujet du tabac
- Poser 2–3 questions simples (fréquence, motivation, tentatives passées)
- Fournir une information factuelle sur le lien tabac / AOMI
- Utiliser la maladie comme levier ('l'arrêt peut améliorer votre périmètre de marche')
- Valider l'ambivalence sans la juger

## 2. ACCOMPAGNER

- Encourager à chaque séance — même un pas en avant compte
- Enseigner des techniques de gestion des cravings : 4-7-8, distraction, activité physique
- Identifier les situations à risque spécifiques du patient
- Soutenir sans culpabiliser en cas de rechute ('c'est un apprentissage normal')
- Inclure l'entourage si possible

# Les outils du sevrage tabagique

## Pharmacothérapie et soutien comportemental

### Traitements nicotiniques de substitution (TNS)

**Patchs 24h (21, 14, 7 mg/24h)** : base du traitement, libération continue.

**Patchs 16h (15, 10, 5 mg/16h)** :

si insomnies sous patch 24h (retirer le soir). Bioéquivalents aux 24h.

#### Formes orales :

gommes 2 mg ou 4 mg, pastilles 1,5 mg ou 4 mg, spray 1 mg/dose. Gèrent les pics de craving ad libitum.

**Combinaison patch + forme orale recommandée +++**

**Remboursé à 65% sur ordonnance, 100% en ALD**

→ **Les infirmiers(ères) peuvent prescrire les TNS !**

### Traitements médicamenteux

**Varéclidine (Champix®)** : agoniste partiel nAChR. Efficacité supérieure aux TNS seuls. Prescription médicale.

#### **Bupropion (Zyban®)** :

antidépresseur. 2e ligne, CI épilepsie. Prescription médicale.

### Soutien comportemental

**TCC** : gestion des situations à risque, cravings, rechutes. Multiplie l'efficacité par 2 à 3.

#### **Tabac Info Service** :

39 89 (8h–20h) + app mobile (suivi personnalisé).

**La combinaison traitement médicamenteux + soutien comportemental = meilleurs résultats**

*Hartmann-Boyce J et al. Cochrane. 2018;5:CD000146 (TNS) | Rigotti NA et al. Circulation. 2010;121:221-9 (varéclidine) | Stead LF et al. Cochrane. 2016;3:CD008286 (combinaison)*

# TNS en pratique : maîtriser pour bien expliquer au patient

Guide pratique pour l'infirmière de réadaptation cardiovasculaire

## Patches — traitement de fond

- Poser le matin, varier les sites (bras, dos, torse)
- Peut gratter légèrement à la pose (normal), rougeur possible
- Douche possible avec le patch
- Patch 16h si troubles du sommeil (retirer le soir)

**1 cig = 1 mg nicotine | 1 cig roulée = 2 mg**

### Repère de dosage patch

<b>Cigarettes/j</b>	< 10	10-20	> 20
<b>Patch (mg/24h)</b>	14 mg	14-21 mg	21 mg

## Formes orales — gestion des cravings

**Gommes :** ne pas mâcher comme un chewing-gum. Croquer 1 fois puis laisser contre la joue. Jusqu'à 12/j. Pas de café/boisson acide 15 min avant.

### Pastilles :

ne pas sucer ni croquer — 'oublier' sous la langue ou contre la joue. Ne pas manger/boire 15 min avant.

### Spray buccal (Nicorette®, Nicorette® EG) :

avaler la salive, tirer la langue, 1 spray sur la muqueuse, ne pas avaler 30 secondes. 1 à 2 pulvérisations par craving, max 4 sprays/h (64/j). Action en 60 secondes.

**Patch + forme orale = efficacité maximale**

❗ Peut-on fumer avec un patch ? OUI, sans danger supplémentaire. Si rechute = signe de sous-dosage → augmenter la dose, ne pas retirer le patch.

# Gérer le craving : la technique 4 – 7 – 8

Un outil immédiat, partout, tout le temps — le craving dure 3 à 5 minutes maximum, il passera

**Principe** : l'expiration longue active le nerf vague → bascule en mode parasympathique → ↓ cortisol ↓ fréquence cardiaque ↓ intensité du craving

## 4 INSPIRATION

Par le nez — bouche fermée

Remplir progressivement  
du bas vers le haut

↑↑↑ Inspiration

🧠 **Neuf accumbens** :

1 – 2 – 3 – 4

## 7 RÉTENTION

Poumons pleins — apnée

Garder la gorge douce,  
ne pas bloquer

⏸ Retenir

🔥 **Nerf vague activé** :

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

## 8 EXPIRATION

Par la bouche — lèvres pincées

Souffler une bougie lointaine...  
Vidange complète

↓↓↓ Expiration

🧠 **Effet dominant** :

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8

Répéter **4 cycles** • Durée totale ~75 secondes • Sans matériel • Partout, tout le temps • Le craving **passera** toujours

# L'infirmière peut prescrire les TNS !

*Un droit méconnu — une opportunité thérapeutique directe*

✓ Depuis 2016, les infirmiers(ères) sont habilité(e)s à prescrire les substituts nicotiques (Art. L.4311-1 du CSP — Décret n°2016-743 du 2 juin 2016)

## Remboursement

- 65% pour tous les fumeurs
- **100% en ALD (patient artéritique souvent ALD 03 !)**
- Mutuelles remboursent souvent le reste
- Toutes formes et marques remboursées

## Ordonnance simplifiée

- Patch 21 mg/24h — 1 boîte (28j)
- + Nicorette spray 1 mg/dose — 1 flacon
- Durée totale : 3 à 6 mois, dose décroissante
- **Inscrire dans case ALD si applicable**

## Ce qui reste médical

- Varénicline (Champix®) → ordonnance médicale
- Bupropion (Zyban®) → ordonnance médicale
- Dépression associée → orienter
- **Rôle IDE : informer, prescrire TNS, orienter si besoin**

Ressource : RESPADD — Livret Premiers gestes → [respadd.org](http://respadd.org)

Décret n°2016-743 du 2 juin 2016 (CSP Art. L.4311-1) | [Ameli.fr](http://Ameli.fr) : prise en charge substituts nicotiques | RESPADD. Livret premiers gestes 2020

# Documents pour votre pratique

Ressources RESPADD — librement téléchargeables sur [respadd.org](http://respadd.org)

## Livret « Premiers gestes en tabacologie »

Le livret de référence pour toute l'équipe. Contient :

- Modèles d'ordonnances TNS commentés
- Conduite à tenir face à un fumeur
- Fiche Fagerström + dosage
- Ressources pour les patients

[respadd.org/wp-content/uploads/2018/04/Livret-Premiers-gestes-01-2020-BAT.pdf](http://respadd.org/wp-content/uploads/2018/04/Livret-Premiers-gestes-01-2020-BAT.pdf)

## Livret « Accompagner l'arrêt du tabac »

Guide pratique pour les soignants qui accompagnent le sevrage :

- Entretien motivationnel appliqué
- Gestion des cravings et de la rechute
- Situations complexes (psychiatrie, grossesse)
- Outils de suivi ambulatoire

[respadd.org/wp-content/uploads/2020/05/Livret-accompagner-larret-BAT2.pdf](http://respadd.org/wp-content/uploads/2020/05/Livret-accompagner-larret-BAT2.pdf)

## Livret « Prise en charge en lieu de soins sans tabac »

Pour déployer une démarche collective :

- Politique institutionnelle sans tabac
- Formation des équipes soignantes
- Protocoles d'intervention brève
- Indicateurs de suivi et d'évaluation

[respadd.org/wp-content/uploads/2019/09/Livret-Prise-en-charge-LSST-09-2019-BAT3.pdf](http://respadd.org/wp-content/uploads/2019/09/Livret-Prise-en-charge-LSST-09-2019-BAT3.pdf)

**Tabac Info Service** : 39 89 (lun–sam 8h–20h, gratuit) + appli mobile avec suivi personnalisé | **FFC (Fédération Française de Cardiologie)** : [fedecardio.org](http://fedecardio.org) — 15 rubriques sur le tabac pour les patients

Thomas D. CPTS Paris 11, oct. 2023 / RESPADD — Réseau de prévention des addictions - [respadd.org](http://respadd.org)

# Modèle d'ordonnance TNS — validé par le RESPADD

Date : .....

Adresse/téléphone de l'établissement : ..... .....	Nom/Prénom du bénéficiaire : ..... .....
Numéros d'identification de l'établissement : N° FINISS : ..... N° SIRET : .....	Âge : ..... Poids : .....
Nom du prescripteur : .....	
Fonction : ..... N° RPPS/ADELI : ..... Téléphone : .....	

## Patchs à la nicotine :

Collez le patch le matin sur une peau sèche, sans lésion cutanée ni tatouage et à la pilosité rare. Changez-le de place à chaque application. Gardez-le la nuit, sauf si cela entraîne des troubles du sommeil. Dans ce cas, enlevez-le au coucher et posez-en un nouveau le matin.

Dosage/24h	Posologie journalière	Durée du traitement
21 mg / 24h		
14 mg / 24h		
7 mg / 24h		

Dosage/16h	Posologie journalière	Durée du traitement
25 mg / 16h		
15 mg / 16h		
10 mg / 16h		

## Gommes à mâcher :

Mâchez très lentement la gomme et placez-la entre la joue et la gencive pour la ramollir. La garder en bouche environ 30 minutes.

Dosage	Posologie journalière	Durée du traitement
2 mg		
4 mg		

## Les comprimés/pastilles à sucer :

Placez entre la joue et la gencive et laissez fondre ou sucez très lentement.

Dosage	Posologie journalière	Durée du traitement
1 mg		
1.5 mg		
2 mg		
2.5 mg		
4 mg		

## Les comprimés sublinguaux :

Placez sous la langue pour une absorption lente et régulière de la nicotine.

Dosage	Posologie journalière	Durée du traitement
2 mg		

## Inhaleur :

Ne pas dépasser 12 cartouches par jour.

	Posologie journalière	Durée du traitement
Cartouche		

## Spray buccal :

Faire 1 pulvérisation à chaque envie de fumer, sans dépasser 2 pulvérisations par prise. Ne pas dépasser 4 pulvérisations par heure.

	Posologie journalière	Durée du traitement
Pulvérisation		

*En cas de sous-dosage, vous pourrez ressentir des envies irrépressibles de fumer, de la nervosité, de l'irritabilité, de la frustration, de la colère, des fringales, etc.  
N'hésitez pas à en parler à votre professionnel de santé.*

Observations :

Signature et tampon

Date de la prochaine consultation (si proposée) :

# Varénicline et bupropion : connaître pour orienter

Traitements médicamenteux du sevrage — prescription médicale requise

## Varénicline (Champix®) — agoniste partiel nAChR

**Mécanisme :** se fixe sur les récepteurs nAChR  $\alpha 4\beta 2$  → réduit le craving ET bloque l'effet de la cigarette.

**Efficacité :**  
supérieure aux TNS seuls et au bupropion (étude EAGLES, Lancet 2016). Taux d'abstinence à 6 mois ~ 2x vs placebo.

**Protocole :**  
kit de titration (0,5 mg/j × 3j, 0,5 mg×2/j × 4j, puis 1 mg×2/j). Durée 3 mois (+ 3 mois si besoin). Nausées fréquentes (prévenir le patient).

**Statut en 2026 :**  
de retour sur le marché après rupture 2021-2023. Remboursé 65% en 2e intention (Fagerström ≥ 7). Pas de sur-risque psychiatrique (EAGLES).

## Bupropion (Zyban®) — 2e ligne

**Mécanisme :** inhibiteur de la recapture de dopamine/noradrénaline.

**Contre-indications :**  
épilepsie, troubles alimentaires graves, sevrage alcool.

**Effets secondaires :**  
insomnie, tremblements, bouche sèche.

*Peu prescrit en France, réservé au tabacologue.*

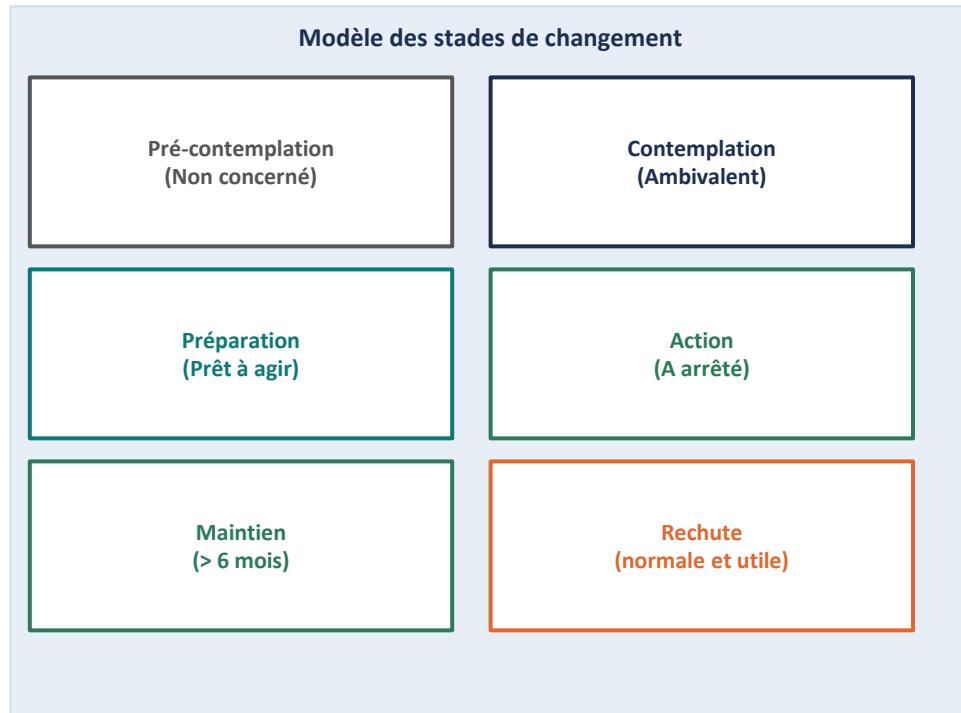
Efficacité : OR 1,82 vs placebo (Cahill, Cochrane 2013).

► Ces médicaments nécessitent une prescription médicale. Rôle IDE : informer le patient, en parler au médecin référent, orienter vers un tabacologue si échec des TNS.

Anthenelli RM et al. (EAGLES). Lancet 2016;387:2507-20 | Rigotti NA et al. Circulation. 2010;121:221-9 | Cahill K et al. Cochrane. 2013 (bupropion)

# Amorcer le sevrage : entretien motivationnel

Modèle trans-théorique de Prochaska & DiClemente — Les 5A



Prochaska JO, DiClemente CC. J Consult Clin Psychol. 1983;51:390-5 | Fiore MC et al. USPHS. 2008 (modèle 5A)

## Les 5A

1. Ask — Interroger

2. Advise — Conseiller

3. Assess — Évaluer

4. Assist — Aider

5. Arrange — Orienter

### Questions clés pour amorcer :

« Vous fumez encore ? Combien de cigarettes/j ? »

« Sur 10, à quel point êtes-vous prêt à arrêter ? »

« Qu'est-ce qui vous retient ? »

# Rôle du professionnel paramédical

*Amorcer, accompagner, adresser — dès la consultation*

## 1. AMORCER

- Saisir chaque occasion de soulever le sujet du tabac
- Poser 2–3 questions simples (fréquence, motivation, tentatives passées)
- Fournir une information factuelle sur le lien tabac / AOMI
- Utiliser la maladie comme levier ('l'arrêt peut améliorer votre périmètre de marche')
- Valider l'ambivalence sans la juger

## 2. ACCOMPAGNER

- Encourager à chaque séance — même un pas en avant compte
- Enseigner des techniques de gestion des cravings : 4-7-8, distraction, activité physique
- Identifier les situations à risque spécifiques du patient
- Soutenir sans culpabiliser en cas de rechute ('c'est un apprentissage normal')
- Inclure l'entourage si possible

## 3. ADRESSER

- Tabacologue hospitalier ou consultation dédiée
- Médecin tabacologie en ville
- Tabac Info Service : 39 89 (gratuit, 8h–20h)
- Application Tabac Info Service (suivi personnalisé)
- Réseau régional de tabacologie (RESPADD, etc.)

# APA et sevrage tabagique : un outil adjuvant puissant

Chaque séance de marche est à la fois un traitement vasculaire ET un outil de sevrage

**MD = -1,84**

réduction des cravings aigus ( $p < 0,001$ )<sup>1</sup>

**SMD = +0,36**

amélioration de l'humeur positive ( $p = 0,001$ )<sup>1</sup>

**OR = 1,84**

↑ MVPA prédit l'abstinence à 24 semaines<sup>2</sup>

## MÉCANISMES NEUROBIOLOGIQUES

### ↑ Dopamine & noradrénaline

Compensent le manque nicotinique lors du craving.

### ↓ Cortisol & anxiété

Atténue le syndrome de manque et l'irritabilité.

### ↑ Endorphines

Effet anxiolytique → réduit l'usage du tabac comme béquille émotionnelle.

## BÉNÉFICES SPÉCIFIQUES AOMI

### Double effet de chaque séance

↑ périmètre de marche + ↓ craving : un seul acte, deux bénéfices.

### Substitut à la cigarette

Occupe cognitivement → rompt le cycle craving-comportement.

### Prévention de la prise de poids

Frein majeur au sevrage — l'APA le lève directement.

## RÔLE INFIRMIER EN SÉANCE

### Valoriser chaque séance de marche

« Vous venez de réduire votre craving ET d'améliorer votre vascularisation. »

### Relier l'effort au sevrage

Rappeler le lien APA ↔ craving à chaque consultation.

### Orienter vers l'APA en ville

Maisons Sport Santé (> 500 en France) — prescription sur ordonnance.

⚠ Nuance : l'APA réduit significativement les cravings (preuves solides) mais n'augmente pas à elle seule les taux d'abstinence à 6 mois (Ussher, Cochrane 2019<sup>3</sup> — preuves limitées). Son rôle est adjuvant, non substitutif aux TNS.

1. Huang Y et al. Front Physiol. 2023 (méta-analyse 37 RCT) | 2. Farris SG et al. Ann Behav Med. 2019 (OR=1,84) | 3. Ussher MH et al. Cochrane. 2019;10:CD002295

# Dépression & sevrage tabagique : rôle de l'infirmière de réadaptation

Dépister tôt pour mieux accompagner — une mission paramédicale à part entière

## POURQUOI DÉPISTER ?

### Dépression & AOMI : 20–40%

Souvent non diagnostiquée chez l'artéritique<sup>1</sup>.

### Impact sur le sevrage tabagique

Dépression → risque de rechute × 2 (OR ≈ 2,0)<sup>2</sup>.

### Double cercle vicieux

Tabac → artérite → douleur → dépression → tabac<sup>3</sup>.

### Rôle de l'infirmière

45–95% des dépressions débutent par une plainte somatique<sup>4</sup>.

## ⚠ SIGNES D'ALERTE EN SÉANCE

### Comportementaux

Retrait, mutisme, abandon soudain des séances, affect plat

### Verbaux

« C'est ma seule joie, ma cigarette » | Dévalorisation, fatalisme

### Cliniques

Prise de poids rapide, insomnie, plaintes somatiques disproportionnées

## EN PRATIQUE

### 2 questions PHQ-2 à poser

« Avez-vous souvent manqué d'intérêt ou de plaisir ? »

« Vous êtes-vous senti triste, déprimé ou sans espoir ? »

PHQ-2 : Se 97%, Sp 67% → si positif, signaler<sup>5</sup>

### PHQ-9 si PHQ-2 positif

Seuil ≥ 10 : Se 78%, Sp 96%<sup>5</sup>

### Circuit de transmission

→ Médecin | → Psychologue (score ≥ 10) | → Dossier de soin

Observer. Nommer. Transmettre.

1. Smolderen KG et al. J Am Heart Assoc. 2014 | 2. Glassman AH et al. JAMA. 2000 | 3. Fowkes FGR et al. Lancet. 2013 | 4. Kirmayer LJ et al. CMAJ. 1993 | 5. Kroenke K et al. J Gen Intern Med. 2001

# Assurer la continuité des soins après la RCV

Tracer, prescrire, orienter — le relais en ville est indispensable

## Ce qui doit figurer dans le compte-rendu de sortie

- Statut tabagique (fumeur actif / récent arrêt / date d'arrêt)
- Test de Fagerström réalisé + score
- TNS en cours : spécialité, dosage, durée déjà effectuée
- **Prescription TNS de sortie (ordonnance jointe)**
- Adressage tabacologue si prévu
- Réaction du patient au sevrage (motivation, rechutes)

## Prescription de sortie recommandée

- Patch nicotine : dosage selon avancée du sevrage
- Spray buccal ou gomme : QSP sur les besoins
- Durée : jusqu'à 3–6 mois post-arrêt
- **Ordonnance IDE possible dès la RCV !**
- En cas de Fagerström  $\geq 7$  : signaler pour varéclique

## Réseau de relais en ville

- Médecin traitant : destinataire principal du CR + ordonnance TNS
- Tabacologue libéral ou consultation hospitalière de tabacologie
- CSAPA (Centre de soins en addictologie) si comorbidités
- **IPA de ville (pathologies chroniques) : suivi long terme**
- **Infirmières Asalée : protocole de coopération tabac en MSP/cabinet**
- Tabac Info Service 39 89 : ressource pour le patient en sortie

→ L'arrêt du tabac est un traitement chronique. La RCV n'est qu'un point de départ : le relais coordonné en ville conditionne le succès à long terme.

Aboyans V et al. ESC Guidelines PAD. Eur Heart J. 2018 | Rigotti NA. Strategies to help a smoker who is struggling to quit. JAMA. 2012;308:1573-80

# Se former en équipe : des ressources gratuites et accessibles

*L'idéal : toute l'équipe de RCV formée aux premiers gestes en tabacologie*

 Une équipe soignante formée multiplie par 2 les taux de sevrage de ses patients. La formation est un acte de soin.

## Mois sans tabac (novembre)

Gratuit

- Programme national : 30j pour arrêter ensemble
- Outils de mobilisation pour les équipes soignantes
- Kit de communication patient (affiches, flyers)
- S'inscrire sur [tabac-info-service.fr/mois-sans-tabac](http://tabac-info-service.fr/mois-sans-tabac)

## RESPADD — e-learning

Gratuit

- Plateforme e-learning pour les professionnels de santé
- Module « Premiers gestes en addictologie » (2h)
- Module « Accompagner l'arrêt du tabac » (1h30)
- Accessible sur [respadd.org](http://respadd.org) → Formations

## DIU de tabacologie

Diplômant

- Diplôme Inter-Universitaire reconnu
- Accessible : médecins, infirmières, sages-femmes, kiné...
- Formation complète (pharmacologie, TCC, entretien motivationnel)
- Références universitaires : Paris, Lyon, Bordeaux...

## Tabac Info Service — Pro

Gratuit

- Espace professionnel sur [tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr)
- Outils de consultation : Fagerström interactif
- Ressources patients imprimables
- Actualités et recommandations

Label « Établissement sans tabac » RESPADD — démarche collective qui engage toute l'équipe : [respadd.org/etablissement-sans-tabac](http://respadd.org/etablissement-sans-tabac)

# Messages clés à retenir

---

1

Le tabac est une vraie addiction — pas un manque de volonté.

3

La triple dépendance (physique, comportementale, psychologique) nécessite une approche globale.

5

L'infirmière peut prescrire les TNS et maîtriser les gestes pratiques pour chaque forme.

7

Tracer dans le dossier de sortie, prescrire les TNS pour la ville, orienter vers un réseau.

2

L'AOMI est un levier puissant de motivation : utilisons-le.

4

Le Fagerström guide le dosage des TNS — sous-doser = faire échouer le sevrage.

6

L'entretien motivationnel dès la consultation — une question posée, c'est une graine semée.

8

L'arrêt du tabac améliore le périmètre de marche et réduit de moitié le risque d'amputation.

# Bibliographie

---

1. Aboyans V et al. 2017 ESC Guidelines on Peripheral Arterial Diseases. *Eur Heart J*. 2018;39:763–816.
2. Ambrose JA, Barua RS. Pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:1731–7.
3. Fowkes FGR et al. Prevalence and risk factors for PAD in 2000 and 2010. *Lancet*. 2013;382:1329–40.
4. Burns DM. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003;46:11–29.
5. Armstrong EJ et al. Smoking cessation and amputation-free survival. *J Vasc Surg*. 2014;60:1565–71.
6. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med*. 2010;362:2295-303.
7. Heatherton TF et al. The Fagerström test for nicotine dependence. *Br J Addict*. 1991;86:1119–27.
8. Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence. *USPHS Clinical Practice Guideline*. 2008.
9. Hartmann-Boyce J et al. Nicotine replacement therapy versus control. *Cochrane*. 2018;5:CD000146.
10. Siahpush M et al. Duration of NRT and smoking cessation. *BMJ Open*. 2015;5:e007249.
11. Rigotti NA et al. Efficacy and safety of varenicline in patients with cardiovascular disease. *Circulation*. 2010;121:221–9.
12. Anthenelli RM et al. (EAGLES). Neuropsychiatric safety of varenicline, bupropion, NRT. *Lancet*. 2016;387:2507-20.
13. Stead LF et al. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions. *Cochrane*. 2016;3:CD008286.
14. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51:390-5.
15. Huang Y et al. Exercise interventions for smoking cessation. *Front Physiol*. 2023;14.
16. Ussher MH et al. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane*. 2019;10:CD002295.
17. Décret n°2016-743 du 2 juin 2016 — élargissement de la prescription des TNS aux infirmiers.
18. Thomas D. Quels traitements d’aide au sevrage? *CPTS Paris 11*. Octobre 2023.
19. RESPADD. Livret Premiers gestes en addictologie. 2020. [respadd.org](http://respadd.org)
20. Schneider NG et al. Nicotine nasal spray — comparison to gum in relapse prevention. *Psychopharmacology*. 2001.



## Merci pour votre attention

*Des questions ?*

**Sandrine CHERUBIN**

IPA — DIU de tabacologie  
MSP Faidherbe, Paris 11<sup>em</sup>

**Tabac Info Service**

39 89 | [tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr)

**RESPADD**

[respadd.org](http://respadd.org)

**Mois sans tabac**

[tabac-info-service.fr/mois-sans-tabac](http://tabac-info-service.fr/mois-sans-tabac)