Tabac & HTA +FDR CV : *du rationnel* (le pourquoi) *à l'entretien motivationnel* (comment motiver à l'arrêt du tabac)

DIU HTA & FDR CV

08-12-2017

Dr Anne DANSOU

a.dansou@chu-tours.fr

Plan du cours

- 1) Epidémiologie du tabagisme
- 2) Composition du tabac et données générales
- 3) Tabac et risques cardio-vasculaires
  - a) Tabac et cœur
  - b) Tabac et vaisseaux
  - c) Tabac et risques métaboliques
  - d) Tabac et HTA
- 4) Stratégie de sevrage
  - a) recommandations de la HAS
  - b) entretien motivationnel
  - c) le sevrage concrètement
- 5) Conclusion

1) Epidémiologie du tabagisme I

Epidémie mondiale :

- XX siècle : 100 millions de décès
- XXI siècle : 1 milliard de décès
- 6 Millions de décès dans le monde : 1ère cause de mortalité évitable.

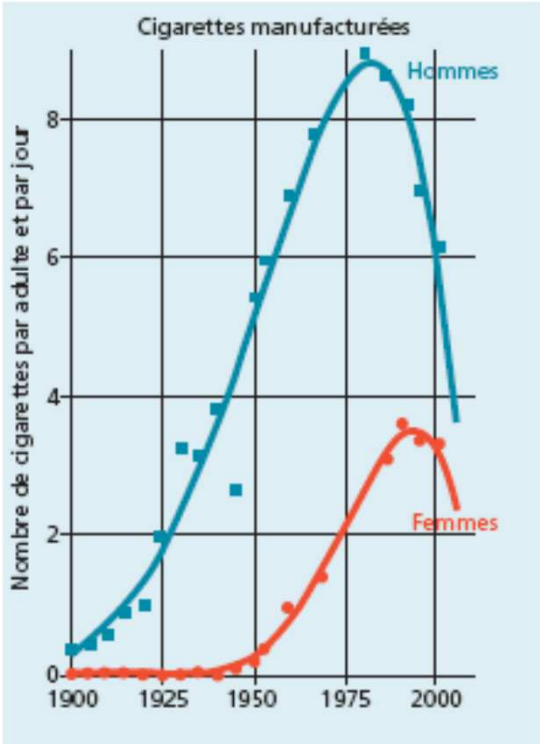
- 78 000 décès annuels en France.
- 50% des consommateurs de tabac en mourront

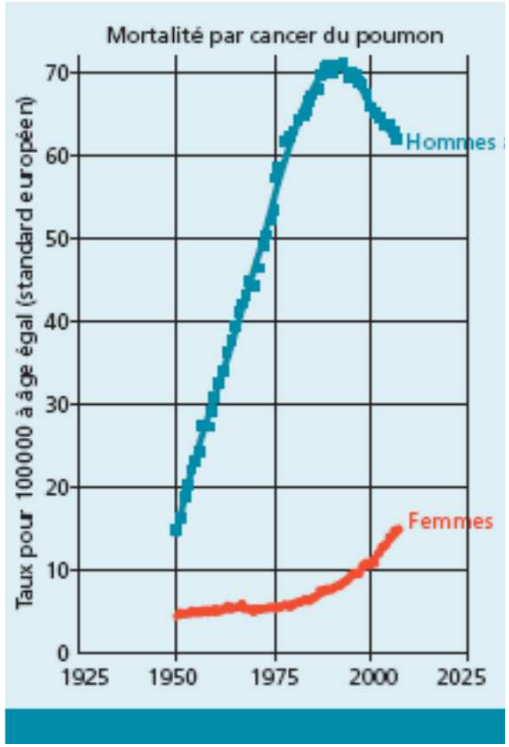
- Augmentation actuelle du tabagisme :
- + 1.8% entre 2005 et 2010
- Plus forte chez les femmes : de 23 à 25.7% alors que chez les hommes de 31 à 31.8%

- Tabac : responsable d'1/10 décès vasculaire dans le Monde.

1) Epidémiologie du tabagisme II

► **Femme et tabac**





1) Epidémiologie du tabagisme III

- ► **ADOLESCENT ET TABAC**
- INITIATION A LA CIGARETTE RESTE LA NORME
  - 9% des 9-11 ans
  - 32% des 11-15 ans (filles : 35% vs garçons :31%)
  - en moyenne 1° cigarette : vers 11,5 ans

- DÉPENDANCE au TABAC RAPIDE :
  - 1 ado/2(début entre 11 & 15 ans) : continue de F.
  - 41% des 11-15 ans fumeurs affirment ne pas pouvoir se passer de la cigarette

► **PRECARITE ET TABAC**

- « Effet crise »
- Presque la moitié des chômeurs sont fumeur.
- La crise et la hausse du chômage ont un effet sur l'augmentation de la consommation de tabac
- Tabac : *anxiolytique du pauvre / loisir pas cher*

Composition du tabac

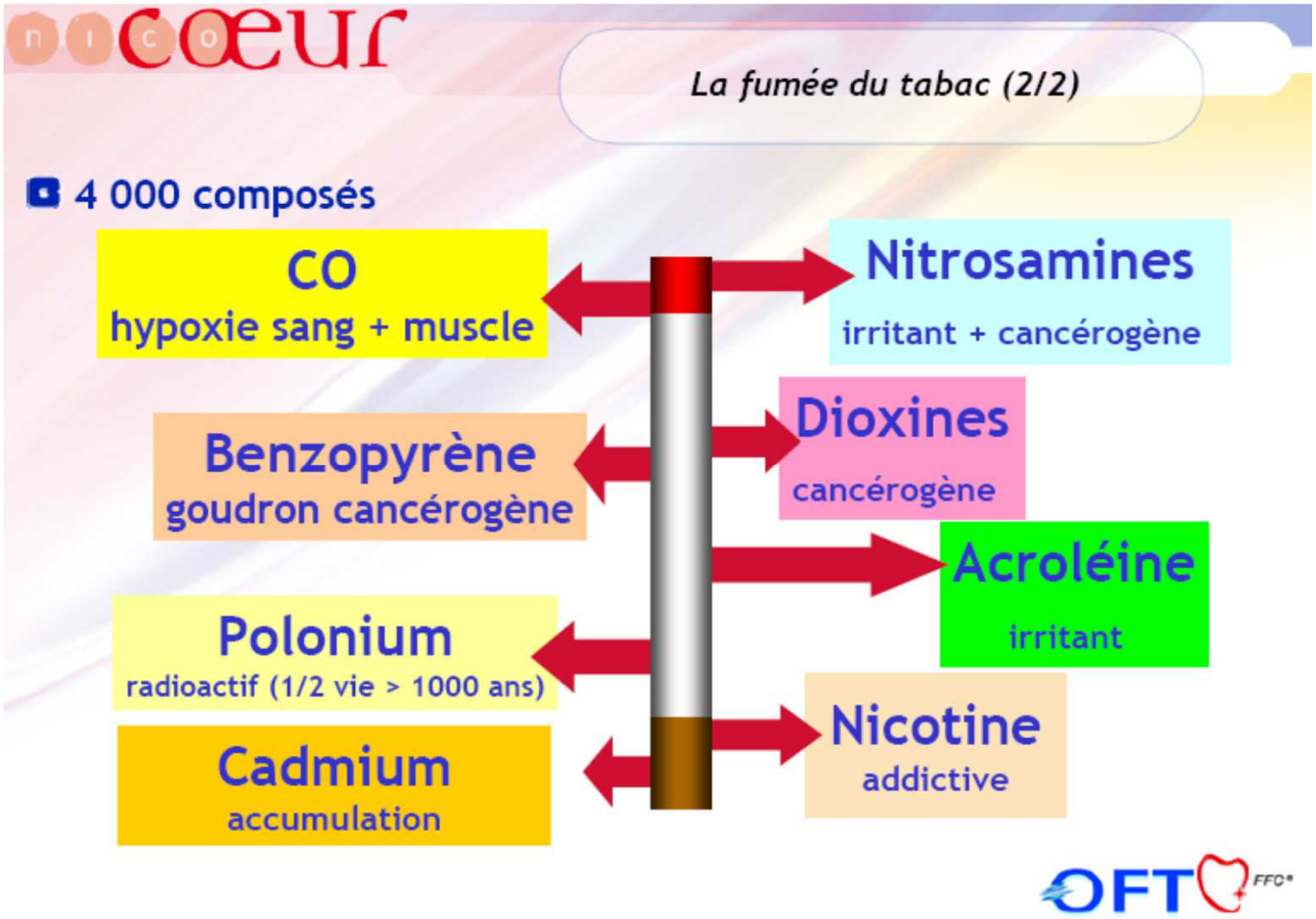
nicoeur

La fumée du tabac (1/2)

- 4 000 substances dont des centaines toxiques…
- CO ++++
- Nicotine +++

OFT FFC

Composition du tabac



Données générales

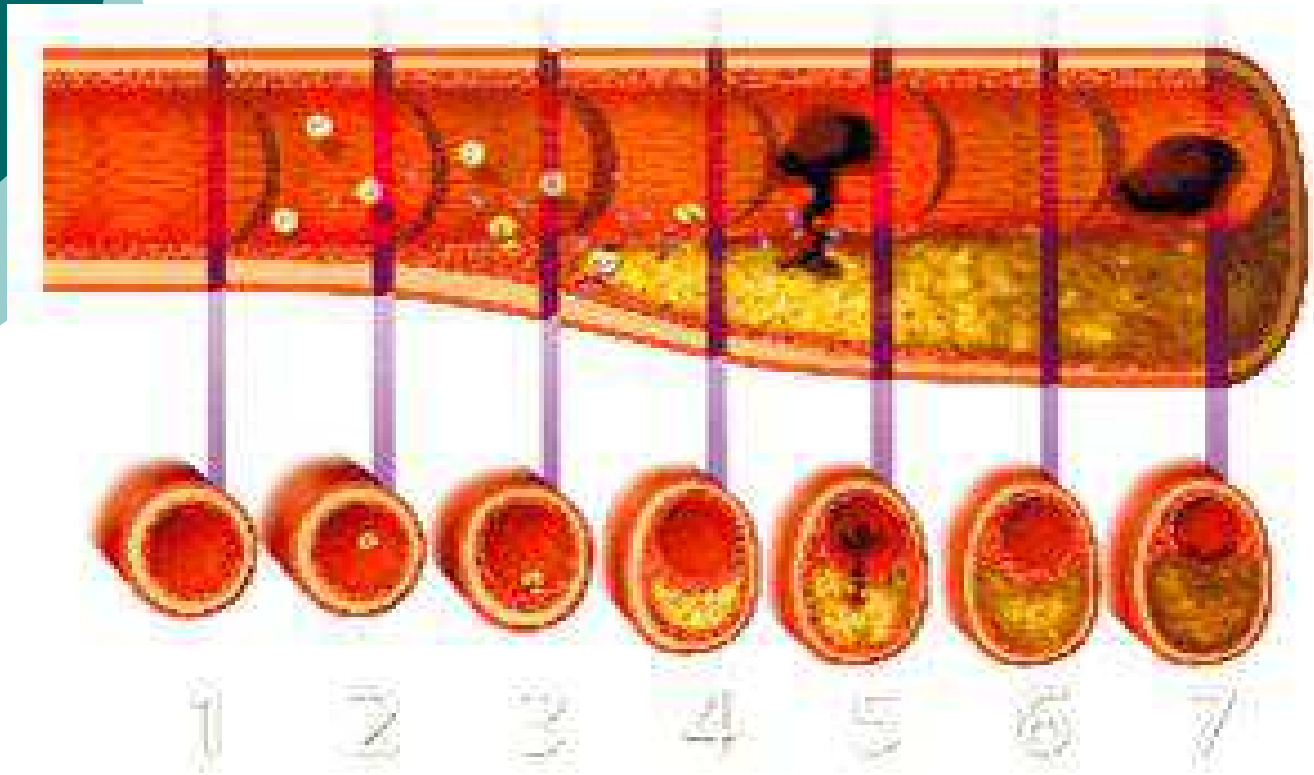
nicœur

La nicotine

- La nicotine met 7 secondes pour passer des alvéoles au cerveau :
  shoot 2 fois plus vite qu'une intra-veineuse !
  - cet effet shoot crée et entretient la dépendance
- La dopamine est en cause dans les dépendances

OFT FFC

3) Tabac et risques cardio-vasculaires
Le processus athérothrombotique

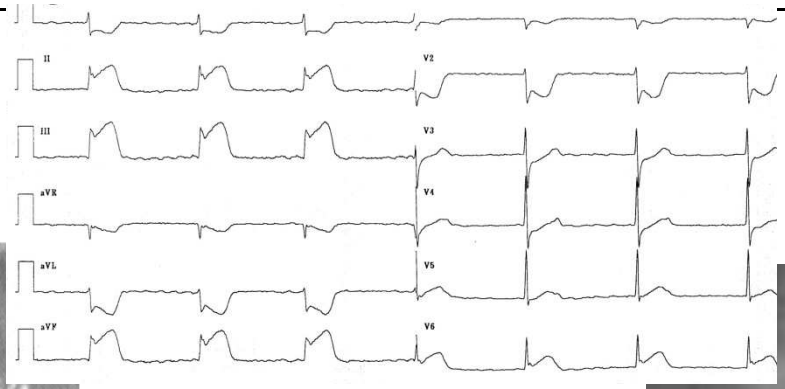


1. Normal
2. Dysfonction endothéliale
3. Strie lipidique
4. Plaque
5. Rupture de plaque
6. Cicatrisation
7. Occlusion thrombotique

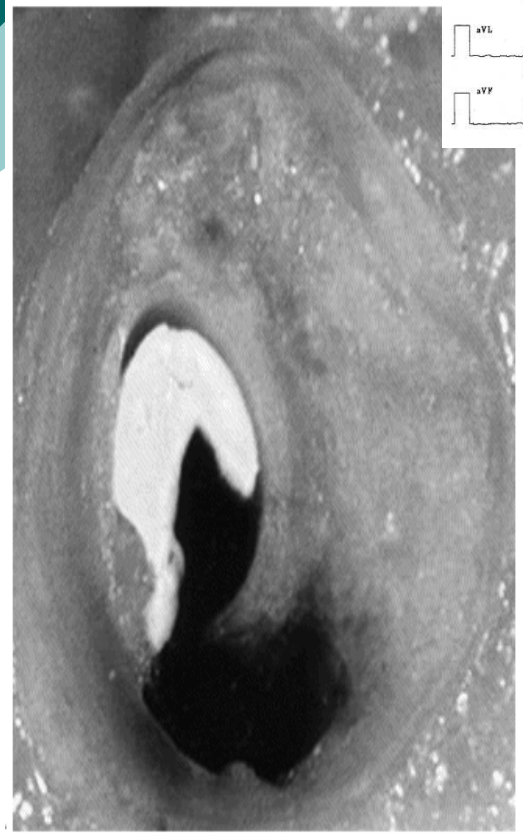
Libby P. Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes. Circulation 2001;104:365-72

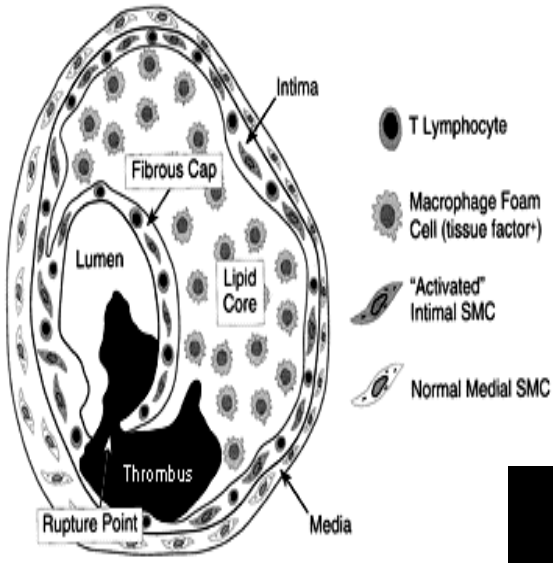
3) Tabac et risques cardio-vasculaires

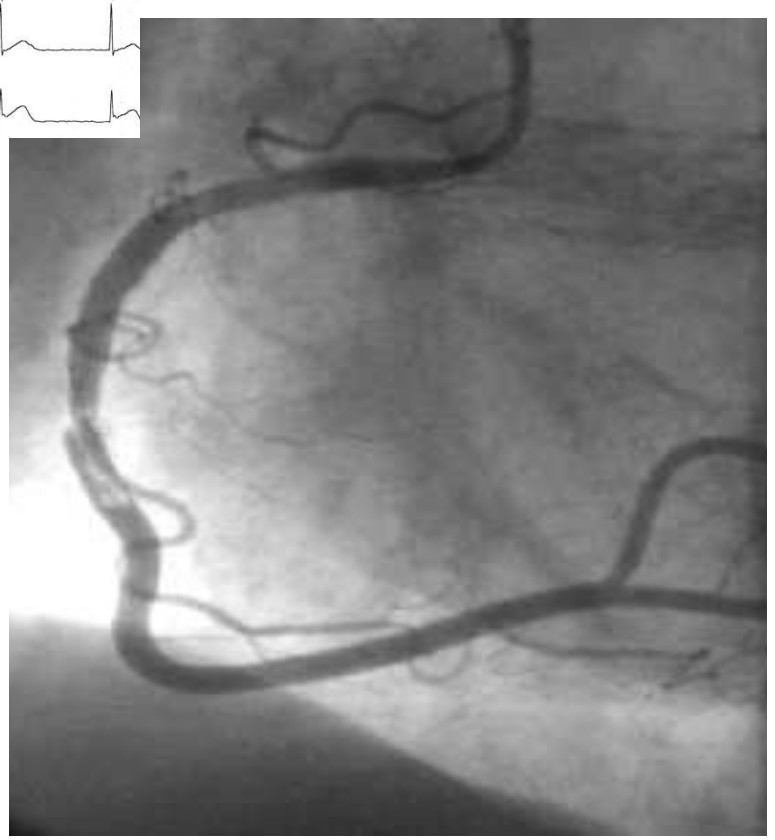
a)le cœur *tabac =FdR cardiopathie ischémique*

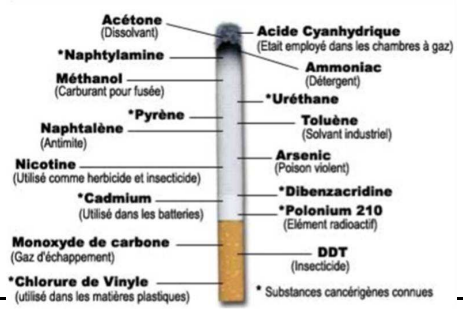


Framingham
Maladie coronaire
OR: 2









NICOTINE

MONOXYDE DE CARBONE

écholamines

Lipides

Réactions immuno allergiques

LDL

HDL

FC

PA

Hb Co

polyglobulie

leucocytose

fibrinogène

hypoxémie

ENDOTHELIUM

Endothéline

Enzyme de conversion

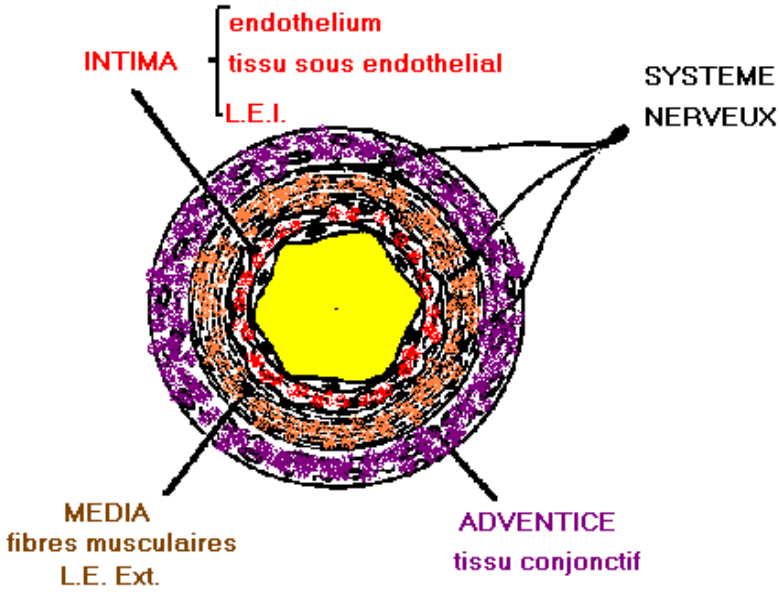
desquammation

agrégation plaquettaire

viscosité

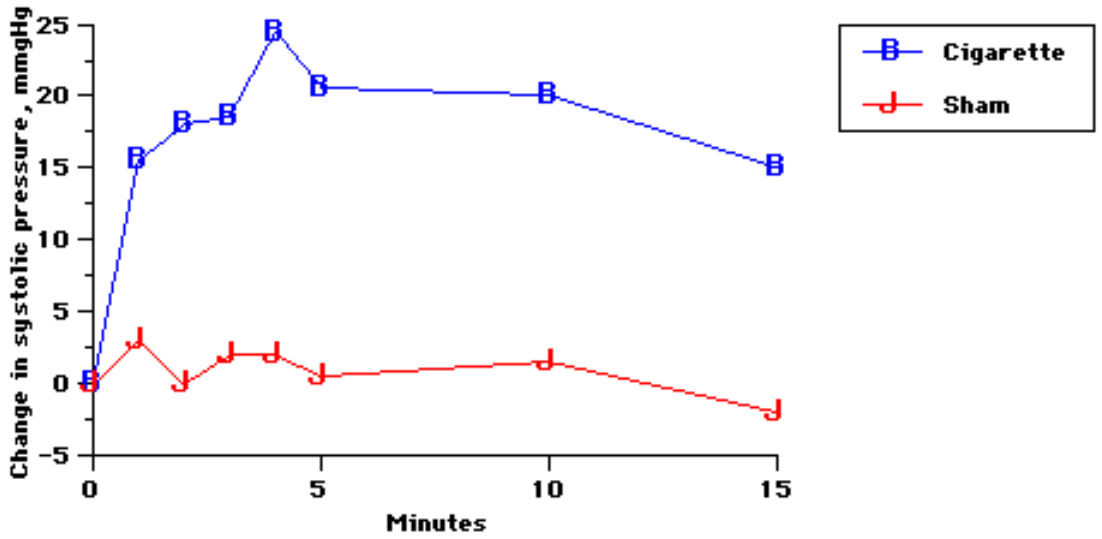
Effets cardiovasculaires

1. Dysfonction endothéliale
2. Vasoconstriction
3. Relargage de catécholamines
4. Hypercoagulabilité
5. ↑ travail cardiaque
6. ↓ saturation O2 (CO)



Effets cardiovasculaires

Effet aigu d'une cigarette sur la pression artérielle :



10 sujets normotendus, 1 cigarette toutes les 15mn pendant 1h, mesure tensionelle par Finapress

Groppelli A, Giorgi DM, Omboni S, Parati G, Mancia G. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. J Hypertens. 1992;10(5):495-9.

Tabagisme passif

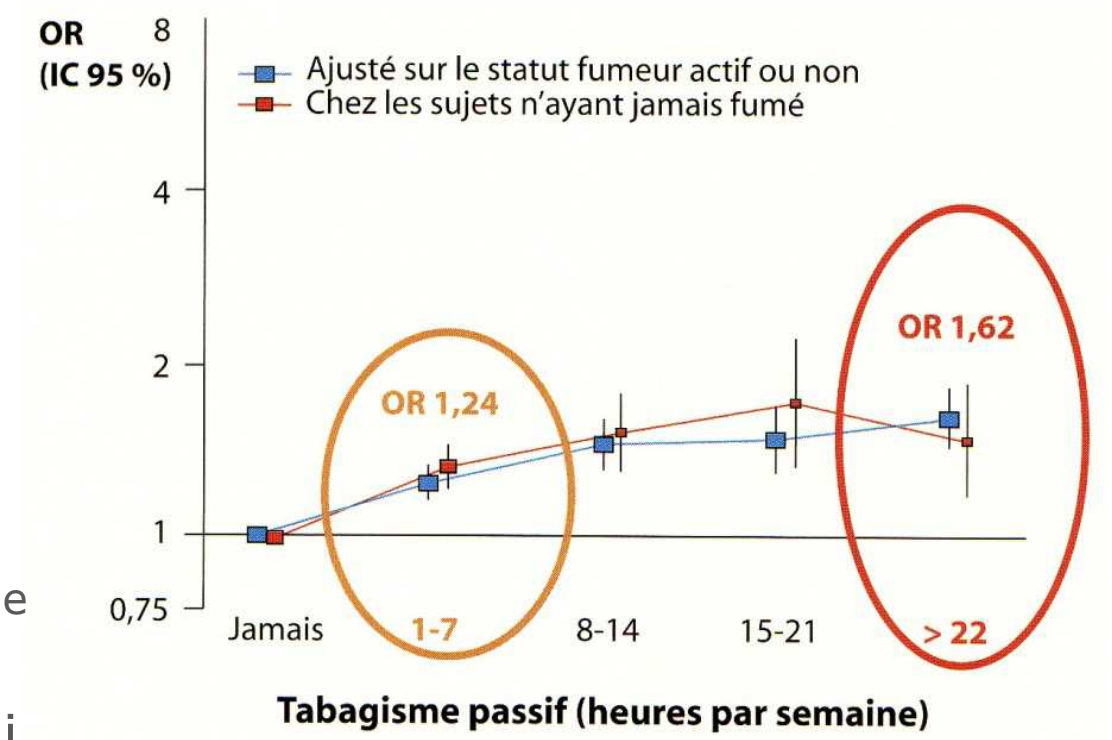
- Tabagisme passif et cœur

  Augmentation du risque

  -24% : exposition de 1 à 7 h/semaine

  -62%:exposition>22h/semaine

Risque surajouté à celui du tabagisme actif !



Risque d'infarctus du myocarde lié au tabagisme passif

Cardiologie Cardinale Oct-2008 vol.2 numéro 12.

Tabagisme passif

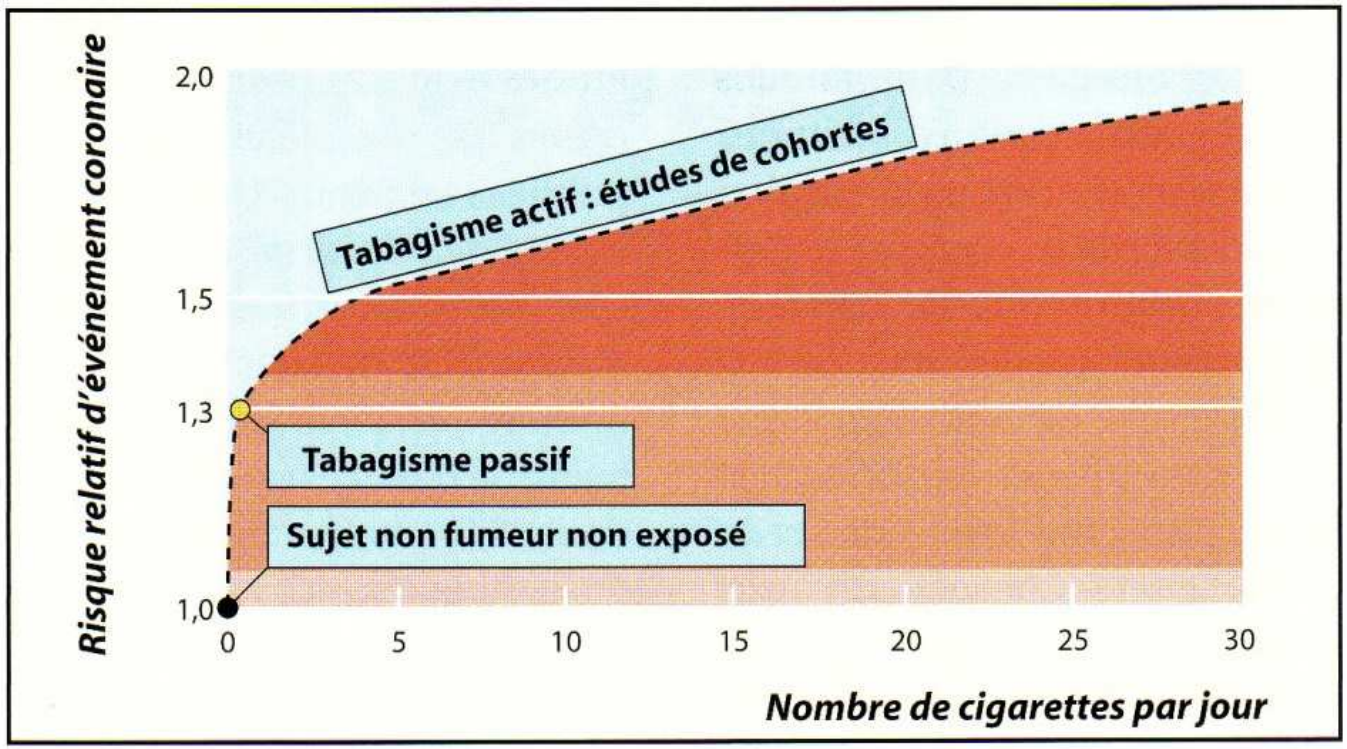


Figure 2 - Risque relatif d'événement coronaire en fonction de l'exposition tabagique. Les effets cardiovasculaires sont présents et importants pour des expositions faibles (d'après Law MR et Wald NJ. Prog Cardiovasc Dis 2003 ; 46 : 31-8).

Cardiologie Cardinale Oct-2008 vol.2 numéro 12.

Bénéfice de l'arrêt / chez le coronarien

- Réduction du risque d'évènement CV :
  - Nette : 40%
  - Rapide : 60% dès la 1ère année
- Réduction du risque relatif :
  - Résolu en 3 ans *(méta-analyse European Heart Journal 1994)*
  - ou Risque résiduel persistant à 20 ans, avec un risque d'IDM non fatal passant de 2,95 à 1,87 à 3 ans *(Interheart study 2006)*

Analyse coût/efficacité 3/4

Méta-analyse de Wilson	Vies sauvées/ 1 000 patients/an
Aspirine (antiplatelets trialists)	6
AVK (ASPECT)	4
IEC (ISIS 4)	5
IEC (SAVE,TRACE, AIRE) MECANISMES	14 - 48
Statines (4S, Lipid)	5 - 6
Réadaptation cardiaque	13
Arrêt du tabac	16
Bêta-bloquants (Yusuf)	16

Source : *Arch Intern Med*, 2000;160, avril: 939-44

b/ - Responsabilité du tabac dans les maladies vasculaires :

Tabagisme actif :

- Maladie coronarienne RR : = 2
- AVC RR = 1.5 à 2.5
- AOMI RR = 9

- **Tabagisme passif :**
  - Nocivité du courant secondaire

- **Le rôle du monoxyde de carbone**
- **Le rôle de la nicotine**

Les différentes atteintes vasculaires

AVC

- AVC ischémique et tabagisme RR = 1.5
- AVC hémorragique et tabac

- **Artériopathie des membres inférieurs**
  - Par rapport aux non fumeurs : chirurgie x 3, 6 à 11% d'amputation supplémentaire, diagnostic 10 ans plus tôt.

c) Tabac et risques métaboliques

- Tabac et diabète :

Le tabagisme actif augmente le risque relatif de diabète 2 de 40 % (poids, obésité abdominale, insulino-résistance…)

Méta-analyse *(C Willi, JAMA 2007;289 :2654-64)* de 25 études publiées sur le sujet, RR de diabète à 1,44 après ajustement sur l'hétérogénéité et les facteurs confondants.

- Tabac et cholestérol :le T diminue le HDL cholestérol:
- De 15 à 20% chez la F/NF *(Moffat)*
- Méta-analyse *(BMJ Craig*) : Cholestérol total et TG + élevés, HDL C + bas

Etude de *Gepne*r (Am Heart)

n= 1504 fumeurs qui ont arrêté. Quand arrêt du tabac prise de poids de 2 Kg

mais ont augmenté leur HDL-C sans modifier leur LDL-C. Donc effet bénéfique

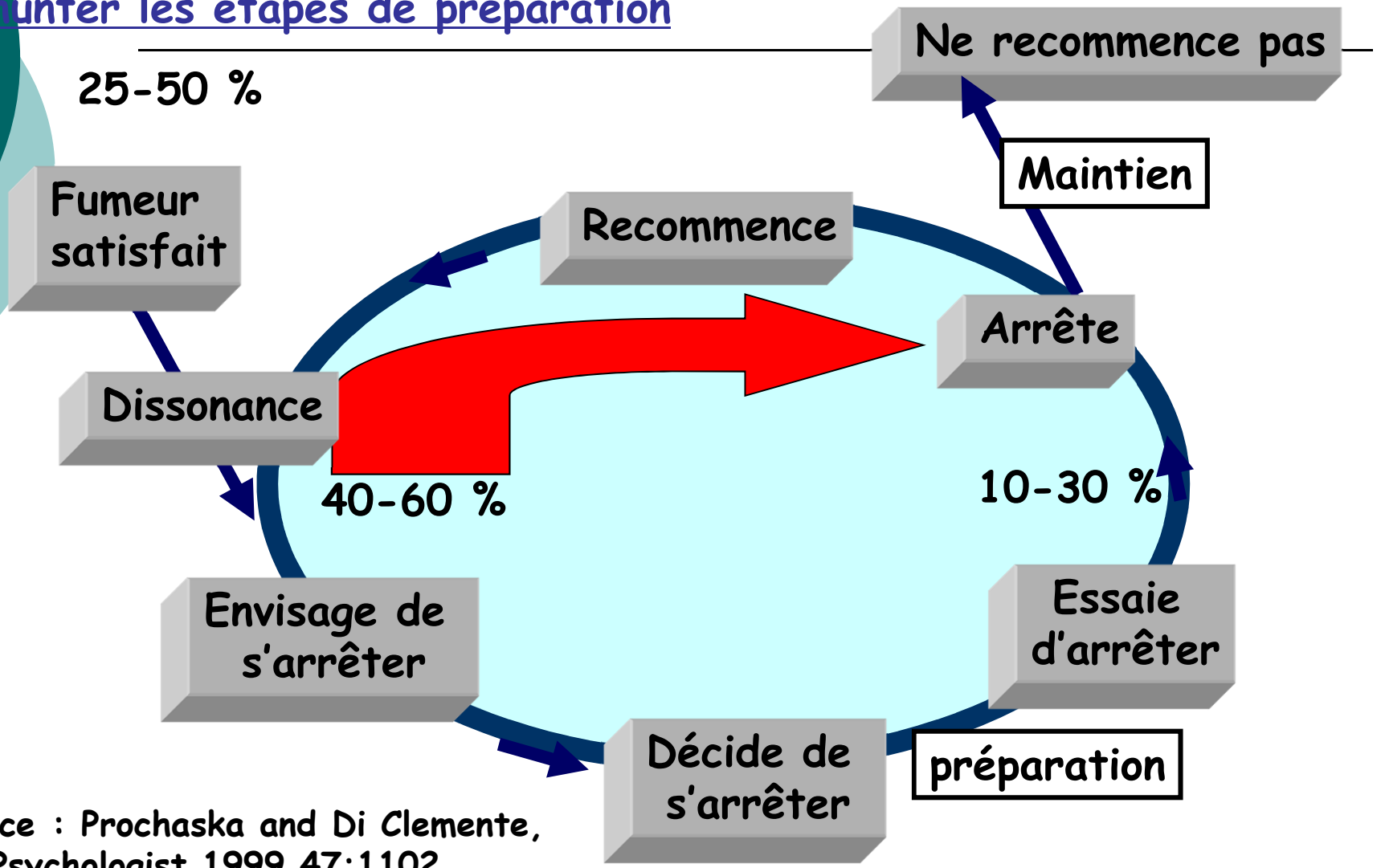
d) Tabac et HTA

- Tabagisme et HTA = FDR synergiques d'athérosclérose --> arrêt du tabac : objectif chez l'hypertendu mais absence de données formelles entre tabac et HTA permanente. (*Pankova 2015)*
- Lien entre FC et tabac mais pas l'HTA. (*Linneberg 2015 meta analyse)*
- A l'arrêt du tabac diminution de la PA et de la FC *(Minami 1999) (Mikkelsen 1997 :diminution de l'effet blouse blanche chez les fumeurs ?)*

5) Stratégie de sevrage
a) recommandations de l'HAS

- Les recommandations de la HAS d'octobre 2013 précisent que les professionnels de santé doivent donner « *un conseil d'arrêt* », à ne pas confondre avec le conseil minimal ! Il consiste à indiquer à un fumeur, prêt ou non à arrêter de fumer, qu'il est bénéfique pour sa santé d'arrêter de fumer en lui proposant des conseils et une assistance pour arrêter.

Un évènement aigu (IDM, poussée d'artérite, surinfection BPCO) oblige à shunter les étapes de préparation



Source : Prochaska and Di Clemente, Am Psychologist 1999,47:1102

COLLÈGE
J'ARRÊTE QUAND JE DEVIENS MAJEUR
J'ARRÊTE LE JOUR OÙ JE ME MARIE
MATERNITÉ
J'ARRÊTE DÈS QUE LE BÉBÉ EST NÉ
J'ARRÊTE QUAND J'AURAI CHANGÉ DE BOULOT
OFFRES D'EMPLOI
J'ARRÊTE SI C'EST GRAVE
FINALEMENT, IL A ARRÊTÉ DE FUMER QUAND IL EST MORT.
À JEAN-PASCAL
UN CLIENT FIDÈLE MORT TROP TÔT

b) Entretien motivationnel

- L'EM est une façon de guider, collaborative et centrée sur la personne qui a pour but de susciter et de renforcer la motivation au changement.

- « On se persuade mieux, pour l'ordinaire, par les raisons qu'on a soi-même trouvées, que par celles qui sont venues dans l'esprit des autres » (*Blaise Pascal-Pensées 1671)*

Adidas

Une situation fréquente en pratique

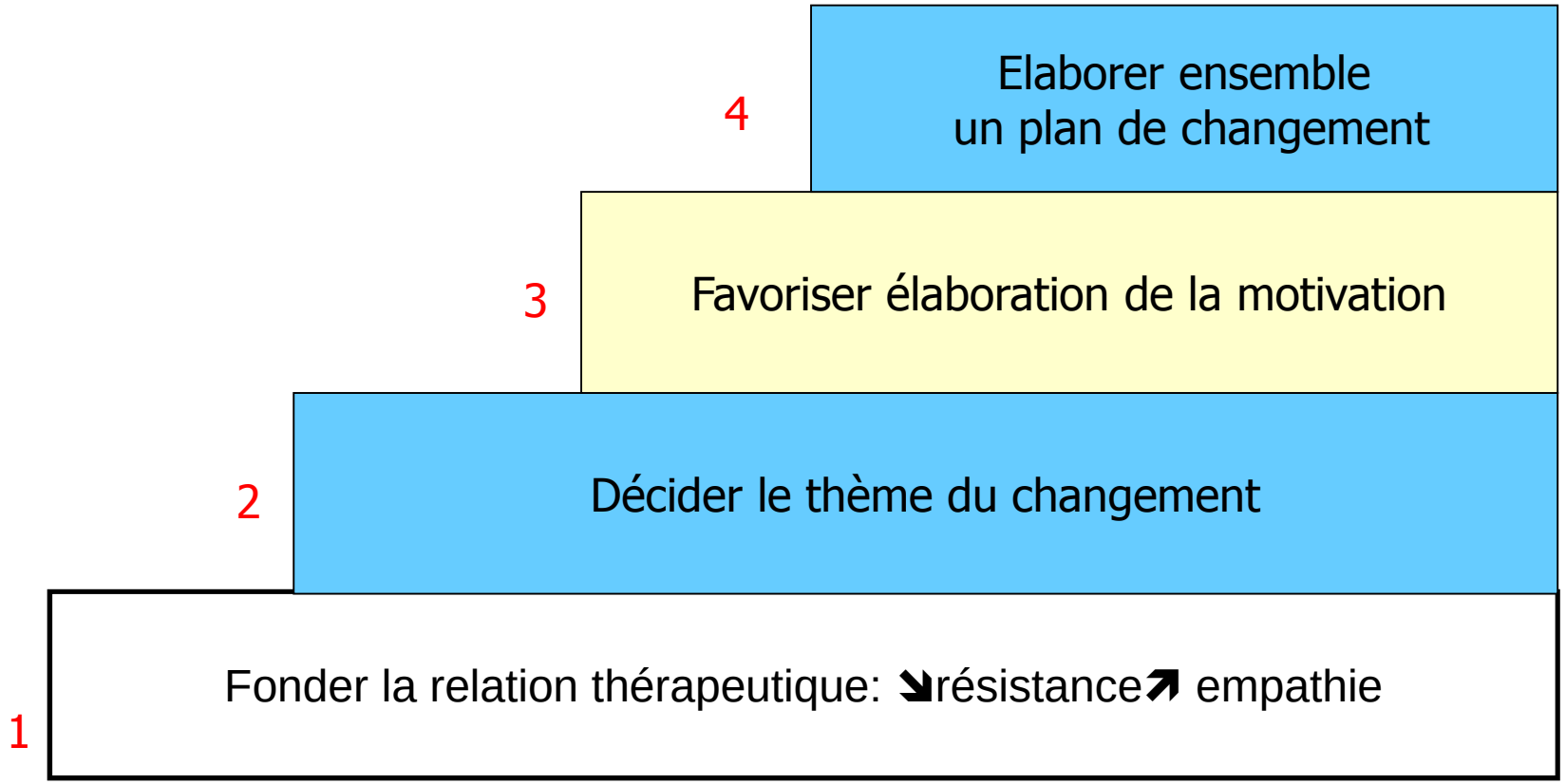
« Mais pourquoi ne veut-il pas comprendre qu'il doit changer ? »

- *Réflexe correcteur* du soignant , qui entraîne
- Tentative de persuasion
- Argumentation
- Trouver une/des solutions pour l'autre
- Menace
- … et d'autres techniques toutes aussi contre productives

- ……RESISTER AU REFLEXE CORRECTEUR !! Contreproductif

« Pour quelles raisons changerait-il ? »

4 processus de l'EM



COMMENT AIDE-T-ON QUELQU'UN A CHANGER ?

Les trois styles de communication

- - *Diriger* : prescrire, dicter, commander, éduquer (anamnèse, urgence)
- - *Guider* : aider à choisir, motiver, soutenir, aiguiller, renforcer (ambivalence pour changement)
- - *Suivre* : accompagner, laisser être, aller derrière, écouter sans diriger (moment émotionnel chargé)

- La plupart des patients ne sont pas nécessairement prêts à changer
- Les 3 ingrédients du changement :
  - - importance et besoin du changement
  - - la capacité à changer
  - - se sentir prêt à changer
- L'ambivalence est très fréquente,
- …….et normale !
- Ne pas la confondre avec la résistance : fruit d'une relation interpersonnelle, à identifier comme une sonnette d'alarme pour changer de style de communication.

Préparé par P. Berthiaume, A. Lamborelle et S. Clermont d'après Miller, W.R. & Rollnick (2012)

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Pour atteindre l'objectif de l'EM qui est de faire évoquer le discours-changement

L'esprit

Partenariat :
Rapport d'égal à égal, renforcer la collaboration

Acceptation :
Une attitude positive, empathique, qui renforce l'autonomie

Evocation:
Faire verbaliser l'autre entre autres face au changement

Compassion:
Agir de façon bienveillante
Avoir à cœur l'intérêt de l'autre

Les compétences : OuVER + DFD

Questions ouvertes
Au moins 70% des questions ouvertes

Valorisation
Donner de la valeur
Renforcer le sentiment d'auto-efficacité

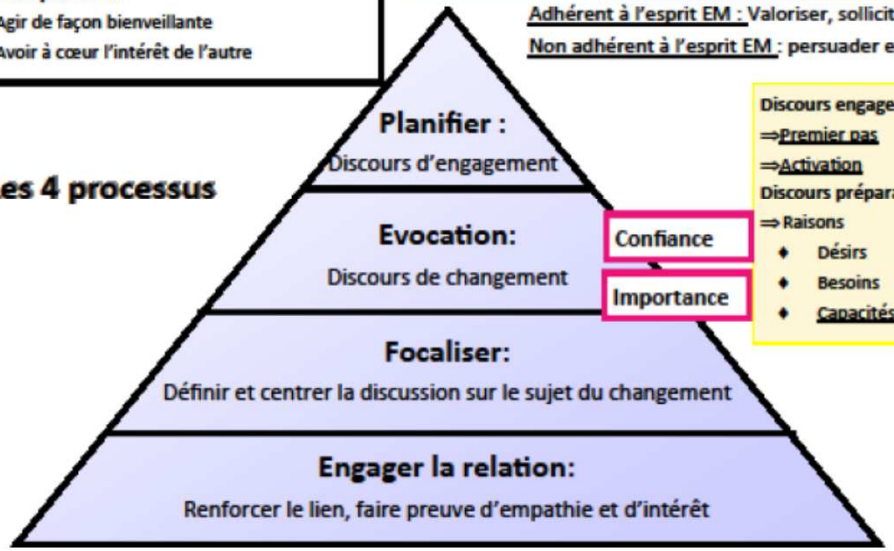
Reflet
- 2 fois + de reflets que questions
- Autant de reflets complexes que simples

Résumés
Environ aux 5 minutes

Demander Fournir Demander
- Ce qu'elle sait
- Demander la permission d'informer
- Ce qu'elle va en faire

Adhérent à l'esprit EM : Valoriser, solliciter la collaboration, renforcer l'autonomie
Non adhérent à l'esprit EM : persuader et confronter

Les 4 processus



Discours engagement :
⇒Premier pas
⇒Activation
Discours préparation
⇒ Raisons
- Désirs
- Besoins
- Capacités

4	Comment pense-t-elle s'y prendre pour rendre?
3	Qu'a-t-elle comme capacité pour s'y rendre?
3	En quoi serait-ce pertinent de se diriger vers cette réalité?
2	Que devrait-être la réallité souhaitable pour elle?
1	Quelle est la situation actuelle?

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

- 1- Etat d'esprit : empathie

  - collaboration, évocation, autonomie

- 2- Les principes

  - éviter le réflexe correcteur, explorer et comprendre les motivations, écouter, valoriser

- 3- Les outils de l'entretien motivationnel

  - OUVER : Questions Ouvertes, Valoriser Ecoute Réflective, Résumer

DES EXEMPLES DE QUESTIONS…

- Que voudriez-vous changer ?
- Pourquoi voudriez-vous changer ?
- Quelles sont vos craintes à modifier ce comportement ?
- A quel point est-il important pour vous de changer ?
- Que pensez-vous faire à présent ?
- Les échelles

INFORMER DE FAÇON MOTIVATIONNELLE
Demander (double) Fournir demander

- « Que savez-vous de ? Quel lien faites-vous entre.. votre insuffisance rénale / ou HTA , et le tabac) »?
- « Etes-vous d'accord pour qu'on en parle? »
- Brièvement répondre, informer sur le comportement ou facteurs de risque
- « Que pensez-vous de ce que je viens de vous dire ? »
- « Et qu'allez-vous faire de ces nouvelles informations ? »
- Résumer au patient ce qu'il a dit en renforçant le discours changement

Collaboration
Non jugement
Altruisme
Evocation

Ambivalence

Discours **C**hangement

Ecoute **E**mpathique
Eviter le réflexe correcteur
Explorer les motivations propres
Encourager l' espoir, l' optimisme

VALORISATION

DFD

RESUME

PLANIFICATION

EVOCATION

FOCALISATION

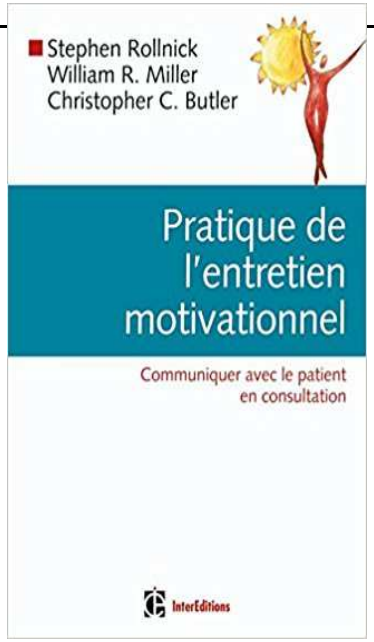
QUOI

ENGAGEMENT DANS LA RELATION

REFLETS

CHANGEMENT

Ref biblio EM & site internet



AFDEM Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel

http://www.entretienmotivationnel.org/

Vidéo EM

You Tube fréquence médicale entretien motivationnel (durée 40min)

c) le sevrage concrètement

IDENTIFIER DES COMORBIDITES

1 / DEPRESSION
- ATCD de dépression personnels et familiaux
- test HAD

2 / ANXIETE
- Anxiété état ou anxiété réactionnelle,TOC, Phobies...
- HAD

3 / TROUBLES DE LA PERSONNALITE

4 / TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

6 / TROUBLES BIPOLAIRES .

7 / Autre(s) consommation(s) addictive(s) : - Alcool , Cannabis+++, Médicaments...

Evaluer la dépendance

Test de Fagerström

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?
   - Dans les 5 minutes ☐ 3
   - 6-30 minutes ☐ 2
   - 31-60 minutes ☐ 1
   - Plus de 60 minutes ☐ 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (p.ex. cinémas, bibliothèques)
   - Oui ☐ 1
   - Non ☐ 0
3. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
   - A la première de la journée ☐ 1
   - A une autre ☐ 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
   - 10 ou moins ☐ 0
   - 11-20 ☐ 1
   - 21-30 ☐ 2
   - 31 ou plus ☐ 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
   - Oui ☐ 1
   - Non ☐ 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
   - Oui ☐ 1
   - Non ☐ 0

Interprétation

0-2 non dépendant

3-6 dépendant

7-10 très dépendant

Source : FAGERSTRÖM traduction par les traducteurs officiels de l'OMS; JF ETTER + Conférence Consensus 1998

STRATEGIES MEDICAMENTEUSES AYANT FAIT LEUR PREUVE

1 / SUBSTITUTS NICOTINIQUES

2 / BUPROPION (ZYBAN) ? Désuet

3 / VARENICLINE (CHAMPIX)agoniste partiel des récepteurs nico tiniques cérébraux

4 / TRAITEMENT COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

5 / AUTRES : place de l’e.cigarette

BENEFICES ATTENDUS DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTiON NICOTINIQUE (TSN)

Résultats à un an : 18 % Vs 10% Placebo
à 6 mois double les abstinences % placébo (OR 1,74).
Timbres + formes orales X par 2,5 les succès à 6mois.

- Traitement pharmacologique le plus évalué .
- Posologies très adaptables à chacun : auto-titration de la Nicotine .
- La durée traitement ; variable
- Tolérance excellente si bon dosage .
- Utilisable avec précautions chez la femme enceinte : sur 16h.
- Utilisable chez le cardiaque (NB)

même en suites immédiates d 'épisode aigu .

- Efficacité augmentée (scores abstinence) si association avec TCC (preuve niveau I).

TSN : A SAVOIR

Equivalences :

1 cigarette manufacturée = 1mg Nicotine

1 cigarette roulée=2 cig. Manufacturées

1 « joint » de cannabis = 3 cig. Manufacturées

1 cigarillo = 5 cig. Manufacturées

1 session de « chicha »

40 cig manufacturées)

But :

remplacer la nicotine du tabac à doses é
pour éviter le manque. Possible d'associer
plusieurs patchs

NB : on peut fumer sous patchs !

SUBSTITUTION NICOTINIQUE : OBJECTIFS

- Sevrage confortable : bien compenser le manque et éviter le surdosage
- Les signes du manque : nervosité, irritabilité, colère, difficultés d'endormissement, puis ↗ de l'appétit, anxiété, constipation, tendance dépressive.
- Les signes de surdosage : nausées, céphalées, +/- diarrhées, tachycardie, mauvais sommeil.

- SURDOSAGE EN PRATIQUE EXCEPTIONNEL
- Il est possible de fumer sous patchs.

TSN et patients coronariens

- Etude délivrance TSN *(Dansou SP 2015): 25% des pharmaciens (133 officines) : pas de délivrance aux coronariens.*
- *Sécurité connue. Pas d'effets sympathomimétiques , pas d'effets délètères en USI (Gillies Intensive Care Med.2012)*
- *Pas de corrélation TSN et risque accru d'IDM en pop générale (Kimmel J AMColl Cardiol 2001)*
- *Même avec 3 patchs de 21mg/24h , absence effets sur PA et FC (Zevin Clin Pharmacol Ther.1998)*
- *Gomme Nicotinique de 4mg : absence de réponse vasomotrice coronaire (Nitenberg J cardiovasc Pharmacol. 1999)*

CONCLUSION

Le traitement de la dépendance tabagique passe par une intégration de mécanismes plurifactoriels .

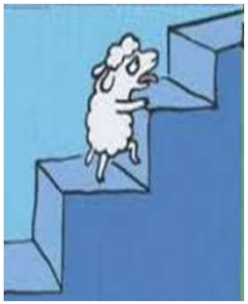
L ’avenir du sevrage tabagique est sûrement dans :

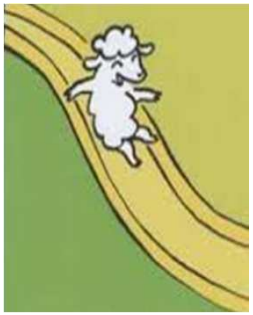
- un repérage systématique du statut du patient / produits inhalés
- un accompagnement organisé et pluridisciplinaire
- gradué selon le patient .
- d’abord motivationnel, psycho-comportemental .
- avec un recours aux associations médicamenteuses.

- ...dans lequel chaque professionnel de santé tient sa place .

En pratique clinique le tabac est rarement le seul FDR cardio-vasculaire.
La maladie n’est pas une motivation d’arrêter de fumer, elle en constitue une raison.
Il est important de proposer de l’aide au fumeur, car la nicotine est une drogue ..très dure ! Savoir communiquer de manière motivationnelle fait la différence

Engager le client/patient





Nous ne sommes pas responsables du changement des autres.
Nous avons le devoir de les rendre responsables de leur propre changement.

C'est fini !
Merci de votre attention