



## Prise en charge du tabagisme chez les patients à haut risque

### Argumentaire

#### RAPPEL SUR L'AUDIT MEDICAL

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients. Il s'agit d'une démarche volontaire réalisée dans le respect du secret médical et l'anonymat des participants.

#### Deux étapes se succèdent :

- 1) **La préparation** : Un groupe de médecins choisit un thème de travail, recherche l'existence de références auxquelles il adhère. Il conçoit le protocole de recueil de données.
- 2) **La réalisation** : Le recueil de données est effectué par les médecins qui le souhaitent, appartenant ou non au groupe de préparation. L'analyse de ce premier recueil permet d'apporter une réponse à la question que posait le travail d'évaluation : la pratique est-elle en accord avec le référentiel ?  
Sinon, quel est l'écart entre les données recueillies et l'objectif souhaité ?  
Si le niveau souhaité n'est pas atteint, les membres du groupe vont tenter d'analyser les raisons de cet écart, puis de déterminer le type d'action à mener pour modifier les pratiques.  
Puis une nouvelle enquête de pratique est réalisée après un certain délai, afin de vérifier la progression des participants.

#### ARGUMENTAIRE

Le tabac est en cause dans la survenue d'un tiers des cancers, toutes localisations confondues et son poids est considérable dans la morbidité pulmonaire et cardio-vasculaire. [1] La consommation de tabac est, dans notre pays, un problème de santé publique prioritaire dont le médecin doit être l'acteur principal. C'est un des plus grands générateurs de pathologies, pouvant toucher tous les organes mais il représente, également, un sur risque important chez un grand nombre de patients, potentialisant, de façon non négligeable chaque comorbidité, et, entre autres, les facteurs de risques cardiovasculaires dont il majore les effets.

#### 1. Tabac et maladie cardiovasculaire

Qu'elle soit primaire ou secondaire, la prévention est primordiale dans la prise en charge cardiovasculaire de nos patients. Basée sur des mesures simples qui ont fait la preuve de leur efficacité, elle comporte toujours la modification des comportements et du style de vie (sevrage tabagique, activité physique régulière, règles diététiques) et parfois des traitements médicamenteux. [2]

L'impact du sevrage tabagique en prévention secondaire est réel ; la poursuite du tabagisme après l'apparition de la maladie aggrave fortement le pronostic : dans le cas de la maladie coronarienne le risque de décès ou la nécessité d'une ré-intervention après pontage sont multipliés par un facteur 1,5 à 2,5 [3]. Au contraire, l'arrêt de l'intoxication diminue de façon importante (- 50% environ) le risque de récurrence d'infarctus ou de décès [4] dès la première année, pour rejoindre en quelques années un risque comparable à celui des non fumeurs.

Par ailleurs, en prévention primaire, 2 à 3 ans après le sevrage, le risque coronarien ne diffère plus significativement (ou très modérément) de celui des non fumeurs.

De plus, le patient coronarien est un patient poly-vasculaire et le sevrage serait donc un bénéfice pour toutes les autres atteintes : anévrisme abdominal, artériopathie des membres inférieurs, accident vasculaire cérébrale, ...

#### 2. Tabac et grossesse

Les femmes enceintes sont une population également très concernée par le risque délétère du tabac, qui, en plus de nuire à leur santé, met en jeu celle de leur enfant, les exposant à la survenue de complications lourdes de conséquence : avortements spontanés, grossesse extra utérine, anomalie du déroulement de la grossesse avec, à l'extrême, la mort fœtale in utero.

Le lien de causalité, avec une relation dose-effet de la consommation, a été établi et les études ont également montré la réversibilité des effets à l'arrêt de l'intoxication [5].

Un grand nombre de femmes ont de grandes difficultés pour se sevrer pendant leur grossesse et pour rester non fumeuses après l'accouchement. Pour ces femmes, des interventions d'aide à l'arrêt du tabac, avant, pendant et après l'accouchement augmentent le taux de sevrage et réduisent ainsi le risque fœtal et infantile.

### 3. Tabac et contraception œstro-progestative

L'association d'une contraception **œstrogène -progestative** au tabac chez les patientes de plus de 35 ans reste encore trop fréquente. La patiente n'est pas toujours informée des risques encourus au moment de l'initiation du traitement, et, l'est encore moins lors du renouvellement. Néanmoins, il s'agit d'une contre-indication [6]. L'association tabac et **œstro-progestatif** perturbe les mécanismes d'hémostase, au profit de la coagulation, faisant le lit de la maladie thromboembolique (thrombophlébite cérébrale, phlébite des membres inférieurs, embolie pulmonaire).

### 4. Tabagisme et pathologie respiratoire

Le tabagisme est la première cause de BPCO dans le monde avec une imputabilité dans 90 % des cas. Arrêter de fumer est pour ces patients le seul traitement efficace qui permettra, rapidement, d'endiguer la dégradation de leur fonction respiratoire. [7]

### 5. Tabagisme et cancers

Enfin, le tabagisme est responsable d'environ 9 cancers du poumon sur 10. Si le risque de mourir d'un cancer bronchique est de 1 chez un non-fumeur, le risque peut être multiplié par 56 chez un gros fumeur, mais, peut être également normalisé après 15 ans d'arrêt [8].

Par ailleurs, chez les patients atteints de cancer broncho-pulmonaire, la poursuite du tabagisme multiplie par 2,94 le risque de décès toute cause confondue. Il en est de même pour le risque de récurrence qui se retrouve multiplié par 1,86. Ainsi, la survie à 5 ans varie du simple au double : 30% pour ceux qui ont poursuivi leur intoxication à 63% pour ceux qui l'ont arrêtée [9].

## JUSTIFICATION DE L'AUDIT

L'arrêt du tabac réduit la mortalité et la morbidité de l'ensemble des maladies liées au tabac [1] et réduit le risque des complications de pathologies pré-existantes.

La prévalence du tabagisme dans ces populations particulièrement vulnérables reste élevée :

Pathologie coronaire : la prévalence du tabagisme, en France, 6 mois après un infarctus, un SCA, un pontage ou une angioplastie reste stable à 25%, lors des études EUROASPIRE 1, 2 et 3 (respectivement 1996, 2000 et 2007) [10], confirmant une insuffisance de prévention cardiovasculaire secondaire.

Diabète : entre 15 % à 28 % de tabagiques selon les études [11].

Grossesse : 19,5% des femmes fument durant leur grossesse [5].

Le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il envisage la possibilité de s'arrêter de fumer. Ce conseil minimal est efficace en médecine générale, en termes de santé publique [12].

Il est donc impératif de savoir si les patients, dont le tabagisme est particulièrement délétère pour leur santé sont fumeurs ou non fumeurs ; s'ils sont fumeurs, il faut connaître leur motivation, et savoir si un sevrage a été proposé et tenté.

## REFERENCES

- [1] Conférence de consensus : arrêt de la consommation de tabac. Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris. 8 et 9 octobre 1998. Publications ANAES 1998.
- [2] Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global. Juin 2004. Service Evaluation en Santé Publique. ANAES 2004.
- [3] Voors AA, van Brussel BL, Plokker HW, Ernst SM, Ernst NM, Koomen EM, et al. Smoking and cardiac events after venous coronary bypass surgery. A 15-year follow-up study. *Circulation*. 1996;93:42-7.
- [4] Aberg A, Bergstrand R, Johansson S et al. Cessation of smoking after myocardial infarction. Effects on mortality after 10 years. *British Heart Journal*. 1983;49:416-22 .
- [5] Conférence de consensus : Grossesse et tabac. Lille (Grand Palais). 7 et 8 Octobre 2004. Texte de recommandation ANAES 2004.
- [6] Recommandations pour la pratique clinique : Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004. Recommandation de l'ANAES 2004
- [7] Bronchopneumopathie obstructive : Arrêter le tabac pour ralentir l'aggravation. *La revue Prescrire*. 2004 ; 24 (247) : 118-128.
- [8] Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*. 2004;328:1519-1527.
- [9] Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. janvier 2010. 21;340:b5569.
- [10] Kotseva K, Wood D et al. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*. 2009 Mar 14;373(9667):929-40.
- [11] Recommandations professionnelles : Traitements médicamenteux du diabète type 2. Novembre 2006. Recommandation de bonne pratique HAS 2006.
- [12] Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac – recommandations. 28 Mai 2003. AFSSAPS 2003.