



### Discussion

Des estimations plus récentes sont disponibles pour la mortalité attribuable au tabac en France [50]<sup>1</sup>. Elles sont de 65 000 décès en 2005, dont 55 000 chez les hommes et 10 000 chez les femmes, et de 65 000 en 2008 dont 53 000 chez les hommes et 12 000 chez les femmes. Dans cette étude, les risques relatifs tirés de la seconde enquête de l'American Cancer Society ont été considérés comme surestimés car il n'était pas tenu compte des facteurs de confusion potentiels ; les auteurs ont donc systématiquement divisé par deux les excès de risque encourus par les fumeurs comparés aux non-fumeurs pour chacune des causes autres que le cancer du poumon.

Thun *et al.* [64], sur la base des mêmes données de la seconde enquête de l'American Cancer Society, ont estimé des risques relatifs ajustés prenant en compte divers facteurs de confusion potentiels, caractéristiques démographiques et comportementales. Ce sont ces risques ajustés qui ont été utilisés ici. On obtient ainsi, pour 2004, une estimation de mortalité nettement supérieure à celle de 2005.

Pour estimer les conséquences du tabagisme sur la morbidité en France, il faudrait des données nationales

sur la fréquence des maladies dont le risque est augmenté par le tabac, comme les cancers et les maladies cardio-vasculaires et respiratoires. Malheureusement, en dehors des cancers dont la fréquence est mesurée dans un certain nombre de départements, ces données ne sont pas enregistrées en France.

Le bilan qui vient d'être présenté souligne l'importance de l'urgence des actions à entreprendre : aider les fumeurs à arrêter de fumer et empêcher les adolescents d'entrer dans le tabagisme. Ces actions étaient inscrites dans le Plan cancer 2003-2007, avec comme objectif une diminution du tabagisme de 30 % chez les jeunes et de 20 % chez les adultes. Le tabagisme a diminué de presque 30 % entre 2000 et 2004, étant passé de 4,6 à 3,2 grammes de tabac par adulte et par jour, cet objectif a donc été atteint. Malheureusement, depuis 2004, la consommation n'a pas baissé du tout, et dans un avenir très proche la mortalité par cancer bronchique dans la population féminine atteindra le niveau de la mortalité par cancer du sein. 🌐

1. <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/C4080.pdf>

## Bénéfices cardio-vasculaires du sevrage tabagique : conséquences sur la santé publique

**Daniel Thomas**

Institut de cardiologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière ; université Pierre et Marie Curie

Le tabagisme étant un facteur environnemental théoriquement « évitable », les bénéfices cardio-vasculaires pouvant être attendus du sevrage tabagique dans une population donnée dépendent directement de la prévalence du tabagisme et de son impact sur la mortalité et la morbidité cardio-vasculaires dans cette population. Cet impact est sous-estimé, y compris par le corps médical et les décideurs dans le domaine de la santé publique.

Pour aborder les bénéfices cardio-vasculaires du sevrage tabagique il faut rappeler :

- l'importance du risque cardio-vasculaire lié au tabagisme ;
- le potentiel de réversibilité rapide des mécanismes en cause.

L'importance des bénéfices et l'excellent rapport coût/efficacité du sevrage tabagique sont directement liés à ces deux éléments. Ces bénéfices ne peuvent cependant être obtenus sans une optimisation de la prise en charge de ce facteur dans les priorités de santé publique.

### Un risque cardio-vasculaire majeur, parfaitement documenté

Le tabagisme est un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire et représente la plus importante cause

de mortalité cardio-vasculaire évitable. Présent dans plus de 80 % des cas d'infarctus du myocarde avant 45 ans, chez les hommes comme chez les femmes, il en est le facteur essentiel et souvent isolé chez les sujets jeunes.

L'étude Interheart [60] a confirmé que ce risque est proportionnel à la consommation, avec en moyenne un Odd-ratio de 2,95 (IC<sup>1</sup> 95 % : 2,77- 3,14) par rapport à un non-fumeur, sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans risque significatif. Il est présent quel que soit le type de tabagisme (cigarettes avec ou sans filtre, pipe, cigare, narguilé...). La part attribuable au tabagisme dans la survenue d'un infarctus est globalement évaluée à 37,6 % (IC 95 % : 35,9-39,4) et est d'autant plus importante que les sujets sont jeunes. Ce risque concerne également le tabagisme passif, avec une augmentation du risque relatif de décès par maladie cardio-vasculaire entre 20 et 30 %.

Le tabagisme joue aussi un rôle majeur dans l'apparition et l'évolution de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et de l'anévrisme de l'aorte abdominale. Enfin, il existe une corrélation entre tabagisme et risque d'accident vasculaire cérébral, l'étude Inters-troke évaluant la part attribuable au tabagisme dans la

1. Indice de confiance.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

survenue d'un accident vasculaire cérébral à 18,9 % (IC 95 % : 15,3-23,1).

### Des mécanismes, dominés par la thrombose et le spasme, rapidement réversibles [1]

Le tabagisme augmente l'agrégabilité plaquettaire, le taux de fibrinogène et altère la vasomotricité artérielle endothélium dépendante, éléments favorisant le spasme et la thrombose. Il est aussi associé à une baisse du HDL-cholestérol et à une augmentation des marqueurs de l'inflammation. Enfin, il potentialise l'automatisme cellulaire cardiaque, diminuant le seuil de fibrillation ventriculaire. Ainsi, certains de ces mécanismes contribuent à la formation des plaques d'athérosclérose, hypothéquant le long terme, tandis que d'autres sont responsables d'accidents vasculaires aigus souvent très précoces, sur des artères dont les parois sont peu altérées. Tous ces mécanismes sont activés pour des niveaux très faibles d'exposition, y compris le tabagisme passif.

Les bénéfices liés au sevrage tabagique peuvent être observés dans des délais très courts, la réversibilité des mécanismes, en particulier de la dysfonction plaquettaire, étant extrêmement rapide.

### Des bénéfices du sevrage à la hauteur des risques et de la réversibilité rapide des mécanismes responsables des accidents

Le sevrage tabagique peut très rapidement apporter une protection efficace et importante, et présente le meilleur rapport coût/efficacité parmi les mesures de prévention cardio-vasculaire.

#### En prévention primaire

L'impact global de santé publique du sevrage tabagique est très important en prévention primaire. Dans une évaluation réalisée entre 1981 et 2001 en Angleterre et au pays de Galles, le sevrage tabagique a été la mesure ayant évité le plus grand nombre de décès (5 fois plus que le traitement de l'hypercholestérolémie et 3 fois plus que le traitement de l'hypertension artérielle) (figure 1). Dans une analyse plus récente, concernant un suivi de vingt-cinq ans d'une cohorte de 7 735 hommes britanniques, la British Regional Heart Study a analysé l'évolution de l'incidence des infarctus du myocarde en fonction de celle des facteurs de risque cardio-vasculaire. Durant cette période, l'incidence des infarctus du myocarde, ajustée sur l'âge, a diminué de 3,8 % par an, ce qui correspond à une diminution de 62 % sur les vingt-cinq années de suivi. La diminution du tabagisme explique la plus grande part de cette évolution (23 %), suivie par les modifications de la pression artérielle (13 %), du HDL-cholestérol (12 %) et du cholestérol non-HDL (10 %) [27].

Un arrêt le plus précoce possible est un objectif essentiel car il permet d'éviter les accidents cardio-vasculaires chez les sujets les plus jeunes. Dans l'étude des médecins britanniques, les sujets ayant arrêté de

fumer entre 35 et 44 ans avaient la même espérance de vie que des sujets du même âge n'ayant jamais fumé. Ceux ayant arrêté de fumer entre 55 et 64 ans avaient une espérance de vie augmentée, mais elle ne rejoignait pas celle des sujets du même âge n'ayant jamais fumé. Le bénéfice est d'autant plus important que le sevrage intervient précocement.

Le sevrage tabagique est aussi un élément déterminant du contrôle des symptômes et de l'évolution des lésions et complications de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et de la prévention des accidents vasculaires cérébraux.

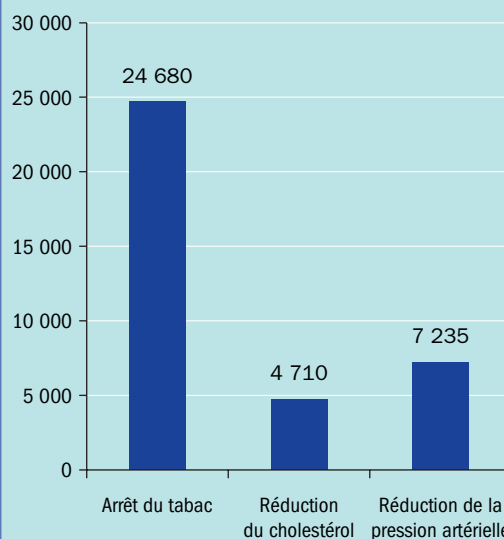
Le sevrage tabagique a le meilleur rapport coût/efficacité parmi l'ensemble des mesures de prévention primaire. C'est une mesure de prévention ayant des coûts directs modestes et limités dans le temps, et la seule qui sur la durée permet de faire des économies substantielles.

#### En prévention secondaire

Les bénéfices du sevrage tabagique sont confirmés à tous les stades de la maladie coronaire, avec une réduction de mortalité totale de 36 % et de risque d'infarctus de 32 % chez des patients coronariens sevrés [14]. Chez les patients ayant bénéficié d'un pontage coronaire, la persistance du tabagisme augmente de façon importante

figure 1

### Estimation de la réduction de la mortalité coronaire en Angleterre et au pays de Galles, entre 1981 et 2000, attribuable aux traitements des différents facteurs de risque en prévention primaire



Ces résultats ont été obtenus parallèlement à une réduction de 35 % du tabagisme, de 4,2 % de la cholestérolémie et de 7,7 % de la pression artérielle dans l'ensemble de la population

Source : d'après Unal B et al. *BMJ* 2005; 331; 614-9).



## Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité

le risque d'infarctus du myocarde et de réintervention, alors que le sevrage ramène pratiquement ce risque au niveau de celui des non-fumeurs. Les patients ayant bénéficié d'une angioplastie coronaire et qui restent fumeurs ont un risque augmenté d'infarctus et de décès. Il n'y a pas de démarches médicales ou chirurgicales qui puissent donner un bénéfice aussi rapide et aussi important dans le cadre de la prévention secondaire et avec le meilleur rapport coût/efficacité. Chez des patients en prévention secondaire, recevant par ailleurs le traitement médical optimal actuel, il suffit de traiter 22 patients pour éviter un événement cardio-vasculaire majeur dans les cinq ans [37].

### Implications en termes de santé publique

Facteur de risque comportemental, doublé d'une forte dépendance, rendant sa prise en charge souvent difficile, le tabagisme représente un défi essentiel de prévention pour l'ensemble des acteurs de santé.

Les bénéfices cardio-vasculaires attendus du sevrage tabagique sont majeurs et une meilleure maîtrise de ce facteur de risque permettrait de les optimiser, avec comme résultats :

- en prévention primaire, d'éviter les accidents cardio-vasculaires les plus précoces ;
- en prévention secondaire, de réduire de moitié les événements cardio-vasculaires.

Dans tous les cas, la précocité du sevrage est un élément clé du bénéfice escompté.

L'ensemble de ces données doit faire considérer le tabagisme comme une affection majeure, curable et pour laquelle devraient être prises des mesures de santé publique d'ampleur et prioritaires. Il est temps que le tabagisme fasse l'objet d'un même niveau de prise en charge que les autres « facteurs de risque » cardio-vasculaires (hypertension artérielle, hypercholestérolémie ou diabète). En particulier, les fumeurs avec comorbidité médicale devraient bénéficier d'une prise en charge de leur tabagisme jusqu'à leur abstinence complète et définitive. Cela impliquerait, au minimum, la prise en charge à 100 % du sevrage tabagique et de son suivi chez les patients concernés par les 17 ALD pour lesquelles la Haute Autorité de santé recommande expressément l'arrêt du tabac dans le parcours de soin, sans paradoxalement en assurer pour le moment une pleine prise en charge. 🌐

## Quel est le bénéfice de la soustraction au tabagisme passif ?

L'impact sur la santé du tabagisme passif explique l'évolution actuelle des mesures législatives adoptées dans de nombreux pays, dont la France, interdisant de fumer dans les lieux publics. Il est démontré que ce type de mesures peut avoir un effet très rapide sur l'incidence des infarctus du myocarde. La méta-analyse la plus récente montre une baisse du nombre d'admissions pour infarctus du myocarde de l'ordre de 10 % [41]. En France, il n'a pas été mis en évidence d'effet cardio-vasculaire significatif pouvant être rapporté

à cette mesure [61]. Cela est certainement lié au fait que, contrairement à ce qui s'est passé dans les autres pays, la loi Évin avait notablement restreint la possibilité de fumer dans les lieux publics depuis le début des années 90 et avait ainsi déjà largement contribué à soustraire la majorité des non-fumeurs à l'exposition au tabagisme passif. Cette mesure de santé publique, plébiscitée par la population et effectivement respectée, ne peut avoir globalement que des effets positifs, y compris autres que cardio-vasculaires. Elle

doit à présent encourager à limiter et à éliminer aussi à terme le tabagisme passif au domicile, qui reste la source d'exposition la plus importante pour les non-fumeurs (conjoints et enfants). Le tabagisme passif doit être considéré comme un véritable facteur de risque. Il convient en particulier de vérifier que les patients coronariens ne sont pas soumis à un tabagisme passif dans leur environnement immédiat, en l'occurrence familial, et de leur conseiller de s'y soustraire effectivement. 🌐