

UNIVERSITE PARIS XII – VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2001

N°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

DOCTEUR EN MEDECINE
(Discipline : médecine générale)

Présentée et soutenue publiquement le

A la faculté de Médecine générale de Créteil (PARIS XII)

Par Fabrice KUHN

Né le 03 Décembre 1972 à Nogent sur Marne

TITRE : SEVRAGE TABAGIQUE DANS LES CARDIOPATHIES
CORONARIENNES ET ARTERIOPATHIES : RESULTATS A
6 MOIS APRES HOSPITALISATION EN READAPTATION
CARDIAQUE.

PRESIDENT DE THESE :
Professeur P. JOUANOT

Le Conservateur de la
Bibliothèque Universitaire :

DIRECTEUR DE THESE :
Docteur J. PERENNEC

Tous mes remerciements à ceux qui m'ont aidé pour la réalisation de cette thèse et à ceux qui m'ont appris tant de choses lors de mes études

- **Le Pr. P. JOUANNOT pour avoir présidé cette thèse**
- **Le Dr. J .PERENNEC pour avoir dirigé cette thèse**
- **Le Dr. S. BASTUJI-GARIN pour son aide en statistiques**
- **Le Pr. G. LAGRUE pour son aide en tabacologie**
- **Le Dr. G. KAWKA pour m'avoir initié à la médecine générale**
- **L'équipe du service de réadaptation cardiaque de l'hôpital A. CHENEVIER à CRETEIL**
- **Toutes les équipes médicales et paramédicales avec lesquelles j'ai progressé**

TABLE DES MATIERES

1-INTRODUCTION

2-HISTORIQUE

3-PHYSIOPATHOLOGIE

3-1-Epidémiologie

3-2-Mécanisme de toxicité cardio-vasculaire du tabac

3-2-1-Athérome

3-2-2-Toxicité directe du tabac

3-3-Intérêt de l'arrêt du tabac

3-4-Dépendance au tabac

3-4-1-Pharmacologie de la nicotine

3-4-2-Dépendance physique

3-4-3-Dépendance psychique

3-4-4-Evaluation de la dépendance

3-4-5-Evolution naturelle du fumeur

3-5-Lutte contre le tabagisme

3-6-Rôle de la réadaptation cardiaque

4-MATERIEL ET METHODE

5-RESULTATS

5-1-Analyse de la population

5-2-Evolution de la population

5-3-Caractéristiques de l'évolution

5-3-1-Evolution selon l'âge

5-3-2-Evolution selon le sexe

5-3-3-Evolution selon la durée d'hospitalisation

- 5-3-4-Evolution selon la pratique d'une activité régulière
- 5-3-5-Evolution selon la présence de fumeurs dans l'entourage du patient
- 5-3-6-Evolution selon les facteurs de risque cardio-vasculaire
- 5-3-7-Evolution selon les motifs d'hospitalisation
- 5-3-8-Evolution selon le traitement reçu
- 5-3-9-Evolution selon le degré de dépendance au tabac
- 5-3-10-Evolution selon l'état anxio-dépressif
- 5-3-11-Résultat général

6-DISCUSSION ET COMMENTAIRES

- 6-1-Rappel de l'étude
- 6-2-Comparaison avec la littérature
 - 6-2-1-Comparaison du taux de succès du sevrage
 - 6-2-2-Comparaison des éléments favorisant le sevrage
- 6-3-Commentaires
- 6-4-Limites de l'étude
- 6-5-Intérêt de l'étude
- 6-6-Comment aider ces patients ?

7-CONCLUSION

8-BIBLIOGRAPHIE

1-INTRODUCTION

Le tabac est actuellement un problème majeur de santé publique à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité très importantes. Chaque année le tabac provoque 3,5 millions de décès dans le monde.

De nos jours, dans les pays « développés », la nocivité du tabac semble être connue de tous. De nombreuses campagnes de lutte contre le tabac et des lois antitabac ont contribué à cette connaissance. Pourtant, le tabac reste un fléau social puisqu'on estime que 42% des Français et 24% des Françaises fument.

Le tabac est un facteur de risque majeur de pathologie cardio-vasculaire, mais aussi de pathologie respiratoire et cancéreuse (un fumeur sur deux meurt d'une maladie liée au tabac). Le tabac est responsable de 10 à 12 % de la mortalité globale (environ 60 000 décès en France en 1995 dont 22 000 par maladies cardio-vasculaires, 30 000 par cancers et 8 000 par maladies respiratoires). (18,19,36)

Sachant que les maladies liées au tabac se déclarent en général 20 à 30 ans après le début du tabagisme et en raison de la croissance récente du tabagisme, principalement chez les femmes, on estime que la fréquence des états morbides et de la mortalité liés au tabac va subir une forte croissance dans les années à venir.

L'arrêt du tabac est fondamental aussi bien en prévention primaire qu'en prévention secondaire et tertiaire pour permettre une baisse de la morbidité et de la mortalité . Quel que soit l'âge auquel on arrête de fumer le bénéfice pour la santé est important . Cependant le sevrage tabagique n'est pas aisé car il existe une forte dépendance à la nicotine .

L'aide au sevrage tabagique est de plus en plus développée avec des structures médicales, des traitements substitutifs par gommes et dispositifs transdermiques. Mais au

cours des états pathologiques cardio-vasculaires ces traitements substitutifs sont contre-indiqués (infarctus du myocarde à la phase aiguë, angor instable) ou à utiliser avec prudence (angor, affections artérielles occlusives, insuffisance cardiaque).

Les patients ayant eu une maladie cardio-vasculaire liée au tabac connaissent, pour la plupart, le rôle majeur du tabac dans le développement de leur maladie . En général, ils ont profité de leur hospitalisation pour stopper leur intoxication , contraints par leur état de santé et l'environnement hospitalier.

Pourtant les études récentes montrent que beaucoup de ces patients reprennent leur intoxication. (7,14,30).

Le choc d'avoir effectivement un problème cardiaque lié au tabac peut-il «aider » ces patients tabagiques à se sevrer ?

Une hospitalisation en service aigu puis en réadaptation cardiaque avec d'autres patients ayant une maladie cardio-vasculaire liée au tabac favorise-t-elle le sevrage ?

Ces patients nécessitent-ils une aide spécifique et laquelle ?

Quel peut être le rôle des différents intervenants et celui de la réadaptation cardiaque par la prise en charge globale qu'elle implique ?

Les études récentes démontrent une efficacité modérée de la réadaptation cardiaque dans le sevrage tabagique après maladie cardio-vasculaire liée au tabac. (6,10)

Le but de ce travail est de rechercher d'éventuels déterminants à la reprise de l'intoxication tabagique et le rôle que peut jouer la réadaptation cardiaque.

2-HISTORIQUE

Découvert par Christophe Colomb, le tabac fut importé en Europe dès 1492, date à partir de laquelle le tabac fut source de controverses sur ses effets positifs ou négatifs sur la santé.

En 1809, la nicotine fut isolée et considérée comme un poison violent.

Déjà en 1912 le Larousse médical signalait la nocivité du tabac:

« trois sortes de maux graves peuvent apparaître chez les fumeurs, tout au moins chez les prédisposés :

- il peut se produire l'angine de poitrine dans laquelle l'impression est si pénible que ceux qui éprouvent ces accès ont la sensation d'un véritable arrêt de la vie. Non seulement ces malades ne doivent pas fumer mais il leur faut absolument éviter de séjourner dans une salle où l'on fume.
- le cancer du fumeur.
- des troubles visuels importants (amblyopie nicotinique). »

et parlait déjà de moyens préventifs (« tabac dénicotiné et procédés atténuant l'intoxication »). (12)

Dès les années 1950, les effets néfastes du tabagisme commencent à être connus de façon plus précise et la lutte contre le tabac commence à s'organiser.

La fin du XXème siècle voit la lutte contre le tabagisme s'intensifier et prendre place en tant qu'objectif important de santé publique. Cependant, ces mesures restent trop discrètes (très peu enseigné dans le cursus des études médicales ; dans les manuels médicaux, il est trop souvent, simplement, signalé qu'il faut arrêter le tabac).

En France, plusieurs lois tentent d'aider à la lutte contre le tabagisme : la loi Veil en 1976 et la loi Evin en 1991. Ces lois entrent dans le cadre d'une prise de conscience plus importante de ce fléau.

3-PHYSIO-PATHOLOGIE

3-1-EPIDEMIOLOGIE

Depuis son introduction en Europe, le tabagisme n'a fait que progresser surtout pendant la première guerre mondiale, puis après la deuxième guerre mondiale. Et il peut être considéré comme un véritable problème de santé publique.

Actuellement, l'organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'un tiers de la population mondiale fume (c'est-à-dire 1,1 milliard d'individus dont 200 millions de femmes) soit un pourcentage de 47% des hommes et de 12% des femmes qui fument. Les pays industrialisés et les pays en voie de développement, où le tabagisme est en pleine expansion, apparaissent inégaux devant ce problème. En effet, dans les pays en voie de développement, 48% des hommes et 7 % des femmes fument alors que, dans les pays industrialisés, les chiffres sont respectivement de 42% et 24%. (50)

En France, les ventes de tabac sont actuellement en très légère baisse mais avec une modification du profil des fumeurs. En 1998, une enquête de la caisse nationale d'assurance maladie auprès de la population française retrouve un taux de fumeurs de 35% chez les plus de 18 ans (42% chez les hommes et 27% chez les femmes). Le tabagisme prédomine chez les jeunes (près de 50% des 18-34 ans fument) avec une diminution de l'écart entre hommes et femmes.

En Europe, la Suède est le pays le moins gravement atteint par ce fléau (22% des hommes et 24% des femmes sont fumeurs) et la Pologne le pays le plus atteint (respectivement 51% et 29%).(36)

En France, en 1995, 60 000 décès étaient liés au tabac (11% des décès). Parmi ceux-ci 57 000 hommes (21% de la mortalité masculine) et 3 000 femmes (2% de la mortalité féminine). Un fumeur a 14 fois plus de risque de développer un cancer du poumon qu'un non fumeur. Pour un tabagisme de 20 cigarettes par jour, le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par 3. L'espérance de vie, à la naissance, des fumeurs est réduite de 16 ans. (36)

Les prévisions sont inquiétantes. En effet, en raison du délai d'apparition des pathologies (25 à 30 ans) et de la croissance importante du tabagisme chez les jeunes et surtout chez les femmes, la morbidité et la mortalité liées au tabac devraient subir une forte augmentation.

3-2-MECANISME DE TOXICITE CARDIOVASCULAIRE DU TABAC (2,17,18,19)

Le quart des maladies cardio-vasculaires est dû au tabac.

Le tabac est un toxique majeur dans toutes ses formes et principalement la cigarette industrielle en raison de sa forte inhalation. Tous les constituants de la fumée du tabac jouent un rôle dans le développement des pathologies. De nombreuses substances toxiques constituent la fumée, les principales étant le monoxyde de carbone, les irritants bronchiques, les oxydants, les goudrons et la nicotine.

Les mécanismes de toxicité reposent sur le développement de l'athérome et la toxicité directe du tabac.

3-2-1-L'athérome

L'athérome, entité anatomo-pathologique à la base de nombreuses maladies cardio-vasculaires (coronaropathies et artériopathies) est favorisé par de nombreux facteurs de risque dont le tabagisme fait partie. Les principales substances responsables inhalées avec le tabac sont les substances oxydantes, le monoxyde de carbone, les hydrocarbures et la nicotine.

- Les substances oxydantes (formées à partir des radicaux libres) favorisent la peroxydation des LDL (low density lipoprotein) qui joue un rôle athérogène important.
- Le monoxyde de carbone entraîne, en se fixant sur l'hémoglobine, une formation de carboxyhémoglobine à l'origine d'une hypoxie et donc des lésions endothéliales à la base de l'athérosclérose. Le monoxyde de carbone, par l'hypoxie dont il est responsable entraîne également une polyglobulie et une augmentation de l'agrégation plaquettaire.

- Les hydrocarbures à la fois cancérigènes et responsables d'une multiplication des cellules musculaires lisses accélèrent le développement de l'athérosclérose.
- La nicotine, par son action combinée avec d'autres toxiques présents dans le tabac, joue un rôle direct dans le développement de la plaque d'athérome. Elle stimule la production de catécholamines qui favorisent une augmentation de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque, du travail cardiaque et des besoins en oxygène. Elle entraîne une augmentation de la concentration sanguine en acides gras et une diminution du taux d'œstrogènes avec ménopause plus précoce. Elle augmente l'agrégation plaquettaire et le risque thrombogène.

3-2-2-Toxicité directe du tabac

La nicotine a des effets stimulants sur le système sympathique avec augmentation de la production de catécholamines circulantes. Cela a plusieurs effets :

- Majoration de la pression artérielle systolique et diastolique
- Majoration de la fréquence cardiaque et risque de troubles du rythme
- Vasoconstriction périphérique et coronaire
- Majoration du travail cardiaque et des besoins en oxygène

3-3- INTERET DE L'ARRET DU TABAC

L'intérêt du sevrage tabagique est bien connu en prévention primaire mais il est aussi important en prévention secondaire et tertiaire.

L'effet du sevrage se fait sentir très rapidement, d'abord par des bénéfices divers (goût, odorat, souffle, teint ...), puis sur les pathologies cardio-vasculaires dont le risque commence à diminuer dès un an après l'arrêt.

Il est bien démontré, dans des études récentes, que l'arrêt du tabac en cas de pathologie cardio-vasculaire fait diminuer de façon significative la morbidité et la mortalité.(25,38,48) Selon une étude réalisée en 1997, le bénéfice du sevrage tabagique est estimé, en taux d'augmentation de survie, à 3% à 5 ans et 6% à 10 ans.

L'arrêt du tabac est fondamental pour ralentir l'évolution de la maladie mais aussi pour éviter l'apparition d'autres pathologies liées au tabac et le développement d'un état poly-pathologique entraînant un surcroît de mortalité et de morbidité..

La poursuite de la consommation du tabac est un facteur de récurrence, de complications (pendant et après la réadaptation cardiaque) et de mort subite .

D'après une étude de Powell en 1992, chez des patients atteints d'artériopathie des membres inférieurs, la mortalité à 10 ans est de 54% chez les patients poursuivant leur intoxication tabagique contre 10% chez les patients sevrés et l'incidence des infarctus du myocarde est de 53% chez les patients poursuivant leur intoxication tabagique et de 11% chez les patients sevrés.(35)

Il est à noter que le tabac interfère avec l'action de certaines médications utilisées en cardiologie ce qui renforce l'intérêt du sevrage après un événement cardio-vasculaire. Il est un inducteur enzymatique pouvant diminuer le taux sériques de certains bêtabloquants. L'inhalation de tabac entraîne une augmentation transitoire de la pression artérielle malgré la prise de dérivés nitrés ou de propanolol.

3-4-DEPENDANCE AU TABAC

En 1988, le rapport « Nicotine addiction » du directeur de la santé des Etats-Unis concluait que le tabac induit une dépendance dont la nicotine est responsable et que les mécanismes comportementaux et pharmacologiques de la dépendance tabagique sont les mêmes que ceux des drogues telles que l'héroïne et la cocaïne.

Le tabagisme est un comportement addictif avec dépendance physique et psychique. Près de 70% des fumeurs souhaitent arrêter, mais très peu réussissent en raison de la dépendance à la nicotine. On estime que la dépendance à la nicotine apparaît à partir d'une consommation de 6 cigarettes par jour.

3-4-1- Pharmacologie de la nicotine (2,17,19)

L'acétylcholine, qui est un neurotransmetteur, peut se fixer sur deux types de récepteurs (muscariniques et nicotiniques). La nicotine présente des analogies structurales avec l'acétylcholine et peut donc se fixer sur les récepteurs nicotiniques à l'acétylcholine . Ces récepteurs nicotiniques sont situés sur de nombreux organes :

- au niveau de la jonction neuro-musculaire (expliquant les troubles gastro-intestinaux et musculaires)
- au niveau du système nerveux central (cortex préfrontal, cortex visuel, cervelet, thalamus et au niveau des neurones dopaminergiques)
- au niveau de la médullosurrénale et des ganglions sympathiques (expliquant les effets cardio-vasculaires, bronchiques) .

La fixation de la nicotine sur les récepteurs nicotiniques est rapide. Après l'inhalation de la fumée, la nicotine se fixe en une dizaine de secondes sur les récepteurs et entraîne rapidement, à la place de l'acétylcholine, tous les effets dus à la stimulation de ces récepteurs .

L'élimination de la nicotine se fait principalement sous forme de cotinine décelable facilement dans les urines et dont la demi-vie est de 30 heures.

3-4-2- Dépendance physique (17,19)

La dépendance physique est la plus tardive à apparaître et se manifeste en cas de baisse de la nicotémie par des troubles du caractère (nervosité, irritabilité, agitation) et par un besoin irrésistible de fumer. Ces sensations désagréables, en cas de manque, sont de résolution rapide en cas de prise de tabac et constituent le renforcement négatif. (document 3)

3-4-3- Dépendance psychique (17,19)

La dépendance psychique est le résultat d'une multitude de facteurs. La nicotine en se fixant sur les récepteurs nicotiniques des neurones dopaminergiques du système mésolimbique entraîne une sensation de plaisir, de récompense.

La nicotine présente aussi des effets anxiolytiques, antidépresseurs et de stimulation intellectuelle. Enfin la nicotine est une substance anorexigène.

Ces multiples effets agréables, d'apparition très rapide après l'inhalation de nicotine, constituent le renforcement positif du tabac.

Le renforcement négatif est la sensation désagréable de manque (nervosité, irritabilité, agitation) avec pulsion irrésistible à reprendre une cigarette. Cette sensation de manque disparaît tout de suite lors de la reprise d'une cigarette.

Au total la dépendance psychique au tabac résulte d'une association de renforcement positif et de renforcement négatif (théorie des comportements). (document 3)

3-4-4-Evaluation de la dépendance (17,19)

La dépendance au tabac peut être évaluée par le test de Fagerström (document 1). Ce test permet, par un questionnaire simple et court, de connaître le degré de manque dans différentes situations (au réveil, lors d'une activité ne permettant pas de fumer, lors d'un état morbide). Cela permet, aussi, de connaître la raison pour laquelle chaque cigarette est fumée (plaisir ou manque).

Interprétation du score de Fagerström :

- score compris entre 0 et 3 : dépendance faible ou nulle
- score compris entre 4 et 6 : dépendance moyenne
- score compris entre 7 et 8 : forte dépendance
- score compris entre 9 et 10 : très forte dépendance

Il est important d'évaluer aussi le niveau anxio-dépressif du patient, car le succès du sevrage est lié à ce niveau. Cet état anxio-dépressif peut être évalué par le test HAD (document 2).

Il s'agit d'un questionnaire simple et court, mis au point et validé dans le but de fournir aux médecins non psychiatres un test de dépistage de l'anxiété et de la dépression. Il permet de rechercher une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité.

Un score d'anxiété ou de dépression supérieur à 8 correspond à un état pathologique.

3-4-5-Evolution naturelle du fumeur (17,19)

L 'évolution naturelle du tabagisme comporte plusieurs phases où la réaction face au tabac est différente.

- Le fumeur satisfait qui n'a aucune envie d'arrêter.
- Le fumeur indécis qui envisage d'arrêter à moyen terme.
- Le fumeur qui se prépare à l'arrêt et qui arrête.
- Le fumeur qui a arrêté et est en phase de maintenance.

Chaque fumeur évolue de façon individuelle et peut passer successivement par chacun des stades avec une multitude de phases intermédiaires, mais il peut aussi rester bloqué à un stade.

Document 1 :

Test de dépendance à la nicotine selon Fagerström :

Combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Avez-vous du mal à ne pas fumer lorsque c'est interdit (cinéma, avion salle d'attente,...) ?	Oui	1
	Non	0
Quelle est la cigarette que vous trouvez la plus indispensable ?	La première le matin	1
	Une autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous davantage pendant les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui	1
	non	0
Fumez vous même si vous êtes malade et alité la majeure partie de la journée ?	Oui	1
	non	0

Document 2 :

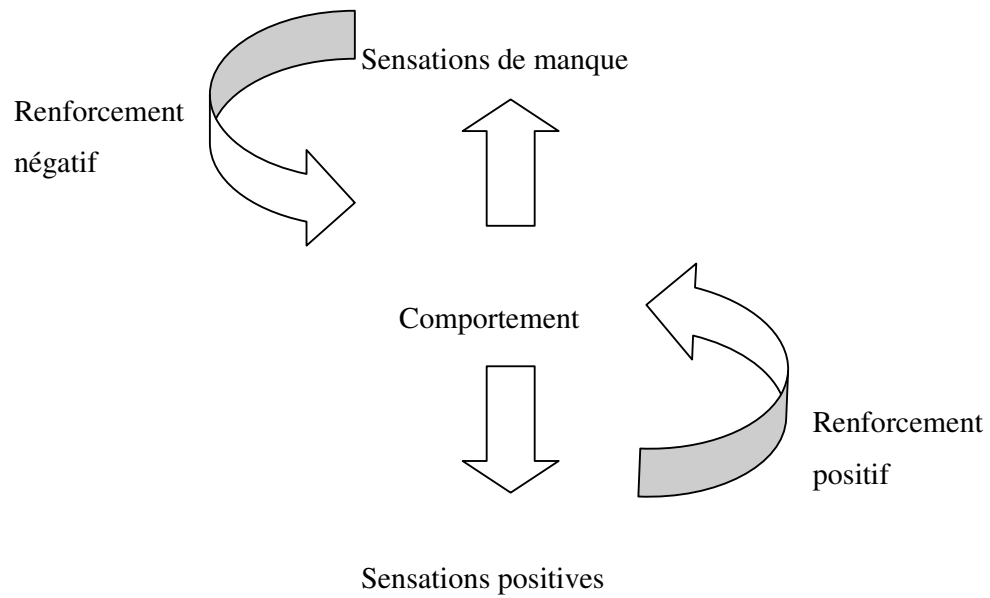
HAD

A. je me sens tendu, énérvé - la plupart du temps - souvent - de temps en temps - jamais	3 2 1 0	D. je me sens ralenti - pratiquement tout le temps - très souvent - quelquefois - pas du tout	3 2 1 0
D. j'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement - oui, toujours - pas autant - de plus en plus rarement - presque plus du tout	0 1 2 3	A. j'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai comme une boule dans la gorge - très souvent - assez souvent - parfois - jamais	3 2 1 0
A. j'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver - oui, très nettement - oui, mais ce n'est pas trop grave - un peu mais cela ne m'inquiète pas - pas du tout	3 2 1 0	D. j'ai perdu l'intérêt de mon apparence - totalement - je n'y fais plus attention - je n'y fais plus assez attention - j'y fais attention comme d'habitude	3 2 1 0
D. je sais rire et voir le coté amusant des choses - toujours autant - plutôt moins - nettement moins - plus du tout	0 1 2 3	A. j'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place - oui, c'est tout à fait le cas - un peu - pas tellement - pas du tout	3 2 1 0
A. je me fais du souci - très souvent - assez souvent - occasionnellement - très occasionnellement	3 2 1 0	D. j'envisage l'avenir avec optimisme - comme d'habitude - plutôt moins qu'avant - beaucoup moins qu'avant - pas du tout	0 1 2 3
D. je me sens gai, de bonne humeur - jamais - pas souvent - quelquefois - la plupart du temps	3 2 1 0	A. j'éprouve des sensations soudaines de panique - très souvent - assez souvent - rarement - jamais	3 2 1 0
A. je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu - jamais - rarement - oui, en général - oui, toujours	3 2 1 0	D. je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un programme radio ou télévision - souvent - assez souvent - rarement - pratiquement jamais	0 1 2 3

Document 3 :

mécanismes du comportement et phénomènes de renforcement

(d'après G. Lagrue , guide du médecin aide au sevrage tabagique)



3-5-LUTTE CONTRE LE TABAGISME (19)

Il n'est pas facile d'arrêter de fumer. Même après un accident cardiaque, il est difficile d'obtenir un sevrage (7,30) et les campagnes de prévention et de lutte antitabac n'ont que des effets limités.

L'aide au sevrage est indispensable, elle comporte plusieurs étapes successives pour amener la décision à maturation.

La première étape consiste en une évaluation et un renforcement de la motivation du fumeur, elle permet à certains patients de se sevrer seuls. Cette étape doit être l'occasion d'un dialogue où sont abordés les risques du tabac, l'intérêt du sevrage et où des conseils sont donnés (jeter les accessoires du tabac (cendriers, briquets, allumettes...), avertir l'entourage, éviter les situations enfumées,...).

Pour les patients n'ayant pas réussi seuls, une aide médicalisée s'avère nécessaire, c'est la deuxième étape. Elle consiste en une évaluation de la nature et de l'intensité de la dépendance (9,14,45) et permet la mise en place de l'arrêt du tabac et du suivi à court terme. Elle peut être réalisée par un médecin généraliste ou un spécialiste du sevrage tabagique dont le rôle est très important (7,14,31).

Cette étape doit être l'occasion de dépister et éventuellement de traiter les co-morbidités (toxicomanie, éthylisme, anxiété et dépression).

Puis vient la dernière étape, celle du suivi prolongé et de la prévention des rechutes.

Quelques facteurs semblent favoriser le sevrage de façon générale.

Le sevrage est favorisé par le suivi du patient et la surveillance par un médecin voire une hospitalisation au début .

Un degré de motivation important, un âge élevé, un entourage non fumeur jouent un rôle positif important dans le sevrage tabagique.

Le fait d'exercer un activité professionnelle est aussi un facteur intervenant de façon favorable dans le sevrage tabagique.

Une faible consommation et, ou une durée d'intoxication modérée favorisent également le succès du sevrage.

Mais le facteur le plus important reste l'aide par un traitement substitutif nicotinique. (5,7,9,14,20,28,31,33,35,39)

Ces substituts nicotiques peuvent être donnés aussi bien sous forme de gommes que de systèmes transdermiques dont l'efficacité est prouvée quoique modérée(13,15).

Les contre-indications de ce traitement sont les infarctus du myocarde à la phase aiguë, l'angor instable, les arythmies cardiaques sévères, les accidents cérébro-vasculaires récents, la grossesse et l'allaitement.

Actuellement, la prescription de substituts nicotiques reste prudente chez les patients ayant une pathologie cardio-vasculaire, en raison des contre-indications absolues et relatives et parce que la prescription de nicotine après une période d'arrêt est à éviter.

Cependant les risques de ces traitements nicotiques substitutifs restent modérés et inférieurs à ceux de la consommation de cigarettes en raison de la présence d'autres toxiques dans la fumée de cigarette et de l'intensité plus importante des effets de la nicotine délivrée plus rapidement lors de l'inhalation de la fumée de cigarette (3,4,13,15,29,44,48).

Les chiffres actuels montrent que le taux de succès du sevrage tabagique avoisine les 20 à 30% et ce dans la population générale. (1,5,9,41). Les résultats du sevrage chez les patients avec un traitement substitutif montrent un succès multiplié par 2, autour de 50% à 3 mois. Cependant, il existe, dans les deux situations, un fort taux de récurrence, indépendamment de la méthode de sevrage.

3-6-ROLE DE LA READAPTATION CARDIAQUE

La réadaptation cardiaque est actuellement proposée aux patients ayant fait un infarctus du myocarde, aux patients ayant subi une intervention cardiaque (pontage aorto-coronarien, pose d'une prothèse valvulaire, greffe cardiaque) et aux patients insuffisants cardiaques.

Celle ci peut être faite en externe ou bien en hospitalisation et devient alors l'occasion d'organiser une prise en charge plus globale (thérapeutique, conseils hygiéno-diététiques, lutte contre le stress par la relaxation et réentraînement à l'effort sous surveillance). Faite sous surveillance médicale et après une épreuve d'effort, la réadaptation cardiaque permet un réentraînement progressif à l'exercice physique (gymnastique douce, bicyclette ergonomique ou marche sur tapis)

Les objectifs de la réadaptation sont à la fois médicaux, psychologiques et sociaux :

Médicaux :

- diminution de la morbi-mortalité (diminution de la mortalité après infarctus du myocarde estimée à 25% à 3 ans) (1,38)
- amélioration de la capacité physique et augmentation de la tolérance aux exercices physiques
- diminution des symptômes et de leur fréquence (diminution clinique et électrocardiographique)
- correction des facteurs de risque (diminution du cholestérol, de la tension artérielle, limitation de l'obésité)
- La revue de littérature, effectuée par l'Agency for Healthcare Policy and Research, retrouve au cours d'études différentes, une diminution légère ou nulle (du tabagisme dans les groupes ayant eu de la réadaptation cardiaque par rapport aux groupes témoins (1). Cependant, cela reste difficile à analyser car les études réalisées intéressent plusieurs facteurs qui peuvent être interdépendants. De plus, l'intérêt de l'activité physique comme aide au sevrage et au maintien de celui-ci a été démontré (8).

Psychologiques :

- amélioration de la qualité de vie
- diminution du stress
- diminution de l'anxiété et de la dépression

Sociaux :

- diminution du nombre de réhospitalisations
- diminution des coûts médicamenteux

La réadaptation cardiaque repose sur une prise en charge globale du patient avec un suivi régulier et doit permettre une transition entre une hospitalisation en service de cardiologie aiguë et un suivi en médecine de ville. Le suivi d'un patient en réadaptation cardiaque permet d'optimiser sa prise en charge dans de meilleures conditions (meilleures conditions de santé, plus de disponibilité, environnement plus adapté au patient). Cependant, l'efficacité de la réadaptation cardiaque sur le sevrage tabagique reste insuffisante.

4-MATERIEL ET METHODES

4-1-RECUEIL DES DONNEES

L'étude a été réalisée sur 60 patients volontaires successifs, recrutés lors d'une hospitalisation en réadaptation cardiaque dans le service du Pr. JOUANNOT à l'hôpital Albert Chenevier de Creteil, entre juin 1999 et mai 2000.

Tous les patients admis dans l'étude ont été hospitalisés en réadaptation cardiaque à la suite d'un séjour en service aigu de cardiologie ou de chirurgie cardiaque pour une maladie cardio-vasculaire liée au tabac et avaient arrêté de fumer à cette occasion.

Chaque patient était vu individuellement et informé sur l'étude, son déroulement et son but. Au cours de cet entretien, le patient était informé sur le rapport entre sa pathologie et le tabac, sur l'intérêt du sevrage, des conseils pour le sevrage lui étaient donnés et des réponses étaient fournies à ses questions éventuelles.

Lors du premier entretien, en réadaptation cardiaque, plusieurs questionnaires étaient remplis (le patient, son mode de vie, sa pathologie, sa dépendance au tabac). Puis le patient était contacté personnellement par communication téléphonique, 6 mois après son hospitalisation, pour connaître son état par rapport au tabac.

Les paramètres recueillis étaient :

- âge
- sexe
- taille et poids
- présence d'un ou plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire et, si oui, lequel ou lesquels
- présence d'une ou plusieurs pathologies associées liées au tabac (cancer, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), artériopathies oblitérante des membres inférieurs (AOMI) chez les patients ayant été hospitalisés pour une pathologie cardiaque, ...)

- pathologie et traitement effectué motivant l'hospitalisation (infarctus du myocarde (IDM), angor, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, pontage aorto-coronarien ou vasculaire, angioplastie avec ou sans pose d'une prothèse endo-vasculaire, cardiopathie ischémique)
- durée de l'hospitalisation en réadaptation cardiaque
- présence éventuelle de tabagisme dans l'entourage proche
- activité quotidienne éventuelle
- questionnaire de Fagerström permettant une évaluation du degré de dépendance à la nicotine (document 1)
- questionnaire anxiété dépression (document 2)
- dosage de la cotinine urinaire et du rapport cotinine urinaire/ créatinine urinaire permettant de confirmer ou non l'arrêt du tabac

Paramètres d'inclusion :

- homme ou femme de tout âge
- hospitalisé en réadaptation cardiaque
- atteint d'une pathologie cardio-vasculaire liée au tabac
- ayant arrêté de fumer en raison de l'épisode pathologique actuel
- acceptant de participer à l'étude

Paramètres d'exclusion :

- patient continuant à fumer
- patient refusant de participer à l'étude ou dont la participation est très difficile

Lors du séjour hospitalier, le patient participait, selon ses besoins et capacités, aux séances de :

- Bicyclette ergonomique (après réalisation d'une échographie cardiaque et d'une épreuve d'effort) sous contrôle d'un médecin et avec accroissement progressif de l'intensité au fur et à mesure des séances.
- Gymnastique douce en groupe
- Relaxation en petits groupes
- Entretien avec la diététicienne

Après la sortie de l'hôpital, la rééducation était poursuivie en ambulatoire au rythme de 2 ou 3 séances par semaine, selon les patients, sur la base de 20 séances.

4-2-METHODE STATISTIQUE

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart type. Elles ont été analysées à l'aide du test paramétré de Mann Whitney.

Les variables qualitatives ont été analysées à l'aide d'un test du Chi-2 ou d'un test exact de Fisher le cas échéant.

Une valeur de $p < 0.05$ est considérée comme significative.

5-RESULTATS

5-1-ANALYSE DE LA POPULATION

Seuls 52 patients ont pu être contactés 6 mois plus tard. Parmi les 8 patients n'ayant pas répondu, un était décédé et les 7 autres n'ont pu être joints (faux numéros, ne répondent pas au téléphone).

La population étudiée se caractérise par :

- âge moyen de 56,1 ans (compris entre 36 et 75 ans avec écart type de 9,79)
- 44 hommes pour 8 femmes
- durée moyenne d'hospitalisation de 22,15 jours (comprise entre 7 et 81 jours avec écart type de 12,21)

Les facteurs de risques cardio-vasculaires retrouvés sont : (document 4)

- obésité (index de masse corporelle (BMI) supérieur ou égal à 25) : 18 patients (soit 34,6%)
- diabète : 5 patients (9,6%)
- hypertension artérielle : 26 patients (50%)
- dyslipidémie : 23 patients (44,2%)
- antécédents familiaux cardio-vasculaires : 21 patients (40,4%)

Les affections ayant motivé l'hospitalisation sont : (document 5)

- angor : 22 patients (42,3%)
- infarctus du myocarde : 24 patients (46,1%)
- artériopathie des membres inférieurs : 2 patients (3,8%)
- cure d'anévrisme de l'aorte : 2 patients (3,8%)
- dissection de l'aorte : 1 patient (1,9%)
- insuffisance cardiaque avec accident vasculaire cérébral : 1 patient (1,9%)

Les traitements suivis par les patients sont : (document 6)

- pontage aorto-coronarien : 28 patients (53,8%)
- dilatation ou prothèse endo-vasculaire : 11 patients (21,1%)

Les caractéristiques de dépendance au tabac sont représentées par le score de Fagerström :

- score de Fagerström moyen de 4,73 (compris entre 0 et 10 avec écart type de 2,5)

Les caractéristiques anxio-dépressives de la population étudiée sont : (document 7)

- score d'anxiété moyen de 7,36 (compris entre 1 et 16 avec écart type de 3,64)
- score de dépression moyen de 3,82 (compris entre 0 et 13 avec écart type de 3,20)
- score d'anxiété et de dépression moyen de 11,17 (compris entre 2 et 24 avec écart type de 5,77)

Document 4

Facteurs de risque :

Surpoids	Diabète	Hypertension	Dyslipidémie	Antécédents familiaux
18 (34,6%)	5 (9,6%)	26 (50%)	23 (44,2%)	21 (40,4%)

Document 5

Affections motivant l'hospitalisation :

Angor	Infarctus du myocarde	AOMI	Anévrisme de l'aorte	Dissection de l'aorte	AVC
22 (42,3%)	24 (46,1%)	2 (3,8%)	2 (3,8%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)

Document 6

Thérapeutique :

Pontage aorto-coronarien	Angioplastie avec ou sans pose de stent endo-vasculaire	Traitement médicamenteux seul
28 (53,8%)	11 (21,2%)	13 (25%)

Document 7

Caractéristiques anxio-dépressives et score de Fagerström :

Score HAD d'anxiété moyen (écart type)	Score HAD de dépression moyen (écart type)	Score HAD anxiété et dépression moyen (écart type)	Score de Fagerström moyen (écart type)
7,36 (3,64)	3,82 (3,20)	11,17 (5,77)	4,73 (2,5)

5-2-EVOLUTION DE LA POPULATION

Parmi ces 52 patients, 36 (69,2%) n'ont pas repris le tabac au décours des 6 mois suivant leur séjour en réadaptation cardiaque et 16 (30,8%) l'ont repris. Les résultats sont exprimés dans un tableau. (document 18)

5-3-CARACTERISTIQUES DE L'EVOLUTION

5-3-1-Evolution selon l'âge (document 8)

La comparaison de l'âge moyen des patients ayant repris le tabac et de celui des patients ne l'ayant pas repris (respectivement 52,4 ans et 57,7 ans) ne montre pas de différence significative mais les résultats sont tout de même très proche du seuil de signification ($p=0,059$). Cela nous permet de penser que l'âge pourrait être un facteur de récurrence de l'intoxication en défaveur des jeunes patients.

5-3-2-Evolution selon le sexe (document 9)

Il n'existe pas de différence significative selon le sexe ($P=0,41$). Cependant on note une tendance à une plus grande difficulté de sevrage chez les patients de sexe masculin puisque parmi les patients ayant repris le tabac 93,7% sont de sexe masculin alors que parmi ceux ne l'ayant pas repris 80,6% sont de sexe masculin.

5-3-3-Evolution selon la durée d'hospitalisation (document 10)

Les durées d'hospitalisation des patients ayant repris le tabac et des patients ne l'ayant pas repris (respectivement 24,4 jours et 21,2 jours) ne sont pas significativement différentes. On note pourtant une tendance au sevrage plus aisé chez les patients moins longuement hospitalisés ($p=0,35$).

Par ailleurs, il est à noter que dans notre étude un patient ayant repris le tabac est resté hospitalisé 81 jours, ce qui peut biaiser le test statistique.

5-3-4-Evolution selon la pratique d'une activité régulière (document 11)

La pratique d'une activité régulière n'est pas, dans notre étude, un facteur de différence entre les patients reprenant le tabac et ceux ne le reprenant pas ($p=1$).

5-3-5-Evolution selon la présence de fumeurs dans l'entourage proche du patient (document 12)

Les malades dont l'entourage comporte des fumeurs présentent, selon notre étude, plus de risques de reprise de la consommation de tabac. En effet, parmi les patients reprenant le tabac 68,7% sont entourés de fumeurs et seulement 55,6% de ceux qui ne le reprennent pas. Mais cette différence n'est pas significative puisque $p=0,54$.

5-3-6-Evolution selon les facteurs de risque cardio-vasculaire (document 13)

Les facteurs de risque cardio-vasculaire associés ne semblent pas intervenir dans le succès du sevrage tabagique car les comparaisons ne montrent pas de différence significative.

- Le seuil de signification est de $p=0,16$ pour la comparaison du pourcentage de diabétiques parmi les patients ayant repris le tabac et ceux ne l'ayant pas repris (respectivement 18,8% et 5,6%), malgré une tendance au sevrage plus aisé chez les non diabétiques.
- Le seuil de signification est de $p=0,24$ pour la comparaison du pourcentage de patients atteints d'une dyslipidémie parmi les patients qui reprennent leur intoxication et parmi ceux qui ne la reprennent pas (31,3% et 50%). Mais on peut quand même remarquer une tendance à une difficulté moindre chez les patients indemnes de dyslipidémie.
- Il en est de même ($p=0,55$) pour les pourcentages de patients hypertendus parmi les patients ayant repris le tabac et ceux ne l'ayant pas repris (respectivement 56,2% et 47,2%), ce qui semble quand même montrer un taux de succès moins important chez les patients hypertendus.

5-3-7-Evolution selon les motifs d'hospitalisation (document 14)

Les affections à l'origine de l'hospitalisation ne sont pas dans notre étude des facteurs prédictifs significatifs du sevrage.

- Concernant la comparaison du pourcentage de patients atteints d'angor parmi les deux groupes de patients (reprenant le tabac et ne le reprenant pas), le seuil de signification est de $p=0,37$. Les pourcentages, respectivement 31,7% et 47,2%, peuvent évoquer une difficulté plus grande chez les patients atteints d'angor.
- Les taux d'infarctus du myocarde parmi les patients ayant repris le tabac et ceux ne l'ayant pas repris (43,7% et 47,2%) ne montrent pas de différence significative ($p=1$).
- Le pourcentage de patients atteints artériopathie oblitérante des membres inférieurs parmi les patients ayant repris et ceux n'ayant pas repris le tabac (respectivement 12,5% et 0%) ne montre pas de différence significative ($p=0,09$).

5-3-8-Evolution selon le traitement reçu (document 15)

Le mode de traitement n'est pas, dans notre étude, un facteur significatif de l'évolution du patient face au tabac :

- Le pourcentage de patients traités par angioplastie avec ou sans pose d'une prothèse endo-vasculaire parmi les patients ayant repris et ceux n'ayant pas repris le tabac (respectivement 12,5 et 25%) ne montre pas de différence significative ($p=0,37$) avec cependant un aspect en faveur d'un sevrage plus aisé chez les patients n'ayant pas eu de geste endo-vasculaire.
- Le taux de patients opérés par pontage aorto-coronarien chez les patients qui ont repris le tabac et chez ceux qui ne l'ont pas repris (50% et 55,6%) ne montrent pas de différence significative ($p=0,77$) mais peut être une difficulté plus grande en défaveur des patients non opérés.

D'autre part il n'existe pas de différence significative de succès du sevrage selon le mode de traitement (traitement médicamenteux, pontage aorto-coronarien et angioplastie avec ou sans pose d'une prothèse endo-vasculaire ($p=0,31$)).

5-3-9-Evolution selon la dépendance au tabac (document 16)

La comparaison des scores de Fagerström moyen chez les patients ayant repris le tabac et ceux ne l'ayant pas repris (respectivement 7 et 3,7) montre une différence très significative ($p=0,0001$) en faveur d'un sevrage plus aisé chez les patients dont le score de dépendance est le plus faible.

5-3-10-Evolution selon l'état anxio-dépressif (document 17)

L'anxiété estimée moyenne parmi les patients ayant repris le tabac et ceux ne l'ayant pas repris (respectivement 8,3 et 7) ne montre pas de différence significative ($p=0,23$) avec cependant une tendance au succès plus important chez les patients les moins anxieux. Il en est de même pour la dépression (moyennes de 4,4 et 3,6 avec $p=0,33$) et pour l'association anxiété et dépression (scores moyens de 12,7 et 10,5 avec $p=0,25$).

5-3-11-Résultat général

Au total, le seul facteur significatif est le taux de dépendance estimé par le score de Fagerström, l'âge est très proche du seuil de signification, les autres facteurs ne montrent pas, dans cette étude, de différence significative.

Document 8

Evolution selon l'âge :

	Reprise du tabac	Absence de reprise	Degré de signification
Age moyen (écart type)	52,4 (6,9)	57,7 (10,5)	0,059

Document 9

Evolution selon le sexe :

	Reprise du tabac	Absence de reprise	Degré de signification
Nombre d'hommes (pourcentages)	15 (93,7%)	29 (80,6%)	0,41

Document 10

Evolution selon la durée d'hospitalisation :

	Reprise du tabac	Absence de reprise	Degré de signification
Durée d'hospitalisation en jours (écart type)	24,4 (19,4)	21,2 (7,3)	0,35

Document 11

Evolution selon l'existence d'une activité quotidienne :

	Reprise du tabac	Absence de reprise	Degré de signification
Nombre de patients ayant une activité quotidienne (pourcentage)	5 (31,3%)	12 (33,3%)	1

Document 12

Evolution selon la présence de fumeurs dans l'entourage proche :

	Reprise du tabac	Absence de reprise	Degré de signification
Nombre de patient dont l'entourage fume (pourcentage)	11 (68,7%)	20 (55,6%)	0,54

Document 13

Evolution selon les facteurs de risque :

	Reprise du tabac	Absence de reprise	Degré de signification
Nombre de diabétiques (pourcentage)	3 (18,8%)	2 (5,6%)	0,16
Nombre de dyslipidémiques (pourcentage)	5 (31,3%)	18 (50%)	0,24
Nombre d'hypertendus (pourcentage)	9 (56,2%)	17 (47,2%)	0,55
Nombre d'obèses (pourcentage)	6 (37,5%)	12 (33,3%)	0,77

Document 14

Evolution selon les motifs d'hospitalisation :

Motif d'hospitalisation	Reprise du tabac	Absence de reprise	Degré de signification
Angor : nombre (nb) (pourcentage)	5 (31,3%)	17 (47,2%)	0,37
Infarctus du myocarde : nb (pourcentage)	7 (43,7%)	17 (47,2%)	1
Artériopathie des membres inférieurs : nb (pourcentage)	2 (12,5%)	0 ()	0,09

Document 15

Evolution selon le traitement :

Traitement reçu	Reprise du tabac	Absence de reprise	Degré de signification
Dilatation ou pose d'un stent : nb (pourcentage)	2 (12,5%)	9 (25%)	0,47
Pontage aorto-coronarien : nb (pourcentage)	8 (50%)	20 (55,6%)	0,77
Traitement médical : nb (pourcentage)	6 (37,5%)	7 (19,4%)	NS

Document 16

Evolution selon le score de Fagerström :

	Reprise du tabac	Absence de reprise	Degré de signification
Score de Fagerström moyen (écart type)	7 (1,9)	3,7 (2)	0,0001

Document 17

Evolution selon l'échelle anxio-dépressive :

Score moyen au test (et écart type)	Reprise du tabac	Absence de reprise	Degré de signification
Anxiété : nb (pourcentage)	8,3 (3,9)	7 (3,5)	0,23
Anxiété et dépression : nb (pourcentage)	12,7 (6)	10,5 (5,6)	0,25
Dépression : nb (pourcentage)	4,4 (3,1)	3,6 (3,2)	0,33

Document 18

Tableau récapitulatif selon le degré de signification :

	Reprise du tabac	Absence de reprise	Degré de signification
Score de Fagerström moyen (et écart type)	7 (1,9)	3,7 (2)	0,0001
Age moyen (et écart type)	52,4 (6,9)	57,7 (10,5)	0,059
Artériopathie des membres inférieurs	2 (12,5%)	0	0,09
Nombre de diabétiques	3 (18,8%)	2 (5,6%)	0,16
Score au test d'anxiété	8,3 (3,9)	7 (3,5)	0,23
Nombre de dyslipidémiques	5 (31,3%)	18 (50%)	0,24
Score au test d'anxiété et dépression	12,7 (6)	10,5 (5,6)	0,25
Score au test de dépression	4,4 (3,1)	3,6 (3,2)	0,33
Durée d'hospitalisation en jours	24,4 (19,4)	21,2 (7,3)	0,35
Angor	5 (31,3%)	17 (47,2%)	0,37
Hommes	15 (93,7%)	29 (80,6%)	0,41
Dilatations ou stents	2 (12,5%)	9 (25%)	0,47
Tabagisme dans l'entourage	11 (68,7%)	20 (55,6%)	0,54
Hypertension artérielle	9 (56,2%)	17 (47,2%)	0,55
Obésité	6 (37,5%)	12 (33,3%)	0,77
Pontage aorto-coronarien	8 (50%)	20 (55,6%)	0,77
Antécédents familiaux cardiaques	6 (37,5%)	15 (41,7%)	1
Infarctus du myocarde	7 (43,7%)	17 (47,2%)	1
Activité quotidienne	5 (31,3%)	12 (33,3%)	1

6-DISCUSSION ET COMMENTAIRES

6-1-RAPPEL DE L'ETUDE

Cette étude s'est déroulée sur plus d'un an et a regroupé 52 patients consécutifs ayant arrêté le tabac en raison d'un problème cardio-vasculaire lié au tabac ayant motivé une hospitalisation en service aigu suivie d'un séjour en réadaptation cardiaque.

Il s'agit de patients des deux sexes, avec une nette prédominance masculine. L'âge moyen est de 56,1 ans. Les pathologies ayant motivé l'hospitalisation sont en grande majorité des infarctus du myocarde et de l'angor. Les traitements ont été, selon les cas, médicamenteux, angioplasties, mais surtout chirurgicaux (pontages aorto-coronariens).

Des tests ont permis de juger la dépendance au tabac de chacun des patients mais aussi leur état anxio-dépressif.

Il n'a pas été retrouvé d'élément prédictif de la reprise de la consommation du tabac excepté le degré de dépendance estimé par le test de Fagerström.

Cependant le risque de récurrence du tabagisme semble plus élevé chez les jeunes patients, et chez les patients anxieux ou dépressifs. Il n'existe pas, dans cette étude, de différence selon le type de pathologie ni selon le type de traitement.

6-2-COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

6-2-1- Comparaison du taux de succès du sevrage

Le taux de succès du sevrage tabagique dans les études récentes est : (5,9,23,24,41)

- Sans traitement substitutif : de l'ordre de 25% à court terme (à 6 mois).
- Avec un traitement substitutif : autour de 50% à court terme (à 6 mois).
- Après un accident cardiaque : entre 40 et 60% à court terme (à 6 mois).

- Après un séjour en réadaptation cardiaque : variables selon les études mais en faveur d'une efficacité modérée de la réadaptation cardiaque puisque les études récentes retrouvent dans l'ensemble un taux de sevrage à court terme variant de 45% à 70% avec un taux de sevrage des groupes témoins variant de 25% à 55%. (1,11,38,46)

Mais il existe un grand nombre de récurrences, puisque l'on estime que plus de 50% des patients ayant réussi le sevrage à court terme recommenceront à fumer et ce quel que soit le mode de sevrage initial.(9,21,22,23,41)

De plus, on sait que le suivi prolongé des patients et un bon encadrement (médical, paramédical) diminuent les risques de récurrence.(27,28,31,46)

Notre étude retrouve un taux de reprise du tabac de 30,7% à 6 mois chez des patients ayant arrêté le tabac, contraints par leur hospitalisation en cardiologie (et le plus souvent avec un séjour en réanimation) puis en réadaptation cardiaque.

Ce relatif succès de la réadaptation cardiaque par rapport aux études récentes peut être expliqué par le faible nombre de patients, le fait que l'on a sélectionné au début de l'étude les seuls patients ayant déjà stoppé le tabac en service de cardiologie aiguë. Cependant, le taux de reprise du tabac reste trop important compte tenu des enjeux médicaux.

6-2-2- Comparaison des éléments favorisant le sevrage

Les études montrent que certains éléments peuvent avoir un rôle pronostic dans le sevrage.

- Le degré de dépendance au tabac est un facteur déterminant.(5,33,39)
Cela est confirmé par notre étude puisqu'il est noté une différence très significative du score moyen au test de Fagerström.
- L'âge plus élevé favorise aussi le sevrage.
La même tendance est retrouvée dans notre étude.
- L'anxiété et la dépression sont des facteurs importants d'échec du sevrage tabagique dans la littérature.

Dans notre étude on remarque des scores HAD peu élevés sans différence significative mais avec, tout de même, une tendance à une plus grande récurrence chez les patients anxieux et, ou dépressifs.

- La présence de tabagisme dans l'entourage proche du patient est selon les études récentes un facteur important d'échec.

Notre étude, même si les résultats ne sont pas significatifs, va dans ce sens.

6-3-COMMENTAIRES

Malgré le peu d'éléments significatifs, cette étude confirme, pour les patients ayant eu un accident cardio-vasculaire lié au tabac et une hospitalisation en réadaptation cardiaque, les facteurs prédictifs principaux du succès d'un sevrage tabagique.

On peut lier le taux de succès plus grand que dans la population globale au séjour hospitalier qui permet de passer les premiers temps du sevrage (c'est à dire les plus difficiles) en milieu protégé avec encadrement médical et paramédical. On sait que le fait d'être affecté par une maladie liée au tabac intervient peu en tant que motivation à l'arrêt. (16)

6-4-LIMITES DE L'ETUDE

L'enquête comprend un nombre un peu faible de patients (52 patients alors que l'on avait recruté au départ 60 patients), ce qui limite la puissance statistique de l'étude et ne nous permet de ne donner qu'une tendance de certains facteurs à intervenir sur le sevrage tabagique.

Le suivi n'est effectué que sur 6 mois et ne permet de juger que d'un nombre limité des récurrences possibles.

Cette enquête ne concerne que des patients hospitalisés en réadaptation cardiaque au décours d'un accident cardio-vasculaire et ne permet aucunement de juger le devenir des patients ayant subi une prise en charge thérapeutique moins lourde et dont le séjour hospitalier est moins long (patients qui sont souvent plus jeunes et atteints de pathologies moins graves, et donc peut être plus difficiles à sevrer).

Il n'a pas été étudié, non plus, le cas des patients qui continuaient à fumer au cours de leur hospitalisation en réadaptation et cela modifie peut être le taux de sevrage.

Les patients ont été contactés par téléphone pour savoir s'ils avaient repris ou non le tabac. Aucune vérification sur l'exactitude de leur déclaration n'a pu être faite, par des dosages de la cotinine urinaire ou par des dosages du monoxyde de carbone expiratoire.

6-5-INTERET DE L'ETUDE

Cette étude nous a permis de juger la situation réelle, dans le service de réadaptation cardiaque, à propos du tabac et le risque de poursuite de l'intoxication après un accident cardio-vasculaire lié au tabac.

La prise en charge du sevrage, réduite dans cette étude, a été intensifiée après cette enquête et appliquée à tous les patients qui le nécessitaient.

Cette étude nous a permis d'intégrer de façon plus adaptée, le problème du tabagisme à la prise en charge globale du patient.

Il y a eu une prise de conscience plus importante de ce grave problème de santé publique et de prévention dont l'enjeu est énorme au point de vue mortalité et morbidité, mais aussi social et financier.

6-6-COMMENT AIDER CES PATIENTS ?

On constate que le taux de patients stoppant réellement le tabac à la suite d'un problème cardio-vasculaire lié au tabac est beaucoup trop faible. Ces patients nécessitent donc une aide au sevrage. Plusieurs attitudes peuvent être envisagées :

- Le problème du tabac doit être pris en charge dès le début de l'hospitalisation, ou tout au moins le plus tôt possible. Il fait partie intégrante du traitement, au même titre que le traitement d'une dyslipidémie ou d'une hypertension artérielle. Cela doit être un objectif majeur.
- Un traitement substitutif peut être utilisé selon les circonstances et la nécessité. Ces traitements ont montré leur efficacité et des études récentes (15) ont démontré que si elle est nécessaire, l'utilisation de ces médicaments n'est pas contre indiquée chez les patients coronariens. Il est toujours plus dangereux pour la santé de fumer une cigarette que de prendre un traitement nicotinique substitutif.

- Une évaluation du risque de récurrence du tabagisme doit être effectuée afin de prendre en charge les causes de récurrence. Cette évaluation comporte une estimation du degré de dépendance à la nicotine (par exemple score de Fagerström), un dépistage et un traitement des éventuels troubles anxio-dépressifs.
- Le suivi médical ultérieur doit comprendre, entre autres, le suivi du sevrage tabagique.
- Les médecins et les équipes paramédicales doivent montrer l'exemple et ne pas fumer.
- Il faut associer à cette démarche les équipes paramédicales. (44)
- Il faut, en accord avec le patient, informer et conseiller l'entourage proche.
- Le patient doit être informé, conseillé individuellement.
- Le médecin généraliste doit participer à ce suivi, il tient une place importante dans cette prise en charge. Il est celui qui reverra le patient le plus régulièrement, celui auquel le patient se confiera plus facilement, c'est lui qui est en première ligne. Mais pour cela, il doit être formé au suivi du sevrage et être bien informé sur l'état du patient, le compte rendu d'hospitalisation a donc un rôle important de communication et d'information.
- Le recours aux consultations spécialisées doit être envisagé si nécessaire.

7-CONCLUSION

Le tabagisme est un problème de santé publique dont la prise en charge est difficile. Notre étude a porté sur des patients bien particuliers (accident cardio-vasculaire lié au tabac motivant une hospitalisation et un séjour en réadaptation cardiaque, patients ayant arrêté le tabac). Malgré le manque de puissance de cette étude (en raison du faible nombre de patients) et la spécificité de ces patients, on s'aperçoit que le nombre de patients sevrés définitivement est nettement insuffisant.

Peu de facteurs prédictifs significatifs ont été retrouvés (seul le degré de dépendance à la nicotine est vraiment important), mais quelques autres facteurs sont à prendre en compte (âge, anxiété et dépression).

Ce problème doit tous nous concerner et nous devons tous nous y impliquer.

La prise en charge du tabagisme doit entrer dans la prise en charge globale du patient au même titre que la lutte contre les autres facteurs de risque (par exemple hypercholestérolémie). Le problème du tabac (ses risques, l'intérêt du sevrage, les aides à apporter au patients) doit être abordé en réadaptation cardiaque et ce pour chacun des patients et de façon individuelle. C'est un problème difficile à gérer en raison de la difficulté de prescription des substituts nicotiniques chez ces patients, mais dont l'enjeu est énorme.

Cette prise en charge repose, avant tout, sur la prévention et le dépistage des facteurs de rechute.

Quelques problèmes restent à résoudre :

- que faire pour les patients qui continuent de fumer au cours de leur hospitalisation ?
- que faire pour les patients qui récidivent ?
- que faire pour les patients à fort risque de récurrence ?

8-BIBLIOGRAPHIE

1-Agency for Healthcare Policy and Research (AHCPR)

Cardiac rehabilitation , clinical guidelines n°17

AHCPR publication n°96-0672, 1995 Oct

2-Benowitz NI

The role of nicotine in smoking-related cardiovascular disease

Prev Med, 1997 Jul-Aug, 26(4) :412-7

3-Benowitz NL ; Gourlay SG

Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy.

J Am Coll Cardiol, 1997 Jun, 29(7) :1422-31

4-Blann AD ; Steele C ; McCollum CN

The influence of smoking and of oral and transdermal nicotine on blood pressure, and haematology and coagulation indices.

Thromb haemost 1997 Sep 78(3) :1093-6

5-Brown J ; Parr W ; Bates M

Evaluation of smoking cessation programme that use behaviour modification

N Z Med J, 1999 Oct , 399-402

6-CarlssonR ; Lindberg G ; Westin I ; Isrealsson B

Influence of coronary nursing management follow up on lifestyle after acute myocardial infarction

Heart 1997 Mar, 77(3) :256-9

7-Condon C

Long term effects of smoking cessation program for cardiac patients

Kans Nurse 1997 Jan, 72(1) :1-2

8-Dafoe W ; Huston P

Current trends in cardiac rehabilitation

CMAJ , 1997 Feb, 156(4) :527-32

9-Dale LC ; Olsen DA ; Patten CA; Schroeder DR

Predictors of smoking cessation among elderly smokers treated for nicotine dependence.

Tob control 1997 autumn, 181-7

10-Digenio AG ; Joughin HM

Should all cardiac patients be offered the choice of cardiac rehabilitation

S Afr Med J, 1997 Jun, 87 suppl 3 : C136-44

11-Friedman DB ; Williams AN ; Levine BD

Compliance and efficacy of cardiac rehabilitation and risk factor modification in the medically indigent

Am J Cardiol, 1997 Feb,79(3) :281-5

12-Galtier-Boissière et al

Tabac dans Larousse médical illustré, édition 1912

13-Greenland S ; Satterfield MH ; Lanes SF

Amete-analysis to assess the incidence of adverse effects associatede with the transdermal nicotine patch

Drug Saf, 1998 Apr, 18(4) : 297-308

14-Hasdai D ; Garrat KN ; Grill DE ; Mathew V ; Lerman A ; Gau GT et al

Predictors of smoking cessation after percutaneous coronary revascularization.

Mayo Clin Proc, 1998 Mar, 73(3) :205-9

15-Joseph AM ; Norman SM ; Ferry LH ; Prochazka AV ; Westman EC ; Steele BG et al

The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease.

N Engl J Med, 1996 Dec, 335(4) : 1792-8

16-Lagrue G

L'aide aux victimes du tabac, il est possible et urgent d'agir.

La presse médicale, 1998, Dec, n°38, 1966

17-Lagrue G

Tabagisme: toxicologie, dépendance dans Encyclopédie médico-chirurgicale 16-001-G-40

18-Lagrue G

Tabagisme et maladies vasculaires dans Encyclopédie médico-chirurgicale 11-930-A-60

19-Lagrue G

Aide au sevrage tabagique, le guide du médecin

20-Lagrue G

Nicotine replacement therapy and smoking cessation : what choice for its status ?

Bull Acad Natl Med, 1999, 1175-82

21-Lagrue G

Le traitement de substitution nicotinique dans le sevrage tabagique

IV salon international de psychiatrie et du système nerveux central

22-Lagrue G, Philippon C, Lebargy F

Le dosage de la cotinine urinaire : un guide pour l'adaptation posologique du traitement de la dépendance tabagique par la nicotine

Sem Hop Paris 1994 ; n°13-14, 387-390

23-Lagrue G, Borgne A

Les consultations spécialisées de sevrage tabagique

La santé de l'homme 1998, Dec, 13-16

24-Lagrue G, Cormier S, Amrioui F

Tabagisme et diabète : les difficultés du sevrage

Diabétologie et facteurs de risque vol 2-8, 127-131

25-Lavie DB ; Milani RV

Cardiac rehabilitation and preventive cardiology in the elderly

Cardiol clin, 1999 Feb, 17(1) :233-42

26-Marcus BH ; Albrecht AE ; King TK ; Parisi Af

The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women : a randomized controlled trial.

Arch Inter Med, 1999 Jun, 1229-34

27-Matheny KB ; Weatherman KE

Predictors of smoking cessation and maintenance.

J Clin Psychol, 1998 Feb, 54(2) :223-35

28-Matheny KB ; Weatherman KE

Predictors of smoking cessation and maintenance

J Clin Psychol, 1998 Feb, 223-35

29-Maurel A ; Lagrue G

Toxicité comparée d'une cigarette et d'une gomme à la nicotine, étude en aigu, sur la microcirculation mesurée par laser doppler

Journal des maladies vasculaires, 1999, 24 :110-111

30-Ockene JK ; Hosmer D ; Rippe J ; Goldberg ; Decosimo D ; Maher PM, Dalen JE

Factors affecting cigarette smoking status in patients with ischemic heart disease

J Chronic Dis, 1985, 38(12) :985-94

31-Ockene JK ; Zapka JG

Physician-based smoking intervention a rededication to a five-step strategy to smoking research.

Addict Behav, 1997 Nov-Dec, 22(6) :835-48

32-Oldridge N

Cardiac rehabilitation in the elderly

Aging ,1998 Aug,10(4) :273-83

33-Osler M ; Prescott E

Psychosocial, behavioural, and health determinants of successful smoking cessation : a longitudinal study of danish adults

Tob control, Oct 1998, 262-7

34-Paul-Labrador M ;Vongvanich P ; Merz CN

Risk stratification for exercise training in cardiac patients : do the proposed guidelines work ?

J Cardiopulm Rehabil 1999 Mar-Apr, 19(2) :118-25

35-Powell JT

Smoking and factors influencing the outcome of arterial reconstruction.

Ann Chir gynecol , 1992 ,81 : 236-241

36-Prescrire

France : un décès sur neuf du au tabac en 1995

La revue prescrire, 2001 Fev, 214 :147

37-Price JF ; Mowbray PI ; Lee AJ ; Rumley A ; Lowe GD ; Fowkes FG

Relationship between smoking and cardiovascular risk factors in the development of peripheral arterial disease and coronary artery disease : Edinburgh Artery Study.

Eur Heart J, 1999 Mar, 20(5) :344-53

38-Sellier P., coll.

Rapport sur la réadaptation cardiaque et les soins de suite cardiologiques en île de France

2000

39-Senore C ; Battista RN ; Shapiro SH ; Segnan N

Predictors of smoking cessation following physicians' counseling

Prev Med, 1998 May-Jun, 412-21

40-Sorensen G ; Stoddard A ; Hunt MK ; Hebert JR ; Ockene JK ; Avrunin JS ; Himmelstein J, Hammond SK

The effects of a health promotion-health protection intervention on behavior change : the wellworks study

Am J Public health, 1998 Nov, 88(11) :1685-90

41-Soulier-Parmeggiani ; Griscom S ; Bongard O

One-year results of a smoking-cessation programme

Schweiz Med Wochenschr ,1999 Mar , 395-8

42-Stegman MR ; Miller PJ ; Hageman RK ; Irby DE ; Kositzky-Klutman AK ; Rajek NJ

Myocardial infarction survival : how important are patients attitudes and adherence behaviors

Am J Prev Med, 1987 May-Jun , 3(3) :147-51

43-Taira DA ; Seto TB ; Ho KKL ; Krumholz HM ; Cutlip DE ; Berezin R ; Kuntz RE ; Cohen DJ

Impact of smoking on health-related quality of life after percutaneous coronary revascularization

Circulation, 2000 ; 102 :1369-74

44-Thomas D

L'aide à l'arrêt de consommation du tabac: un acte médical.

Archives des maladies du cœur et des vaisseaux, 1999 Nov, 92(11) :1415-17

45-Tzivoni D ; Keren A ; Meyler S ; Khoury Z ; Lerer T ; Brunel P

Cardiovascular safety of transdermal nicotine patches in patients with coronary artery disease who try to quit smoking.

Cardiovasc Drugs Ther, 1998, Jul, 12(3) :239-44

46-Van berkel TFM ; Boersma H ; Roos-hesselink JW ; Erdman RAM ; Simoons ML

Impact of smoking cessation and smoking intervention in patients with coronary heart disease.

Eur Heart J , 1999, 20 :1773-1782

47-Vermeulen A ; Lie KI ; Durrer D

Effects of cardiac rehabilitation after myocardial infarction : changes in coronary risk factors and long term prognosis

Am Heart J, 1983 May, 105(5) :798-801

48-Wilhelmsen L

Effects of cessation of smoking after myocardial infarction.

J Cardiovasc Risk, 1998 Jun, 5(3) :173-6

49-Wray LA ; Herzog AR ; Willis RJ ; Wallace RB

The impact of education and heart attack on smoking cessation among middle-aged adults

J Health Soc Behav, 1998 Dec, 271-94

50-Zevin S ; Jacob P ; Benowitz NL

Dose-related cardiovascular and endocrine effects of transdermal nicotine.

Clin Pharmacol Ther, 1998 Jul, 64(1) :87-95