



HAL
open science

**Analyse de l'évolution de la consommation tabagique
chez les patients de 18 à 85 ans après un évènement
cardiovasculaire : étude observationnelle descriptive,
transversale et multicentrique réalisée en soins premiers
en France dans le cadre de l'étude européenne
EUROPREV III**

Pauline Husson-Madar

► **To cite this version:**

Pauline Husson-Madar. Analyse de l'évolution de la consommation tabagique chez les patients de 18 à 85 ans après un évènement cardiovasculaire : étude observationnelle descriptive, transversale et multicentrique réalisée en soins premiers en France dans le cadre de l'étude européenne EUROPREV III. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02059697

HAL Id: dumas-02059697

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02059697>

Submitted on 6 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Analyse de l'évolution de la consommation tabagique
chez les patients de 18 à 85 ans après un évènement
cardiovasculaire : étude observationnelle descriptive,
transversale et multicentrique réalisée en soins premiers
en France dans le cadre de l'étude européenne**

EUROPREV III

Pauline Husson-Madar

► **To cite this version:**

Pauline Husson-Madar. Analyse de l'évolution de la consommation tabagique chez les patients de 18 à 85 ans après un évènement cardiovasculaire : étude observationnelle descriptive, transversale et multicentrique réalisée en soins premiers en France dans le cadre de l'étude européenne EUROPREV III. Médecine humaine et pathologie. 2018. <dumas-02059697>

HAL Id: dumas-02059697

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02059697>

Submitted on 6 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2018

Thèse N° 115

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par

Pauline HUSSON

Née le 22 avril 1987 à Paris

Le 18 septembre 2018

**ANALYSE DE L'EVOLUTION DE LA CONSOMMATION
TABAGIQUE CHEZ LES PATIENTS DE 18 À 85 ANS APRES UN
EVENEMENT CARDIOVASCULAIRE**

Etude observationnelle descriptive, transversale et multicentrique réalisée en soins premiers en France dans le cadre de l'étude européenne EUROPREV III

Thèse dirigée par :

Madame le Docteur Mélanie AFONSO

Jury de thèse

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Monsieur le Professeur Hervé DOUARD

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Président du Jury

Juge et Rapporteur

Juge

Juge

REMERCIEMENTS

A **Monsieur le Professeur Bernard GAY**, ancien président du Département de Médecine Générale de Bordeaux, Médecin Généraliste.

Merci d'avoir accepté de présider ce jury et de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez croire en ma reconnaissance et mon respect.

A **Monsieur le Professeur Hervé DOUARD**, chef de service de l'unité de maladie coronarienne et réadaptation, Hôpital Haut-Lévêque, Bordeaux.

Merci d'avoir accepté de faire partie du jury et pour l'intérêt que vous avez porté à la lecture de ce travail. Permettez-moi de vous témoigner ma reconnaissance et ma gratitude.

A **Monsieur le Professeur Philippe CASTERA**, Professeur associé du Département de Médecine Générale de Bordeaux, Médecin Généraliste.

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre précieuse relecture. Vos remarques m'ont ainsi permis d'améliorer plus sereinement ce travail. Veuillez croire en ma respectueuse considération.

A **Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL**, chargé d'enseignement universitaire au Département de Médecine Générale de Bordeaux, Médecin Généraliste.

Vous avez accepté de participer à ce jury et ainsi de juger ce travail, je vous en remercie. Veuillez croire en ma reconnaissance et en ma gratitude.

A ma Directrice de thèse, **Madame le Docteur Mélanie AFONSO**, ancienne Chef de Clinique du Département de Médecine Générale de Bordeaux, Médecin Généraliste.

Chère Mélanie, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci aussi pour ton expertise et ta disponibilité malgré l'éloignement puis ton congé ! Tu as su rester encourageante, malgré nos difficultés d'inclusion ! Merci aussi pour ta patience au cours de ces deux dernières années qui ont été chargées en émotion et en rebondissements. Je te souhaite beaucoup de bonheur à venir.

Aux médecins généralistes et aux patients ayant acceptés de participer à notre étude. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre aide. Nous n'aurions pu réaliser ce travail sans votre soutien et participation. Merci aux patients qui ont pris le temps de répondre à notre questionnaire en y ajoutant parfois (voire même très souvent) de drôles d'anecdotes rendant ce travail plus agréable. Un grand merci !

Au **Docteur François CLAVERIE**, maître de stage, Médecin Généraliste. Merci pour m'avoir fait découvrir la médecine générale à travers ton exercice et pour le temps que tu m'as ainsi consacré. Tu as su me montrer à quel point cette discipline peut être exigeante et éprouvante au quotidien, tout en étant extrêmement enrichissante aussi bien intellectuellement

qu'humainement... Je te suis reconnaissante pour m'avoir encouragé dans ce métier, en me donnant confiance en mes capacités aussi bien médicales que relationnelles et humaines.

A mes autres maîtres de stage et au personnel de tous les services hospitaliers où je suis passée ; à Bayonne, Libourne, et aux Urgences de Pellegrin.

Merci aux Cardiologues du Centre Hospitalier de la Côte Basque de m'avoir initié aux fêtes de Bayonne et pour nos jeudi au Bouchon Basque. Merci aussi aux infirmier(e)s, aides soignant(e)s et secrétaires de ce service qui se sont tous montrés chaleureux et accueillants lors de ce premier semestre d'internat.

Je tiens aussi à remercier le personnel du service de Gynécologie - Obstétrique du Centre Hospitalier de la Côte Basque pour ce stage très formateur, qui a confirmé mon envie de pratiquer la gynécologie médicale en cabinet. Merci aussi à Lucie, Leire et Camille pour nos fous rires quotidiens lors de ces étranges consultations des urgences gynécologiques !

Merci à toute l'équipe des urgences de l'Hôpital Pellegrin pour ce semestre stressant mais formateur ! Une pensée à notre belle brochette d'internes féminines (Olivia, Charline, Néné, Audrey, Marion, Lucie, Leire, et toutes les autres) ; j'ai eu la chance de vous y rencontrer, vous êtes des amies en or !

A mes parents ! Merci pour m'avoir soutenu dès le premier jour où je vous ai annoncé, déterminée, que je serai médecin. Merci aussi maman pour les nombreux plateaux repas, qui ont fait par la suite place aux livraisons tupperware du dimanche soir rue Remy Dumoncel. Je n'oublie pas non plus ta relecture attentive et tes nombreuses remarques qui m'ont aidé dans l'écriture de ce travail.

Cette soutenance est attendue depuis longtemps, merci à tout les deux pour votre confiance et votre amour ...

A mes frères, Benoit et Martin, qui activent leur système vagal après mes anecdotes médicales, même au bout de douze ans !

A papi et mamie, C'est avec beaucoup d'affection et d'amour que j'aimerais vous remercier aujourd'hui. Vous êtes des exemples d'amour, de disponibilité, de gentillesse et de bienveillance. Merci pour toutes ces années passées en vacance et en pension chez vous.

A ma Cam, et à nos années collège et lycée ! Merci entre autre aux ciseaux, poissons panés et Père Noël qui nous feront toujours autant rire. Merci à ton humour si décalé mais surtout à ton amitié.

A mon poulailler : Elsa, Pauline, PQ, Sophie, Agathe, Emilie, Marguerite et Morguy ! Je vous remercie pour ces inoubliables années d'externat où l'on a découvert ensemble la médecine et l'hôpital. A toutes nos pauses cafés, nos ronéos surlignées, nos plats Picard et surtout à nos soirées étudiantes carabines ; le bon vieux temps !

A Ines, merci de m'avoir proposé de participer à cette thèse ! Merci surtout pour ton amitié, ton humour, et ton goût partagé pour la... couture ! J'espère que l'on va retrouver le temps de s'y remettre !

A Elise, Arnaud, Oui-Oui, Stephen et Carla et à tous nos projets futurs ! Merci pour votre amitié et ces dernières années passées à vos côtés ! Vivement le retour de chacun que l'on puisse enfin se retrouver !

Et enfin, aux trois amours de ma vie,

Hugo, merci pour ces dernières années passées à tes côtés qui ont été les plus belles de ma vie... On pourra remercier la faculté de médecine et la fête de la musique de nous avoir aidé à nous rencontrer, mais aussi à cette belle région qui nous a accueillis. Merci à la place Saint Projet et à son Pronuptia, au Pyla, à la rue Laroche, à l'église Notre Dame et au Château Flojague, et surtout à cette incroyable double aventure qui nous est très vite tombée dessus.

Agathe et Lou, quels merveilleux cadeaux que vous nous avez fait en venant au monde ce 29 décembre 2016. Vous êtes des amours de petites filles, curieuses, attentionnées, aimantes, câlines, mais aussi (voire souvent) coquines... Quel bonheur de vous voir grandir, et de voir votre complicité s'accroître au quotidien... Je vous aime.

ACRONYMES et SIGLES

AANPA : Antenne Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
AIT : Accident Ischémique Transitoire
ALD : Affection Longue Durée
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ASALEE : Action de SANTé Libérale En Equipe
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CCLAT : Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac
CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information ne matière de Recherche dans le domaine de la Santé
CEID : Comité d'Etude et d'Information sur les Drogues
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP : Comité de Protection des Personnes
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
EBM : Evidence-Based Medecine (Médecine factuelle)
ECV : Evénement CardioVasculaire
EPIC : European Prospective Investigation into Cancer and nutrition (Enquête prospective européenne sur le cancer et la nutrition)
ESC : Société Européenne de Cardiologie
ETHICCAR : Evaluation de l'éducation THérapeutique Individuelle et Collective du patient à risque CARdiovasculaire en médecine générale
EUROASPIRE : EUROpean Action on Secondary and Primary Prevention (Action européenne en matière de prévention primaire et secondaire)
EUROPREV : EUROpean review group on PREvention and health promotion in family medicine and general practice (Groupe d'évaluation européen sur la prévention et la promotion de la santé en médecine familiale et pratique générale)
ETP : Education ThéraPeutique
FRCV : Facteurs de Risque Cardio-Vasculaire
HbA1c : Hémoglobine glyquée
HAS : Haute Autorité de Santé
HDL : High Density Lipoprotein (lipoprotéine de haute densité)
HTA : HyperTension Artérielle
ICER : Incremental Cost-Effectiveness Ratio
IDM : Infarctus Du Myocarde
IMC : Indice de Masse Corporelle
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPAQ : International Physical Activity Questionnaire (Questionnaire international d'activité physique)
ITC France : International Tobacco Control in France
LDL : Low Density Lipoprotein (Lipoprotéine de basse densité)
MCV : Maladie Cardio Vasculaire

MedDietScore : Mediterranean Diet Score (Score diététique méditerranéen)

MMAS-4 : Morisky Medication Adherence Scale four items (Questionnaire de Morisky sur l'observance médicamenteuse à quatre questions)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QALY : Quality-Adjusted Life Year

RHD : Règles Hygiéno Diététiques

SCA : Syndrome Coronarien Aigue

SCORE : Systematic Coronary Risk Estimation (Estimation systématique du risque coronarien)

TSN : Traitement par Substituts Nicotiniques

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of General practitioners/family physicians (Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et des associations académiques des médecins généralistes/médecins de famille)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
ACRONYMES et SIGLES.....	5
TABLE DES MATIÈRES.....	7
LISTE DES ILLUSTRATIONS ET ANNEXES.....	9
1 INTRODUCTION.....	10
2 LE CONTEXTE.....	12
2.1 LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES.....	12
2.2 LE TABAC.....	14
2.2.1 La prévention du tabagisme en France.....	14
2.2.2 Tabac : Quelques chiffres.....	16
2.2.3 Tabac et maladies cardiovasculaires.....	20
2.2.4 Tabac, prévention.....	22
3 LE RESEAU EUROPREV.....	27
3.1 PRESENTATION DES ETUDES EUROPREV.....	27
3.2 PRESENTATION DE LA TROISIEME ETUDE EUROPREV III.....	27
4 MATERIEL ET METHODE.....	30
4.1 QUESTION DE RECHERCHE, OBJECTIFS, CRITERES DE JUGEMENT DE LA THESE.....	30
4.1.1 Question de recherche.....	30
4.1.2 Objectifs.....	30
4.1.3 Critères de jugement.....	31
4.2 METHODE.....	31
4.2.1 Généralités.....	31
4.2.2 Déroulement de l'étude : Modalités de recueil.....	36
4.2.3 Analyse statistique.....	37
5 RESULTATS.....	39
5.1 Généralistes recrutés.....	39
5.1.1 Premier groupe de généralistes.....	39
5.1.2 Deuxième groupe de généralistes : à partir de mai 2017.....	41
5.1.3 Troisième groupe de généralistes : à partir d'octobre 2017.....	42
5.2 Déplacement au cabinet médical : recueil des données médicales et consentements.....	42
5.3 Résultats de l'étude.....	43
5.3.1 Description des médecins généralistes.....	43
5.3.2 Description de la population.....	44
5.3.3 Analyse de la population en fonction du statut tabagique : « naïfs du tabac » versus « fumeurs/ex fumeurs ».....	49
5.3.4 Analyse de la population en fonction du statut tabagique après ECV : « fumeurs persistants » versus « fumeurs sevrés ».....	52

6	DISCUSSION	58
6.1	Discussion de la méthode	58
6.1.1	Les forces.....	58
6.1.2	Les limites et biais	59
6.1.3	L'analyse	62
6.2	Discussion des principaux résultats de l'étude	63
6.2.1	Résultats de l'objectif principal et des objectifs secondaires	63
6.2.2	Autres résultats	66
6.2.3	Comparaisons avec les résultats de la littérature.....	70
6.3	Perspectives	74
6.3.1	Vers une amélioration de la prévention – le conseil minimal, le conseil bref et l'entretien motivationnel.....	75
6.3.2	Cibler les fumeurs dits « difficiles » et leurs déterminants	79
6.3.3	Les différents moyens d'accompagner les patients en prévention.....	81
7	CONCLUSION	88
8	BIBLIOGRAPHIE	89
9	ANNEXES	96
10	SERMENT D'HIPPOCRATE	102

LISTE DES ILLUSTRATIONS ET ANNEXES

Tableau I : Causes médicales de décès par sexe en France (chiffres de 2010 selon l'INSEE)	13
Tableau II : Caractéristiques des médecins généralistes (n = 27).....	43
Tableau III : Caractéristiques de la population (n = 82).....	44
Tableau IV : Répartition de la population en fonction de l'âge et du sexe (n = 82).....	45
Tableau V : Incidence de l'angor en fonction du sexe (n = 82).....	45
Tableau VI : Incidence de l'IDM en fonction du sexe (n = 82).....	45
Tableau VII : Incidence des AVC/AIT en fonction du sexe (n = 82).....	45
Tableau VIII : Âge moyen des patients lors de la survenue des différents ECV (n = 82)	45
Tableau IX : Âge moyen des patients au moment de l'interview en fonction de leur ECV (n = 82).....	45
Tableau X : Prévalence et proportion de sevrés du tabagisme au sein de la population générale en fonction du moment de survenue de l'ECV (n = 71)	47
Tableau XI : Taux de fumeurs lors de l'ECV	48
Tableau XII : Moyenne d'âge des patients « naïfs du tabac » et « fumeurs/ex fumeurs » au moment de l'ECV (n = 71).....	49
Tableau XIII : Tableau comparatif de la population « naïfs du tabac » et de la population « fumeurs/ex fumeurs » (n = 71).....	50
Tableau XIV : Tableau comparatif des données sociodémographiques entre les patients devenant « fumeurs persistants » et les patients devenant « fumeurs sevrés » parmi la population fumant au moment de l'ECV (n = 21).....	52
Tableau XV : Tableau comparatif des antécédents et FRCV entre les patients devenant « fumeurs persistants » et les patients devenant « fumeurs sevrés » parmi la population fumant au moment de l'ECV (n = 21).....	53
Tableau XVI : Tableau comparatif des habitudes de vie entre les patients devenant « fumeurs persistants » et les patients devenant « fumeurs sevrés » parmi la population fumant au moment de l'ECV (n = 21).....	54
Tableau XVII : Tableau comparatif des objectifs, conseils reçus, satisfaction et mode d'arrêt du tabagisme entre les patients devenant « fumeurs persistants » et les patients devenant « fumeurs sevrés » parmi la population fumant au moment de l'ECV (n = 21)	55
Tableau XVIII : Tableau comparatif de la réussite de l'arrêt tabagique avant et après l'ECV en fonction de la délivrance de conseils d'aide à l'arrêt	56
Tableau XIX : Tableau comparatif de la population fumeur persistant et fumeurs sevrés après ECV en fonction d'une aide pharmacologique de 2nd intention	56
Figure I : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18 – 75 ans, France, 2000 – 2017 (selon le Baromètre santé de 2017)	18
Figure II : Statut tabagique des 18 – 75 ans en France en 2016 et 2017 (selon le Baromètre santé de 2017).....	19
Figure III : Evolution du nombre de fumeurs (par sexe) selon la survenue de l'ECV	47
Diagramme de flux 1 : Recrutement des généralistes et de leurs patients (groupe 1).....	41
Diagramme de flux 2 : Recrutement de l'ensemble des généralistes et de leurs patients	42
Annexe 1 - Questionnaire modifié de l'étude EUROPREV (les questions ajoutées sont en italique et en gras)	96

1 INTRODUCTION

La WONCA Europe est le représentant européen de l'organisation mondiale des médecins généralistes la « World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians ». Cette organisation travaille notamment sur l'élaboration de stratégies de prévention dans le cadre de la promotion de la santé en médecine générale. Dans ce contexte, la WONCA Europe a notamment créé le réseau de prévention EUROPREV en 1995. Ce réseau a pour but de formuler des recommandations de prévention et d'éducation à la santé, recommandations fondées sur des preuves scientifiques, et de les diffuser à toutes les associations de médecine générale en Europe (1,2).

Selon la définition de la médecine générale de la WONCA Europe de 2002, la prévention, le dépistage et la promotion de la santé sont des missions clés du médecin généraliste. Ce dernier a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté. La médecine est d'ailleurs plus efficace et socialement moins onéreuse dans des systèmes de santé fondés sur des soins primaires avec des médecins de famille proches de leur patientèle et au niveau de formation élevé, que dans des systèmes de soins moins orientés vers les soins de santé premiers (1).

De nombreuses études ont déjà bien défini les Facteurs de Risque CardioVasculaires (FRCV), dont fait partie le tabagisme. Pour réduire de plus de moitié le risque de décès par Maladie CardioVasculaires (MCV), les trois mesures les plus efficaces sont l'arrêt du tabac, le contrôle de la tension artérielle et celui de l'hypercholestérolémie, tout en luttant contre les autres facteurs de risque (3). Afin de diminuer la survenue des MCV, il nous faut donc davantage investir dans la prévention et aider au changement de mode de vie des patients. La « Foundation of Preventive Cardiology » a d'ailleurs formulé des recommandations simples et non invasives : « le sevrage tabagique, une alimentation équilibrée et pratiquer régulièrement une activité physique » (4). Ces mesures permettraient une réduction de 20 % de la mortalité totale et de 25 % des décès cardio-vasculaires (5).

Le système de soin en France est ainsi fait que le médecin généraliste est habituellement le premier contact que le patient rencontre dans toute démarche médicale. Il a du fait de son discours et de sa prise en charge une responsabilité professionnelle de santé publique envers sa communauté (1). Cependant, il apparaît que la prévention, en particulier celle du tabac, est insuffisamment abordée en consultation. Les raisons en seraient plurifactorielles : manque de temps, résistance du patient ou du médecin, manque de formation sur les modalités de prise en charge, revendication d'une rémunération spécifique pour ces actes, et scepticisme des médecins quant à l'efficacité de leur action (6-9).

Néanmoins, deux tiers de la population consulte son médecin traitant au moins une fois par an et 90% au moins une fois tous les cinq ans (10). Ces consultations devraient être l'occasion

d'agir sur l'éducation des patients et de lutter contre les facteurs de risque. Ceci est d'autant plus capital qu'il est décrit que le simple fait d'avoir eu une MCV est un facteur de risque de récurrence ; 30% des patients atteints de MCV sont à risque de récurrence dans les 5 ans soit un risque 5 fois plus élevé par rapport à la population générale en bonne santé (3). Le discours du médecin de famille sur l'importance des mesures simples d'hygiène de vie aurait alors un réel impact sur la santé de ses patients.

Par le biais de la WONCA Europe et dans le cadre de notre thèse, nous avons pu participer au recrutement français de la troisième étude observationnelle transversale organisée par le réseau EUROPREV. L'objectif de cette étude est d'évaluer la mise en place de l'activité physique, d'une alimentation saine et de l'arrêt du tabac chez les patients ayant fait l'objet d'un événement cardio-vasculaire.

L'enjeu de cette thèse est, dans ce contexte, d'analyser et d'évaluer l'évolution de la consommation tabagique chez les patients atteints de MCV, en particulier d'angor instable, de Syndromes Coronariens Aigus (SCA) et d'Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) ischémiques, à partir des données issues du recueil français de l'étude EUROPREV III.

2 LE CONTEXTE

2.1 LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les syndromes coronariens aigus et les accidents vasculaires cérébraux ischémiques résultent de l'obstruction des artères oxygénant les organes en raison de la formation d'athérosclérose. Cette obstruction est la conséquence de FRCV bien connus (11). Les principaux, dits « modifiables » sont : le tabagisme, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité abdominale et le stress psychosocial (le stress au travail, à la maison, les difficultés financières et l'existence d'événements pénibles majeurs dans l'année précédant l'accident coronarien). Les facteurs dits « protecteurs » sont la consommation journalière de fruits et légumes, la pratique régulière d'activité physique et une consommation modérée d'alcool. Les facteurs de risque dits « non modifiables » sont l'âge, le sexe masculin et les antécédents familiaux (3,12,13).

Au-delà de ceci, l'étude Interheart (étude cas témoins publiée en 2004 et couvrant 52 pays) a confirmé que ces 9 facteurs modifiables permettent de prédire 90 % des infarctus aigus du myocarde chez les hommes et 94 % chez les femmes et ceci, dans toutes les régions du monde, dans toutes les classes d'âge et dans les deux sexes (13–15). Ces facteurs de risque ont un effet additif, voire synergique. Un individu qui cumule plusieurs de ces facteurs augmente ainsi son risque cardiovasculaire (14).

C'est pourquoi, en prévention primaire, il est intéressant de calculer, en fonction de la présence ou non de facteurs de risque, la probabilité de survenue d'un événement cardiovasculaire à 5 et 10 ans. Le score prédictif le plus utilisé mondialement est le score de Framingham, mais celui qui est conseillé en Europe par la Société Européenne de Cardiologie (ESC) est le score appelé « SCORE » (Systematic Coronary Risk Evaluation). Il s'agit d'une version européenne du score de Framingham qui évalue le risque d'événement mortel chez les 40 - 65 ans (16,17) en tenant compte de la zone d'habitation des individus au sein de l'Europe.

Il apparaît donc possible de définir les prédispositions des patients à développer une MCV. A partir de cette analyse et grâce au développement de simples mesures interventionnelles de prévention et d'éducation à la santé, il est ainsi envisageable de prévenir l'immense majorité des MCV, et ceci de façon universelle, comme l'a montré l'étude Interheart (14).

A l'échelle mondiale, on estime à 17,5 millions le nombre de décès imputables aux MCV, soit 31% de la mortalité totale. Parmi ces décès, 7,4 millions seraient dus à une cardiopathie coronarienne et 6,7 millions à un AVC (chiffres de 2012) (11). Les MCV constituent la première cause d'invalidité en Europe et y représentent une des causes de décès les plus fréquentes (3).

En France, en 2012, les MCV sont responsables de 140 000 décès tout sexe confondu. Elles sont la seconde cause de mortalité après les cancers et la première cause de décès chez les femmes (18).

Tableau I : Causes médicales de décès par sexe en France (chiffres de 2010 selon l'INSEE)

	Homme	Femme	
Tumeurs	92 482	66 366	158 848
MCV	66 223	76 233	142 456

Il s'agit également d'une des principales causes de morbidité. Les AVC constituent la première origine de handicap non-traumatique dans les pays développés : 20% des patients restent institutionnalisés, et la moitié regagnant le domicile conserve des séquelles physiques ou cognitives importantes (19).

Alors que la prévalence et l'incidence des MCV augmentent, ceci lié au vieillissement des populations et à l'augmentation de certains FRCV (habitudes alimentaires, sédentarité, obésité et diabète), il existe une tendance à la baisse de la mortalité par MCV en raison des progrès dans leur prise en charge et grâce à leur prévention (12).

L'incidence des MCV est 5 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme (12). Les accidents cardiovasculaires surviennent en moyenne dix ans plus tôt chez ce dernier. Néanmoins l'incidence des SCA en 2010 est en augmentation chez les femmes, notamment les plus jeunes, du fait de l'augmentation du tabagisme chez les 45-64 ans (12). Avant 65 ans la mortalité cardiovasculaire des hommes est 3 à 4 fois supérieure à celle des femmes (13).

En plus d'être un fléau sanitaire, les MCV apparaissent comme une importante dépense de santé publique. Selon la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) la prise en charge des MCV représentait en 2007 un coût évalué à 17,9 milliards d'euros (20).

De plus, une analyse médico-économique réalisée à partir des résultats de l'enquête EUROASPIRE III est en faveur de l'optimisation de la prévention des Evènements CardioVasculaires (ECV) avec un rapport coût-efficacité moyen (ICER : Incremental Cost-Effectiveness Ratio) de 12 484 euros par année de vie gagnée en bonne santé (QALY : Quality-Adjusted Life Year) (21). Ainsi, également pour des raisons économiques, tous les patients coronariens devraient bénéficier d'un programme de prévention et de réadaptation cardiaque structuré et multidisciplinaire.

- **Les MCV**

Elles représentent 31% de la mortalité mondiale.

En France, elles causent 140 000 décès annuel (2nd cause de mortalité).

Elles sont la 1^{re} cause d'invalidité en Europe.

Leur incidence et prévalence sont en augmentation (hygiène de vie défavorable et vieillissement des populations) alors que leur mortalité diminue (amélioration des soins).

Les hommes sont plus touchés que les femmes (incidence 5 fois plus importante, âge de survenue de 10 ans plus tôt, mortalité avant 65 ans 3 fois plus élevée).

- **Rôle clé du médecin traitant / importance de la prévention :**

66% des patients consultent leur médecin généraliste au moins une fois par an, 90% au moins une fois tous les cinq ans.

Neuf FRCV modifiables prédisent de manière universelle plus de 90% des IDM, avec un effet additif et synergique (étude Interheart).

L'arrêt du tabac, l'activité physique et l'hygiène alimentaire réduisent de 20% la mortalité globale et de 25% la mortalité par décès cardiovasculaire.

Les patients vasculaires ont un risque de récurrence élevé (30% dans les 5 ans, risque de survenue 5 fois plus élevé par rapport à la population générale en bonne santé).

2.2 LE TABAC

2.2.1 La prévention du tabagisme en France

La loi Veil de 1976 est le premier grand texte luttant contre les méfaits du tabagisme. Elle interdit de fumer dans certains lieux collectifs et s'attaque à la publicité en faveur du tabac.

La loi Evin de 1991 renforce la lutte anti-tabac. Elle favorise entre autre la hausse du prix des cigarettes et instaure les emplacements réservés aux fumeurs (22). Ces lois permettent une baisse importante du tabagisme, y compris du tabagisme passif, avec une dénormalisation de sa consommation et ceci y compris pour sa consommation au sein des domiciles (23).

L'interdiction de fumer dans les lieux publics a été mise en œuvre en deux phases : en février 2007 sur les lieux de travail, les centres commerciaux, les transports, les hôpitaux et les écoles et en janvier 2008 dans les lieux de convivialité (bars, restaurants, hôtels, casinos et discothèques) (23).

Dès les années 2000, en parallèle de la législation anti-tabac, de nombreuses campagnes d'information et de prévention sont conduites par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et par les associations de lutte anti-tabac. Ces dernières sont destinées au grand public ou à des populations ciblées, jouant sur différents ressorts et

pouvant ainsi sensibiliser et constituer un levier pour prévenir l'initiation au tabagisme et inciter l'arrêt du tabac (24,25). Depuis 2003 des sessions d'information et d'éducation à la santé sont organisées en milieu scolaire, en primaire et en secondaire (comme le programme national TABADO, au sein de Centres de Formation des Apprentis et des lycées professionnels (24,26,27).

En 2003, 176 pays membres de l'OMS (dont la France) adoptent la Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT), permettant ainsi de réglementer l'ensemble des mesures efficaces pour lutter contre le tabagisme (23).

Le ministère en charge de la Santé a créé en 2014 le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) ayant pour objectif une prévalence de 20% de fumeurs en 2024. Elle vise aussi l'objectif que les enfants naissant aujourd'hui soient la première génération de non-fumeurs. Ses trois axes d'intervention sont :

- *De protéger les jeunes et éviter leur entrée dans le tabagisme* : paquets neutres à images et messages chocs moins attractifs, interdiction de fumer dans les espaces publics de jeux pour enfants, interdiction de fumer en voiture en présence d'un enfant de moins de 12 ans, de vapotage dans les lieux publics, des arômes améliorant le goût du tabac, et de faire de la publicité pour les cigarettes électroniques.
- *D'aider les fumeurs à arrêter* : augmentation des campagnes d'information choc en annonçant clairement la mortalité liée au tabac (« le tabac tue un fumeur sur deux »), pictogramme figurant sur les paquets indiquant les méfaits du tabac pendant la grossesse, promotion du numéro d'appel unique « 39 89 », augmentation du forfait annuel de remboursement des médicaments de sevrage tabagique à 150€ pour tous et valorisation du travail de prévention des généralistes (la réduction du tabagisme intégrant les Revenus sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)). Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) offrent de plus depuis 2015 une amorce gratuite des traitements nicotiniques de substitution (28).
- *D'agir sur l'économie du tabac* : création d'un fond dédié aux actions de lutte contre le tabagisme. Il permettra entre autre de renforcer d'une part la transparence sur les activités de lobbying de l'industrie du tabac et d'autre part d'améliorer la lutte contre son commerce illicite (24,29).

D'autres réglementations encadrent et tentent de lutter contre le tabagisme (obligation d'information sur la quantité en nicotine, de goudrons et autres substances susceptibles d'être dégagées par la combustion, teneur maximale en goudron imposée, interdiction de vente de tabac aux mineurs, interdiction des fausses appellations « light », hausse constante du prix des cigarettes avec des paquets de cigarettes anciennement à 3,60€ l'unité passant à 20€ d'ici 2020). Ces mesures de prévention sont renforcées par la création du site internet « *Tabac Info Service* » puis par celle de l'application mobile en complément du « 39 89 ». De plus, des guides d'auto sevrage pour le patient et de prise en charge du sevrage tabagique pour les praticiens ont été réalisés en collaboration avec l'Inpes et sont disponibles sur internet (25,30–36).

Le « Mois sans tabac » a été instauré pour sa première édition en novembre 2016 par Santé publique France en partenariat avec l'Assurance maladie. Il fait écho au mouvement anglais créé en 2012 appelé « Stoptober », et « à la journée mondiale sans tabac » du 31 mai. Le mois de novembre a été choisi en France afin de répartir sur l'année les incitations d'arrêt du tabac (janvier et septembre sont les mois des bonnes résolutions et le 31 mai est la journée mondiale sans tabac) (37). Il a été le premier défi collectif lancé conjointement par différentes institutions (le ministère des Affaires sociales et de la Santé, Santé publique France et par l'Assurance maladie), relayé de manière importante et soutenu par de nombreux partenaires nationaux (37). Il est inscrit dans le PNRT de 2014-2019, et figure dans le Plan cancer 3 et dans le plan d'action de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA).

Il consiste à proposer à tous les fumeurs d'arrêter de fumer ensemble, pendant un mois. Cette opération de santé publique part du constat que la dépendance est bien moins forte après 30 jours d'abstinence et qu'ainsi le fumeur a cinq fois plus de chances d'arrêter définitivement. Son objectif est de passer sous la barre des 20% de fumeurs dans les 10 ans (37).

La deuxième édition a pris fin le 30 novembre 2017, suscitant un bel engouement collectif avec plus de 158 000 inscrits et 706 082 kits d'aide à l'arrêt distribués (38,39).

Enfin, l'augmentation de la prise en charge financière des traitements médicamenteux d'aide au sevrage s'inscrit aussi dans la volonté collective de diminution de la prévalence tabagique.

Depuis mai 2017, la varénicline, traitement de seconde intention du sevrage tabagique après échec des Traitements par Substituts Nicotiques (TSN) chez les fumeurs ayant une forte dépendance, est remboursée par l'assurance maladie à hauteur de 65%. Depuis mai 2018, il en est de même, pour certains TSN pour tous les assurés sociaux (avec une prise en charge à 100% pour les patients en Affection Longue Durée (ALD), en invalidité ou ceux bénéficiant de la gratuité des soins pour faiblesse de revenus) (40).

Cette démarche permet d'améliorer l'accessibilité du sevrage médicamenteux aux plus défavorisés. Le passage à un remboursement classique et direct permet ainsi de lever les limites concernant l'avance de frais mais aussi de fixer des tarifs identiques sur l'ensemble du territoire. Cette mesure favorisera alors une durée de traitement mieux adaptée à l'addiction nicotinique. L'ancien forfait de prise en charge de 150 € annuel est maintenu jusqu'à fin 2018, dans l'attente du remboursement des TSN demandée par les laboratoires exploitants (41).

2.2.2 Tabac : Quelques chiffres

Trois enquêtes de cohorte ont été conduites en France début 2007, fin 2008, et fin 2012 afin d'évaluer l'interdiction de fumer dans les lieux publics ; les résultats montrant une quasi élimination du tabagisme dans ces lieux. Cinq ans après la mise en œuvre de cette interdiction, le pourcentage de bars à l'intérieur desquels les gens fumaient a diminué de 90% à 7%, et celui concernant les restaurants a diminué de 60-70% à moins de 2% (23).

Le baromètre santé de 2014 retrouvait une prévalence du tabagisme en France en augmentation entre 2005 et 2010, puis une stabilisation parmi les fumeurs quotidiens (entre 5 à 15 cigarettes par jour). Les fumeurs représentaient 34,1% des 15 - 75 ans, dont 28,2% de fumeurs réguliers, soit environ 13,2 millions d'individus. La proportion d'ex-fumeurs était en augmentation par rapport à 2010 (de 29,2% à 31,0%), ainsi que la part de fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt dans l'année (de 25,2% à 29,0%) (24).

Selon le rapport de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) de 2013 et le baromètre Français santé de 2014, les pays ayant mis en œuvre les recommandations de la CCLAT ont obtenu une chute drastique de la consommation de tabac (23).

Les résultats du baromètre santé de 2017 sont encourageants avec notamment une baisse marquée de la prévalence tabagique chez les sujets jeunes et chez les patients les plus défavorisés, résultats incitant à la poursuite des différentes actions menées (30). Cette diminution du tabagisme permet d'évaluer l'impact des mesures phares mises en place depuis 2016 (dont entre autres le paquet neutre, l'application pour mobile tabac info service, la première manifestation du mois sans tabac, l'augmentation du forfait de la prise en charge des TSN puis leur remboursement et l'ouverture de la prescription des TSN (en plus des médecins et des sages-femmes) aux médecins du travail, chirurgiens-dentistes, infirmiers et kinésithérapeutes) (28).

La prévalence tabagique des 18-75 ans tombe à 31,9% de fumeurs occasionnels et à 26,9% de fumeurs quotidiens (30). Cette baisse représente environ 1,4 million de fumeurs adultes en moins (diminution de 15,8 à 14,4 millions), et environ 1 million de fumeurs quotidiens adultes en moins (diminution de 13,2 à 12,2 millions) (30).

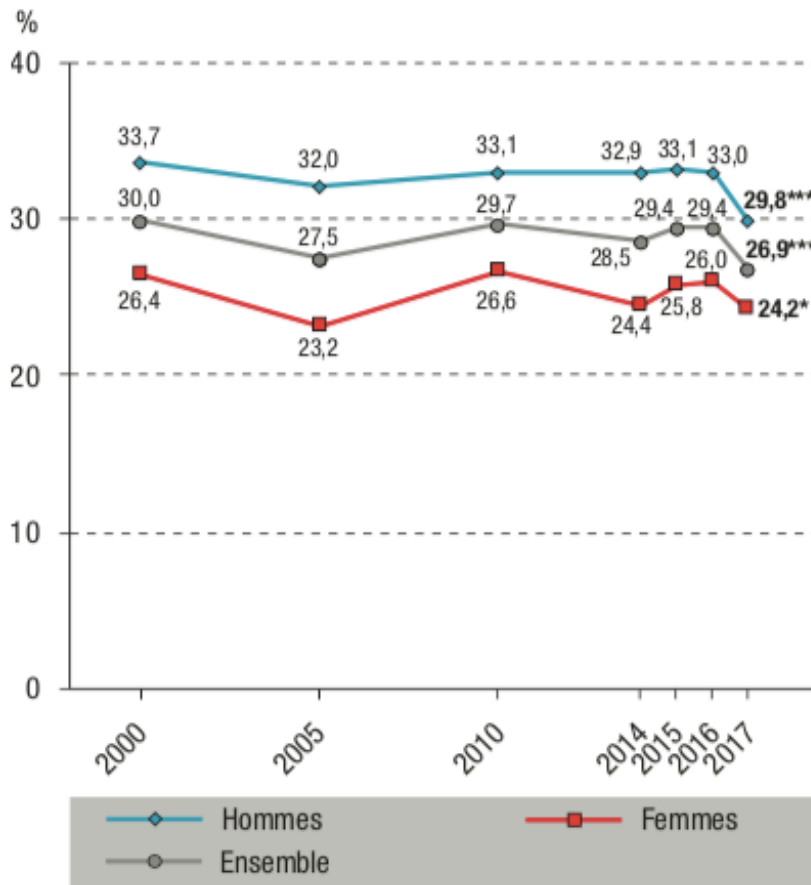
Cette baisse est plus marquée chez les hommes (diminution chez les 18-24 ans de 44,2% à 35,3% ; plus bas niveau atteint depuis 2000, et chez les 45-54 ans de 36,1% à 30,5% ; résultat stoppant la hausse continue depuis 2000) (30).

Parmi les femmes, seule la prévalence chez les 18-24 ans reste stable. A l'inverse, le tabagisme quotidien parmi les 55-64 ans a diminué de 21,1% à 17,6%, constituant la première baisse observée au sein de cette classe d'âge (augmentation du tabagisme des femmes de 45-64 ans en 2010, avec un « effet génération » prolongé en 2014 chez ces mêmes femmes âgées de 55-64 ans) (23,24,30).

Chez les adolescents de 17 ans, le tabagisme a diminué de 23% entre 2014 et 2017, avec un recul de l'âge de l'expérimentation (de 14 ans à 14,4 ans), et une baisse de 68,4% à 59,0% des jeunes de 17 ans ayant expérimenté le tabac. Ainsi, par rapport à 2016, la part des personnes n'ayant jamais fumé était en augmentation (de 34,3% à 37,1%) et celle des ex-fumeurs était stable (31,1%). En parallèle, la proportion des patients disant vapoter est restée identique entre 2016 et 2017 (3,8% des personnes de 18-75 ans interrogées, dont 2,7% vapotant quotidiennement).

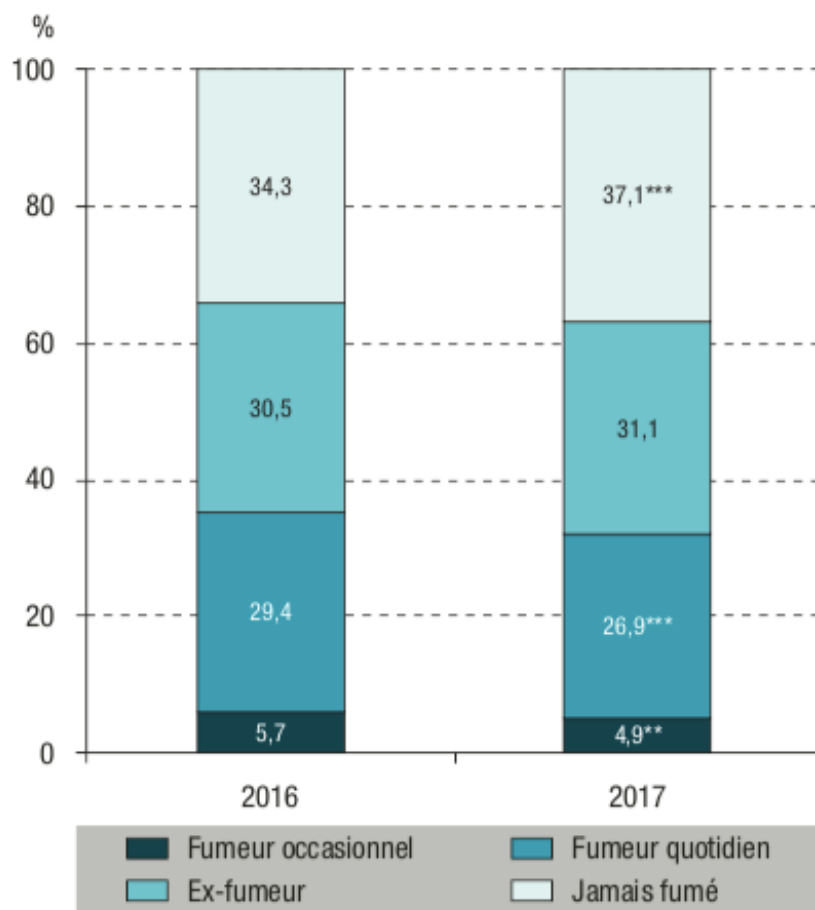
Parmi les fumeurs les plus défavorisés, le tabagisme a diminué entre 2016 et 2017 de 38,8% à 34,0% chez les personnes aux revenus les plus faibles, et de 49,7% à 43,5% chez les personnes au chômage (30).

Néanmoins, avec ses 31,9% de fumeurs en 2017, la prévalence tabagique en France se situe bien au-dessus des niveaux enregistrés de 2014 au Royaume-Uni (20%), aux États-Unis (19%), en Australie (16%), au Canada (17%), en Allemagne(26%), aux Pays-Bas (25%) et en Espagne (30%) (18,24).



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France. Baromètre cancer 2015, INCa.
 Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 :
 * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Figure I : Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18 – 75 ans, France, 2000 – 2017 (selon le Baromètre santé de 2017)



Sources : Baromètres santé 2016 et 2017, Santé publique France.
 Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 :
 ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Figure II : Statut tabagique des 18 – 75 ans en France en 2016 et 2017 (selon le Baromètre santé de 2017)

- **Prévalence du tabac en France :**

Depuis 2007 : Diminution du tabagisme dans les lieux publics.

Entre 2005 et 2010, hausse de la prévalence tabagique en particulier chez les femmes de 45-64 ans, effet générationnel retrouvé en 2014 chez les 55-64 ans.

Après 2010, stabilisation des chiffres avec 34,1% de fumeurs en 2014.

En 2017, nette diminution du tabagisme avec une prévalence abaissée à 31,9%. Près d'un million de fumeurs en moins, baisse touchant majoritairement les jeunes et les populations défavorisées.

- **Amélioration de la prise en charge financière du sevrage tabagique**

Remboursement de la varénicline (2017) et des TSN (2018), maintenant identique à celui des autres médicaments.

2.2.3 Tabac et maladies cardiovasculaires

Le tabagisme est un problème mondial majeur de santé publique. Il est associé à un risque accru de MCV, responsable de plus d'un décès sur dix (42). Il représente 50% de tous les décès évitables, et est donc la première cause de mortalité évitable au monde (3). Le nombre de décès annuels lié au tabac est estimé à environ 5 millions, soit 13 500 décès par jour, représentant 6% de la population mondiale féminine et 12% de la population masculine (23). En France, il tue 73 000 personnes prématurément par an soit 200 morts par jour, en faisant perdre en moyenne 10 à 15 années de vie confortable à chaque fumeur (13,23).

- 2.2.3.1 *Tabac : facteur de risque majeur mais aussi de gravité dans la survenue des IDM*

Dans l'étude Interheart, le tabagisme était le deuxième facteur de risque d'IDM, juste derrière les dyslipidémies (43). Le tabac semblait aussi être un facteur de gravité dans la survenue des IDM. Une étude transversale de 2005 a hiérarchisé l'effet de gravité des FRCV dans les IDM avec comme mesure l'élévation du segment ST : le tabac y apparaissait comme un facteur majeur de gravité contrairement à l'hypertension artérielle ou à l'obésité (44).

- 2.2.3.2 *Tabac et IDM : pas de seuil de consommation dénué de risque*

L'étude Interheart a aussi confirmé que le risque d'IDM est proportionnel au nombre de cigarettes fumées quotidiennement. Cependant il n'existait pas de seuil de consommation en dessous duquel le tabagisme était dénué de risque, même pour quelques cigarettes. La corrélation entre IDM et nombre de cigarettes fumées était linéaire entre 0 et 25 cigarettes par jour, présentant un risque augmenté de 63% entre 1 et 9 cigarettes/ jour (43), avec une tendance à plafonner à plus de 25 par jour (45).

Des résultats similaires sont retrouvés dans une étude prospective norvégienne (de 1970 à 2002 chez des hommes et femmes âgés de 35 à 49 ans) avec une augmentation du risque cardiovasculaire pour un tabagisme de 1 à 4 cigarettes par jour, et un risque relatif de survenue d'IDM par rapport à un non fumeur de 2.74 pour les hommes et de 2.94 pour les femmes (46).

L'étude prospective Nurses Health Study de Walter C et al. (120 000 infirmières américaines âgées de 30 à 55 ans, en 1976, avec un suivi sur 6 ans) retrouvait aussi une relation non dose dépendante du tabac, et une augmentation de 2 à 3 fois le risque de survenue d'IDM pour une consommation de 1 à 4 cigarettes par jour. De plus le risque relatif de survenue d'IDM par rapport à un non fumeur y était de 5,8 chez les femmes fumant plus de 25 cigarettes par jour (avec un risque relatif de 5,5 pour les IDM mortels) (47).

L'étude EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and nutrition) de I.Licaj et Coll. analysait quant à elle l'impact du tabac sur la mortalité globale et sur la mortalité par cause (par cancers, par MCV et par affections de l'appareil respiratoire) chez les 40-65 ans entre 1993 et 2000 dans dix pays européens. Le taux de mortalité des fumeurs y était

supérieur de 1,5 à 3 fois à celui des non-fumeurs. Le risque global de décès était associé positivement au nombre de cigarettes fumées par jour, ceci peu importe la consommation d'alcool associée chez les hommes. Chez les femmes, l'intensité du tabagisme était plus fortement associée au risque de décès chez celles consommant une quantité excessive d'alcool que celles en consommant peu ou pas (23).

- **2.2.3.3 Tabac, population jeune et IDM**

Chez les sujets jeunes, le tabac est le facteur essentiel, souvent isolé, des IDM. Plus de 80 % des sujets présentant un IDM avant 45 ans sont fumeurs (chiffre des études PREVENIR I et II) (48). Chez les hommes de moins de 55 ans ce chiffre diminue à 58%, avec un risque multiplié par 7 par rapport à un non-fumeur (45).

La consommation de cannabis serait aussi, selon Mittleman MA et al., un facteur péjoratif associé à la survenue de l'IDM chez cette population jeune. Dans leur étude prospective en cross over multicentrique, le risque relatif de déclencher un IDM après avoir fumé du cannabis par rapport à celui d'un non-fumeur de la même catégorie d'âge et de sexe serait augmenté à 3,2 une heure après la consommation (49).

- **2.2.3.4 Tabac et IDM : pas de corrélation entre la nature du tabac et la survenue d'IDM**

Le risque de survenue d'IDM est indépendant du « type » de tabagisme (cigarettes avec ou sans filtre, pipe, cigare, narguilé, tabac à mâcher...) (45).

- **2.2.3.5 Tabac et AVC**

Une étude prospective sur 12 ans aux Etats Unis (de 1976 à 1988), dirigée par I. Kawasaki, chez des infirmières âgées de 30 à 55 ans a étudié le risque de survenue d'AVC et la consommation de tabac. Elle a démontré que le risque relatif de survenue d'AVC chez des patientes fumeuses était de 2,58 (de 2,08 à 3,19 avec IC 95%).

Ce risque relatif disparaît après 2 à 4 ans d'arrêt du tabac, ceci peu importe le nombre de cigarettes fumées, l'âge de début du tabagisme ou la présence d'autres facteurs de risques d'AVC (50).

- **2.2.3.6 Tabac : une prévalence de fumeurs encore trop importante**

Malgré la connaissance approfondie des méfaits cardiovasculaires du tabac, les résultats des études observationnelles montrent que sa prévention demeure encore un réel enjeu de santé publique.

Les résultats des enquêtes EUROASPIRE (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events), menées en Europe par l'ESC avec des interviews en moyenne à 1,4 ans après l'ECV (EUROASPIRE I : 9 pays de 1995 à 1996, EUROASPIRE II : 15 pays de 1999 à 2000, EUROASPIRE III : 22 pays de 2006 à 2007, et EUROASPIRE IV : 24 pays de 2012 à 2013) ont montré une importante persistance des modes de vie défavorables (3,4). Ainsi la proportion de patients restant fumeurs après un ECV

a augmenté entre 2007 et 2013, avec une prévalence plus élevée chez les patients de moins de 50 ans, ceci étant plus marqué chez les femmes de cette même tranche d'âge (un patient sur cinq dans les enquêtes EUROASPIRE I, II et III et quasi un patient sur deux dans l'enquête EUROASPIRE IV) (5,51,52). Selon les résultats d'EUROASPIRE II, le tabagisme persistant était ainsi plus élevé chez les sujets jeunes (39% chez les moins de 50 ans, 26% des 50 - 60 ans, et 14% chez les plus de 60 ans) (53).

De même, l'étude Euroreview (étude réalisée par EUROPREV entre 2008 et 2009 au sein de 22 pays Européens) retrouvait des résultats soulignant la difficulté d'application des règles hygiéno-diététiques. Cette étude avait pour objectif de connaître l'impact du mode de vie sur la santé des populations européennes. Elle retrouvait un tabagisme actif de 23,4 % chez les femmes et de 33,2 % chez les hommes. En France, le taux de tabagisme actif était de 27 % (54).

Le tabac :

- **1^{re} cause des décès évitable : 13 500 décès/ jour dans le monde et 200 décès/ jour en France.**
- **Plus d'un décès par MCV sur dix est lié au tabagisme.**
- **Le taux de mortalité des fumeurs est augmenté de 1,5 à 3 fois par rapport à celui des non-fumeurs (étude EPIC).**

- **Est le 2nd facteur de risques d'IDM derrière les dyslipidémies (1^{er} facteur de risques chez les moins de 45 ans).**
- **Augmente de 2 à 3 le risque d'IDM.**
- **Est un facteur de risques de gravité dans la survenue des IDM.**
- **N'a pas de seuil de consommation minimale dans la survenue des IDM.**

Un patient sur cinq (EUROASPIRE I, II et III) et un patient sur deux (EUROASPIRE IV et PREVENIR I) reste fumeur après son ECV.

Le tabagisme persistant après un ECV est plus élevé chez les patients de moins de 50 ans.

2.2.4 Tabac, prévention

- 2.2.4.1 Les bénéfices de l'arrêt tabagique

En prévention primaire, c'est l'arrêt le plus précoce possible qui doit être recherché. Les bénéfices cardiovasculaires liés à l'arrêt du tabagisme sont très importants, et ceci d'autant plus si l'arrêt survient tôt. De plus, le tabac étant en grande partie responsable de la survenue des événements cardiovasculaires chez les sujets jeunes, seul un arrêt précoce chez cette population permet d'éviter les accidents coronariens.

La mortalité liée au tabagisme a été étudiée dans une étude prospective chez des hommes médecins Britanniques de 1951 à 2001. Les résultats obtenus montraient les bénéfices à long

terme de l'arrêt tabagique en prévention primaire. Les fumeurs persistants avaient en moyenne perdu 10 ans de vie par rapport aux non-fumeurs, tandis que ceux qui avaient arrêté le tabac aux environs de 60, 50, 40 ou 30 ans avaient respectivement gagné 3, 6, 9 ou 10 années d'espérance de vie par rapport aux fumeurs persistants. Un arrêt tardif ne permettait pas de rejoindre le statut d'un sujet n'ayant jamais fumé (43,55).

En prévention secondaire, le bénéfice de l'arrêt de la consommation de tabac est confirmé à tous les stades de la maladie coronaire. Une analyse observationnelle de 2010 (essai OASIS) a montré que l'observance comportementale en post IDM (régime alimentaire, exercice et arrêt du tabac) était associée à un risque nettement moindre de récurrence cardiovasculaire. L'arrêt tabagique diminuait le risque de récurrence d'IDM par rapport au tabagisme persistant (OR 0,57, IC 95 : 0,36 à 0,89) (56).

Des études récentes, dont une méta-analyse Cochrane, ont montré aussi que le l'arrêt du tabac en post IDM diminuait de 36 % le risque de décès toutes causes confondues et de 32 % le risque de récurrence d'infarctus chez les coronariens sevrés (57,58). Une autre méta-analyse portant sur l'arrêt du tabac après la survenue d'IDM montrait une réduction du risque relatif de mortalité coronarienne de 46% (59).

D'autres études publiées dans les années 1980 montraient que les fumeurs ayant subi un IDM et ayant arrêté de fumer avaient une mortalité à dix ans diminuée de 50 % par rapport aux sujets poursuivant la consommation de tabac (5,60). L'âge de l'arrêt du tabac aurait de l'importance, même si le principe de l'arrêt est en soi primordial, quel que soit le moment choisi. Dans ces études, les fumeurs sevrés de moins de 50 ans y avaient un taux de survie à 5 ans d'arrêt du tabac de 88% vs 84% pour ceux continuant à fumer ($p < 0,02$) et un risque de récurrence d'IDM respectivement de 20% vs 27% ($p = 0,06$). Après 50 ans, ces chiffres diminuaient pour le taux de survie à 5 ans respectivement à 82% vs 75% ($p < 0,001$) et pour le risque de récurrence d'IDM à 21% vs 31% ($p < 0,01$) (60).

De plus, selon différentes études (dont l'étude EPIC), les patients sevrés depuis plus de 10 ans présentaient des schémas de risques cardiovasculaires pratiquement identiques à celui des non-fumeurs (23,43).

Une étude prospective Israélienne des années 90 retrouvait que les patients fumeurs persistants présentaient un risque de mort subite cardiaque deux fois plus important que les fumeurs sevrés ou sans antécédent de tabagisme (respectivement 8,1% vs 4,6%, $p = 0,01$). Ainsi, en plus de présenter un risque de mort subite cardiaque diminué, les patients sevrés avaient des courbes de survie comparables à celles des individus sans antécédent de tabagisme, et augmentées par rapport à celle des fumeurs persistants ($p = 0,006$). Cette étude retrouvait aussi que la diminution du risque de mort subite cardiaque avec arrêt du tabac était immédiate (non dépendante du temps) (61).

Cependant, malgré ces constats, l'étude PREVENIR I retrouvait (comme les différentes études EUROASPIRE), que 40% des hommes ayant des antécédents coronariens continuaient à fumer (62).

Ainsi, l'arrêt tabagique apporte un bénéfice cardiovasculaire rapide, important, non invasif et de coût négligeable en comparaison aux traitements médicaux et chirurgicaux.

Sa prévention devrait rester une priorité au même titre que celle de l'hypercholestérolémie ou de l'hypertension artérielle (43). Elle présente le meilleur rapport coût/bénéfice en prévention cardiovasculaire. Ce constat avait d'ailleurs été démontré dans une étude réalisée en 2012 révélant que la prise en charge à 100% du sevrage tabagique serait pleinement efficace en terme de coût-efficacité (23,43,63). Ainsi, le récent remboursement à 65% de la varénicline (2017) et des TSN (2018) va dans ce sens, et devrait appuyer encore un peu plus la diminution de la prévalence tabagique publiée dans le baromètre santé de 2017.

- 2.2.4.2 *Les facteurs prédictifs de l'arrêt tabagique*

L'arrêt du tabac est une démarche complexe et difficile de par sa consommation fortement addictogène (3). La motivation est le meilleur facteur pronostique d'arrêt. Elle est souvent faible chez les fumeurs « heureux », mais peut être renforcée par l'attitude des médecins avec la méthode du « conseil minimum », répétée sur le long terme, pouvant doubler le taux d'arrêt du tabac dans un délai d'un an (13). Le praticien doit savoir jouer sur l'envie ambivalente du patient à arrêter, car le sevrage n'est possible que si le patient est motivé et acteur dans cette démarche, convaincu des bénéfices qu'il va en tirer. Dans la réussite et le maintien de l'arrêt du tabac, la meta-analyse de Van Berkel et Al. soulignait l'importance du nombre de contacts et ce sur une durée prolongée (58).

Plusieurs études mettent en avant les facteurs prédisposant à l'arrêt tabagique. La meta-analyse de Van Berkel et Al. retrouvait comme facteurs prédisposant l'âge avancé, le sexe masculin, un niveau d'éducation élevé, une hospitalisation récente et l'antécédent de coronaropathie comme l'angor instable. Les facteurs prédisant la poursuite du tabagisme y étaient les gestes d'angioplastie et de pontage aorto-coronarien, la présence d'autres FRCV et la dépression (58). Une enquête de 2004 (qui comparait les résultats des enquêtes EUROASPIRE I et II) analysait dans le temps les relations entre les facteurs cliniques et démographiques et l'arrêt tabagique chez les patients coronariens. Elle retrouvait en partie les mêmes facteurs prédisposant à l'arrêt que ceux de la méta-analyse de Van Berkel et Al. : l'âge avancé (41% chez les moins de 50 ans, 53% chez les plus de 60 ans) et le niveau universitaire élevé (56%). Cependant les résultats différaient concernant la nature de l'épisode coronarien : l'IDM (52%), les gestes d'angioplastie (48,5%) et de pontage aorto-coronarien (46,5%) étaient plus en faveur d'un arrêt tabagique par rapport à l'épisode d'ischémie myocardique (38%). Dans cette étude, les patients sevrés avaient aussi pour la plupart d'entre eux également amélioré d'autres pans concernant les recommandations d'hygiène de vie (53). Le baromètre santé de 2014 donne en plus comme facteurs prédisant la poursuite du tabagisme un emploi d'ouvrier, un niveau de revenu peu élevé et le chômage (24).

Ces données peuvent ainsi aider le médecin à moduler et à intensifier son discours de prévention chez les patients plus jeunes, ceux ayant un faible niveau d'éducation et de revenu et probablement ceux ayant une ischémie myocardique comme première expression de leur MCV.

Toujours dans la meta-analyse de Van Berkel et Al., les facteurs psychologiques ont été étudiés, ceci pour compléter d'anciens résultats retrouvant une forte incidence de troubles

psychiatriques, notamment de dépression, chez les patients cardiaques. Le sevrage chez cette population reste difficile, d'autant plus que le tabagisme augmenterait le risque de dépression, et son arrêt pourrait être en lui-même une source d'anxiété et de symptômes dépressifs (58,64).

Cependant, selon la méta analyse de Taylor et al. de 2014, l'arrêt tabagique est associé à une réduction des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression, avec une amélioration de la qualité de vie, par rapport au tabagisme persistant, et ce quel que soit le profil psychologique initial des patients (65). L'arrêt du tabac serait alors en lui-même un traitement anti déresseur, dans la mesure où il serait géré de manière sereine par les patients et les professionnels de santé. L'étude *Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders* (EAGLES) de 2016 a d'ailleurs démontré que tous les traitements médicamenteux pouvaient être proposés aux patients psychiatriques, avec une efficacité majorée de la varénicline par rapport aux TSN, au bupropion et au placebo (66).

Dans les MCV, les fumeurs arrêtent souvent en phase aiguë de leur maladie, et la problématique de l'arrêt se pose le plus souvent dans le cadre de rechute. Le « craving » (l'envie involontaire et irrésistible de consommer) est le plus grand facteur prédictif de rechute, d'où l'importance de sa prévention et l'instauration précoce à dose efficace des traitements médicamenteux de sevrage. En ce sens, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) recommande d'utiliser « les substituts nicotiques (...) chez les patients coronariens fumeurs (...) dès leur sortie de l'unité de soins intensifs au décours immédiat d'un infarctus du myocarde » (13). En effet, immédiatement après leur ECV, les patients fument peu : la phase de convalescence est un moment très propice pour commencer le sevrage et maintenir par la suite le patient dans cette démarche d'arrêt. En sachant que seulement 5 % des fumeurs arrivent à se sevrer sans aucune aide (médicamenteuse ou autre accompagnement), la prescription de médicaments d'aide au sevrage devrait être largement réalisée (5).

La définition du « trouble d'utilisation de substance » (dont le tabac) apparaît dans la cinquième édition du Manuel Diagnostique et statistique des troubles Mentaux (DSM-V), sortie en 2013. Cette nouvelle définition combine les deux anciens diagnostics du DSM-IV ; les notions « d'abus » (inexistante alors pour le tabagisme) et de « dépendance ». On y trouve pour chaque trouble d'utilisation de substance des critères concernant l'intoxication, le sevrage et les troubles induits, avec la notion de « craving » ajoutée. Le seuil pour le diagnostic est fixé à deux critères ou plus (léger : 2 à 3 critères, modéré : 4 à 5 critères, sévère : 6 ou plus). La « rémission récente » d'un trouble correspond à au moins 3 mois et moins de 12 mois sans que des critères du trouble soient applicables (sauf celui de l'envie de consommer). La « rémission durable » est définie par plus de 12 mois sans critères applicables (sauf celui du « craving ») (67,68).

Quelle que soit la substance, l'intensité du « craving » a un rôle central dans les phénomènes de rechute et donc dans la chronicité de l'addiction. Le récent travail Bordelais de M. Auriacombe et Al., complétant les travaux antérieurs réalisés avec M. Fatseas, a permis

d'identifier pour la première fois en conditions naturelles le rôle primordial des stimuli environnementaux et du « craving » dans le déclenchement des rechutes. Cette étude a évalué l'exposition des patients à des facteurs environnementaux ou émotionnels préalablement associés à la consommation, et spécifiques à chaque personne (habitudes propres, lieux spécifiques, contextes particuliers, émotions en lien avec l'histoire personnelle). Ils apparaissaient être de puissants inducteurs de « craving » et de rechute dans les heures qui suivaient leur exposition.

Ainsi, dans les prises en charge de prévention des rechutes, il apparaît dès lors primordial d'instaurer des approches thérapeutiques visant à la réduction de ce « craving » et le contrôle de ses déterminants, en y intégrant des marqueurs individuels prédictifs (69).

- **Le tabac / prévention 1^{re} / Arrêt précoce recherché :**

Les fumeurs persistants présentent une perte de 10 années de vie par rapports aux non-fumeurs.

Le gain d'années d'espérance de vie des fumeurs sevrés est d'autant plus important que l'âge de l'arrêt est précoce.

- **Le tabac / prévention 2nd / Bénéfice de l'arrêt tabagique:**

Les bénéfices sont présents quelque soit l'âge d'arrêt.

L'arrêt du tabac diminue de 36 % le risque de décès toutes causes confondues, de 46% le risque de mortalité coronarienne et de 32 % le risque de récurrence d'infarctus.

Un arrêt depuis plus de 10 ans rapporte des schémas de risques cardiovasculaires pratiquement identiques à celui des non-fumeurs.

- **Nombreux fumeurs persistants malgré la connaissance des bénéfices du sevrage :**

Après la survenue d'un ECV, un fumeur sur deux continue sa consommation tabagique.

- **Importance de la prévention et prise en charge du « craving »:**

Les patients nécessitent un accompagnement intensif et personnalisé.

L'identification et le contrôle des déterminants du « craving » est primordial.

La médication doit être proposée à dose efficace, ceci aidée par une amélioration récente de la prise en charge financière des aides médicamenteuses.

3 LE RESEAU EUROPREV

Le réseau européen de prévention EUROPREV (EUROpean review group on PREvention and health promotion in family medicine and general practice), fondé en 1995, regroupe les Collèges nationaux de Médecine Générale de 17 pays (Autriche, Croatie, Danemark, Finlande, Grèce, Irlande, Israël, Malte, Pologne, Portugal, Slovaquie, Slovénie, Serbie, Espagne, Suisse, Pays-Bas, et la Turquie) (2).

3.1 PRESENTATION DES ETUDES EUROPREV

La première étude, réalisée par Brotons C et al., portait sur les connaissances et la pratique des médecins généralistes concernant la prévention et la promotion de la santé. Il s'agissait d'une étude observationnelle réalisée en 2000 chez 2082 médecins de 11 pays européens. Plus de la moitié des médecins généralistes trouvaient difficile de discuter ou de réaliser des actions préventives. Ces difficultés étaient principalement expliquées par un manque de temps, une lourde charge de travail et l'absence de remboursement pour ce type de consultation ou d'examen. Près de 20% des médecins spécifiaient que le manque de formation constituait également un frein (9).

La deuxième étude appelée « Europreview » a été réalisée entre 2008 et 2009 au sein de 22 pays Européens. Il s'agissait d'une étude observationnelle qui avait pour objectif d'étudier l'opinion des patients sur leur mode de vie et les soins de prévention. Initialement, l'objectif premier était de connaître l'impact du mode de vie des populations européennes sur la santé afin d'en établir des recommandations. Cet objectif n'a pu être atteint en raison de problèmes méthodologiques (54). Les résultats montraient qu'une proportion importante de patients ayant déclaré des conduites à risque ne percevait pas le besoin de changer. La moitié d'entre eux indiquait ne pas avoir discuté de ces sujets avec leur médecin généraliste.

Ces résultats soulignent l'importance d'une prévention plus « systématique » par le médecin, auprès de sa patientèle, afin de repérer les conduites à risque et de favoriser les échanges sur ce sujet (54).

Dans sa troisième étude, appelée EUROPREV III, le réseau s'est intéressé aux changements d'habitudes de vie entrepris par les patients après la survenue d'un événement cardiovasculaire.

3.2 PRESENTATION DE LA TROISIEME ETUDE EUROPREV III

Le projet EUROPREV III sur lequel s'appuie notre thèse était une enquête observationnelle transversale réalisée dans 13 pays Européens (Espagne, Grèce, Pologne, Slovénie, Croatie, Slovaquie, Autriche, Irlande, Belgique, Portugal, Turquie, Hongrie et France).

Après la survenue d'un ECV, la prévention secondaire non médicamenteuse est aussi efficace sur le pronostic à long terme que l'arsenal médicamenteux ou la revascularisation (5). Elle en est donc l'indispensable complément. C'est dans cette optique que s'est inscrit l'étude EUROPREV III qui visait à évaluer l'application des mesures hygiéno-diététiques chez les patients cardio-vasculaires. La finalité de cette étude était de contribuer à formuler de nouveaux programmes de prévention des maladies cardiovasculaires, programmes de prévention destinés à être discutés au sein du conseil de la WONCA Europe.

La question de recherche de l'étude était : « Après un diagnostic de maladie cardiovasculaire, les patients modifient-ils leurs habitudes de vie de façon efficace, en adoptant des modes de vie sains ? ».

L'objectif principal de l'étude était « d'évaluer la mise en place de l'activité physique, d'une alimentation saine et de l'arrêt du tabac chez les patients après un événement cardio-vasculaire ».

Les objectifs secondaires de l'étude étaient « d'évaluer la prescription, à partir des données probantes de la science, des médicaments réduisant la mortalité cardiovasculaire, tel que recommandés par les lignes directrices européennes », mais aussi « d'évaluer l'atteinte des objectifs recommandés pour la pression artérielle et les taux lipidiques ».

Les résultats de l'étude seront représentés par la proportion de patients atteignant des habitudes de vie saines sur le plan cardiovasculaire, la proportion de patients atteignant les valeurs cibles thérapeutiques pour la prévention des maladies cardiovasculaires, et la proportion de patients ayant mis en place un contrôle des facteurs de risques.

L'étude a débuté au début du second semestre 2016 et aurait dû se terminer dès l'inclusion des 380 patients nécessaires à la pertinence de ses résultats.

Le recrutement des patients en France était coordonné par le Docteur Mélanie Afonso, investigateur principal national et directrice de notre thèse. Les patients devaient être recrutés exclusivement via le contact de leur médecin généraliste, en privilégiant les cabinets où exercent des maîtres de stage.

Les critères d'inclusion étaient :

- Hommes et Femmes (> 18 ans et < 85 ans)
- Ayant eu l'un des diagnostics cliniques (primitif ou récurrent) suivants : infarctus du myocarde (élévation du segment ST et non élévation du segment ST), angor instable et AVC ischémique / Accident Ischémique Transitoire (AIT). L'AIT est défini comme un déficit neurologique durant moins de 24 heures et avec des preuves de neuro-imagerie de nouvelle lésion ischémique.
- La date de départ pour l'identification sera ≥ 6 mois après l'événement et < 3 ans avant la date prévue de l'entretien pour l'étude.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les patients avec un handicap physique grave, ou une altération des fonctions cognitives
- Les patients vus à domicile
- Les patients institutionnalisés
- Les patients n'ayant pas consulté dans un centre de soins de santé primaire durant la dernière année.

Le recueil des données s'est fait à partir d'un questionnaire élaboré par les chercheurs de l'étude EUROPREV III. Ce questionnaire comportait trois sections :

- La première contenait les données sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques.
- La seconde s'est penchée sur les habitudes de vie des patients concernant l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme et la consommation d'alcool.
- La troisième comprenait les données concernant les facteurs de risques cliniques, biométriques, biologiques et les thérapeutiques prescrites. Les habitudes alimentaires étaient évaluées à partir du MedDietScore, et l'activité physique à partir de la version courte de l'IPAQ.

Les données ont été centralisées sur un site web conçu à cet effet. Les statistiques ont été effectuées par le centre de coordination utilisant le logiciel statistique STATA incluant des clusters (cabinets de médecine générale) et des couches (pays).

4 MATERIEL ET METHODE

4.1 QUESTION DE RECHERCHE, OBJECTIFS, CRITERES DE JUGEMENT DE LA THESE

La question de recherche de l'étude EUROPREV III était : « Après un diagnostic de maladie cardiovasculaire, les patients modifient-ils leurs habitudes de vie de façon efficace, en adoptant des modes de vie sains ? », avec comme objectif principal d'évaluer la mise en place de l'activité physique, d'une alimentation saine et de l'arrêt du tabac chez ces patients.

Dans le cadre de notre travail de thèse, chacune des thésardes a axé ses recherches. Le thème de cette thèse s'est orienté sur l'évaluation de l'impact d'un événement cardiovasculaire sur l'arrêt tabagique au sein de cette même population.

4.1.1 Question de recherche

La question de recherche était la suivante :

La survenue d'un événement cardiovasculaire participe-t-elle à la modification des habitudes de consommation de tabac chez ces patients ?

L'hypothèse principale étant que la prise en charge d'un événement cardiovasculaire en prévention secondaire en médecine générale est associée à une baisse des consommations de tabac.

4.1.2 Objectifs

L'objectif principal de ce travail de thèse était d'analyser l'évolution des consommations de tabac chez les patients inclus après un événement cardio-vasculaire.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'analyser l'efficacité de la délivrance de conseils sur l'arrêt tabagique dans les suites d'un événement cardiovasculaire et dans un second temps
- d'analyser la satisfaction des patients au titre de l'accompagnement à l'arrêt de tabac.

Pour évaluer la satisfaction des patients, nous avons pris aussi en compte l'impact du ressenti de leur maladie cardiovasculaire sur l'évolution de leurs conduites addictives.

4.1.3 Critères de jugement

Le critère de jugement principal était l'arrêt total du tabac dans les suites d'un événement cardiovasculaire.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- l'analyse de la satisfaction des patients concernant les conseils d'aide à l'arrêt tabagique
- l'analyse du retentissement de leur maladie cardiovasculaire sur leur quotidien, dans une approche Evidence-Based Medicine (EBM).

4.2 METHODE

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale et multicentrique. Elle a été réalisée entre décembre 2016 et janvier 2018 en soins primaires en France. La méthode était descriptive quantitative.

Comme expliqué en introduction, notre thèse s'inscrivait dans le cadre d'une étude à plus grande ampleur : la troisième édition de l'étude européenne EUROPREV. Elle regroupait treize pays européens. Outre la France, nous retrouvons l'Espagne, la Grèce, la Pologne, la Slovaquie, la Croatie, la Slovaquie, l'Autriche, l'Irlande, la Belgique, le Portugal, la Turquie et la Hongrie.

4.2.1 Généralités

- 4.2.1.1 Population étudiée et calcul de l'échantillon

Nous avons travaillé à partir d'un échantillon de patients issus de la patientèle de généralistes libéraux installés en France.

La population cible était l'adulte français de moins de 85 ans ayant eu un infarctus du myocarde, un angor instable, un accident vasculaire cérébral ischémique ou bien un accident ischémique transitoire dans un laps de temps supérieur à six mois et inférieur à trois ans.

Les patients présentant un handicap physique grave ou une altération des fonctions cognitives, les patients vus à domicile, les patients institutionnalisés et les patients n'ayant pas consulté dans un centre de soin de santé primaire durant la dernière année ont été exclus.

L'échantillon était défini par le protocole EUROPREV selon un risque alpha choisi à 0,05. Le nombre de patients à inclure s'élevait à 380 (estimation réalisée en supposant un contact de 10 médecins par pays, avec une population de 38 patients potentiels par médecin, et considérant que chaque médecin avait une patientèle de 2000 patients, ceci dans les 13 pays de l'étude). Le nombre de généralistes participants pouvait être augmenté afin d'atteindre l'échantillon total de 380 patients.

- 4.2.1.2 *Elaboration du questionnaire*

Pour le recueil de données nous sommes parties du questionnaire rédigé en anglais par les chercheurs du réseau EUROPREV. Ce dernier a été traduit en Français par le Dr M. Afonso, investigateur principal national, et validé par le Département de Médecine Générale de Bordeaux (Annexe N°1). Ce questionnaire était nécessairement très complet et balayait les différentes habitudes de vie ainsi que l'ensemble des facteurs de risques cardiovasculaires. Ayant personnellement participé à son élaboration puis à sa diffusion, nous avons voulu ici le présenter dans sa globalité, même si toutes les données ne seront pas exploitées dans le travail de thèse.

Ce questionnaire initial comprenait 79 questions réparties en trois grandes sections.

- La première section contenait les données sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Elle rapportait des informations sur le patient (numérotation du fait de l'anonymisation, sexe, date de naissance), le cabinet (situation géographique rurale ou urbaine) et la date de l'entretien. Elle notait la présence de facteurs de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, diabète de type 1 ou 2, dyslipidémie) et l'antécédent cardiovasculaire ayant permis l'inclusion du patient (date et nature de l'événement : de type AVC, AIT, angor instable, ou infarctus du myocarde).
- La seconde section répertoriait les habitudes de vie du patient concernant la consommation de tabac, d'alcool, la pratique d'activité physique (IPAQ court) et le type d'alimentation (MedDietScore). Elle différenciait le « avant » et le « après » événement cardiovasculaire. Elle recherchait la présence d'une aide au sevrage non médicamenteuse (conseil d'un professionnel de santé), et d'une aide pharmacologique en ce qui concernait le sevrage du tabac.
- La troisième section comportait les données concernant les facteurs de risques cardiovasculaires cliniques et biométriques (tension artérielle, taille, poids, calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), circonférence abdominale), biologiques (cholestérol total, LDL cholestérol, HDL cholestérol, triglycérides, glycémie à jeun, HbA1c pour les patients diabétiques) et les thérapeutiques prescrites (anti-agrégant plaquettaire, anticoagulant oral, hypolipémiant et anti-hypertenseur) avec leurs dosages.

Concernant les questions portant sur les FRCV (HTA, diabète, dyslipidémie) ou bien sur l'antécédent cardiovasculaire ayant permis l'inclusion du patient (angor, IDM, AVC/AIT), les réponses étaient fournies par le patient lors de l'entretien téléphonique, puis validées au cabinet à partir du dossier médical. La même procédure a été utilisée au titre des résultats biologiques et des différents traitements prescrits.

Nous avons aussi décidé de renseigner, s'il en existait, les autres antécédents cardiovasculaires antérieurs à l'événement ayant permis l'inclusion.

Afin de rendre notre questionnaire reproductible et valide, nous avons effectué un « questionnaire pré-test » auprès de notre entourage. Cela nous a permis de l'amender en lui rajoutant 30 questions, permettant ainsi de répondre plus en détail à nos objectifs. Le

questionnaire ainsi complété a été validé par le Département de Médecine Générale de Bordeaux (Annexe N°1).

- La première section n'a pas été modifiée.
- Dans la deuxième section, il a été ajouté :
 - Pour le tabagisme : des questions portant sur l'antécédent de tabagisme, l'âge de début de consommation, le calcul en paquet-année, une question à propos de la présence ou non d'aides non pharmacologiques pour le sevrage et une échelle de satisfaction concernant les conseils délivrés par le généraliste sur l'arrêt du tabac.
 - Pour la consommation d'alcool : des questions portant sur les moyens pharmacologiques et non pharmacologiques entrepris pour le sevrage alcoolique, les conseils délivrés pour l'arrêt ainsi qu'une échelle de satisfaction concernant ces conseils.
 - Pour la pratique d'une activité physique : des questions recherchant des limitations ressenties à la pratique sportive, et leur nature en rapport ou non avec la maladie cardiovasculaire.
 - Pour l'alimentation : une échelle de satisfaction sur les conseils délivrés par le généraliste.
- Dans la troisième section, une question a été ajoutée sur les éventuels autres traitements à visée cardiologique.

De plus, deux sections ont été ajoutées pour servir les objectifs d'une troisième thèse qui n'a pas abouti. Nous avons malgré tout décidé de les conserver car elles ont pu nous aider à mieux répondre à nos objectifs secondaires, et ont apporté un recueil de données informatif sur le sujet pouvant éventuellement aider des thèses à venir.

- Une quatrième section concernant l'observance thérapeutique.
- Une cinquième section permettant de retracer les modifications des habitudes de vie en s'interrogeant sur les objectifs propres des patients, leur motivation et leur ressenti sur la sévérité de leur événement cardiovasculaire. Ces questions étaient ouvertes, et ensuite retranscrites sous forme de résultats binaires.

La rédaction de ce questionnaire d'EUROPREV a été faite à partir d'anciens questionnaires validés.

L'activité physique était évaluée grâce à la version courte de l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Ce questionnaire, dans sa première version, a été développé en 1998, puis testé en 2000 avec une série d'essais de fiabilité et de validité dans 12 pays (70). Ce questionnaire a été jugé adéquat pour l'étude de la prévalence en population générale concernant la participation à l'activité physique chez les 15 - 69 ans, même pour une utilisation dans différents pays et traduits en langage local.

Malgré une fiabilité jugée insuffisante chez les plus de 65 ans, l'IPAQ a tout de même été validé en 2011 chez cette population par une étude de cohorte prospective japonaise, en soulignant cependant une limite dans sa reproductibilité (71).

Afin de réduire le risque cardio-vasculaire, la HAS recommande aux adultes de pratiquer un exercice physique régulier pendant au moins 30 min, la plupart des jours de la semaine

(comme la marche rapide). Ceci afin de cumuler au moins 150 minutes par semaine d'activités d'intensité modérée, ou 75 minutes d'activités aérobies d'intensité élevée, ou une combinaison des deux, par périodes de 10 min ou plus (72). Nous avons utilisé ces seuils afin d'interpréter nos résultats concernant l'activité physique.

La version courte de l'IPAQ que nous avons utilisée dans notre thèse évaluait l'activité physique du patient lors des sept derniers jours. Elle y est classée en trois groupes :

- *l'activité physique intense* : décrite au patient comme induisant une importante dyspnée. Elle provoque une augmentation de la fréquence cardiaque. Lors de nos entretiens avec les patients, nous donnions comme exemple le port de charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football.
- *l'activité physique modérée* : décrite au patient comme induisant une dyspnée légère. Elle provoque une augmentation modérée de la fréquence cardiaque. Nous donnions comme exemple le port de charges légères, passer l'aspirateur, faire tranquillement du vélo, jardiner.
- *l'activité physique basse* : la marche pendant plus de 10 minutes d'affilée (au travail, à la maison, lors de déplacements à l'extérieur).
- *l'absence d'activité physique* est évaluée par le temps passé en position assise.

Les habitudes alimentaires étaient quant à elles recueillies à l'aide du système de notation du régime méditerranéen : le Mediterranean Diet Score (MedDietScore). Ce score, rédigé en 1995 puis modifié en 2003 par Trichopoulou et al. évalue l'adhésion au régime méditerranéen (73,74). Les questions portaient sur la consommation de neuf catégories d'aliments et de boissons : les légumes, les fruits, les céréales, le vin, le poisson, les légumineuses et haricots, les noix et graines, les graisses et la viande rouge et/ou transformée. Un point était attribué à chaque consommation rapportée des aliments d'une catégorie, zéro en cas d'absence. Le score était noté sur neuf, avec une adhésion totale au régime méditerranéen en cas de score de 9/9 et une absence totale d'adhésion pour un score nul. Trichopoulou et al. ont prouvé dans leur étude EPIC en 2003 qu'un score élevé au MedDietScore était significativement associé à une réduction de la mortalité globale (73,74). Par la suite, cette association a été de nombreuses fois prouvée par diverses études. Par exemple, une méta-analyse a démontré en 2010 qu'une augmentation de deux points de l'adhésion au régime méditerranéen était associée à une réduction de 10% de la morbi-mortalité cardiovasculaire et de 8% de la mortalité toutes causes confondues (75).

Les seuils utilisés ici pour analyser les résultats du MedDietscore ont été repris à de précédentes études. Une mauvaise adhésion au régime alimentaire méditerranéen était définie par un score strictement inférieur à 4, une adhésion moyenne par un score entre 4 et 6 inclus et une bonne adhésion par un score strictement supérieur à 6 (73).

Le morphotype des patients a été évalué à partir du poids, de la taille, du calcul de l'IMC et de la mesure du périmètre abdominal. Une étude de cohorte de 2008 a d'ailleurs démontré que l'IMC et le tour de taille sont associés indépendamment à un risque de mortalité accru toutes causes confondues (76).

L'observance thérapeutique est évaluée grâce au questionnaire de Morisky à quatre questions (Morisky Medication Adherence Scale four items, soit MMAS-4). En 1986, Morisky D et al démontrèrent dans un suivi de cohorte de 5 ans que cette échelle à quatre items est valide pour évaluer l'observance thérapeutique d'un patient dans le cadre d'une hypertension artérielle (77). Cette échelle a par la suite été validée pour de nombreuses pathologies chroniques (78). Sa simplicité et sa rapidité d'exécution en font une des échelles d'évaluation d'observance thérapeutique les plus utilisées.

Comme suite aux interviews des premiers patients, nous avons rajouté une cinquième question au MMAS-4 afin de savoir si une tierce personne aidait les patients pour le rappel de la prise médicamenteuse.

Afin de quantifier la satisfaction des patients concernant les conseils délivrés par leur médecin généraliste (arrêt tabagique, arrêt d'alcool, habitudes alimentaires) nous avons utilisé l'échelle de Murphy & Likert de 1938. Ce score était noté sur six, avec un minimum de 1 lorsque le patient n'était pas satisfait ou si il n'avait pas reçu de conseil et un maximum de 6 lorsque ce dernier était pleinement satisfait.

Cette même échelle de sondage a été utilisée afin de quantifier le ressenti au quotidien du patient vis à vis de la sévérité de son événement cardiovasculaire, avec un minimum de 1 lorsqu'il n'y avait aucune répercussion et 6 lorsque l'impact de l'ECV sur le quotidien était ressenti comme maximal.

Concernant les aides non médicamenteuses au sevrage tabagique, le questionnaire initial ne prévoyait pas de les différencier entre elles. A la question « *Vous a-t-on conseillé une aide non pharmacologique pour l'arrêt tabagique ?* », nous donnions oralement en exemple l'homéopathie, la psychothérapie, l'acupuncture et l'hypnose.

La retranscription des réponses au questionnaire était binaire (oui / non), y compris pour les questions ouvertes se rapportant aux objectifs. Ce choix a été fait afin de faciliter par la suite le codage pour l'analyse statistique.

- 4.2.1.3 Choix des cabinets de médecine libérale

Le choix s'est dans un premier temps porté sur les maîtres de stage de l'Université de Médecine de Bordeaux installés en Gironde ainsi que leurs éventuels associés. Puis, faute d'une inclusion suffisante de patients, le recrutement s'est ouvert fin 2017 à des généralistes maîtres de stage d'Aquitaine, puis à d'autres médecins non universitaires d'Aquitaine et de région Parisienne.

Les médecins généralistes n'ont perçu aucune rémunération, leur travail consistant uniquement à repérer au sein de leur patientèle des patients éligibles, qui seraient par la suite interrogés par les thésardes. Les maîtres de stages étant initialement les seuls concernés par le recrutement, nous pensions qu'ils pourraient de plus être aidés par leurs internes et que ce travail de recherche pourrait ainsi s'intégrer dans le cadre de la redevance pédagogique.

- **4.2.1.4 Consentement et accord des comités d'éthique**

Le consentement libre, éclairé et signé du patient a été obtenu par le généraliste avant la diffusion des données auprès d'EUROPREV. Ce consentement a été signé en trois exemplaires : un gardé par le patient, un pour le médecin généraliste et le dernier pour le promoteur de l'étude. Cette étude a reçu un avis favorable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en date du 3 novembre 2016. L'accord d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) a également été reçu, ainsi que celui du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) en date du 7 avril 2016.

4.2.2 Déroulement de l'étude : Modalités de recueil

Le recueil de données a été réalisé en association avec Mlle Inès Portmann, également interne en médecine générale et rédigeant également sa thèse sur la base de l'étude EUROPREV III. De septembre 2016 à juillet 2017, une troisième interne participait au recueil de données. Elle n'a participé qu'au recrutement du premier groupe de médecins généralistes et est sortie du groupe d'étude ensuite.

- **4.2.2.1 Première étape du recueil : Recrutement des médecins généralistes**

Un premier appel était passé aux généralistes afin de leur expliquer l'étude. Etaient contactés dans un premier temps les cabinets des maîtres de stage de l'Université de médecine de Bordeaux installés en Gironde ainsi que leurs éventuels associés. Nous étions mises en général en relation avec le secrétariat médical qui nous transmettait le plus souvent, après accord du praticien, l'adresse mail des médecins concernés. Quand cela n'était pas le cas, nous pouvions discuter de l'étude par téléphone directement avec le généraliste, nous permettant ainsi de lui exposer le sujet avant de lui envoyer les documents par mail. Quelques fois nous devions laisser nos coordonnées au secrétariat dans l'attente d'être ou non rappelées. Un mail était adressé au médecin dès obtention de son adresse électronique. Ce mail expliquait à nouveau l'étude et contenait en pièce jointe le protocole EUROPREV III, le consentement écrit ainsi que le questionnaire. Les courriels envoyés provenaient d'une adresse mail créée spécialement pour cette étude, dont le mot de passe était détenu par les seules internes participantes. Les médecins communiquaient par la suite les noms et numéros de téléphone des patients éligibles par mail ou appel, une fois le consentement écrit et signé par les patients, recueilli par le médecin.

Les données étaient anonymisées dès leur réception, en numérotant chaque patient en suivant l'ordre chronologique de leur inclusion. Les mails énumérant les noms des patients étaient supprimés dès récupération des données. Un premier tableau EXCEL rassemblait les coordonnées des cabinets médicaux contactés, ainsi que la date des différents contacts et la réponse des médecins. Un deuxième tableau EXCEL répertoriait les numéros de téléphone pour chaque patient anonymisé.

Ces tableaux étaient hébergés sur un compte internet Dropbox, ceci permettant de simplifier nos échanges de données et de sauvegarder nos résultats. Ce compte Dropbox était accessible uniquement par les trois (puis deux) internes participant à l'étude et par le Dr M. AFONSO.

- **4.2.2.2 Deuxième étape du recueil : Appel des patients**

Les appels ont été effectués par la même interne afin de standardiser au mieux les résultats et diminuer ainsi les biais de réponse méthodologiques. Lors du premier contact, nous expliquions à nouveau l'étude aux patients et vérifions leur consentement. Si ils étaient indisponibles, nous reprogrammions un rendez vous téléphonique ultérieur. Si ils étaient sur messagerie, nous leur laissions notre numéro de portable afin qu'ils puissent nous joindre plus facilement. Nous répétions ainsi les appels pour les patients indisponibles, en moyenne cinq fois, à raison de deux fois par mois.

L'entretien durait en général une quinzaine de minutes, mais cela était très variable. Selon les patients, la durée allait de 12 minutes pour le plus bref à 50 minutes pour le plus bavard.

Le questionnaire était rempli avec anonymisation au format papier durant l'entretien. Le jour même, dans un second temps, nous retranscrivions les données, toujours anonymisées, sur un troisième tableau EXCEL hébergé sur le compte Dropbox.

La partie concernant les données biométriques et les résultats biologiques du questionnaire était complétée dans un second temps, lors d'une visite au cabinet, grâce au dossier médical informatisé du patient.

Les patients étaient informés en amont de l'anonymisation des données.

- **4.2.2.3 Troisième étape du recueil : Déplacement au cabinet médical**

Le déplacement au cabinet était nécessaire pour récupérer les consentements signés ainsi que les données manquantes telles que les résultats biologiques et les mesures biométriques. Le médecin décidait d'être présent ou non, le plus souvent en fonction de sa charge de travail. Ces données étaient récupérées dans le dossier médical informatisé du patient, après autorisation du médecin. Il s'agissait pour les mesures biométriques du poids, de la taille, de la dernière tension artérielle et du périmètre abdominal. Les résultats biologiques nécessaires étaient le cholestérol total, le LDL cholestérol, le HDL cholestérol, les triglycérides, la glycémie à jeun, et l'HbA1c pour les patients diabétiques. Ce déplacement au cabinet permettait également de vérifier les médicaments prescrits et la date de l'événement cardiovasculaire communiqués au préalable par le patient. Les informations recueillies au cabinet étaient écrites dans le questionnaire papier, puis retranscrites le jour même dans le tableau EXCEL regroupant les résultats du questionnaire et conservés sur Dropbox.

4.2.3 Analyse statistique

Dans ce travail de thèse, nous avons choisi d'analyser les caractéristiques socio-clinico-comportementales des patients fumeurs. Pour ce faire, la population a été divisée en quatre sous-groupes.

Dans un premier temps, les patients n'ayant jamais fumé (dit « naïfs du tabac ») ont été comparés aux patients ayant déjà fumé au cours de leur vie ou actuellement toujours fumeur (dit « fumeurs/ ex fumeurs »).

Dans un second temps, afin d'analyser les facteurs associés au tabagisme persistant après la survenue d'un ECV, la population fumant au moment de l'ECV a été séparée en deux sous-groupes ; le groupe dit « fumeurs persistants » et le groupe dit « fumeurs sevrés ». Le statut tabagique persistant ou sevré était défini au moment de l'entretien téléphonique.

Cependant, il est à souligner que le questionnaire de l'étude EUROPREV n'a pas été conçu à l'origine pour évaluer les facteurs prédisposant au tabagisme au sein de la population, ni la prévalence de l'arrêt tabagique et de ses déterminants après la survenue d'un ECV.

L'analyse statistique a été effectuée par un interne titulaire du Master 2 Santé Publique – Parcours Epidémiologie de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) à Bordeaux. Le logiciel utilisé était STATA/MP 14.1 pour Mac (StataCorp).

Les résultats sont présentés dans les tableaux en nombre avec la proportion correspondante en pourcentage entre parenthèses pour les variables qualitatives ou en moyenne avec l'écart-type correspondant entre parenthèses pour les variables quantitatives. Les associations entre certaines caractéristiques cliniques ont été testées par analyse univariée (test Chi2 ou Fisher en cas de variable qualitative selon conditions d'application des tests et test t-student en cas de variable quantitative (en faisant l'hypothèse d'une distribution normale). Le seuil de signification statistique retenu était $p = 0,05$ (tous les tests étaient bilatéraux).

Parmi les 82 patients inclus, 11 d'entre eux n'ont pu être interviewés. Nous les avons considérés comme perdus de vue. Cependant, certaines de leurs données étaient malgré tout disponibles au cabinet (date de naissance, mensurations, résultats biologiques), et ont donc été prises en compte dans notre base de données.

Concernant la réalisation et le codage de notre base de données :

- Activité universitaire des médecins généralistes : nous avons choisi de regrouper les médecins maîtres de stage avec ceux appartenant au Département de Médecine Générale.
- Date de survenue des ECV : lorsque le jour était inconnu, nous imputons la date au 15 du mois, et lorsque le jour et le mois étaient inconnus nous imputons la date du 1^{er} juillet de l'année correspondante.
- Calcul de l'âge de survenue de l'ECV : lorsqu'il existait plusieurs ECV, nous considérons la date de survenue du 1^{er} événement.
- Nombre de cigarettes fumées par jour : lorsque le patient fumait moins d'une cigarette par jour, nous considérons qu'il ne fumait pas.
- Consommation d'alcool : nos calculs relatifs à cette consommation se basent sur la consommation d'alcool déclarée (oui/non) au moment de l'entretien téléphonique et donc après la survenue de l'ECV.

5 RESULTATS

Selon le protocole EUROPREV, notre nombre de patients à inclure s'élevait à 380, à raison de 38 patients par médecin, avec un recrutement de 10 médecins.

5.1 Généralistes recrutés

Différents groupes de médecin ont été recrutés :

- le groupe n°1 : cabinets des maîtres de stage et associés en Gironde.
- le groupe n°2 : cabinets dont les médecins ou leurs remplaçants sont connus des internes thésardes, ou cabinets où les deux thésardes remplacent régulièrement.
- le groupe n°3 : cabinets de médecins généralistes d'Aquitaine et de région parisienne.

5.1.1 Premier groupe de généralistes

Le recrutement du premier groupe de médecins s'est déroulé en plusieurs phases, de décembre 2016 à janvier 2018. Il s'agissait de maîtres de stage installés en Gironde et de leurs associés.

- *5.1.1.1 La première phase : de décembre 2016 à février 2017*

Elle consistait à établir un premier contact avec les médecins généralistes. Durant ces trois mois, 112 cabinets de médecine générale ont été contactés, soit 246 médecins généralistes potentiels.

Lors du premier contact téléphonique, sur 112 cabinets appelés, 35 d'entre eux (soit 51 médecins) n'ont pu être par la suite contactés par mail (refus de participer à l'étude, impossibilité de parler au médecin et d'obtenir son courriel, appels sans suite), et 2 d'entre eux (soit 3 médecins) ont demandé à être contactés par courrier postal. Un médecin souhaitait en discuter en personne, une rencontre a donc été organisée. Au total, 192 médecins sur les 246 contactés ont accepté de donner leur mail afin de recevoir plus d'informations relatives à l'étude.

A la suite de ce premier mail, 9 médecins ont refusé de participer. Les motifs de refus étaient les suivants : surcharge de travail pour trois d'entre eux, départ à la retraite imminent pour un seul, non précisé pour les quatre restants. Le neuvième médecin, qui avait initialement donné oralement son accord de participation, a refusé devant des doutes quant au respect du secret médical. Ces neuf médecins n'ont donc pas été contactés par la suite. Suite au premier mail, l'échantillon de médecins ayant accepté de contribuer à l'analyse est tombé à 183.

Parmi ces 183 médecins, 3 médecins provenant de 3 cabinets différents, nous ont permis de recruter 15 patients dès cette phase (5 patients par cabinet).

- **5.1.1.2 La deuxième phase : de février à avril 2017**

Elle consistait à solliciter une deuxième fois les 180 médecins restants par appel téléphonique ou courriel, selon leur préférence (les 9 médecins ayant refusé de participer et les 3 ayant déjà envoyé des noms de patients n'ont pas fait partie de la deuxième vague de courriel et d'appel). Cela s'est déroulé entre février et avril 2017, en fonction de la date du premier contact. Un intervalle d'au moins un mois a été respecté entre les deux sollicitations. Cette nouvelle relance a permis l'inclusion de 15 patients, grâce à 10 médecins dont 2 ayant déjà participé au recrutement (1 cabinet donnant 4 patients, 2 cabinets donnant 3 patients, 1 cabinet donnant 2 patients, et 3 cabinets donnant 1 patient).

- **5.1.1.3 La troisième phase : de septembre à janvier 2018**

Enfin, afin de relancer le recrutement, nous avons envoyé de septembre à octobre 2017 un troisième puis un quatrième mail adressé à l'ensemble des 183 médecins de la phase 1, en leur proposant un rdv avec une des deux thésardes au sein de leurs cabinets. Le but étant d'exposer à nouveau le sujet de l'étude, de faciliter les échanges et d'optimiser le recrutement. Nous avons aussi décidé de modifier le moyen de sollicitation en contactant à nouveaux par téléphone, et ce en plus du mail, les cabinets où exerçaient les médecins universitaires de l'Université de Bordeaux. Ceci constitue la troisième phase. Les entretiens au cabinet se sont déroulés jusqu'en janvier 2018. Ainsi huit cabinets soit 15 médecins, ont pu être rencontrés, permettant le recrutement de 5 patients supplémentaires provenant de 4 médecins exerçant chacun dans un cabinet différent.

Au total dans ce premier groupe, sur les **246 médecins appelés**, **192 ont pu être contactés** par mail. Nous avons obtenu un taux de réponse de **15,6%** (soit 30 d'entre eux). Lors des deux premières phases, 11 médecins (soit 8 cabinets) ont été en mesure de participer à l'inclusion de 30 patients, 5 médecins se montraient impliqués concernant l'inclusion et 9 médecins ont refusé de participer à l'étude. Lors de la troisième phase, nous avons pu rencontrer 15 médecins, dont 4 ont été en mesure de participer à l'inclusion, nous permettant d'augmenter notre échantillon de 5 patients supplémentaires.

Ce premier groupe de 246 généralistes a permis ainsi le recrutement de **35 patients** grâce à l'implication de **7,8% des médecins généralistes** (soit 15 d'entre eux).

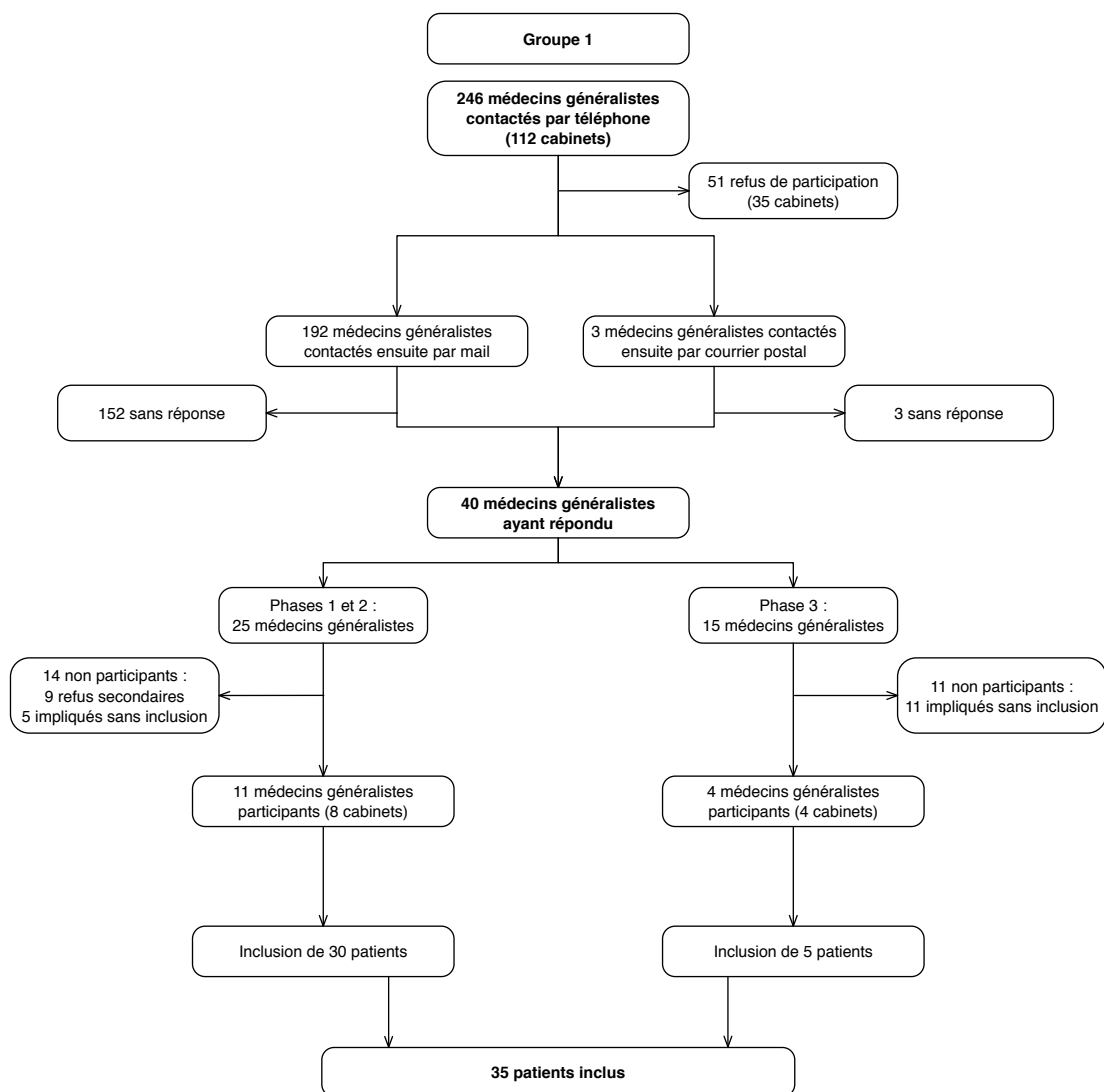


Diagramme de flux 1 : Recrutement des généralistes et de leurs patients (groupe 1)

5.1.2 Deuxième groupe de généralistes : à partir de mai 2017

Devant ce faible nombre de patients recrutés, il a été décidé de contacter des médecins non maîtres de stage de notre connaissance. Ce contact était initialement par appel ou de vive-voix, puis le même courriel initial a été envoyé. Ainsi, 19 médecins ont été contactés et ont acceptés de participer à l'étude. Le recrutement de ce deuxième groupe s'est déroulé à partir de mai 2017. Cela a permis le recrutement de **45 patients supplémentaires** grâce à la participation de **11 médecins** généralistes, ou de leur remplaçant.

5.1.3 Troisième groupe de généralistes : à partir d'octobre 2017

Le nombre de patients recrutés étant toujours trop faible, il a été décidé d'élargir la zone d'étude et de modifier le moyen de sollicitation. L'étude se focalisait initialement sur la Gironde, elle a été élargie à l'Aquitaine, ainsi qu'à la région Parisienne profitant ainsi d'un déménagement d'une des deux thésardes à Paris pour raisons personnelles. Nous proposons systématiquement un entretien au cabinet. **Six médecins ont été ainsi contactés** et ont accepté de participer à l'étude. Cette phase a duré d'octobre 2017 à janvier 2018, permettant le recrutement de **2 patients** de région parisienne, venant du même cabinet.

Au total, **217 médecins** ont accepté de participer, **27** d'entre eux ont trouvé des patients éligibles (issus de 20 cabinets médicaux différents), permettant l'inclusion de **82 patients**, avec uniquement **71 d'entre eux ayant pu être interrogés**.

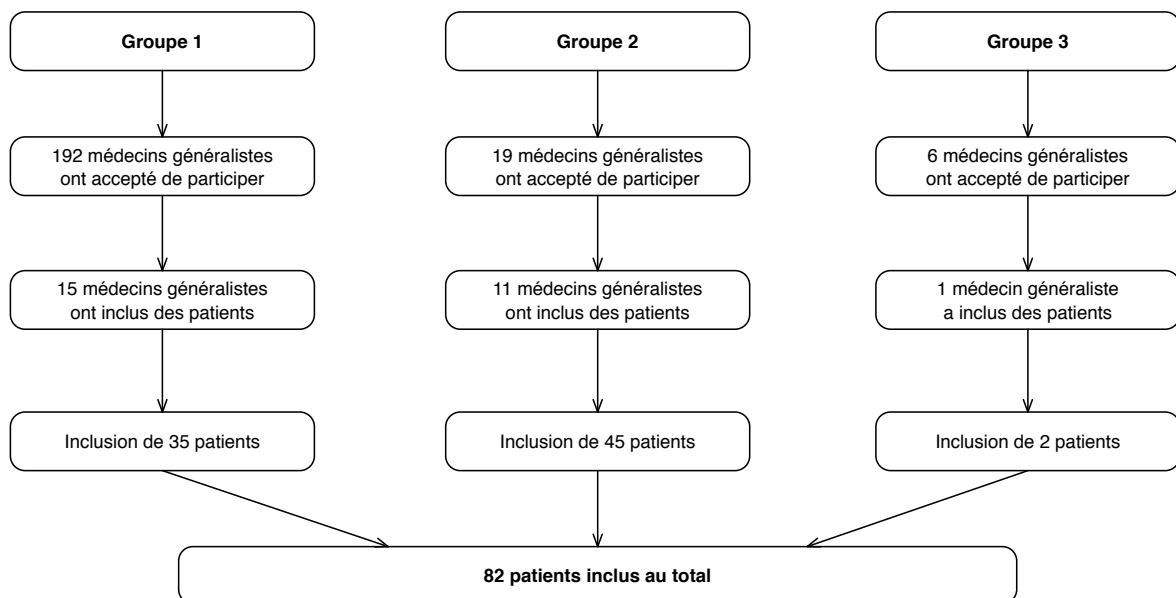


Diagramme de flux 2 : Recrutement de l'ensemble des généralistes et de leurs patients

5.2 Déplacement au cabinet médical : recueil des données médicales et consentements

Du 9 octobre 2017 au 26 janvier 2018, une des deux internes s'est rendue dans 14 cabinets afin de récupérer les données manquantes (résultats biologiques, périmètre abdominal, traitement en cours etc....), ainsi que les consentements des patients. Pour les 6 cabinets restants, s'agissant de médecins de l'entourage des thésardes, la récupération des données n'a pas nécessité de déplacement (informations des données par téléphone et envoi des consentements par mail ou directement délivrés en main propres).

5.3 Résultats de l'étude

5.3.1 Description des médecins généralistes

Tableau II : Caractéristiques des médecins généralistes (n = 27)

	Médecins Généralistes n (%)
Sexe	
Homme	17 (63,0)
Femme	10 (37,0)
Situation géographique	
Rural	15 (55,5)
Urbain	12 (44,4)
Activité	
Non universitaire	11 (40,7)
Universitaire	16 (59,3)
Type de cabinet	
Seul	0 (0,0)
Groupe	27 (100)

La majorité des médecins généralistes participants à l'étude était des hommes (63%), avec un peu plus de la moitié étant issue de cabinets ruraux (55,5%). Ils travaillaient tous en cabinet de groupe. Près de 60% d'entre eux avaient une activité universitaire, voie de recrutement privilégiée par le protocole d'EUROPREV III. Les 40% restant étaient soit des médecins issus de notre cercle de connaissances (médecins installées ou également en remplacement), soit des médecins que nous remplacions (Tableau II).

5.3.2 Description de la population

- 5.3.2.1 Généralités

Tableau III : Caractéristiques de la population (n = 82)

	Patients n (%)
Sexe	
Homme	59 (72,0)
Femme	23 (28,0)
Age lors interview (ans) (moy ± sd)	64 (11,8)
Situation géographique	
Rural	64 (78,1)
Urbain	18 (21,9)
Activité du médecin	
Non universitaire	39 (47,6)
Universitaire	43 (52,4)
Pathologies*	
Angor	17 (22,4)
IDM	41 (54)
AVC/AIT	27 (35,5)
Données manquantes	6 (7,3)
Antécédents cardiovasculaires*	
Dyslipidémie	54 (73) (8DM)
HTA	48 (64) (7DM)
Diabète	15 (21,1) (11DM)
Tabac	44 (62) (11DM)
Tabagisme	
Jamais fumé	27 (38,1)
Antécédent de tabac	44 (61,9)
<i>Parmi les personnes ayant l'antécédent de tabagisme:</i>	
Sevré avant ECV	23 (52,3)
Persistant lors ECV	21 (47,7)
<i>Parmi les fumeurs lors de l'ECV :</i>	
Sevré lors interview	10 (47,6)
Persistant lors interview	11 (52,4)
Données manquantes	11 (13,4)

* Catégories non exclusives

Tableau IV : Répartition de la population en fonction de l'âge et du sexe (n = 82)

Age / Sexe	Femme n (%)	Homme n (%)	p = 0,72
< 50 ans	2 (9,1)	9 (16,1)	11 (14,1)
≥ 50 ans	20 (90,9)	47 (83,3)	67 (85,9)
(4 DM sur âge)	22 (100)	56 (100)	78 (100)

Tableau V : Incidence de l'angor en fonction du sexe (n = 82)

Angor / Sexe	Femme n (%)	Homme n (%)	p = 0,76
Non	18 (81,8)	41 (75,9)	59 (77,6)
Oui	4 (18,2)	13 (24,1)	17 (22,4)
(6 DM sur angor)	22 (100)	54 (100)	76 (100)

Tableau VI : Incidence de l'IDM en fonction du sexe (n = 82)

IDM / Sexe	Femme n (%)	Homme n (%)	p = 0,21
Non	13 (59,1)	22 (40,7)	35 (46,1)
Oui	9 (40,9)	32 (59,3)	41 (53,9)
(6 DM sur IDM)	22 (100)	54 (100)	76 (100)

Tableau VII : Incidence des AVC/AIT en fonction du sexe (n = 82)

AVC_AIT / Sexe	Femme n (%)	Homme n (%)	p = 0,60
Non	13 (59,1)	36 (66,7)	49 (64,5)
Oui	9 (40,9)	18 (33,3)	27 (35,5)
(6 DM sur AVC/AIT)	22 (100)	54 (100)	76 (100)

Tableau VIII : Âge moyen des patients lors de la survenue des différents ECV (n = 82)

Age moyen (sd)	ECV 61,0 (12,1)	Angor 64,8 (9,2)	IDM 59,8 (10,3)	AVC_AIT 62,1 (15,0)
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	------------------------

Tableau IX : Âge moyen des patients au moment de l'interview en fonction de leur ECV (n = 82)

Age moyen	ECV	Angor	IDM	AVC_AIT
	ECV	66,6 (SD 9,1)	62,8 (SD 9,7)	63,7 (SD 15,1)
	Pas d'ECV	63,1 (SD 12,6)	65,2 (SD 14,1)	63,9 (SD 9,9)
		p = 0,28	p = 0,39	p = 0,94

L'entretien téléphonique survenait en moyenne 2,7 années après l'ECV (ou le premier ECV parmi angor, IDM et AVC/AIT en cas de plusieurs ECV). L'âge moyen **au moment de l'interview était de 64 ans**. La population était en majorité **masculine** avec 72% d'hommes. La majorité des patients (78,1%) était suivie par un généraliste exerçant en zone **rurale**. Il y avait quasiment autant de patients suivis par un médecin ayant une activité universitaire (52,4 %) que de patients suivis par un médecin non universitaire (47,6%) (Tableau III).

Concernant les FRCV, **la dyslipidémie était le FRCV principal** (73%), suivi de l'HTA (64%), de l'antécédent de tabagisme (62%) (« fumeur/ex fumeur »), puis du diabète de type 2 (21,1%) (Tableau III).

L'ECV le plus représenté était l'IDM (54%), suivi des AVC/AIT (35,5%) puis de l'angor (22,4%) ; sachant que 13,2% des patients (N= 10) souffraient d'au moins deux antécédents de MCV (parmi angor, IDM ou AVC/AIT) (Tableau III).

L'âge moyen des patients lors de la survenue de l'ECV **était de 61 ans** (SD 12,1). Les patients avaient en moyenne 64,8 ans (9,2 SD) lors d'un angor, 59,8 ans (10,3 SD) lors d'un IDM et 62,1 ans (15 SD) lors d'un AVC/AIT (Tableau VIII).

Les trois quarts des patients (73%) s'étaient fixés des objectifs de règles hygiéno-diététiques à atteindre seuls, la moitié (49,3%) en avaient parlé par la suite avec leur médecin traitant.

Les médecins généralistes étaient tous en cabinet de groupe, 60% étaient des universitaires.

La population était en majorité masculine, d'âge moyen de 64 ans, et autant suivi par un médecin universitaire que par un médecin non universitaire.

- 5.3.2.2 Population et tabac

Tableau X : Prévalence et proportion de sevrés du tabagisme au sein de la population générale en fonction du moment de survenue de l'ECV (n = 71)

	Avant ECV	Lors de ECV	Après ECV
Prévalence tabac (%)	44 (61,9%)	21 (29,6%)	11 (15,5%)
Parmi les hommes (%)	32 (54,2%)	16 (27,1%)	8 (13,6%)
Parmi les femmes (%)	12 (52,2%)	5 (21,7%)	3 (13,0%)

p = 0,73			ECV		
			Avant	Après	
Arrêt tabagique réussi	Oui (%)	23 (52,3%)	10 (47,6%)	33	
	Non (%)	21 (47,7%)	11 (52,4%)	32	
		44 (100%)	21 (100%)	65	

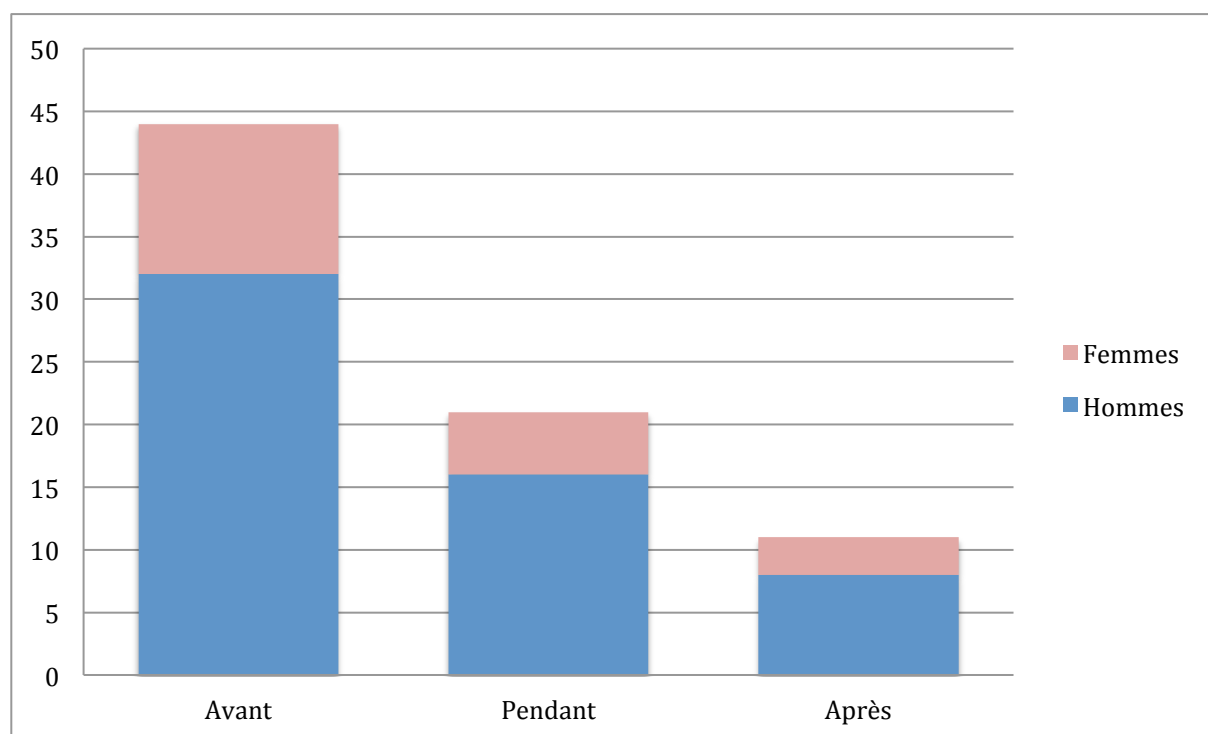


Figure III : Evolution du nombre de fumeurs (par sexe) selon la survenue de l'ECV

Tableau XI : Taux de fumeurs lors de l'ECV (n = 71)

	Naïfs du tabac	Fumeurs sevrés	Fumeur lors de l'ECV	n
IDM (%)	14 (35,9%)	13 (33,3%)	12 (30,8%)	39
Angor (%)	7 (46,7%)	6 (40,0%)	2 (13,3%)	15
AVC/AIT (%)	10 (38,5%)	7 (26,9%)	9 (34,6%)	26

Au sein de la population incluse, les patients sans antécédent de tabac, appelés « **naïfs du tabac** » représentaient **38,1%** de la population (n = 27) et les « **fumeurs/ex fumeurs** » représentaient **61,9%** (n = 44). Parmi ces derniers, au moment de la survenue de l'ECV, **47,7%** (n = 21) continuaient à **fumer**. (Tableau III).

Au moment de l'ECV, 29,6% (n = 21) des patients de l'étude fumait (dont 16 hommes et 5 femmes, c'est à dire respectivement 22,5 % et 7,1 % de la population incluse) (Tableau X).

Lors de l'entretien téléphonique, 15,5% (n = 11) des patients de l'étude fumait (dont 8 hommes et 3 femmes, c'est à dire respectivement 11,3 % et 4,2% de la population incluse) (Tableau X, Graphique 3).

La proportion de fumeur a diminué de **52,3% entre avant et au moment de la survenue de l'ECV**, puis de **47,3% entre l'ECV et plus de 6 mois après** avec une **diminution identique dans les deux sexes** (p = 0,76) (Tableau X, Graphique 3).

Concernant les patients de 45 ans et moins :

- un seul patient avait fait un angor et il était naïf du tabac.
- trois patients avaient fait un IDM, et un seul était fumeur/ex fumeur (soit 1,4% (= 1/71) des « fumeurs/ex fumeurs » parmi la population générale incluse).
- trois patients avaient fait un AVC/AIT, tous « fumeur/ex fumeur » (soit 4,2% (= 3/71) des « fumeurs/ex fumeurs » parmi la population générale incluse).

Au sein de notre population, la prévalence des femmes fumeuses/ex fumeuses de 50 ans et moins était de 2,8 %. Après la survenue de l'ECV, le pourcentage de femmes « fumeurs persistants » de 50 ans et moins dans la population totale était de 1,4% (= 1/71).

Le tabac était le 3^{ème} FRCV, derrière les dyslipidémies et l'HTA.

Au sein de la population incluse, il y avait :

- **61,9% de « fumeurs/ex fumeurs »**
- **29,6% fumant au moment de l'ECV**
- **15,5% fumant au moment de l'entretien téléphonique**

Il y avait aussi bien avant que après l'ECV une diminution de 50% de la proportion de fumeurs, et ceci, quel que soit le sexe.

5.3.3 Analyse de la population en fonction du statut tabagique : « naïfs du tabac » versus « fumeurs/ex fumeurs »

Tableau XII : Moyenne d'âge des patients « naïfs du tabac » et « fumeurs/ex fumeurs » au moment de l'ECV (n = 71)

p = 0,02	Naïfs du tabac	Fumeurs/ex fumeurs
≤ 60 ans (%)	6 (23,1%)	22 (51,2%)
> 60 ans (%)	20 (76,9%)	21 (48,8%)

Tableau XIII : Tableau comparatif de la population « naïfs du tabac » et de la population « fumeurs/ex fumeurs » (n = 71)

	NAÏFS DU TABAC n = 27 (38,1%)		FUMEURS/EX FUMEURS n = 44 (61,9%)		p
	n ou moy	(%) ou (sd)	n ou moy	(%) ou (sd)	
Sexe					
Homme	18	(66,7)	32	(72,7)	0,59
Femme	9	(33,3)	12	(27,3)	
Socio-démographiques					
Age patient (années) (moy)	69,5	(11,1)	60,8	(11,5)	0,003
< 50	3	(11,1)	7	(15,9)	0,004
50 ≤ âge < 60	0	(0)	13	(29,6)	
≥ 60	24	(88,9)	24	(54,6)	
Médecin traitant					0,63
universitaire	16	(59,3)	21	(47,7)	
Non universitaire	11	(40,7)	23	(52,3)	
ATCD MCV*					
Angor	7	(25,9)	8	(18,2)	0,44
IDM	14	(51,9)	25	(56,8)	0,68
AVC/AIT	10	(37,0)	16	(36,4)	0,95
FRCV cliniques*					
IMC (moy)	27,3	(4,6)	26,8	(4,4)	0,67
< 25	10	(38,5)	18	(41,9)	0,94
25 ≤ IMC < 30	9	(34,6)	15	(34,9)	
≥ 30	7	(26,9)	10	(23,3)	
DM**	1	(3,7)	1	(2,3)	
Périmètre abdominal (cm)	99,1	(12,5)	99,8	(13,1)	0,89
Diabète	7	(26,9)	7	(16,7)	0,31
DM**	1	(3,7)	2	(4,6)	
Dyslipidémie	22	(81,5)	29	(65,9)	0,16
HTA	17	(62,9)	28	(63,6)	0,95
FRCV biologiques**					
Dyslipidémie					
LDLc (mmol/L)	2,4	(0,8)	2,5	(0,8)	0,58
TG (mmol/L)	1,3	(0,5)	1,6	(1,1)	0,19
HDLc (mmol/L)	1,3	(0,3)	1,3	(0,4)	0,59
Diabétique					
GAJ (mg/dL)	125,3	(18,2)	156,2	(118,7)	0,59
HbA1c (%) (moy)	7,2	(1,7)	7,2	(1,3)	1
Habitude de vie					
Consommation OH avant et après ECV	15	(60)	37	(84,1)	0,03
Activité Physique (IPAQ)**					
> 150 minutes d'activité d'intensité modérée / semaine	16	(59,3)	31	(70,5)	0,33
> 75 minutes d'activité élevée / semaine	5	(18,5)	10	(22,7)	0,67
Combinaison des deux	16	(59,3)	32	(72,7)	0,24
Alimentation (MedDietScore)					
< 4	1	(3,7)	6	(13,6)	0,13
4 ≤ X ≤ 6	17	(63,0)	31	(70,5)	
> 6	9	(33,3)	7	(15,9)	
Inobservance thérapeutique					
	7	(25,9)	16	(36,4)	0,36

* Données manquantes

** Catégories non exclusives

- 5.3.3.1 *Données sociodémographiques*

La répartition des hommes et de femmes n'était pas statistiquement différente au sein de la population de personnes ayant eu un ECV entre les « naïfs du tabac » et les « fumeurs/ex fumeurs » (Tableau XIII).

Au moment de l'ECV, la moyenne d'âge pour les patients « naïfs du tabac » était de **65,9 ans** (SD 11,9), celle des patients fumeurs/ex fumeurs était de 58,3 ans (SD 11,8) ($p = 0,01$).

La répartition des âges au moment de l'ECV était significativement différente : **51,2 % des « fumeurs/ ex fumeurs » avait moins de 60 ans lors de l'ECV** versus 23,1% pour les patients n'ayant jamais fumé ($p = 0,02$) (Tableau XII).

Lors de l'entretien téléphonique, les patients n'ayant **jamais fumé étaient en moyenne plus âgés** que ceux avec un antécédent de tabac (69,5 ans vs 60,8 ans, $p < 0,01$). La répartition de leur âge était différente avec **88,9% de patients âgés de 60 ans et plus** chez les « naïfs du tabac » vs 54,6% chez les « fumeurs/ex fumeurs », $p < 0,01$ (Tableau XIII).

- 5.3.3.2 *Antécédents et facteurs de risques cardiovasculaires*

Le type d'événement (angor, IDM et AVC/AIT) n'était pas statistiquement différent au sein de la population de personnes ayant eu un ECV entre les patients « naïfs du tabac » et les « fumeurs/ex fumeurs » (Tableau XIII).

Concernant les autres FRCV que le tabac, ils n'étaient pas associés au statut tabagique entre les patients « naïfs du tabac » et les « fumeurs/ex fumeurs ». De même, les marqueurs biologiques des FRCV n'étaient pas non plus statistiquement associés au statut tabagique. (Tableau XIII).

- 5.3.3.3 *Habitudes de vie*

Concernant les habitudes de vie après la survenue de l'ECV, **les patients n'ayant jamais fumé consommaient moins d'alcool** que les patients « fumeurs/ex fumeurs » (respectivement 60% vs 84,1%, $p < 0,05$) (Tableau XIII).

De même, les patients « naïfs du tabac » avaient un MedDietScore > 6 pour 33,3% vs 15,9% « fumeurs/ex fumeurs » ($p = 0,13$) (Tableau XIII).

Les patients « naïfs du tabac » pratiquaient au moins 150 minutes d'activité intense à modérée et/ou 75 minutes d'activité élevée par jour pour 59,3% d'entre eux versus 72,7% des « fumeurs/ex fumeurs » ($p = 0,24$) (Tableau XIII).

Lors de l'entretien, par rapport aux patients « naïfs du tabac », les patients « fumeurs/ex fumeurs » étaient :

- Plus jeunes de 10 ans
- Victimes sept ans plus tôt de leur ECV

La consommation d'alcool était retrouvée associée à celle du tabac.

5.3.4 Analyse de la population en fonction du statut tabagique après ECV : « fumeurs persistants » versus « fumeurs sevrés »

- 5.3.4.1 Données sociodémographiques

Tableau XIV : Tableau comparatif des données sociodémographiques entre les patients devenant « fumeurs persistants » et les patients devenant « fumeurs sevrés » parmi la population fumant au moment de l'ECV (n = 21)

	FUMEURS AU MOMENT DE L'ECV				p
	FUMEURS PERSISTANTS N= 11		FUMEURS SEVRÉS N= 10		
	n ou moy	(%) ou (sd)	n ou moy	(%) ou (sd)	
Sexe					
Homme	8	(72,7)	8	(80,0)	0,70
Femme	3	(27,3)	2	(20,0)	
Age de survenue ECV					
	56,9	(6,4)	48,5	(14,0)	0,11
Socio-démographiques					
Age patient (années) (moy)	58,8	(6,8)	51,3	(14,6)	0,16
< 50	1	(9,1)	5	(50)	0,09
50 ≤ age < 60	6	(54,5)	2	(20)	
≥ 60	4	(36,4)	3	(30)	
Médecin traitant					0,80
universitaire	6	(54,6)	6	(60)	
Non universitaire	5	(45,4)	4	(40)	

Le sexe n'était pas associé de manière statistiquement significative au sevrage tabagique après la survenue de l'ECV (p = 0,70) (Tableau XIV).

Chez les « fumeurs persistants », 90,9% étaient âgés de 50 ans et plus vs 50% chez les « fumeurs sevrés » (p = 0,09) (Tableau XIV).

Lors de la survenue de leur ECV, les « fumeurs persistants » avaient 56,9 ans en moyenne vs 48,5 ans pour les « fumeurs sevrés » (p = 0,11) (Tableau XIV).

- 5.3.4.2 Antécédents et facteurs de risques cardiovasculaires

Tableau XV : Tableau comparatif des antécédents et FRCV entre les patients devenant « fumeurs persistants » et les patients devenant « fumeurs sevrés » parmi la population fumant au moment de l'ECV (n = 21)

FUMEURS AU MOMENT DE L'ECV					
	FUMEURS PERSISTANTS N= 11		FUMEURS SEVRÉS N= 10		p
	n ou moy	(%) ou (sd)	n ou moy	(%) ou (sd)	
ATCD MCV*					
Angor	2	(18,2)	0	(0)	0,48
IDM	5	(45,5)	7	(70)	0,39
AVC/AIT	6	(54,6)	3	(30)	0,39
FRCV cliniques*					
IMC (moy)	24,6	(3,8)	26,4	(5,8)	0,42
< 25	7	(70)	6	(60)	0,82
25 ≤ IMC < 30	1	(10)	2	(20)	
≥ 30	2	(20)	2	(20)	
DM**	1	(9,1)	0	(0)	
Périmètre abdominal	91,7	(22,1)	103	(6,7)	0,48
Diabète	1	(9,1)	1	(11,1)	1
Dyslipidémie	8	(72,7)	5	(50)	0,39
HTA	6	(54,6)	3	(30)	0,39
FRCV biologiques*					
Dyslipidémie					
LDLc	2,6	(0,8)	2,8	(0,8)	0,47
TG	1,4	(1,0)	2,0	(1,5)	0,33
HDLc	1,2	(0,4)	1,3	(0,4)	0,64
Diabétique					
GAJ	68,1	-	363,1	-	-
HbA1c (%) (moy)	5,8	-	8,6	-	-
DM**	10	(90,9)	9	(90)	
Nombre de FRCV (HTA, Diabète, dyslipidémie)					
≥ 2	6	(55,6)	3	(33,3)	0,41

* Catégories non exclusives

** Données manquantes

Le type d'événement (angor, IDM et AVC/AIT), les autres FRCV que le tabac ainsi que les marqueurs biologiques n'étaient pas statistiquement différents au sein de la population de personne avec tabagisme persistant vs tabagisme sevré (Tableau XV).

Les tensions artérielles systoliques, diastoliques et moyennes n'étaient pas statistiquement différentes entre les groupes :

- « naïfs du tabac » + « fumeurs sevrés » vs « fumeurs persistants »
- « naïfs du tabac » vs « fumeurs persistants »

Cependant, la **tension artérielle systolique était plus élevée chez les « fumeurs persistants »** par rapport aux « fumeurs sevrés » après leur ECV (**p = 0,04**), sans que la PAD ou que la PAM ne le soient.

- 5.3.4.3 Habitudes de vie

Tableau XVI : Tableau comparatif des habitudes de vie entre les patients devenant « fumeurs persistants » et les patients devenant « fumeurs sevrés » parmi la population fumant au moment de l'ECV (n = 21)

	FUMEURS AU MOMENT DE L'ECV				p
	FUMEURS PERSISTANTS N= 11		FUMEURS SEVRÉS N= 10		
	n ou moy	(%) ou (sd)	n ou moy	(%) ou (sd)	
Habitude de vie					
Consommation OH avant et après ECV	11	(100)	8	(80)	0,21
Activité Physique (IPAQ)*					
> 150 minutes d'activité d'intensité modérée par semaine	7	(63,6)	6	(60)	1
> 75 minutes d'activité élevée par semaine	1	(9,1)	3	(30)	0,31
Combinaison des deux	7	(63,6)	6	(60)	1
Alimentation (MedDietScore)					0,23
< 4	1	(9,1)	3	(30)	
4 ≤ X ≤ 6	10	(90,9)	6	(60)	
> 6	0	(0)	1	(10)	
Inobservance thérapeutique					
	4	(36,4)	4	(40)	1

* Catégories non exclusives

Concernant la consommation d'alcool après la survenue de l'ECV, **100% des patients « fumeurs persistants » consommaient de l'alcool** vs 80% des « fumeurs sevrés » (p = 0,21) (Tableau XVI).

Parmi les « fumeurs persistants », 9,1% pratiquaient une activité physique d'intensité intense supérieure à 75 minutes par semaine vs 30% des « fumeurs sevrés » (p = 0,31) (Tableau XVI).

Concernant l'hygiène alimentaire, aucun des patients avec un tabagisme persistant n'avait un MedDietScore > 6 vs 10% des patients sevrés (n = 1) (p = 0,23) (Tableau XV).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur le caractère ressenti de gravité de l'ECV ou bien l'inobservance thérapeutique et la poursuite ou non du tabagisme (Tableau XVI).

- 5.3.4.4 Objectifs, conseils, satisfaction des patients et arrêt tabagique

Tableau XVII : Tableau comparatif des objectifs, conseils reçus, satisfaction et mode d'arrêt du tabagisme entre les patients devenant « fumeurs persistants » et les patients devenant « fumeurs sevrés » parmi la population fumant au moment de l'ECV (n = 21)

FUMEURS AU MOMENT DE L'ECV					
	FUMEURS PERSISTANTS N= 11		FUMEURS SEVRÉS N= 10		p
	n ou moy	(%) ou (sd)	n ou moy	(%) ou (sd)	
Objectifs *					
Fixé seul	9	(81,8)	10	(100)	0,48
Donnés au MT	9	(81,8)	5	(50)	0,18
Aide du MT	7	(63,6)	4	(40)	0,39
Objectif d'arrêt du tabac	9	(81,8)	10	(100)	0,48
Objectif d'arrêt de l'alcool	3	(27,3)	3	(30)	1
Conseil thérapeutique*					
Tabac	10	(90)	8	(80)	0,59
Alcool	3	(27,3)	3	(37,5)	1
Alimentation	10	(90,9)	6	(60)	0,15
Activité Physique	8	(72,7)	7	(70)	1
Satisfaction des patients parmi ceux qui ont été conseillés					
Conseil sur le tabac > 3	5	(50)	7	(87,6)	0,15
Conseil sur l'alcool > 3	1	(33,3)	1	(33,3)	1
Tabac					
Quantité de cigarettes/j au moment de l'ECV	21,4	(10,5)	16,8	(9,9)	0,32
Aide au sevrage*					
- non pharmacologique	4	(36,4)	3	(30)	1
- pharmacologique	8	(72,7)	4	(44,4)	0,36
SN	7	(87,5)	4	(100)	1
Varénicline	3	(37,5)	0	(0)	0,49
Bupropion	3	(37,5)	0	(0)	0,49
Ressenti personnel de l'ECV (répercussions au quotidien, gravité)					
> 3	4	(36,4)	5	(50)	0,67

* Catégories non exclusives

Tableau XVIII : Tableau comparatif de la réussite de l'arrêt tabagique avant et après l'ECV en fonction de la délivrance de conseils d'aide à l'arrêt (n = 44)

p < 0,001	Sevrés avant ECV	Sevrés après ECV
Pas de conseil (n = 23)	20/22 (90,9%)	2/22 (9,1%)
Conseils (n = 21)	3/11 (27,3%)	8/11 (72,7%)

Tableau XIX : Tableau comparatif de la population fumeur persistant et fumeurs sevrés après ECV en fonction d'une aide pharmacologique de 2nd intention (n = 21)

	Fumeurs persistants (n = 8)	Fumeurs sevrés après ECV (n = 4)
TSN + Varenicline	1/8 (12,5%)	0/4 (0%)
TSN + Bupropion	2/8 (25%)	0/4 (0%)
TSN + Varenicline + Bupropion	1/8 (12,5%)	0/4 (0%)

- Objectifs

Sans que les résultats puissent prétendre être statistiquement significatifs, on note que la **totalité des patients sevrés s'était fixée seule des objectifs généraux d'hygiène de vie**, y compris l'objectif de l'arrêt tabagique, vs 81,8% des « fumeurs persistants » (p = 0,48).

81,8% des « fumeurs persistants » avaient discuté avec leur médecin de leur objectif d'arrêt tabagique vs 50% des patients sevrés (p = 0,18).

Enfin, **63,6% des « fumeurs persistants » avaient reçu l'aide** de leur médecin vs 40% chez les patients sevrés (p = 0,39) (Tableau XVII).

- Conseils thérapeutiques

Parmi notre population de **fumeurs au moment de l'ECV, 85,7% (n = 18) a été conseillée** par leur médecin traitant dans l'arrêt tabagique (Tableau XVII).

Sur les 44 « fumeurs/ex fumeurs », 21 ont reçu des conseils pour arrêter de fumer (47,7%)

- Parmi les 21 qui ont reçu ces conseils, 11 (52,4%) ont arrêté (3 avant l'ECV et 8 après l'ECV).
- Parmi les 23 qui n'ont pas reçu de conseils (52,3%), 22 (95,7%) ont arrêté (20 avant ECV et 2 après ECV) (p < 0,001).

Ainsi, parmi les réussites d'arrêt du tabac, **les patients sevrés avant la survenue de leur ECV avaient moins reçu de conseils** et à contrario **les patients sevrés après avaient reçus plus de conseils pour arrêter de fumer (p < 0,001)** (Tableau XVIII).

Néanmoins, dans les suites de la prise en charge de l'ECV, il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le fait d'avoir reçu des conseils thérapeutiques (tabac,

alcool et activité physique) et le statut tabagique persistant ou sevré du patient (Tableau XVII).

- Satisfaction des patients

Concernant la satisfaction des patients vis à vis des conseils d'aide au sevrage tabagique, 50% des « fumeurs persistants » ont donné une note supérieure à trois sur six vs 87,6% des « fumeurs sevrés » ($p = 0,15$) (Tableau XVII).

- Arrêt tabagique

A propos de la quantité de tabac consommée avant la survenue de l'ECV, les « fumeurs persistants » après ECV avaient une moyenne de consommation de **21,4 cigarettes par jour** vs 16,8 chez les patients sevrés après ECV ($p = 0,32$) (Tableau XVII).

A propos de la quantité de tabac consommé après la survenue de l'ECV, les « fumeurs persistants » fumaient en moyenne **7,6 cigarettes/j ($\pm 4,8$)** vs 21,4 cigarettes/j ($\pm 11,1$) avant l'ECV ($p < 0,001$).

Parmi les 21 patients fumeurs au moment de l'ECV, 19 (**90,4%**) **ont fait une tentative d'arrêt après leur ECV** (Tableau XVII) :

- 7 (**33,3%**) par méthode **non pharmacologique**
- 12 (**57,1%**) avec une aide **médicamenteuse** (11 (52%) par TSN, 3 (14,3%) par Varénicline et 3 (13,3%) par Bupropion)

La présence d'une aide non pharmacologique ou pharmacologique n'était pas associée statistiquement au statut tabagique des patients. Il en était de même concernant le type de médication (Tableau XVII).

Tous les patients qui avaient été traités par Varénicline ou Burpropion avaient bénéficié dans un premier temps de traitements par TSN, sauf un qui avait été traité directement par bupropion. Les patients ayant bénéficié de ces **traitements de seconde intention étaient tous des « fumeurs persistants »** au moment de l'entretien téléphonique et tous en échec d'arrêt tabagique (Tableau XIX).

Parmi les patients ayant arrêté le tabac, des conseils pour arrêter étaient plus délivrés après que avant la survenue de l'ECV.

Les « fumeurs persistants » après ECV avaient diminué leur consommation de 21,5 à 7,6 cigarettes/j.

Par rapport aux « fumeurs sevrés », les « fumeurs persistants » étaient plus âgés de 8 ans au moment de la survenue de l'ECV et de 7 ans au moment de l'interview.

Au moment de l'ECV, 85,7% des fumeurs ont été conseillé dans l'arrêt tabagique (33% par aide non pharmacologique et 57% par aide pharmacologique).

Au moment de l'ECV, 90,4% des fumeurs ont fait une tentative d'arrêt du tabac : 33,3% par méthode non pharmacologique, et 57,1% par aide médicamenteuse.

6 DISCUSSION

Dans le cadre de notre thèse, nous avons choisi de participer au recrutement français de l'étude EUROPREV III car nous sommes conscientes que la prévention des facteurs de risques cardiovasculaires est un sujet d'actualité majeur. L'étude est déployée au niveau international et, menée par de hautes instances de la médecine générale. Notre travail permettra peut-être à la WONCA d'avancer dans l'analyse et dans l'état des lieux des FRCV en France, particulièrement en Gironde, et ainsi de rédiger de nouvelles recommandations quant à leur prévention

Comme le montrent les résultats des dernières enquêtes épidémiologiques, notamment celles d'EUROASPIRE, la prévention et la maîtrise des facteurs de risques cardiovasculaires reste très insuffisante, et ceci en dépit des connaissances sur le sujet qui ne cessent de progresser (3,4). L'enjeu est d'autant plus important que l'on sait que si elles étaient bien conduites et appliquées, préventions primaire et secondaire permettraient de considérablement diminuer la morbi-mortalité dans cette population vasculaire particulièrement concernée par les événements cliniques graves.

6.1 Discussion de la méthode

6.1.1 Les forces

Il s'agissait d'une étude épidémiologique, descriptive, observationnelle et transversale, conçue afin de recueillir le témoignage à un instant T des patients quant à leur satisfaction concernant la prévention reçue d'une part, mais aussi quant à leur application des règles hygiéno-diététiques enseignées. Ceci permettant in fine d'analyser dans cette population les différents facteurs socio-cliniques favorisant la maîtrise ou non de ces FRCV, en particulier ceux favorisant l'arrêt ou à contrario la poursuite du tabagisme.

Le questionnaire a été élaboré et validé par l'équipe scientifique du réseau EUROPREV, ce qui en fait un questionnaire à priori **valide**. Il était **précis et détaillé** et comprenait bon nombre d'informations **non déclaratives** et fiables (notamment les données biologiques qui provenaient directement du dossier médical).

Il a permis l'élaboration d'un tableau Excel complet recueillant les données des patients, et nous n'avons eu à déplorer que peu de données manquantes.

Enfin, nous avons déployé d'**importants moyens pour contacter** les 246 médecins puis les 82 patients (par appels téléphoniques et par mails, tout deux nécessitant de nombreuses relances).

6.1.2 Les limites et biais

La première faiblesse de notre étude est liée à son design d'étude épidémiologique, descriptive, observationnelle, transversale, et sans suivi prospectif, ce qui engendre des biais de sélection, de confusion et d'information inhérents à ce type d'étude. La collecte des informations par téléphone s'apparentait aussi plus à une enquête d'opinion qu'à une étude observationnelle rigoureuse avec peu de moyens mis en œuvre pour vérifier les déclarations des patients. Son niveau de preuve scientifique est ainsi faible.

- 6.1.2.1 Le mode de recrutement

Le protocole EUROPREV III prévoyait le recrutement des patients uniquement en passant par leur médecin généraliste. Ce **mode de sélection** a été un réel frein dans la constitution de notre échantillon. Dans un premier temps, il était très difficile de joindre les médecins généralistes. Cependant, une fois le contact engagé, peu de praticiens nous ont communiqué des noms de patients éligibles acceptant de participer à l'étude. Dans un second temps, une fois l'échantillonnage effectué, nous devions renouveler en moyenne cinq fois nos appels par patient afin de réussir à leur soumettre le questionnaire par téléphone.

Les études cliniques en médecine générale sont extrêmement difficiles à mener en raison notamment des difficultés rencontrées par les médecins généralistes libéraux dans le recrutement des patients. Ceci est probablement expliqué d'une part par leur surcharge de travail, mais peut être aussi, en comparaison aux médecins hospitaliers, par le mode de rémunération du paiement à l'acte qui fait de la recherche clinique une activité annexe non valorisée. Enfin, il est possible que participer à ces études pourrait, chez certains patients, être susceptible de générer des difficultés relationnelles additionnelles avec leur médecin traitant.

Le mode de contact des médecins a aussi peut être participé : nous étions la plupart du temps en relation avec leur secrétariat téléphonique qui nous communiquait les courriels des praticiens. Peut-être qu'un entretien téléphonique, ou mieux, un rendez-vous de visu avec le médecin concerné, auraient été d'emblée plus efficace. Ce constat a été fait à la fin de notre période de recrutement, raison pour laquelle nous en avons modifié les modalités en créant le groupe de praticien n° 3. Nous leur proposons un rendez-vous de visu ; proposition faite par mail à tous les médecins, et en plus par téléphone pour tous les maîtres de stage.

A posteriori, il aurait été sans doute plus rapide et efficace de réaliser un mode de recrutement similaire aux enquêtes EUROASPIRE en nous orientant directement vers les services d'urgence, de cardiologie ou de neurologie. Nous aurions ainsi pu avoir accès à une plus grosse base de données sans être dépendant des médecins de ville souvent déjà en surcharge de travail. Malheureusement, ce mode de recrutement n'était pas autorisé par le protocole d'EUROPREV III et il aurait constitué un biais de sélection lié au centre de recrutement si nous l'avions mis en œuvre.

On peut de ce fait déplorer un **échantillon de faible effectif**, et ce malgré de très nombreuses sollicitations et relances. L'analyse de l'étude prévoyait l'inclusion de 380 patients issus de la

patientèle de 10 médecins généralistes. Sur les 246 médecins généralistes appelés à participer à l'étude, seuls 27 (dont 11 qui étaient ni maîtres de stage, ni universitaires) ont été en mesure de contribuer à l'inclusion des 82 patients. Ce petit échantillon n'a malheureusement pas permis d'obtenir une puissance statistique suffisante afin d'espérer mettre en évidence des différences (si elles existaient) au sein de cette population.

- 6.1.2.2 La population

En raison des différents **biais de sélection**, notre population n'était pas représentative de la population générale.

Premièrement notre enquête était un **sondage empirique** puisque nous ne disposions pas d'une base de données recensant tous les individus de 18 à 85 ans susceptibles d'être interrogés dont le dernier ECV datait de moins de 3 ans et de plus de 6 mois. Les biais de sélection sont fréquents lors de l'emploi de méthode d'échantillonnage non probabiliste telle que celle-ci.

De plus, notre étude incluait des patients quasi exclusivement girondins, hormis deux cas parisiens (dont un perdu de vue). Notre population était par conséquent non représentative de la population générale française.

Un autre biais de sélection venait du fait que les médecins généralistes n'étaient pas tirés au sort mais devaient être en premier lieu des **médecins universitaires ou maîtres de stage**. Du fait de leur statut, on peut se demander si ces praticiens ne seraient pas plus à même de recruter des patients polypathologiques ou plus sévères, et de dispenser une information médicale plus exhaustive en raison de leur formation pédagogique. Ainsi, près de 60% des praticiens participant au recrutement de la population était maître de stage ou exerçait une activité universitaire. Cependant, la population étudiée était au final suivie « seulement » pour moitié par ces médecins, ce biais de sélection potentiel était par conséquent réduit.

Tous les profils de cabinet n'étaient pas représentés (**100% de cabinets de groupe**, et la majorité d'entre eux étaient situés en **zone rurale**). Ainsi, nos résultats n'étaient pas représentatifs de la population générale.

Aussi, de même que les grandes enquêtes observationnelles (EUROASPIRE...), il existait un **biais d'information** potentiel dû au fait que les non-participants étaient probablement plus susceptibles d'avoir des modes de vie non recommandés et un contrôle plus faible des différents facteurs de risques cardiovasculaires. Par conséquent, nos résultats ont probablement **sous-estimé le véritable statut de prévention secondaire/tertiaire en France**.

Enfin, notre population comptait 11 **perdus de vue** qui ont signé le consentement mais qui n'ont jamais répondu au téléphone, malgré les nombreuses relances effectuées (avec des patients rappelés jusqu'à 15 fois). Cela a constitué un des biais de sélection au moment des résultats.

L'exploitation des données disponibles de ces 11 patients (notamment les résultats biologiques) a aussi créé un **biais de suivi et d'information** lors de l'étude de la population

générale du fait que les renseignements concernant leur ECV (angor, IDM, AVC/AIT), et leur antécédents cardiovasculaires (dyslipidémie, HTA, diabète) n'étaient pas connus. Cependant, afin de tenir compte de ce manque d'information, ces 11 patients n'ont pas été intégrés aux analyses des sous-groupes « naïfs tabac » / « fumeurs/ex fumeurs » et « fumeurs persistants » / « fumeurs sevrés ».

- 6.1.2.3 *Le questionnaire*

Il était constitué majoritairement de questions à **réponses fermées**, hormis la dernière partie concernant les objectifs fixés par les patients, constituée de questions ouvertes à réponses type verbatims.

Les questions à réponses fermées étaient mieux comprises par notre population. Elles permettent également la réalisation d'analyses plus facilement interprétables. L'inconvénient d'un **questionnaire à réponses fermées est qu'il guide** le patient dans ses réponses, tout en **limitant ses possibilités d'expression**. A l'inverse, les questions se rapportant aux objectifs qui étaient ouvertes, ont souvent nécessité une explication et/ou aide de notre part pour la formulation des réponses. Nous devons ainsi donner des exemples de question et de réponse (*Y a-t-il un objectif d'arrêt tabagique pour le patient fumeur ? Y a-t-il un objectif d'augmentation de l'activité physique pour le patient en surpoids et sédentaire ?*).

Nous n'avons pas été formés à ce questionnaire avant la mise en place de l'étude et notre façon de poser les questions a probablement évolué au fur et à mesure du recrutement. Nous ne pouvons pas exclure une part de **subjectivité** dans le recueil des réponses en raison de nos connaissances médicales et en l'absence parfois de compréhension de certaines questions par le patient. Nous avons alors tenté de minimiser les **biais d'information venant de l'interviewer** en prédisposant toujours la même personne aux entretiens téléphoniques.

Concernant les items en début de questionnaire se rapportant à la présence de FRCV (HTA, diabète, dyslipidémie) et aux antécédents cardiovasculaires (angor, IDM, AVC/AIT), les réponses étaient exclusivement fournies par le patient lors de l'entretien téléphonique. De ce fait, selon sa connaissance et la compréhension de sa maladie, ce dernier pouvait « mal répondre » ou ne plus se rappeler de la question et créer ainsi un autre **biais d'information ou de mémorisation**. En exemple, certains patients nous répondaient ne pas souffrir d'HTA (car leur tension artérielle au cabinet était normale), mais prenait tout de même un traitement anti hypertenseur. Ces biais d'information ont été notamment visibles avec le résultat surprenant concernant l'angor dont la prévalence dans notre population était moins importante que celle de l'IDM (respectivement 22,4% contre 54%). En toute logique, on aurait du avoir autant (voir plus) de patients angineux que de patients souffrant d'infarctus du myocarde. L'angor était peut-être sous-estimé par les médecins généralistes et de ce fait par les patients eux-mêmes.

De plus, comme la plupart des thématiques délicates en lien avec le mode de vie et les conduites à risque, la consommation de tabac est sujet à des déclarations inexactes, du fait de la tendance des patients à se conformer à la norme sociale (**biais d'information, de mémorisation et de désirabilité sociale**).

Cependant, bien qu'existant, le biais de désirabilité sociale en rapport avec le tabagisme a été jugé faible selon une étude comparant l'auto déclaration tabagique des patients avec la mesure objective de CO expiré et de cotinine salivaire (79), ainsi que dans une méta analyse retrouvant une auto-déclaration tabagique souvent fiable en comparaison avec des tests biochimiques (80).

Néanmoins, nous avons des résultats discordants en ce sens. Nous avons trouvé que l'ensemble des patients fumeurs (31% soit n = 22) avait l'arrêt tabagique comme objectif, résultat incohérent car uniquement 21 patients étaient « fumeurs persistants » au moment de l'entretien téléphonique. Ce résultat pourrait être expliqué par un patient fumant toujours, dont l'addiction était inavouée au début du questionnaire, et dévoilée lors des questions à réponse verbatim concernant les objectifs personnels.

Enfin, à posteriori, il aurait été intéressant d'ajouter trois items supplémentaires à notre questionnaire.

Comme cela a été fait dans la première étude d'EUROPREV, il aurait été intéressant de se renseigner sur le **statut tabagique des praticiens** eux-mêmes. En effet, l'étude de Brotons et al. retrouvait que les praticiens fumeurs se sentaient moins efficaces dans la prévention de l'arrêt du tabac que les médecins non-fumeurs (39,34% contre 48,18%, p = 0,01) (9).

Nous aurions aussi souhaité savoir si les patients avaient pu suivre un programme de **réadaptation cardiaque** dans les suites de la prise en charge de leur ECV. Les dernières études (EUROASPIRE III et IV) montrent qu'il s'agit d'un moyen de prévention secondaire efficace, mais qui est malheureusement encore inaccessible pour près de 2/3 de la population (52). Lors des entretiens téléphoniques, il apparaissait que la grande majorité des patients en Gironde avaient pu la réaliser, mais cette donnée n'ayant pas été annotée, aucune analyse n'a pu en être faite.

A posteriori, nous nous sommes aperçues que le **profil socio-économique et professionnel** des patients n'avait pas été demandé. Ces données se seraient avérées précieuses pour plusieurs raisons. Premièrement, dans les enquêtes épidémiologiques traitant du même sujet, ces informations apparaissaient comme des facteurs influençant le statut tabagique de la population mais aussi l'arrêt du tabac après la survenue d'un ECV. De plus, ces éléments représentent aussi des biais de confusion, notamment en ce qui concerne par exemple l'activité physique qui est nécessairement plus importante chez les patients exerçant une activité professionnelle en milieu rural.

6.1.3 L'analyse

En l'absence d'ajustement sur des facteurs de confusion potentiel, nous n'avons pas pu réduire les biais de confusion dans nos résultats. Cependant, cette analyse était purement descriptive et semblable à un état des lieux.

L'interprétation des résultats doit être faite avec précaution pour deux raisons majeures : l'effectif très faible de notre population de fumeur (uniquement 44 patients dont 22 fumant au moment de l'ECV) et l'absence d'ajustement sur des facteurs de confusion éventuels entre

notre variable d'exposition (survenue d'un ECV) et notre critère de jugement principal (l'arrêt du tabac).

Ainsi, peu de résultats sont statistiquement significatifs. Nous parlons surtout de tendances statistiques ou de résultats en adéquation avec la littérature scientifique.

6.2 Discussion des principaux résultats de l'étude

6.2.1 Résultats de l'objectif principal et des objectifs secondaires

- 6.2.1.1 *Habitude de consommation après un ECV*

Concernant notre objectif principal, nous observons une **diminution de près de 50%** de la proportion de fumeurs entre l'avant et l'après ECV. Cette diminution est semblable à celle observée parmi les fumeurs qui ont arrêté le tabagisme avant la survenue de l'ECV (52,3% sevrés avant versus 47,6% sevrés après, $p = 0,73$). Par conséquent, notre étude ne permet pas de soutenir qu'un ECV pourrait contribuer de manière significative à augmenter la propension des fumeurs à arrêter le tabac. Néanmoins, nous pouvons tout de même nous demander si les patients qui fumaient au moment de l'ECV et qui ont été sevrés par la suite auraient été sevrés sans la survenue de l'évènement. Les moteurs en seraient : la peur de la maladie, de la mort, une prise de conscience de l'effet néfaste du tabac, la mise en place d'un suivi médical plus intensif. En effet, l'arrêt tabagique définitif d'un fumeur s'obtient souvent après plusieurs tentatives d'arrêt, et fréquemment en réponse à un évènement déclencheur ; un « déclic » qui est personnel à chaque patient. La survenue de l'ECV pourrait sans doute faire partie des puissants déclencheurs de l'arrêt tabagique.

Notre étude nous permet quand même d'avancer que la survenue d'un ECV pourrait participer à la **baisse des habitudes de consommation** de tabac. En effet, nous avons relevé une diminution significative du nombre de cigarettes consommées chaque jour chez les « fumeurs persistants » après un ECV (moyenne de **21,5 cigarettes/ jour ($\pm 11,1$) vs 7,6 cigarettes/ jour ($\pm 4,8$), $p < 0,001$).**

Dans notre étude, la **population de « fumeurs persistants » apparaissait être difficile à sevrer**. Près de la moitié des patients a poursuivi l'intoxication tabagique en dépit d'une connaissance de l'effet nocif du tabac et de l'ECV récent.

Néanmoins, la quantité consommée a fortement diminué. Ce changement est probablement la conséquence de l'impact de la maladie, et de la prise de conscience du risque tabagique éveillée ou renforcée à l'occasion des séances de réadaptation cardiovasculaire et/ou dans le cadre du suivi médical en ville.

Il est important de souligner que **l'entretien téléphonique survenait en moyenne 2,7 ans** (soit 32,4 mois $\pm 41,7$) après l'ECV (ou le premier ECV parmi angor, IDM et AVC/AIT en cas de plusieurs ECV). Par conséquent la date exacte de l'arrêt tabagique étant inconnue, il est

possible que ce dernier soit la conséquence d'autres événements intercurrents (les discours de prévention des personnels de santé, une éducation thérapeutique (ETP) bien conduite, un environnement social facilitant avec en exemple des sevrages tabagiques successifs, l'envie d'être en bonne santé pour accueillir des petits enfants naissants, des maladies intercurrentes en lien ou non avec le tabac...)

- *6.2.1.2 Analyse de l'efficacité des conseils d'aide à l'arrêt du tabac et de la satisfaction des patients quant à la prise en charge du sevrage tabagique*

Seule la moitié des « fumeurs/ex fumeurs » avaient reçu au cours de leur vie des conseils pour l'arrêt tabagique. Ainsi, au sein de notre population, près d'un fumeur sur deux n'avait jamais reçu de conseil minimal relatif à l'arrêt du tabac. Bien qu'il faille nuancer ce résultat du fait du caractère déclaratif des réponses des patients, remontant aussi parfois à de lointains souvenirs, nous pouvons néanmoins déplorer un degré de prévention insuffisant. Le « conseil minimal » n'était probablement pas pratiqué de manière systématique en prévention secondaire, ni même en prévention primaire. Ce résultat pointe du doigt la probable difficulté des médecins généralistes à articuler un discours qui soit audible par le patient et à mettre en œuvre des mesures préventives efficaces et adoptées par ce dernier.

De manière à priori surprenante, les patients ayant reçu des **conseils** d'aide à l'arrêt du tabac **ont moins arrêté** ($p = 0,001$) que ceux qui n'ont pas bénéficié de ces conseils.

En effet, la majorité des « **fumeurs sevrés** » au moment de l'entretien téléphonique déclaraient avoir entrepris leur sevrage de manière **autonome**, sans conseils de la part de leur médecin traitant. Au contraire, **les « fumeurs persistants »** au moment de l'entretien téléphonique apparaissaient être ceux qui avaient le **plus bénéficié d'aide et de conseils** de la part de leur médecin traitant.

Ces résultats soulignent l'inégalité de nos patients face à l'addiction tabagique, en termes de dépendance et de facilité de sevrage. D'une part, certains ont entrepris et réussi à arrêter le tabac sans l'aide de leur médecin traitant (et parfois même sans médication ni survenue d'ECV). D'autres étaient en difficulté et continuaient leur intoxication tabagique malgré les conseils de leur médecin, les multiples thérapeutiques entreprises et la survenue de la MCV. Cela pourrait conduire à penser que **les patients demandant de l'aide pour entreprendre l'arrêt du tabac seraient peut-être plus en risque d'échec face au sevrage**. Le praticien doit donc prêter une attention toute particulière au profil et au discours de ses patients. Il semble tout particulièrement important d'**identifier les « fumeurs difficiles »** afin de moduler et d'adapter le discours et la prise en charge. Et si l'on considère que l'expression d'une motivation peut constituer la première étape vers l'arrêt du tabac, il semble pertinent que le médecin porte une attention particulière à l'écoute de ce message. Ainsi, il pourrait **renforcer cette motivation** en programmant un suivi personnalisé, avec des consultations dédiées au suivi du sevrage tabagique, en adoptant une posture éducative ou en entreprenant de l'éducation thérapeutique si il y est formé. En parallèle, la prise en charge médicamenteuse doit être optimale avec une prescription efficace adaptée au profil d'addiction de chaque patient, ceci afin de contrôler le « craving » et ainsi de prévenir les risques de rechute.

Nous avons aussi noté que parmi le groupe des « fumeurs sevrés », les patients avaient retenu **davantage de conseils pour arrêter de fumer après la survenue de l'ECV plutôt que avant** ($p < 0,001$). Ce résultat semble cohérent et souligne la rareté des messages perçus en prévention primaire et le développement de la pratique préventive des soignants en prévention secondaire et tertiaire. Ceci s'explique notamment par le fait que souvent, en post ECV, les patients sont suivis plus régulièrement, de manière plus intensive, et la plupart du temps de manière multidisciplinaire (consultation systématique de contrôle des FRCV, de renouvellement d'ordonnance...). Ce suivi régulier et intensifié permet une bonne **implication** des soignants dans leur discours de **prévention tabagique secondaire et tertiaire**. Ce résultat montre aussi la nécessité d'une **amélioration du discours** qui doit être développé par les praticiens en **prévention primaire**.

Pratiquer un conseil minimal avant la survenue de la maladie cardiovasculaire, et d'autant plus chez les sujets jeunes, permettrait probablement de diminuer la prévalence tabagique et le nombre d'ECV. Ceci est essentiel pour plusieurs raisons. D'une part, le tabac est le 1^{er} facteur de risques de maladie cardiovasculaire chez les sujets jeunes (avant la dyslipidémie, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hygiène alimentaire ou la sédentarité). D'autre part, il a été démontré que l'addiction nicotinique est d'autant plus forte et que les difficultés de sevrage sont d'autant plus importantes que l'âge du début de consommation est précoce, et que la durée du tabagisme est longue (81).

Enfin, arrêter le tabac avant la survenue d'un événement, et ce d'autant plus si l'âge de l'arrêt est jeune, permettrait de gagner 10 ans d'espérance de vie par rapport aux fumeurs persistants (43,55). De plus, les patients sevrés depuis plus de 10 ans présenteraient des schémas de risques cardiovasculaires pratiquement identiques à celui des non-fumeurs (23,43). Tous ces arguments devraient faire partie du discours du soignant lors de l'éducation à la santé.

L'autre point à aborder est quand et comment réaliser cette prévention primaire chez les jeunes. En effet, cette population consulte très rarement son médecin traitant, si ce n'est lors du renouvellement annuel du certificat d'aptitude à la pratique sportive, ou du renouvellement de contraception chez les jeunes femmes. Ces consultations pourraient être ainsi des moments privilégiés pour pratiquer de l'éducation à la santé, en particulier sur le tabac en ce qui nous concerne. Malheureusement, deux évolutions ne vont pas en ce sens et ne vont pas nous aider. D'une part, le non remboursement des consultations organisées pour la rédaction de certificat qui, selon l'assurance maladie, ne constitueraient pas un acte de soin et donc pas une prescription remboursable. La cotation de l'acte ne serait alors possible que en jumelant cette consultation à un autre motif. D'autre part, les certificats médicaux sont récemment devenus valides pour une durée de deux ans... Ces mesures et réflexions éloignent encore un peu plus les jeunes de la prévention médicale.

Nous trouvons que les **patients sevrés** semblaient être **plus satisfaits des conseils** d'aide à l'arrêt tabagique que les « fumeurs persistants » ($p = 0,15$). Ce résultat est cohérent. A conseil et prise en charge égaux, on est en général plus satisfaits dans la réussite que dans l'échec. Les patients sevrés du tabac étaient ainsi plus satisfaits des conseils de leur généraliste que les

« fumeurs persistants », et ce malgré une prise en charge en apparence identique dans les deux groupes ($p = 0,39$).

Dans notre étude, le **caractère de gravité ressentie** par les patients concernant leur maladie cardiovasculaire n'était pas associé de manière significative à un arrêt tabagique ($p = 0,67$). On peut se poser la question de savoir si avec un nombre plus important de patients ce résultat aurait été significatif.

6.2.2 Autres résultats

- 6.2.2.1 Les médecins généralistes

Nous anticipions des **biais potentiels consécutifs au recrutement des médecins** que nous avons orienté vers des médecins universitaires et maîtres de stage. Cependant, nous avons constaté qu'il y avait autant de patients suivis par un médecin ayant une activité universitaire que de patients suivis par un médecin n'en exerçant pas. Ces résultats cachent des disparités au sein du recrutement des médecins, l'un des médecins universitaires nous ayant procuré à lui seul 13 noms de patients sur les 82 composants notre échantillon. Nous avons également constaté que le fait que le médecin soit ou ne soit pas médecin universitaire était sans impact sur le statut tabagique du patient ($p = 0,63$ pour les patients « naïfs du tabac » et « fumeurs/ex fumeurs », et $p = 0,80$ pour les « fumeurs persistants » et les « fumeurs sevrés »).

- 6.2.2.2 La population

Un des résultats inattendu était que les patients étaient sensiblement **plus âgés au moment de l'événement angor (64,8 ans)** que lors de l'événement IDM (59,8 ans). Ces résultats sont probablement liés au caractère déclaratif des réponses au questionnaire et à la faible puissance de l'étude. Au sein de notre population, nous nous attendions à un âge de survenue de l'angor plus jeune que celui des IDM (ou des AVC/AIT), l'angor étant en général le premier signal d'alarme de la maladie coronarienne.

Rappelons que cette tendance est inversée chez les patients plus jeunes (tranche d'âge de moins de 45 ans) qui entrent souvent d'emblée dans la maladie coronarienne par un IDM (48). Sur cette tranche d'âge des moins de 45 ans nous ne disposions que de 7 cas d'ECV, dont 4 chez des patients fumeurs/ex fumeurs. Nous pouvons donc avancer que la taille de notre échantillon ne nous permettait pas d'analyser valablement les conséquences des maladies cardiovasculaires chez les patients de cette tranche d'âge.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant la réussite de l'arrêt du tabac et la présence d'une aide au sevrage (non pharmacologique $p = 1$, ou médicamenteuse $p = 0,36$). Notons toutefois que dans notre étude, **seuls les patients « fumeurs persistants »** déclaraient avoir bénéficié d'une **aide médicamenteuse de 2nd intention** par varenicline ou bupropion en plus des TSN (sauf un patient ayant uniquement reçu du bupropion). Ce résultat est cohérent avec le fait que ces méthodes médicamenteuses sont plus souvent délivrées aux « fumeurs persistants ». Néanmoins, l'absence totale de prise de ces médicaments dans le

groupe « fumeurs sevrés » pourrait être due au manque d'effectif de notre étude ou bien à la réussite de la prise en charge du praticien et à l'autonomie et la volonté du patient.

Dans notre enquête, les « **fumeurs persistants** » s'étaient moins **fixés de manière autonome des objectifs** d'arrêt tabagique que les « fumeurs sevrés » (82% des « fumeurs persistants » vs 100% des « fumeurs sevrés »). De plus, **parmi les patients s'étant fixés seuls des objectifs d'arrêt, les « fumeurs persistants » avaient d'avantage discuté avec leur médecin** de leur objectif d'arrêt (81,8% des « fumeurs persistants » vs 50% des patients sevrés) et avaient ainsi eu **plus recours à l'aide de leur médecin** (64% des « fumeurs persistants » vs 40% des « fumeurs sevrés »).

Ces différents résultats sont en accord avec le résultat précédent. Les conseils à l'arrêt du tabac, pourtant plus importants dans la population des « fumeurs persistants » que dans celle des « fumeurs sevrés », n'ont pas suffi pour conduire près de 50% de cette population à arrêter de fumer. Ils permettent de dresser un **portrait des patients sevrés** qui apparaissaient avant tout **plus motivés et plus autonomes** dans leur démarche d'arrêt tabagique que les « fumeurs persistants ». Ceci pourrait d'ailleurs donner des pistes permettant aux praticiens d'élaborer un discours visant à contribuer à développer ces aptitudes de motivation et d'autonomie chez les patients, que ce soit en prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

Des facteurs de vulnérabilité génétique sont connus et expliqueraient l'inégalité des patients quant à l'addiction tabagique (81). Ces facteurs influenceraient l'installation et le développement de la dépendance tabagique, les difficultés à l'arrêt en dépit des thérapeutiques de sevrage et enfin l'apparition de pathologies liées à la consommation du tabac (81). De plus, ce profil plus addictif des « fumeurs persistants » est renforcé par une consommation d'alcool qui reste aussi présente après la survenue de l'ECV (100% des « fumeurs persistants » avaient aussi continué la consommation d'alcool).

Nos « fumeurs persistants » avaient sans doute un profil d'addiction (que cela soit physique ou pharmacologique) **plus marqué** que celui des patients sevrés. Cette addiction peut alors limiter la motivation à l'arrêt et nécessiter plus de conseils personnalisés et d'aide au sevrage (médicales et non médicales) que les autres patients chez qui parfois le seul impact de l'ECV suffisait à l'enclenchement du processus d'arrêt. Ces « fumeurs persistants » peuvent être assimilés à ce que nous qualifierons plus loin aux fumeurs dits « difficiles ».

- **6.2.2.3 Facteurs retrouvés associés au tabagisme**

• L'âge

Parmi les patients âgés de **moins de 60 ans au moment de l'interview**, les « **fumeurs/ ex fumeurs** » étaient plus nombreux que ceux n'ayant jamais fumé ($p < 0,005$). De plus, les patients avec antécédent de tabagisme étaient en moyenne **plus jeunes de 10 ans** par rapport aux sujets « naïfs du tabac » ($p < 0,005$). Enfin, les « fumeurs/ ex fumeurs » étaient en moyenne **plus jeunes lors de la survenue de leur ECV** ($p = 0,01$), avec un fumeur/ ex fumeur sur deux qui avait moins de 60 ans lors de l'ECV vs un patient sur quatre chez les patients « naïfs du tabac » ($p = 0,02$).

Les patients « **fumeurs/ex fumeurs** » étaient ainsi dans notre étude une population **plus jeune** que les patients « naïfs du tabac ». Tous ces résultats soulignent le caractère de morbi-mortalité bien connu du tabac (3,13,23,42).

Il est à noter que la consommation de cannabis étant connue comme facteur péjoratif associé au risque relatif de survenue d'IDM, il aurait été intéressant de renseigner sa consommation associée ou non dans le questionnaire, notamment chez les patients de 45 ans et moins (49).

- L'hygiène alimentaire et la consommation d'alcool

Au sein de notre population, les patients ayant un MedDietScore > 6 étaient en majorité des patients « naïfs du tabac ». Les patients « **fumeurs/ ex fumeurs** » **avaient une moins bonne hygiène alimentaire** sans que le résultat soit significatif ($p = 0,13$). Nous pouvons émettre l'hypothèse que la population « fumeurs/ ex fumeurs » étant plus jeune, elle était potentiellement plus active, disposant de moins de temps pour pratiquer les gestes autorisant une alimentation équilibrée. Elle consommerait plus facilement une alimentation « transformée » (plats déjà préparés et surgelés). De plus, toujours expliqué par son plus jeune âge, cette population pouvait être plus souvent sollicitée aux apéritifs et autres sorties festives où l'alimentation est en général peu équilibrée (produits rapides à consommer, traditionnellement à base de fromages, charcuteries, chips ...) (82).

Les « **fumeurs persistants** » avaient une **meilleure hygiène alimentaire** que les « fumeurs sevrés » pour un MedDietScore compris entre 4 et 6 (le score > 6 était difficilement utilisable car il ne concernait qu'un seul patient). Ce résultat peut être expliqué encore une fois par l'âge de la population. Les « **fumeurs persistants** » étaient en moyenne plus âgés que les « fumeurs sevrés » (59 ans vs 51 ans). Etant plus âgés, nous pouvons à nouveau émettre l'hypothèse que ces patients avaient plus le temps de faire les courses et la cuisine. De plus, la classe des retraités au sein de la population de « fumeurs persistants » habitant essentiellement en milieu rural, beaucoup d'entre eux avaient un potager. Cela leur permettait probablement de consommer au quotidien des produits sains et frais.

Enfin, la **consommation d'alcool** apparaissait comme un **facteur associé à la consommation de tabac**, aussi bien chez les « fumeurs/ex fumeurs » ($p < 0,05$) que chez les « fumeurs persistants » ($p = 0,21$), sans que les résultats soient toutefois significatifs dans ce second groupe. Ceci rappelle l'importance d'une prévention en soins premiers prenant acte de l'ensemble des addictions. Il ressort aussi ici que même après un arrêt tabagique, la consommation d'alcool est toujours plus élevée chez les personnes avec un antécédent de tabagisme. Ce constat pourrait ainsi pousser les praticiens à être plus vigilants dans leur discours de prévention et d'éducation à la santé chez leurs patients avec antécédent (actuel ou sevré) de tabagisme.

- L'activité physique

Les patients « **fumeurs/ex fumeurs** » **semblaient pratiquer plus de sport** que les patients sans antécédents de tabagisme (combinaison de l'Ipaq, $p = 0,24$), avec cependant un résultat

plus marqué sur les activités d'intensité modérées. Les « fumeurs sevrés » paraissent pratiquer plus d'activités d'intensité « élevée » que les « fumeurs persistants » ($p = 0,31$).

Il est à souligner que ces résultats étant non statistiquement significatifs, leurs interprétations demeurent sujets à caution. Néanmoins, ils sont surprenants car ils ne coïncident pas avec les résultats portant sur l'activité physique du travail de thèse d'Inès Portmann. Elle retrouvait un bon score à l'IPAQ associé aux populations âgées, ceci expliqué par des personnes interviewées plutôt actives et en bonnes conditions physiques. Ces patients vivaient pour beaucoup en milieu rural, et possédaient souvent un terrain qu'ils devaient entretenir quasi quotidiennement (travaux de rénovation, d'aménagement, entretien du jardin et du potager, parfois animaux dont il fallait s'occuper...). Quand cela n'était pas un entretien du domicile, ils allaient souvent quotidiennement à pied ou à vélo chercher le pain et/ ou le journal, ou se rendaient une à deux fois par semaine (toujours à pied ou à vélo) chez leur kinésithérapeute.

Dans ce travail de thèse qui analyse des populations en sous-groupes (« naïfs du tabac » vs « fumeurs/ex fumeurs » et « fumeurs sevrés » vs « fumeurs persistants »), nous retrouvons à contrario **un meilleur résultat à l'IPAQ chez des populations jeunes**. Les patients « fumeurs/ex fumeurs » étaient en moyenne âgés de 61 ans vs 70 ans chez les patients « naïfs du tabac ». Les « fumeurs sevrés » du tabac étaient en moyenne âgés de 51 ans vs 59 ans chez les « fumeurs persistants ». Il pourrait y avoir deux explications à ces résultats :

- La première concerne l'âge moyen de 61 ans des « fumeurs/ex fumeurs ». Ce jeune âge les situerait en fin de carrière ou en tout début de retraite. Ainsi, ils auraient le temps et la forme physique pour pratiquer certaines activités d'intensités modérées (entretenir un terrain, jardiner, se rendre à pied ou à vélo pour faire les courses, chercher le journal etc...). De plus, le travail (hors activités de bureau) est considéré comme de l'exercice physique. Nous pouvons alors imaginer que cette population, toujours active professionnellement et travaillant pour la plupart en milieu rural, pratiquait alors une activité physique quotidienne. A contrario, les patients « naïfs du tabac » étaient plus âgés de 10 ans en moyenne. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'ils souffraient de polyopathologies handicapantes les limitant dans leurs déplacements (arthroses multiples, dyspnée, asthénie...). Cette hypothèse est toutefois à nuancer car certains patients vasculaires retraités de 70 ans paraissent aussi être actifs et en bonne santé quand d'autres du même âge faisaient simplement le choix de limiter leurs activités quotidiennes.
- La deuxième explication concerne les « fumeurs sevrés ». La tranche d'âge des moins de 50 ans y était plus importante par rapport aux « fumeurs persistants » ($p = 0,09$). Ces patients étaient probablement pour la plupart en activité professionnelle, avec un mode de vie sédentaire. L'analyse de l'IPAQ combiné et de l'IPAQ d'intensité modérée de ce sous-groupe par rapport aux « fumeurs persistants » est ininterprétable ($p = 1$). Néanmoins, il apparaît que l'arrêt du tabac était associé à la pratique d'une activité d'intensité élevée ($p = 0,31$). Les patients ayant arrêté le tabac avaient peut-être plus de facilités physiques à la pratique sportive que les « fumeurs persistants » limités par leur âge mais aussi surtout par les effets secondaires du tabagisme. De plus, ces patients pouvaient aussi être désireux d'améliorer en prévention secondaire leur

hygiène de vie ou simplement heureux de pouvoir à nouveau pratiquer un sport. En effet, après avoir entrepris et réussi la démarche d'arrêt du tabac, ils disaient pratiquer plus souvent une activité physique (course à pied, cours collectifs en salle de sport...) en parallèle de leur activité professionnelle (82). Une étude américaine de 2008 retrouvait d'ailleurs que la promotion de l'activité physique en plus des traitements d'aide au sevrage tabagique augmentait les niveaux d'activité physique modéré à intense, et que la pratique d'une telle activité prédisait un sevrage tabagique (83).

6.2.3 Comparaisons avec les résultats de la littérature

- 6.2.3.1 Caractéristique de la population

Le délai entre l'ECV et l'interview était allongé de plus d'un an par rapport à celui retrouvé dans l'étude EUROASPIRE IV (délai de 1,4 ans). Le fait que ce délai soit plus long peut constituer un biais potentiel, car d'autres facteurs que l'ECV (mentionnés précédemment), peuvent avoir impacté le statut tabagique du patient (52).

Les facteurs favorisant l'arrêt du tabac dans le cadre d'études qualitatives sont très peu étudiés. Cependant, les facteurs prédictifs du sevrage tabagique sont eux bien établis dans la littérature scientifique. L'expertise Inserm de 2004 répertorie un haut niveau d'éducation (ou socioéconomique), l'absence d'entourage fumeur, une faible consommation d'alcool, un âge de début du tabagisme tardif, une durée de consommation brève, une forte motivation à l'arrêt, une faible consommation quotidienne de cigarettes, et une faible dépendance (un long délai entre le réveil et la première cigarette fumée) (59). Selon J. Perriot, il existerait aussi une profonde transformation dans l'épidémiologie du tabagisme amenant la population de fumeurs à accumuler plusieurs facteurs péjoratifs au pronostic de sevrage (augmentation du tabac à rouler chez les jeunes et dans les milieux sociaux les plus modestes, multiplication des coaddictions....) (60).

Même si nos effectifs étaient faibles, **les caractéristiques principales de notre population concordaient avec les études publiées** étudiant les patients vasculaires, notamment les quatre enquêtes EUROASPIRE (4,52). Le critère d'inclusion majeur de notre étude étant la présence d'un ECV, il était attendu d'avoir une population en majorité masculine et âgée de la soixantaine. Notre population était composée majoritairement d'**hommes** (N = 59 soit 72%, contre 75,6 % d'hommes inclus dans EUROASPIRE IV), âgée en **moyenne de 64 ans** lors de l'entretien téléphonique. **L'âge moyen** des patients lors de la **survenue de l'ECV était de 61 ans** (moyenne de 59,9 ans pour EUROASPIRE I II et III et de 64 ans pour EUROASPIRE IV) (4).

Notre **prévalence du tabagisme actif au moment de l'ECV (29,6%)** coïncidait avec celles retrouvées dans les études récentes (24,7% pour EUROASPIRE I II et III et 29,6% pour EUROASPIRE IV) (4,52). Avec un recrutement de patients cardiovasculaires, nos taux de tabagisme actif lors de la survenue de l'ECV sont étonnamment inférieurs à ceux du baromètre Français de 2017 (31,9 % de fumeurs actuels) et de manière surprenante non considérablement supérieurs à celui de la population de l'étude Euroreview qui ciblait des

patients tout venant (29,6% retrouvée dans notre étude lors de l'ECV contre 27% de la population Française incluse d'Europreview) (24,54).

La prédominance masculine au sein de la population fumeuse était également cohérente avec les résultats des études publiées par EUROASPIRE et Europreview (proportion de tabagisme chez l'homme de 21,3% et chez la femme de 15,6% pour EUROASPIRE I II et III, respectivement de 18% chez les hommes et de 11% chez les femmes pour EUROASPIRE IV, et respectivement de 33,2 % chez les hommes et de 23,4 % chez les femmes dans l'enquête Europreview) (4,52,54).

Concernant les FRCV, le **tabac était le 3^{ème} FRCV** retrouvé derrière les dyslipidémies et l'HTA. Nous retrouvons les trois mêmes principaux FRCV que ceux publiés dans les études PREVENIR I et II chez ses patients de plus de 45 ans (HTA (50%), dyslipidémies (43%) et tabagisme (37%)) et dans l'étude EUROASPIRE IV (HTA (77,8%), dyslipidémie (72,8%), avec cependant le tabac (29,6%) retrouvé en dernière position). Les études PREVENIR retrouvaient toutefois un rôle majeur du tabagisme chez ses sujets de moins de 45 ans ; il était le premier FRCV retrouvé, avec les dyslipidémies à égale fréquence que celles retrouvées chez les sujets plus âgés (48,52). Rappelons qu'avec uniquement sept ECV chez des patients de 45 ans et moins, notre étude ne nous permettait pas d'analyser précisément les caractéristiques de cette population.

- 6.2.3.2 *L'arrêt tabagique*

- Une prévalence tabagique post ECV élevée

Malgré leur ECV, **plus d'un fumeur sur deux fumait encore après leur ECV** lors de notre enquête. Ce résultat est supérieur à celui des études EUROASPIRE I, II et III (environ un cinquième des patients fumaient encore après leur ECV) mais **similaire au résultat de l'étude plus récente d'EUROASPIRE IV** (48,6% de fumeurs persistants). De plus, en post ECV, notre taux **de tabagisme actif était identique** à celui retrouvé dans cette même étude (16%) (4,52).

Ce taux d'arrêt post ECV reste identique depuis plus de 35 ans. Une étude Suédoise datant de 1983, prospective sur 10,5 ans chez des hommes âgés de 39 à 60 ans, retrouvait un taux de tabagisme actif au moment de l'ECV bien supérieur au nôtre (78%), mais un taux d'arrêt tabagique identique en post IDM de l'ordre de 55% (60). Une autre étude prospective Israélienne des années 90 retrouvait aussi un taux de tabagisme actif à 4 mois de l'IDM de 11,9% (contre 15,5% dans notre étude) avec 58,3% de « fumeurs sevrés » au sein de sa population (61).

Ce taux d'arrêt du tabac post ECV est insuffisant. Il pourrait être expliqué d'une part par un profil particulier des « fumeurs persistants » dits « fumeurs difficiles », mais également par un manque de formation, de compétence et de pratique des médecins généralistes en prévention (notamment en tabacologie), mais aussi par un manque de temps, de reconnaissance et de rémunération de cette pratique (84).

Dans notre étude, parmi les « **fumeurs persistants** » après ECV, **tous ont entrepris une tentative d'arrêt du tabac** (contre uniquement 28% dans l'enquête EUROASPIRE IV). Nos patients ont été plus nombreux à être orientés vers des thérapeutiques de sevrage que l'échantillon de patients interviewés dans l'enquête EUROASPIRE IV (33% pour une aide non pharmacologique et 57% pour une aide pharmacologique dans notre étude contre seulement 18,6% qui avaient été orientés vers un centre de sevrage ou avaient reçu une aide médicamenteuse dans l'étude EURASPIRE IV). Toujours par rapport à cette même étude, nos patients « fumeurs persistants » étaient plus nombreux à avoir **eu recours aux traitements médicaux** : aux TSN (52% contre 14,4%), à la varenicline (14,3% vs 3,1%) et au bupropion (14,3% vs,1,7%) (52).

Nous retrouvons une **diminution significative de la quantité de cigarettes fumées** chez nos « fumeurs persistants ». Ce constat est conforme à celui de la littérature scientifique, notamment dans l'étude EUROASPIRE IV où les deux tiers des fumeurs persistants (66,7%) déclaraient avoir réduit la quantité de cigarettes fumées après leur accident cardiaque (52). Néanmoins peu de travaux chiffrent la diminution de la consommation de tabac en post ECV. Nous pouvons cependant noter que cette consommation tabagique chez nos « **fumeurs persistants** » en post ECV était **inférieure à la consommation française moyenne** recensée dans le baromètre santé 2017 (7,6 cigarettes/ jour vs 13,3 cigarettes par jour) (24).

- Les facteurs associés à la poursuite et à l'arrêt du tabac

Même si les résultats de notre analyse ne peuvent prétendre être statistiquement significatifs, cette dernière a mis en exergue quelques facteurs pouvant être associés à l'arrêt ou à la poursuite du tabagisme, qui sont cohérents avec ceux qui sont rapportés par la littérature scientifique.

Par manque de puissance, nous ne pourrions pas émettre de comparaisons quant aux facteurs retrouvés dans la littérature scientifique (53,58) tendant à être associés à l'arrêt du tabac (nous retrouvons un **sexe masculin** ($p = 0,70$), un ressenti de **gravité** de l'ECV avec un **retentissement important sur le quotidien** mesurés $> 3/6$ ($p = 0,67$), des FRCV cliniques comme **l'IMC ≥ 25** ($p = 0,82$) et un **périmètre abdominal** augmenté ($p = 0,48$)).

Il en est de même pour les facteurs associés à la poursuite du tabagisme (nous retrouvons une **consommation d'alcool** associée ($p = 0,21$), une **plus grande consommation de tabac** ($p = 0,32$), la présence de **2 FRCV ou plus** (dont l'HTA, diabète dyslipidémie) ($p = 0,41$), et des FRCV cliniques isolés comme la dyslipidémie ($p = 0,39$) et l'HTA ($p = 0,39$)).

Nos résultats ne nous permettent pas non plus d'émettre une conclusion au sujet des événements IDM et angor par rapport à l'arrêt du tabac. Cependant, ces événements ne sont pas toujours, selon les études, associés à un arrêt ou à une poursuite du tabagisme (la méta-analyse de Van Berkel et Al. retrouvait l'événement IDM associé à l'arrêt quand l'événement angor était lui associé à la poursuite, contrairement aux études EUROASPIRE I et II retrouvant des résultats opposés) (53).

Quelques données associées à la poursuite du tabac étaient surprenantes et incohérentes. Cela mériterait plus d'inclusions pour essayer de rechercher une différence significative : un **âge avancé au moment de l'entretien** ($p = 0,16$) avec 90,9% des « fumeurs persistants » âgés de 50 ans et plus vs 50% des « fumeurs sevrés » ($p = 0,09$) et un **âge avancé au moment de la survenue de l'ECV** ($p = 0,11$). Ces résultats sont contraires aux résultats des grandes études sur le sujet. L'étude Suédoise de 1983 retrouvait d'ailleurs aussi des patients sevrés plus âgés par rapport à ceux qui ont poursuivi le tabac ($p < 0,01$) (60). Ainsi, dans ces différentes études où les « fumeurs sevrés » sont plus jeunes, le tabagisme apparaissait être un facteur de morbidité important (24,53,58).

- Les objectifs d'arrêt du tabac

Au sein de notre étude, **73%** des patients s'étaient fixés **seuls des objectifs généraux d'hygiène de vie**, avec **uniquement la moitié qui en avait parlé** par la suite avec leur médecin traitant. Chez les patients « fumeurs/ ex fumeurs », 100% des « fumeurs sevrés » s'étaient fixés seuls l'objectif d'arrêt tabagique vs 82% des « fumeurs persistants ». Ces résultats étaient cohérents avec ceux de l'enquête Euroreview qui retrouvait 77% des fumeurs actifs ayant comme objectif l'arrêt tabagique. De plus, la moitié des patients présentant des conduites à risque (alcool et tabac) n'en n'avait pas discuté avec leur médecin traitant (54). Notre population de « fumeurs persistants » s'était fixé en plus grand nombre l'objectif d'arrêt par rapport à celle de l'étude EUROASPIRE IV qui n'en comptait que 50,9% (52).

- Les conseils délivrés par le médecin généraliste – la satisfaction des patients

Notre population de fumeurs au moment de l'ECV a été **autant conseillée par le médecin traitant** pour l'arrêt du tabac que lors de l'étude EUROASPIRE IV (85,7% contre 88,5%) ou que lors de l'étude Euroreview (85,7% contre 77%) (52,54).

Un travail de thèse réalisé en 2011 à partir de la base Française de l'étude Euroreview retrouvait qu'uniquement la moitié des patients souhaitait recevoir le soutien de leur généraliste, et qu'un tiers n'en voulait pas. En ce qui concerne le type de conseils souhaités, les patients préféraient une prise en charge individuelle, puis des brochures d'information et enfin un suivi spécialisé, avec des conseils en groupe peu plébiscités. Parmi eux, trois patients sur quatre avaient déjà eu un entretien concernant leur tabagisme avec leur médecin traitant contre un patient sur quatre qui n'en avait jamais discuté en consultation (8).

Il se pose alors la question de **comment améliorer la prévention du médecin, la relation médecin-malade et l'adhésion du patient** afin d'optimiser l'efficacité des conseils reçus et la sensation du patient d'être soutenu dans sa démarche d'arrêt du tabac. Selon J. Perriot, « le tabagisme, comme toute addiction, résulte de la rencontre entre un individu ayant une vulnérabilité spécifique avec un produit ayant des effets psychoactifs, dans un environnement socioculturel particulier ». Ainsi, bien que très codifiée (7,87), il n'y a pas de « méthode miracle » ou de « simple » prescription médicamenteuse. La prise en charge globale du patient est une nécessité, et ceci sur une longue durée afin de compenser le syndrome de

manque, prévenir les effets secondaires à l'arrêt et maintenir l'abstinence en prenant en charge le « craving » (88).

- 6.2.3.3 *Autres résultats*

Comme dans l'étude Suédoise de 1983, nous ne retrouvons pas d'association statistiquement significative entre le statut tabagique chez les patients (sevrés vs non sevrés) et les facteurs suivants : angor, diabète, cholestérol et triglycérides (60).

Néanmoins, malgré une faible puissance, **certaines données retrouvées étaient en accord avec la physiopathologie du tabac** : une hyperglycémie à jeun plus marquée chez les patients diabétiques avec antécédent de tabac ($p = 0,58$) et une hypertriglycéridémie majorée chez les patients fumeurs/ex fumeurs ($p = 0,19$). Il est à noter que la **tension artérielle systolique était plus élevée chez les « fumeurs persistants »** par rapport aux « fumeurs sevrés » après leur ECV ($p = 0,04$), sans que la PAD ou la PAM le soient, résultat coïncidant avec la même étude précédemment citée ($p = 0,076$) (43,60,89). Nous pouvons émettre l'hypothèse que les fumeurs étant peut-être plus sujets à une HTA chronique ; ils pourraient être plus souvent traités par des antihypertenseurs.

6.3 Perspectives

Bien qu'ayant obtenu un nombre insuffisant de patients, les résultats de notre travail de thèse permettront d'alimenter la **base de données française d'EUROPREV III**.

Ainsi, ce travail s'inscrit dans la **volonté de mieux étudier les tenants et aboutissants des différents modes de vie, en particulier celui du tabagisme**, afin de participer à l'élaboration de stratégies sociétales et peut être ainsi à la rédaction de nouvelles recommandations de bonnes pratiques, en prévention, en médecine générale.

Malheureusement, peu de résultats sont revenus significatifs du fait du manque de puissance. Néanmoins, en changeant le mode de recrutement, il pourra peut-être faire l'objet d'une autre thèse.

La lutte contre le tabagisme est une action globale associant des mesures réglementaires, des politiques de prix, des programmes collectifs d'action et de prévention, des supports internet pour éduquer et orienter les patients (addictoclic, addictutos...), et des campagnes de sensibilisation du public et de prévention médicale.

Cependant, malgré l'ensemble de ces mesures préventives et la connaissance scientifique poussée sur la nocivité du tabac et les bénéfices de son arrêt, **tous les fumeurs en post ECV ne sont pas conseillés pour un arrêt tabagique**. Ainsi un fumeur sur deux continue sa consommation malgré sa MCV. Dans notre étude, la majorité de nos patients conseillés dans les suites de leur ECV pour l'arrêt tabagique était satisfaite de la prise en charge et avait arrêté le tabac. A contrario, il apparaissait que les patients non sevrés avaient été plus conseillés et moins satisfaits de la prise en charge. En plus d'avoir été victime d'un ECV, ils ont poursuivi leur tabagisme, et ce malgré des conseils d'aide à l'arrêt, une prescription de substituts nicotiques et des traitements de seconde ligne.

Il se pose alors la question de leur réelle motivation à l'arrêt, et des méthodes à disposition du praticien pour repérer ces « fumeurs difficiles », renforcer leur motivation et ainsi les aider à se sevrer. Il pourrait d'ailleurs être intéressant de réaliser une étude qualitative chez ces patients fumeurs persistants afin d'étudier les facteurs prédisposant à l'échec de cet arrêt tabagique.

6.3.1 Vers une amélioration de la prévention – le conseil minimal, le conseil bref et l'entretien motivationnel

Du fait que la plupart des médecins généralistes soignent des patients fumeurs avec ou sans antécédents cardiovasculaires, la mise en place d'une **posture éducative systématique** dans le cadre de leur pratique quotidienne prendrait ici tout son sens. Le praticien pourrait alors réaliser la méthode de « **conseil minimal** » d'aide à l'arrêt du tabac. Cette dernière consiste à demander **systématiquement** à chaque patient **si il est fumeur**, et si oui, si il a **envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer** (90).

Cette approche a l'avantage d'être **rapide, simple, facilement applicable** lors de consultation pour tout autre motif, et peut être **pratiquée par tous les professionnels de santé**. Ainsi elle pourrait déclencher chez une grande partie de fumeurs une discussion et peut être une demande ultérieure de prise en charge.

Les médecins fumeurs pratiqueraient encore moins le conseil minimal que leur confrères non-fumeurs, et leurs patients leur demanderaient aussi moins d'assistance (7). Selon l'INPES, en 2003, 28,8% des médecins généralistes étaient fumeurs (91).

Une étude de 2009, réalisée dans le département du Maine et Loire, retrouvait un taux de tabagisme actif chez 18% des médecins. Dans cette étude, la recherche du statut tabagique du patient était réalisée par 70 % des médecins lors d'une première consultation, par 90% dans le cadre d'un suivi d'antécédents (cardiovasculaires, pulmonaires ou de femmes enceintes), par 76% lors de la prescription d'une contraception et seulement par 60% lors d'une consultation pour licence de sport. Le premier item du conseil minimal « *Est ce que vous fumez ?* » était plus demandé par les médecins non ou ex-fumeurs (91,0 % versus 80,0 % ; $p = 0,002$). Le second item « *Voulez-vous arrêter de fumer ?* » était aussi bien pratiqué par les deux groupes. En séparant les réponses « systématiquement et souvent » d'une part, et « occasionnellement et jamais » d'autre part, 83,4 % des médecins pratiquaient le conseil minimal dans son intégralité (« *Est ce que vous fumez ?* » et « *Voulez-vous arrêter ?* »), toujours plus réalisé chez les médecins non-fumeurs (86,3% versus 70,5%; $p = 0,002$) (91).

Il a été démontré que le fait de poser les deux questions du conseil minimal doublait le taux de succès d'arrêt du tabac à long terme par rapport à un arrêt spontanée (91). En plus d'être simple et rapide, le conseil minimal est efficace avec 2 % à 5 % d'arrêt soutenu (7,84). Même si ces taux sont bas, ils sont toujours meilleurs que l'inaction, et cette méthode est d'autant plus efficace qu'elle est à la portée de l'exercice de chaque professionnel de santé.

En fonction du temps disponible et du patient, le conseil minimal peut être suivi d'un « **conseil bref** » puis éventuellement d'un « **entretien motivationnel** » (EM) dans le cadre

d'une « **consultation dédiée** » plus approfondie. En effet, fréquemment en médecine générale, le patient exprime ce désir d'arrêt tabagique en fin de consultation pour un tout autre motif. Il est ainsi souvent nécessaire de reprogrammer une consultation dédiée au tabagisme ultérieurement (7). Cette consultation dure en générale entre 20 et 30 minutes. Elle vise à **faire le bilan de la conduite tabagique** du patient comme le conseille l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) (7). L'utilisation de l'EM permettrait de **renforcer la relation médecin-malade** et d'améliorer l'alliance thérapeutique, en facilitant ainsi la création d'un **lien personnalisé** entre le médecin et son patient. Selon W. R. Miller et S. Rollnick, l'EM est « un style de conversation collaboratif visant à renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement ». Elle implique « un **partenariat collaboratif** entre deux experts égaux, un **non jugement**, de l'**altruisme** (la promotion active du bien-être de l'autre), une **évocation respectueuse de leurs motivations** propres (le discours du médecin vise à permettre l'expression des capacités intrinsèques de son patient), et une **acceptation radicale** que le choix de changer ou non appartient au final à la personne sur la base de son **autonomie** que l'on se doit de respecter » (92,93). Cette consultation est ainsi basée sur l'écoute du patient, l'analyse du vécu de sa maladie et de sa motivation. L'ambition y est d'informer et de d'éduquer le patient afin de l'autonomiser vis à vis de son tabagisme.

Deux méthodes existent afin de guider le praticien dans le déroulement de cette consultation :

- La **méthode de repérage des « 5A »** permet d'encourager l'arrêt du tabac et de maintenir l'abstinence du patient, en s'adaptant à son degré de motivation. Elle se base sur un modèle de changement de comportement et permet ainsi de déceler des habitudes de consommation afin de stimuler, soutenir et faire durer un nouveau comportement. Les cinq étapes sont :
 - *Ask* : S'enquérir du statut tabagique du patient.
 - *Advise* : Conseiller de cesser de fumer, systématiquement.
 - *Assess* : Evaluer l'intention d'arrêter, et recommander au patient de choisir une date et d'en informer son entourage.
 - *Assist* : Aider et soutenir l'arrêt tabagique, notamment en proposant un traitement médicamenteux optimal.
 - *Arrange* : Organiser le suivi de l'aide à l'arrêt du tabac (94).
- Le **modèle des « 5R »**, permet de renforcer la motivation du patient, notamment si il ne désire pas arrêter de fumer de suite :
 - *Relevance* : Réfléchir avec le patient aux raisons susceptibles de l'aider à ne plus fumer (bénéfices de l'arrêt comme une grossesse, un tabagisme passif des enfants...).
 - *Risks* : Demander au patient d'identifier les conséquences négatives du tabagisme.
 - *Rewards* : Aider le patient à identifier les bénéfices à l'arrêt (amélioration de l'état de santé, de l'olfaction, meilleur modèle pour les enfants, meilleure opinion de soi, économies...).
 - *Roadblocks* : Rechercher les obstacles et tenter de trouver des réponses (peur des symptômes de manque, de l'échec, de la prise de poids, de la réaction

dépressive, de la nostalgie du plaisir de fumer, d'un manque de soutien de l'entourage...)

- *Repetition* : Répéter les messages à chaque fois que le patient consulte et l'informer de la nécessité éventuelle de plusieurs tentatives avant d'arriver à arrêter de fumer (94).

Des données épidémiologiques suggèreraient que **70 % des fumeurs souhaiteraient arrêter** leur consommation de tabac, alors que **seule une infime partie d'entre eux consultera** (85). Un sondage réalisé en 2010 retrouvait aussi que **près de 80% des fumeurs** avaient fait une **tentative d'arrêt sans y parvenir**, avec 75% d'entre eux qui avaient même essayé plus de trois fois (95). Néanmoins, parmi ceux qui envisageraient l'arrêt du tabac, beaucoup restent souvent ambivalents dans leur désir d'arrêt (87,96). Il est ainsi important d'**intégrer et de comprendre ce sentiment d'ambivalence** qui fait partie du processus normal d'adhésion au changement. En effet, les patients fumeurs sont le plus souvent parfaitement au courant des risques de leur comportement, et ont un discours entremêlé : « le discours changement » et « le discours maintien ». Afin de pousser le patient à se fixer en pleine autonomie ses propres motivations et objectifs de changement, le praticien doit alors éviter « un réflexe correcteur avec un argumentaire directif », car le patient étant ambivalent, il prendrait le contre-pied, ce qui serait contre-productif (93).

De plus, selon W. R. Miller et S. Rollnick, « on est souvent **plus facilement persuadé par ce que l'on s'entend dire soi-même** ». Ainsi, le praticien pourrait poser dans un premier temps une série de quatre questions :

- « *Pour quelles raisons voudriez-vous faire ce changement ?* ».
- « *Comment pourriez-vous vous y prendre pour le mener à bien ?* ».
- « *Quelles sont les trois meilleurs raisons que vous avez pour effectuer ce changement ?* ».
- « *A quel point est-ce important pour vous de faire ce changement, et pourquoi ?* ».

Après avoir écouté les réponses qui seront probablement similaires à un argumentaire directif que le praticien aurait pu fournir, il peut finir en posant une cinquième question :

- « *Et maintenant, qu'est-ce que vous pensez faire ?* ».

Cette méthode a été testée dans différents pays ; de manière homogène les personnes se sentaient « engagées, respectées, comprises et renforcées dans leur motivation », alors qu'elles ressentaient à l'inverse de l'agression lors d'un argumentaire directif plus classique (93).

Il existe aussi la **théorie de changement comportemental développé par Prochaska et Di Clemente** qui est un modèle stipulant que les fumeurs passent par une série de six étapes de motivations avant de réellement arrêter de fumer. Ainsi, le médecin doit adapter sa prise en charge à chaque stade comportemental du patient afin de le faire progresser vers la réussite de l'arrêt du tabac. Les six étapes sont :

- « *La pré-intention* » : Il n'y a pas d'envie d'arrêt tabagique, et le patient ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation, dont il ressent essentiellement les bénéfices. Le thérapeute peut ici transmettre des informations dans une stratégie de réduction des risques.

- « *L'intention* » : le patient pense à arrêter de fumer. Le médecin peut alors réaliser un EM en évaluant les avantages et les risques de la consommation, et en évoquant les raisons de changer, permettant ainsi au patient de reconnaître son ambivalence.
- « *La préparation - prise de décision* » est l'étape où le patient se sent prêt à démarrer l'arrêt du tabac dans un futur proche. Le médecin pourra alors valoriser cette décision de changement et aider son patient avec des objectifs réalistes et des ressources nécessaires.
- « *L'action* » signe l'engagement du patient dans le changement.
- « *Le maintien / liberté* » est une phase de consolidation de l'arrêt où il faudra demeurer vigilant concernant les risques de rechute. Il sera alors utile d'établir une liste des situations à risques de « craving », préparer un système d'alarme en cas de rechute et toujours valoriser les efforts.
- « *La chute – rechute* » est une étape possible, faisant partie du processus normal de changement, et parfois nécessaire au processus d'arrêt du tabac. Le praticien doit alors aider le patient à dédramatiser, rester tolérant et réunir à nouveau les soutiens nécessaires à une nouvelle tentative d'arrêt (97).

Au cours de cette consultation, le médecin devra aussi entamer une **méthode de négociation** en exposant aussi bien les inconvénients que les avantages du tabagisme. Il lui faudra expliquer le **syndrome de manque** (qui dure souvent peu longtemps et est le plus souvent facile à couvrir) mais aussi et surtout le « **craving** » qui lui est difficile à appréhender et expose le patient au risque de rechute. Une étude a montré qu'après un an d'arrêt, 50% des ex-fumeurs présentaient un « craving » périodique et 11% un « craving » mensuel (98).

Le « craving » serait prédictif de l'arrêt du tabac à court et à long terme. Il s'agit donc d'un paramètre qui doit impérativement être mesuré au début du processus d'arrêt tabagique puis tout au long du suivi. Toujours selon la même étude, les facteurs prédictifs d'un « craving » important seraient :

- un âge précoce de début du tabagisme (avant 15 ans)
- un tabagisme important (plus d'un paquet par jour)
- une dépendance marquée (Fagerström > 7)
- une première cigarette fumée tôt le matin
- un arrêt du tabac jugé difficile
- un plus grand besoin de recours au TSN (98)

Il est ainsi important d'**identifier avec le patient les facteurs favorisant le « craving »**, mais aussi **ceux permettant de le prévenir et de le désamorcer**.

Les facteurs décrits qui le diminueraient sont la motivation, la relaxation, l'exercice physique et la stratégie de « coping » consistant à identifier les situations à risque de « craving » (99,100).

Les facteurs le favorisant peuvent être « extérieurs » (les habitudes de vie comme la cigarette post prandiale et l'entourage fumeur, la consommation de substances addictogènes comme la caféine et l'alcool, le stress, les stimuli visuels, l'inhalation de fumée, la restriction alimentaire...) ou « internes » (l'humeur dépressive, les sentiments d'euphorie ou au contraire de culpabilité en fumant, la privation de sommeil, la vulnérabilité...) (98).

Les stratégies du médecin qui combinent des interventions comportementales, pharmacologiques et communautaires pourraient s'avérer efficaces (101–105). Le recours aux Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) a démontré une efficacité dans le contrôle du « craving ». Elles ont pour objectif l'apprentissage des stratégies de « coping », augmentant de cette façon la confiance du fumeur en ses capacités à atteindre son objectif d'arrêt du tabac (99), et en lui permettant de développer des capacités d'autocontrôles des désirs de fumer (81). La tenue « d'un agenda du craving » par le patient pourrait aussi lui permettre de mieux cibler ses symptômes, et de surveiller leurs disparitions progressives. Aussi, de cette façon, les posologies médicamenteuses pourront être par la suite ajustées. En effet, en plus des mesures non médicamenteuses, il sera nécessaire de prévenir et de traiter le « craving » en proposant des thérapeutiques efficaces. La prescription de TSN à posologies augmentées et associant différentes galéniques n'éliminerait pas le « craving » mais en diminuerait fortement les symptômes (106). De plus, Cahill et al., dans une méta-analyse Cochrane de 2013 (actualisée en 2016), ont aussi démontré que l'utilisation de la varénicline permettrait de meilleurs taux d'abstinence continue que celle du bupropion ou que les TSN utilisés sous forme unique. Aussi, son efficacité était la même que celle des TSN combinant patches et forme orale (107).

Le praticien et le patient devront veiller à instaurer un **accompagnement au long-cours**, s'étalant en général sur trois à six mois, mais pouvant durer plusieurs années, afin de prévenir les rechutes. Des **objectifs réalistes** seront alors définis, en vérifiant d'une consultation sur l'autre qu'ils sont atteints. Dans l'optique de **renforcement positif**, les progrès réalisés devront être félicités (85,87).

Enfin, différentes échelles standardisées existent afin de quantifier la motivation du patient à l'arrêt tabagique (le test de Richmond, le Q-MAT), sa dépendance physique (le test de Fagerström) et psycho-comportementale tabagique (test HAD et de Beck), les difficultés de sevrage (Demaria et Grimaldie) (84), le craving (le « Tobacco Craving Questionnaire » ou le « Questionnaire of Smoking Urges) et les addictions associées, notamment celle de l'alcool (AUDIT, FACE) (81,84,98).

6.3.2 Cibler les fumeurs dits « difficiles » et leurs déterminants

Selon J. Perriot, les « **fumeurs très dépendants** », dits « **difficiles** », constituent une population hétérogène, représentant **20 à 30% des fumeurs**. Il s'agit de patients qui **persistent à fumer malgré un retentissement du tabac sur leur santé** (ici nos patients vasculaires). Ce qui les caractérise est une **précarité sociale**, une **dépendance élevée** (score de Fagerström ≥ 7 , fumant leur première cigarette peu de temps après le réveil et consommant quotidiennement plus de 15 cigarettes par jour), avec un tabagisme souvent **débuté précocement**. Lors des arrêts, ils éprouvent un **syndrome de sevrage et des « craving » importants**. Ils souffrent aussi souvent d'affections psychiatriques, notamment de **dépression** qu'il faudra aussi prendre en charge (81). Parmi ces « fumeurs difficiles », il existe deux catégories distinctes :

- Les « **fumeurs irréductibles** » (*Hard-Core Smokers* (HCS)). Il s'agit surtout d'**hommes, consultant rarement, peu motivés à l'arrêt et sans expérience d'arrêt** tabagique. Ils ont une **faible conscience de la toxicité** du tabac et sont souvent **contraints à l'abstinence par une conséquence pathologique** induite par leur tabagisme (81).
- Les « **fumeurs très dépendants** » (Heavy chronic smokers) sont **des hommes ou des femmes**, avec un **tabagisme souvent ancien, motivés à arrêter** le tabac, mais échouant à chaque tentative (81).

Ainsi, dans une optique de prise en charge individualisée, il apparaît important de repérer au sein de sa patientèle de fumeurs « difficiles », ceux qui présentent les caractéristiques des « fumeurs irréductibles » vs ceux qui présentent celles des « fumeurs très dépendants » afin d'adapter sa prise en charge en terme de thérapeutique, de rythme et de durée de suivi.

- Concernant les « fumeurs irréductibles », la motivation étant un facteur pronostic majeur d'arrêt du tabac, le médecin pourra tenter une **éducation sur la toxicité** du tabagisme dans le cadre d'un **EM** afin de **créer l'envie de sevrage** avant (ou à l'occasion) de la survenue d'un événement pathologique. Avec ces patients, il sera également nécessaire de tenter sans attendre de **réduire la consommation**, avec l'appui d'aides médicamenteuses et toujours celle des techniques motivationnelles.
- Concernant les « fumeurs très dépendants », le praticien devra plutôt adopter une **posture éducative personnalisée** avec du **renforcement positif** afin d'**encourager et de consolider la motivation** d'arrêt du tabac, déjà présente. La durée de l'accompagnement sera longue (souvent supérieure à un an), sollicitant non seulement le médecin traitant mais également tous les acteurs susceptibles de participer au suivi (81).

Le questionnaire de notre étude ne permettait pas de différencier au sein de nos « fumeurs persistants » les « irréductibles » des « très dépendants », cette segmentation relevant peut être plus d'une consultation dédiée. Cependant, nous pouvions assimiler notre catégorie de « fumeurs persistants » à celle des fumeurs dits « difficiles ».

Ces « fumeurs persistants », en échec d'arrêt du tabac, étaient ceux qui s'étaient le moins fixé seuls des objectifs d'arrêt et qui avaient le plus bénéficié de conseils de leur praticien, en étant par la suite le moins satisfaits. Cette population, paraissant moins autonome, semblait ainsi requérir davantage d'une prise en charge individualisée, avec un « conseil minimal » permettant peut-être ainsi de débloquer une discussion, et d'inciter l'élaboration d'objectifs d'arrêt (si cela n'était pas déjà fait). Par la suite, l'EM, dans le cadre d'une consultation dédiée, pourrait permettre un suivi et une aide personnalisée, permettant de parvenir à un arrêt définitif du tabac. Chez ces « fumeurs persistants », il sera également primordial de prévenir les « craving » en ciblant les facteurs les favorisant. Ainsi, à l'aide de thérapeutiques comportementales et médicamenteuses efficaces et adaptées à la dépendance de chacun, l'arrêt du tabac pourra être plus supportable pour les patients et diminuer de cette façon les risques de rechute.

6.3.3 Les différents moyens d'accompagner les patients en prévention

- 6.3.3.1 Vers une valorisation de l'ETP

L'ETP est une approche de prévention codifiée et légiférée, qui nécessite tout un **programme précis pré établis**. Elle est détaillée par la HAS dans un guide méthodologique destiné aux professionnels de santé. Elle se pratique en **individuel ou en collectif** et a pour finalités « l'acquisition et le maintien par le patient de **compétences d'auto soins** et la mobilisation ou l'acquisition de **compétences d'adaptation** ». Elle n'est pas seulement de l'information du patient, mais un réel **programme d'éducation** dont le but est de développer les compétences et l'autonomie du patient (108). Elle est particulièrement intéressante dans les **maladies chroniques**, notamment les MCV et le diabète.

Il s'agit concrètement d'un programme d'éducation mis en œuvre par deux professionnels de santé dont un médecin. Il comporte quatre étapes, et nécessite ainsi un suivi avec de nombreuses consultations dédiées. La première étape permet de définir avec le patient un **diagnostic éducatif**. La seconde vise à fixer en **partenariat** avec le patient des **objectifs à atteindre**. La troisième est faite **d'ateliers pratiques** et la dernière revient sur ces différents ateliers et permet de réaliser une **évaluation** et de définir où les patients en sont dans leur prise en charge.

L'ETP est très souvent initiée dans le cadre de programmes de réadaptation cardiovasculaires. Cependant, quand bien même un patient aurait pu bénéficier de cette prise en charge il semblerait, selon une étude de 2017, qu'il ne se souviendrait plus très bien un an après des différents stages et des conseils qui y auraient été délivrés (109). Ainsi, la formation et la promotion de l'**ETP en médecine générale** prendraient tout son sens permettant un **service de proximité** pour les patients. Cela offrirait une prise en charge éducative pour ceux n'ayant pu y avoir accès en post ECV, et une continuité des soins (avec des rappels éducatifs) pour ceux l'ayant déjà débutée.

En parallèle de ces centres « spécialisés », le médecin traitant apparaît être le mieux placé pour **coordonner ce parcours éducatif en ambulatoire**. Il pourrait être un acteur clé de cette prévention à long terme de par sa proximité avec son patient, la confiance partagée développée au fil du temps, sa connaissance de son histoire personnelle, de son environnement, et de ses conceptions et ambivalences par rapport à ses pathologies (5).

Selon un rapport de l'Inpes de 2009 (75), les médecins généralistes seraient demandeurs de formations à l'ETP. Le Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux propose d'ailleurs un module prévention tout au long du troisième semestre où l'ETP est abordé. Il était aussi question d'instaurer un système permettant aux étudiants de valider leur 40h de formation en ETP en réalisant des mini stages au sein de programmes d'ETP en ambulatoires ou en hospitalier. La faculté propose aussi un module optionnel pour une formation à l'EM, un DU d'ETP et un M2 proposé par l'ISPED de Promotion de la santé et développement social à orientation ETP.

L'étude menée par B. Gay et Al. « Evaluation de l'éducation THérapeutique Individuelle et Collective du patient à risque CARdiovasculaire en médecine générale » (ETHICCAR) étudiait la faisabilité de cet ETP en soins primaires (111). Elle comparait trois groupes : le premier, appelé « *groupe intervention individuelle* », avec la mise en place d'une ETP en individuel dans le cadre de consultations dédiées en cabinet de médecine générale avec un médecin formé à l'ETP, le second, appelé « *groupe intervention collective* », avec une ETP réalisée en collectif et menée par des éducateurs de santé et le troisième, appelé « *groupe témoin* », était constitué de médecins généralistes pratiquant en cabinet et adoptant une éducation à la santé plus classique à type de « posture éducative ». Les premiers résultats montraient **malheureusement une difficulté de réalisation de l'ETP en ambulatoire** pour des raisons **organisationnelles** (surcharge de travail des médecins) et **culturelle** (relation médecin malade encore sur un mode paternaliste, ne favorisant pas une autonomie et une responsabilisation suffisante du malade).

Une des solutions afin de promouvoir l'ETP en ambulatoire serait de soulager la part administrative des médecins généralistes afin qu'ils puissent se concentrer d'avantage dans leur rôle de soignant. De plus, une revalorisation de l'éducation à la santé (et ici de l'ETP) pourrait aussi être discutée, en revoyant le paiement à l'acte ou en adoptant une nomenclature de cotation spécifique à la pratique de l'ETP. Il s'agit en effet d'activités, bien que nécessaires, très chronophages. Une autre solution, mais qui est déjà initiée, serait de sensibiliser les futures générations de praticiens à s'inspirer du modèle anglo-saxon, où le médecin n'est plus seulement celui qui sait et où le patient deviendrait alors plus autonome et décisionnaire de sa santé. Cette relation est la base de l'ETP et de l'EM que nous avons détaillé plus haut. Enfin, dans l'optique de promouvoir le développement de la pratique de l'ETP en médecine générale en ville, il pourrait être intéressant que la HAS, rédige un guide pratique et consensuel à l'adresse des médecins généralistes, guide qui viendrait compléter la formation délivrée à l'université et qui apporterait une aide pratique et précieuse aux praticiens dans l'exercice quotidien de leur mission.

- 6.3.3.2 *Vers une amélioration de la formation continue des médecins généralistes*

Un médecin formé en prévention et en tabacologie aurait selon une étude qualitative prospective de 2006 un **même taux d'arrêt et une même satisfaction des patients que dans un centre dédié** (112). De plus, une prise en charge « structurée, cohérente, personnalisée et étalée dans le temps » permettrait selon J. Perriot de doubler, voire de tripler le taux d'arrêt sous 12 mois (84).

Un travail de thèse étudiant les connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes concernant les traitements médicamenteux hors TSN a révélé une certaine méconnaissance relative à la prise en charge médicamenteuse du sevrage tabagique. Les médecins interrogés dans le cadre de cette étude exprimaient une envie et un besoin de formation mais également un sentiment de fatalisme face au tabagisme de leur patient, ceci probablement en raison des enjeux psychosociologiques que représentent le tabac (113).

Plusieurs actions existent déjà afin d'améliorer les connaissances des médecins demandeurs de formation :

- Concernant la **formation à distance**, l'action agir 33 a développé en plus du site addictoclic le site « addictutos » qui permet un accès simple et rapide à des tutoriels actualisés développés par un panel d'experts de soins primaires et d'addictologie. Il fournit notamment une vidéo audio d'une trentaine de minutes détaillant de manière didactique et par chapitres séparés la prise en charge de l'arrêt du tabac.
- Concernant la **formation présentielle**, l'UMFCS (Unité Mixte de Formation Continue en Santé) de l'Université de Bordeaux propose des formations dans le cadre entre autre de la FMC. Une des pistes serait de développer cette « formation présentielle » au sein des groupes de pratique, faite de jeux de rôle et de mises en situation, et permettant ainsi un échange de pratique entre soignants.
- Un **partenariat « ville-hôpital »** pourrait être développé (notamment à l'hôpital Suburbain du Bouscat) permettant de renforcer les liens entre médecins spécialisés en addictologie, en tabacologie et les médecins généralistes de ville. Cela permettrait de rassurer et ainsi d'impliquer davantage les médecins généralistes dans la prise en charge des sevrages tabagiques simples au cabinet, leurs assurant une correspondance spécialisée en cas de besoin. Ils seraient alors familiarisés avec les consultations de suivi en médecine de ville, et pourraient ainsi décharger les spécialistes en addictologie des consultations simples d'arrêt du tabac. Ainsi, le sevrage des « fumeurs difficiles » pourrait plus rapidement et facilement être orienté vers des addictologues en cas de besoin.

Il existe aussi des brochures éditées par l'INPES qui sont téléchargeables sur internet qui ont pour but d'aider les patients dans leur démarche d'arrêt du tabac et de guider les professionnels de santé dans leur consultation d'aide à l'arrêt tabagique (« *Tabac, Ouvrons le dialogue* ») (31,88,90,114). Néanmoins, les recommandations HAS sur la prise en charge tabagique sont elles plutôt destinées à l'attention des spécialistes en addictologie et en tabacologie plutôt qu'à celle des médecins généralistes de ville. Il nous semblerait intéressant que la HAS développe ce type d'approche à l'usage de la pratique quotidienne de la médecine générale.

Une des pistes éventuelles qui pourraient participer à améliorer la formation des médecins généralistes sur le sujet seraient d'utiliser les outils modernes comme le « **e-learning** » en hébergeant par exemple sur un site dédié des vidéos courtes et didactiques portant sur des thématiques précises, telles qu'elles se posent tout particulièrement dans la pratique de la médecine générale. En effet, les formations présentielles et les groupes de pairs sont précieux, mais à la fois trop dépendants de la qualité et de la disponibilité des participants, mais également non reproductibles et accessibles (notamment aux médecins installés en milieu rural). **En s'inspirant de la réussite du site « antibiocliv »**, connu et utilisé quasi quotidiennement par la majorité des jeunes médecins remplaçants de France dans la prescription d'antibiotique pour les pathologies infectieuses, nous pourrions imaginer que l'utilisation de ces vidéos et par la suite le partage de cette source d'information entre

confrères pourrait faire « effet boule de neige » et ainsi améliorer la formation d'un très grand nombre de praticiens.

- **6.3.3.3 Vers une amélioration de la prévention grâce à internet**

Avec 3,6 milliards d'individus en 2017 ayant utilisé internet en ce sens, l'utilisation d'outils d'aide à l'arrêt du tabac sur le net pourrait permettre de toucher une large population ayant peu recours au système de soins classique, en particulier les populations jeunes.

L'évaluation de la plateforme de *tabac-info-service.fr* a d'ailleurs montré une efficacité à six mois sur l'arrêt du tabac chez les personnes ayant reçu des emails versus une brochure à télécharger (OR à 1,27, IC 95 % = 1,00-1,60) (85). Un essai contrôlé randomisé de 2018 a aussi confirmé la meilleure efficacité à 3 mois (mais pas à 6 ni à 12 mois) du « e-coaching » de *tabac-info-service.fr* vs une brochure format PDF sur le sevrage tabagique ($p < 0,001$) (86).

En ce sens, les sites et applications validées à destination du grand public pourraient participer à l'amélioration de la prise en charge de l'arrêt du tabac.

- **6.3.3.4 Vers une prise en charge multidisciplinaire – Relais vers d'autres structures et réseaux de soins**

Un des premiers moyens d'aide à l'arrêt tabagique en post ECV est, comme nous l'avons dit plus haut, la participation des patients aux **programmes de réadaptations cardiovasculaires**. Ces séances permettent ainsi d'initier précocement l'ETP du patient, et sont des lieux idéaux pour la prise en charge éducative et le développement de la prévention. Selon la Société française de Cardiologie, le trépied de la réadaptation cardiovasculaire associe un réentraînement physique, une optimisation thérapeutique et une éducation thérapeutique spécifique en rendant le patient plus actif vis à vis de sa maladie (115). Leur prescription est d'ailleurs un indicateur de qualité des pratiques de soin émis par la HAS. Néanmoins, malgré leurs efficacité reconnue, ces programmes restent malheureusement difficiles d'accès (4,5). D'après l'étude de J. Corré et Al. de 2014, uniquement un tiers des patients français éligibles en ont bénéficié (114), résultat également retrouvé chez les patients européens d'EUROASPIRE III et IV (52). Néanmoins, sans que nous ne l'ayons spécifiquement annoté dans notre questionnaire, il ressortait que plus de la moitié des patients interrogés semblait avoir été transférée directement après leur ECV dans ces centres de réadaptation cardiovasculaire. Ce qui pourrait expliquer cette différence de participation est qu'en règle générale, les patients participants aux études ambulatoires comme la nôtre sont d'une part plus disponibles et d'autre part en relativement bonne condition physique. De ce fait, ils n'auraient peut-être pas fait partie des 19,1% de refus de participation aux programmes de réadaptation et des 25,8% de patients exclus de l'étude de 2014 de par leurs comorbidités. Il serait d'ailleurs intéressant pour un prochain travail de thèse d'étudier plus précisément la mise en place chez ces patients de la réadaptation cardiovasculaire et d'évaluer qualitativement les bénéfices restant de cette éducation, plusieurs mois après, afin d'appréhender, dans un second temps, le besoin de prolongation de l'ETP en ambulatoire.

Aux côtés du médecin et en complémentarité de son action, d'autres acteurs de santé pourraient participer aux mesures de prévention, aider à l'arrêt et prévenir les rechutes. La formation en tabacologie et l'implication des autres professionnels de santé pourrait ainsi améliorer le taux d'arrêt tabagique. Pourraient être concernés les pharmaciens, les kinésithérapeutes, les dentistes, les infirmiers, les psychologues, les diététiciens, les sages-femmes, les spécialistes en médecine, les médecins du travail et les médecins scolaires (84). Ainsi, **déléguer ou partager cette prévention avec d'autres professionnels de santé** permettrait de soulager la surcharge de travail des médecins généralistes, et serait une autre façon de faciliter le sevrage tabagique des patients en soins premiers. Le binôme médecin-infirmier existe d'ailleurs déjà au sein du dispositif « Action de Santé Libérale en Equipe » (Asalée). Ce dernier a été créé en 2004 afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville à travers un protocole de coopération médecins généralistes/infirmiers. Il permet la délégation d'actes de dépistage et de suivi des médecins généralistes vers des infirmiers formés à l'ETP, lors de consultations réalisées au cabinet. Une étude de 2010 a évalué l'efficacité et les coûts du dispositif Asalée dans le cas de la prise en charge des patients souffrant de diabète de type 2. Elle le définissait comme « efficace et efficient » (111).

Il existe aussi en Nouvelle Aquitaine des **réseaux de soins de proximité** ayant pour but la prévention et la formation aux conduites addictives (AGIR 33, ADDICTLIM, RESAPSAD). Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) permettent de mieux coordonner la prise en charge des addictions sur les différents territoires de la région Nouvelle Aquitaine en jouant un véritable rôle de structure pivot de proximité. Leur action est complémentaire à celle du généraliste, et permet ainsi d'optimiser sur la durée une prise en charge ambulatoire et de proximité du patient.

En Nouvelle Aquitaine, ces réseaux d'addictologie sont regroupés sur le site internet « **addictoclic** », en collaboration avec l'action AGIR 33. Ce site s'adresse aussi bien aux professionnels de santé qu'aux patients. Il propose de manière simple et didactique les coordonnées des centres en fonction d'un lieu géographique choisi, d'un produit consommé et du public visé. Ainsi, il recense, entre autres, les consultations associatives ou hospitalières en tabacologie. Cet outil représente de ce fait une aide pour les médecins généralistes qui ne se sentent pas compétents pour prendre en charge ces patients en leur proposant une base de données des structures où les adresser.

- **6.3.3.5 Mesures de santé publique - Campagnes de sensibilisation**

Grâce à une succession de lois, de décrets Français et Européens et de mesures de santé publique (mesures énumérées plus haut, paragraphe 2.2 Le tabac), la consommation du tabac est devenue depuis la loi Veil de 1976 très réglementée, permettant ainsi une diminution du tabagisme quotidien de plus de 40% à 28,2% en 2014 et à 26,9% en 2017 (25,30-36).

- Un exemple : Le mois sans tabac

Un travail de thèse évaluant le bilan du mois sans tabac en Nouvelle Aquitaine a été réalisé en 2017. Il retrouvait des résultats statistiquement significatifs entre **la participation au mois sans tabac et l'arrêt du tabac** (30).

En 2016, 180 000 personnes s'étaient inscrites à l'opération, la deuxième édition fin novembre 2017 avait encore suscité un bel engouement collectif avec plus de 158 000 inscrits (31,32).

La réussite de ce programme s'appuie sur trois principes psychologiques.

- Le premier est celui de la « *contagion sociale* ». Le principe est de normaliser un comportement en initiant une action qui se transformera en mouvement. L'observation de ce comportement chez l'autre, qui sert ainsi de modèle, permettrait de lever les obstacles empêchant son application (ici le défi d'arrêter ensemble le tabac).
- Le second principe est l'utilisation d'un « *objectif SMART* » (Spécifique, Mesurable, Accessible, Réalisable et sensible au Temps). Cela consiste à définir un objectif à la fois accessible, précis, et défini dans le temps, afin d'atteindre plus tard un but difficile (ici arrêter de fumer pendant 28 jours à partir du 1^{er} novembre permettant à terme l'arrêt tabagique).
- Le troisième principe psychologique est la « *théorie PRIME* ». Cette théorie suppose que le système motivationnel nécessite un équilibre constant afin de maintenir un comportement stable, son caractère fluctuant étant lié aux différents facteurs motivationnels. Ainsi, pour optimiser l'arrêt du tabac, il serait nécessaire de diminuer les facteurs favorisant la poursuite du tabagisme et de renforcer de nouvelles sources de désir d'arrêter de fumer (relais des médias et des réseaux sociaux, messages de préventions encourageants, adhésion à des groupes « pour les enfants » etc...) permettant aux patients de se questionner sur la/les raison(s) d'arrêter et le/les bénéfice(s) attendus de l'arrêt du tabac (37,116).

Selon le baromètre santé de 2017, la **notoriété du mois sans tabac** en 2016 figure parmi les plus élevés des campagnes de prévention menées jusqu'ici, avec 74% de la population déclarant avoir entendu parler du mois sans tabac ou avoir vu son logo. Cette campagne a été jugée **incitative pour réfléchir sur son tabagisme par plus de la moitié** des fumeurs et **incitative pour arrêter de fumer par 36% d'entre eux**. Ainsi, environ 2 millions de fumeurs (15,9% des fumeurs) ont fait une tentative d'arrêt d'au moins 24 heures au dernier trimestre 2016 et près de 380 000 (2,9% des fumeurs) ont déclaré que cette tentative était liée au mois sans tabac. Parmi les tentatives d'arrêt, 31% ont été abstinentes pendant un mois et 18% l'étaient encore au moment de l'entretien pour le Baromètre santé (entre janvier et juillet 2017) (28,117).

Le mois sans tabac aurait aussi permis de participer à la **promotion des aides médicamenteuses** avec plus de deux arrêts sur trois (en lien avec la campagne) aidés par un TSN (contre habituellement un rapport de un sur deux) (117).

Ainsi, ce type de mouvement social permet de **mobiliser aussi bien les patients que les médecins généralistes**. En effet, étant massivement relayé par les médias, cet événement pourrait aider à initier une discussion entre le praticien et son patient concernant son arrêt

tabagique. Profitant de cette mouvance sociale, les patients pourraient être plus motivés à sevrer et consulter en ce sens leur généraliste. D'autre part, cela pourrait ainsi confronter les généralistes à l'éventuelle besoin d'améliorer leurs connaissances en tabacologie et en posture éducative, mais aussi provoquer chez eux l'envie de plus pratiquer « le conseil minimal » au cours de leurs consultations quotidiennes. L'investissement et la motivation du médecin et de son patient suscités grâce à ces types d'évènements ne peuvent qu'améliorer la prise en charge des patients tabagiques.

7 CONCLUSION

Notre travail de thèse s'inscrit dans la lignée des différentes enquêtes relatives à l'étude de l'hygiène de vie des patients vasculaires en Europe. Il retrouve un mauvais équilibre des FRCV et confirme l'importance des progrès qu'il reste à faire en termes de prévention.

L'arrêt du tabac figure parmi les mesures préventives des plus efficaces pour améliorer l'espérance de vie des patients en prévention primaire, secondaire et tertiaire. Il s'avère que le diagnostic d'une maladie ou la survenue d'une complication aiguë, toutes deux liées à la consommation de tabac, constituent pour les médecins des occasions privilégiées pour sensibiliser leur patient, et le cas échéant contribuer à développer leur motivation.

Notre travail a permis de confirmer que la prise médicamenteuse seule, bien qu'importante, n'est pas suffisante pour réussir à arrêter de fumer, et que la motivation du patient est impérative. Comme le montrait déjà l'enquête EUROASPIRE IV, la moitié de nos patients fumeurs au moment de leur ECV fumait encore plus de six mois après l'événement, et ce malgré des thérapeutiques disponibles, et la connaissance scientifique des bénéfices de l'arrêt du tabac. Néanmoins, nous retrouvons une nette diminution de leur consommation tabagique après l'ECV.

Il se pose ainsi la question de la nécessité de renouveau dans la pratique quotidienne du médecin généraliste concernant la prise en charge des maladies chroniques, en particulier des MCV. Les médecins de ville ont un rôle important à jouer dans ce processus d'arrêt tabagique. Il s'agirait d'améliorer d'une part la collaboration avec les réseaux d'addictologie, mais aussi d'autre part le travail en binôme avec d'autres professionnels de santé formés spécifiquement à l'éducation du patient. De plus, la formation des médecins généralistes en tabacologie pourrait être aussi renforcée et actualisée, ceci pouvant être facilité par la collaboration avec des spécialistes, mais aussi par l'utilisation et la promotion de sites internet dédiés aux addictions. Enfin, la formation à l'entretien motivationnel doit également être repensée, le but étant d'aider les généralistes à adopter une meilleure posture éducative.

Ainsi, les médecins de ville seront en capacité de mieux sensibiliser, responsabiliser et autonomiser leurs patients vis à vis de leur maladie cardiovasculaire, et peut être mieux appréhender l'arrêt tabagique chez leurs patients fumeurs, en particulier chez ceux dits « difficiles ».

8 BIBLIOGRAPHIE

1. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Europe. E. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA; 2002.
2. Europrev. Welcome to Europrev | Europrev [Internet]. [cité 18 déc 2017]. Disponible sur: <http://europrev.woncaeurope.org/>
3. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Europe. Les habitudes de vie chez les patients atteints de maladie cardiovasculaire, protocole de l'étude EUROPREV III. WONCA; 2016.
4. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *The Lancet*. mars 2009;373(9667):929-40.
5. Ledru F., Lamar-Tanguy A., Moatemri F. Prévention non médicamenteuse après un SCA. *Rev Prat Médecine Générale*. mars 2016;TOME 30(957):199-205.
6. Johansson K, Bendtsen P, Åkerlind I. Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: how patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *Eur J Public Health*. déc 2005;15(6):615-20.
7. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Conférence de Consensus - Arrêt de la Consommation du tabac. 1998.
8. Charpentier M. Attitudes des patients suivis en médecine générale vis à vis des risques alcool et tabac [Thèse de Doctorat en médecine]. Université Joseph Fourier - Faculté de médecine de Grenoble; 2011.
9. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med*. mai 2005;40(5):595-601.
10. Fraser RC. *Clinical Method. A general Practice Approach*. 2nd edition. Oxford: Butterworth Heinmann; 1992.
11. Organisation mondiale de la santé. Maladies cardiovasculaires [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>
12. Collège National des Enseignants de Cardiologie, Société française de cardiologie. Athérome : épidémiologie et physiopathologie. Le malade polyathéromateux. 2ème édition. ELSEVIER / MASSON; 2015. 489 p. (Les référentiels des Collèges).
13. Collège National des Enseignants de Cardiologie, Société française de cardiologie. Facteurs de risque cardiovasculaire et prévention. 2ème édition. ELSEVIER / MASSON; 2015. 489 p. (Les référentiels des Collèges).
14. Scheen A, Kulbertus H. L'étude clinique du mois. INTERHEART : la preuve par 9. Neuf facteurs de risque prédisent neuf infarctus du myocarde sur dix. *Rev Médicale Liège*. 2004;59(11):676-9.
15. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lananç F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. sept 2004;364(9438):937-52.
16. Haute Autorité de santé. Fiche mémo - Evaluation du risque cardiovasculaire. 2017 février.
17. Ferrières J. Évaluation du risque cardiovasculaire. Elsevier Masson. 2012. (Archives of Cardiovascular Diseases Supplements).

18. Institut national de la statistique et des études économiques. Maladies - Accidents. Tableaux de l'Économie Française [Internet]. [cité 13 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288353?sommaire=1288404>
19. Collège National des Enseignants de Cardiologie, Société française de cardiologie. Accidents Vasculaires Cérébraux. ELSEVIER / MASSON; 2010. (Les référentiels des Collèges).
20. Commission des comptes de la sécurité sociale. La prise en charge des pathologies cardiovasculaires en Europe [Internet]. 2010 [cité 13 févr 2018]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ccss201006_fic-10-4.pdf
21. De Smedt D, Kotseva K, De Bacquer D, Wood D, De Backer G, Dallongeville J, et al. Cost-effectiveness of optimizing prevention in patients with coronary heart disease: the EUROASPIRE III health economics project. *Eur Heart J*. 1 nov 2012;33(22):2865-72.
22. Tabac - La législation antitabac : les grandes lois françaises [Internet]. [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation/lois-francaises.asp>
23. Martinet Y. Le contrôle du tabac en France : le temps d'un nouvel élan politique est venu. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. Institut de veille sanitaire; 2013 mai. Report No.: 20-21.
24. Guignard R., Beck F., Wilquin J.-L., Andler R., Nguyen-Thanh V., Richard J.-B., Arwidson P. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du baromètre santé 2014. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. Institut de veille sanitaire; 2015 janv p. 281-8.
25. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La législation antitabac en France [Internet]. [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/legislation.asp>
26. Institut National du Cancer. Déploiement du projet Tabado [Internet]. 2018 [cité 9 août 2018]. Disponible sur: <http://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2018/06/DEUTSCH.pdf>
27. Minary L, Acouetey D-S, Bohadana A, Wirth N, Martini H, Zmirou-Navier D, et al. Aide au sevrage tabagique pour les adolescents apprentis : le programme TABADO. *Rev Mal Respir*. sept 2010;27(7):663-6.
28. Bourdillon F. Baisse du tabagisme en France : un million de fumeur quotidien de moins entre 2016 et 2017. Un succès pour la santé publique. *Bull Épidémiologique Hebd*. mai 2018;3.
29. Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes. Programme National de Réduction du Tabagisme. 2014 sept.
30. Pasquereau A. La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017. *Bull Épidémiologique Hebd*. mai 2018;9.
31. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Consultation de tabacologie. 2015.
32. Julien M, Yann B, Philippe LF, Engin Y. Evaluation du travail d'équipe par des professionnels de santé autonomes dans la gestion des patients atteints du diabète de type 2 : le projet Asalée. *BMJ Qual Saf*. avr 2010;19(Suppl 1):A129-30.
33. Loi Veil [Internet]. Droits des Non-Fumeurs. [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: <http://dnf.asso.fr/Loi-Veil.html>
34. Legifrance. Loi no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme [Internet]. 1991 [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&cat>

egorieLien=id

35. Institut national de la statistique et des études économiques. Consommation de tabac : la baisse s'est accentuée depuis 2003 [Internet]. [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280751#titre-bloc-4>
36. Legifrance. Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif [Internet]. 2006 [cité 26 juin 2018]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000818309&cat](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000818309&categorieLien=id)
egorieLien=id
37. Loiseau M. Le Moi(s) sans tabac 2016 en Nouvelle-Aquitaine: bilan et enquête d'opinion [Thèse de Doctorat en médecine]. Faculté de médecine de Bordeaux Segalen; 2017.
38. Santé publique France. Lancement de l'opération Moi(s) sans tabac : une nouvelle stratégie pour Santé publique France [Internet]. [cité 20 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Lancement-de-l-operation-Moi-s-sans-tabac-une-nouvelle-strategie-pour-Sante-publique-France>
39. Santé publique France. Mois sans tabac 2017 : l'adhésion est au rendez-vous [Internet]. [cité 20 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Mois-sans-tabac-2017-l-adhesion-est-au-rendez-vous>
40. VIDAL. Champix (varénicline) : désormais remboursable dans le sevrage tabagique en 2e intention [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/21327/champix_varenicline_desormais_remboursable_dans_le_sevrage_tabagique_en_2e_intention/
41. Comité National Contre le Tabagisme. Remboursement des substituts nicotiques : un levier pour arrêter de fumer [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: <http://www.cnct.fr/communiqués-de-presse-44/remboursement-des-substituts-nicotiques-un-levier-pour-arreter-183.html>
42. Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. Role of Smoking in Global and Regional Cardiovascular Mortality. *Circulation*. juill 2005;112(4):489-97.
43. Thomas D. Tabagisme: facteur de risque cardiovasculaire n° 1. *Lett Cardiol*. juin 2008;2(416):68-71.
44. Rosengren A, Wallentin L, Simoons M, Gitt AK, Behar S, Battler A, et al. Cardiovascular risk factors and clinical presentation in acute coronary syndromes. *Heart*. sept 2005;91(9):1141-7.
45. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *The Lancet*. aout 2006;368(9536):647-58.
46. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control*. oct 2005;14(5):315-20.
47. Willett WC, Green A, Stampfer MJ, Speizer FE, Colditz GA, Rosner B, et al. Relative and Absolute Excess Risks of Coronary Heart Disease among Women Who Smoke Cigarettes. *N Engl J Med*. nov 1987;317(21):1303-9.
48. Grenier O, Cambou JP, Ferrières J, Thomas D, Amelineau E, Cantet C, et al. Caractéristiques initiales et prise en charge thérapeutique des sujets jeunes (âge inférieur à 45 ans) hospitalisés pour syndrome coronaire aigu : résultats des études françaises PRÉVENIR 1 et PRÉVENIR 2. *Ann Cardiol Angéiologie*. janv 2002;51(1):15-9.
49. Mittleman MA, Lewis RA, Maclure M, Sherwood JB, Muller JE. Triggering Myocardial Infarction by Marijuana. *Circulation*. juin 2001;103(23):2805-9.

50. Kawachi I. Smoking Cessation and Decreased Risk of Stroke in Women. *JAMA J Am Med Assoc.* janv 1993;269(2):232.
51. Kotseva K. The EUROASPIRE survey of cardiovascular prevention and diabetes in 24 countries in Europe. *Eur Heart J.* avr 2015;36(16):950-5.
52. Kotseva K et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology: SAGE Journals.* avr 2016;
53. Scholte op Reimer W, de Swart E, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, Heidrich J, et al. Smoking behaviour in European patients with established coronary heart disease. *Eur Heart J.* janv 2006;27(1):35-41.
54. Chiron B, Ramond A. Europreview : attitude des patients vis-à-vis de la prévention et du mode de vie. *Exercer.* 2012;23(100).
55. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ.* juin 2004;328(7455):1519.
56. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KAA, Anand SS, Yusuf S. Association of Diet, Exercise, and Smoking Modification With Risk of Early Cardiovascular Events After Acute Coronary Syndromes. *Circulation.* février 2010;121(6):750-8.
57. Critchley JA, Capewell S. Mortality Risk Reduction Associated With Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease: A Systematic Review. *JAMA.* juill 2003;290(1):86.
58. Van Berkel D, Erdman R, Simoons M, Roos-Hesselink J, Boersma E. Impact of smoking cessation and smoking interventions in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J.* 1999;20(24):1773-1782.
59. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of Smoking Cessation on Mortality After Myocardial Infarction: Meta-analysis of Cohort Studies. *Arch Intern Med.* avr 2000;160(7):939.
60. Burt A, Thornley P, Illingworth D, White P, Shaw TR, Turner R. Cessation of smoking after myocardial infarction. Effects on mortality after 10 years. *Lancet Lond Engl.* 1974;1(7852):304.
61. Goldenberg I. Current Smoking, Smoking Cessation, and the Risk of Sudden Cardiac Death in Patients With Coronary Artery Disease. *Arch Intern Med.* oct 2003;163(19):2301.
62. Marques-Vidal P, Cambou JP, Ferrières J, Thomas D, Grenier O, Cantet C, et al. Distribution and treatment of cardiovascular risk factors in coronary patients: the Prevenir Study. *Arch Mal Coeur Vaiss.* juill 2001;94(7):673-80.
63. Chevreur K, Cadier B, Durand-Zaleski I, Chan E, Thomas D. Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France. *Tob Control.* mai 2014;23(3):223-30.
64. Fatseas M, Serre F, Swendsen J, Auriacombe M. Effects of anxiety and mood disorders on craving and substance use among patients with substance use disorder: An ecological momentary assessment study. *Drug Alcohol Depend.* juin 2018;187:242-8.
65. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ [Internet].* 13 févr 2014 [cité 6 août 2018];348. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g1151>
66. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, St Aubin L, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised,

- placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*. juin 2016;387(10037):2507-20.
67. Munch G, Touzeau D. Les addictions selon le DSM-5. déc 2013;(4):2.
 68. Addictauvergne. DSM-5 et addiction : fin des abuseurs et dépendants [Internet]. [cité 6 août 2018]. Disponible sur: <http://www.addictauvergne.fr/dsm-5-v-addiction/>
 69. Fatseas M, Serre F, Alexandre J-M, Debrabant R, Auriacombe M, Swendsen J. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction: a comparison of substance- and person-specific cues. *Addict Abingdon Engl*. juin 2015;110(6):1035-42.
 70. Craig CL, Marshall AL, Michael, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity: *Med Sci Sports Exerc*. aout 2003;35(8):1381-95.
 71. Tomioka K, Iwamoto J, Saeki K, Okamoto N. Reliability and Validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) in Elderly Adults: The Fujiwara-kyo Study. *J Epidemiol*. 2011;21(6):459-65.
 72. Haute Autorité de santé. Fiche mémo - Modifications du mode de vie dans la prise en charge du risque cardio-vasculaire. 2017 février.
 73. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med*. 2003;2003(348):2599-2608.
 74. Trichopoulou A, Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML, Gnardellis C, Lagiou P, Polychronopoulos E, et al. Diet and overall survival in elderly people. *BMJ*. déc 1995;311(7018):1457-60.
 75. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. nov 2010;92(5):1189-96.
 76. Pischon T, Boeing H, Hoffmann K, Bergmann M, Schulze MB, Overvad K, et al. General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. *N Engl J Med*. 2008;359(20):2105-2120.
 77. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. janv 1986;24(1):67-74.
 78. Lavsa SM, Holzworth A, Ansani NT. Selection of a validated scale for measuring medication adherence. *J Am Pharm Assoc JPhA*. févr 2011;51(1):90-4.
 79. Murray RP, Connett JE, Lauger GG, Voelker HT. Error in Smoking Measures: Effects of Intervention on Relations of Cotinine and Carbon Monoxide to Self-Reported Smoking. *Am J Public Health*. sept 1993;83(9):1251-7.
 80. Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC, Diehr P, Koepsell T, Kinne S. The Validity of Self-Reported Smoking: A Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*. juill 1994;84(7):1086-93.
 81. Perriot J, Underner M, Peiffer G, Le Houezec J, Samalin L, Schmitt A, et al. Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles ». *Rev Mal Respir*. avr 2012;29(4):448-61.
 82. Boyle RG, O'Connor P, Pronk N, Tan A. Health Behaviors of Smokers, Ex-Smokers, and Never Smokers in an HMO. *Prev Med*. aout 2000;31(2):177-82.
 83. Prochaska JJ, Hall SM, Humfleet G, Muñoz RF, Reus V, Gorecki J, et al. Physical activity as a strategy for maintaining tobacco abstinence: A randomized trial. *Prev Med*. août 2008;47(2):215-20.
 84. Perriot et al. Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique. *Alcoologie et addictologie*. 2005;201-2019.
 85. Abdul-Kader J, Airagnes G, D'almeida S, Limosin F, Le Faou A-L. Les outils du sevrage tabagique en 2018. *Rev Pneumol Clin*. juin 2018;74(3):160-9.

86. Nguyen Thanh V, Guignard R, Lancrenon S, Bertrand C, Delva C, Berlin I, et al. Effectiveness of a Fully Automated Internet-Based Smoking Cessation Program: A Randomized Controlled Trial (STAMP). *Nicotine Tob Res* [Internet]. janv 2018 [cité 15 août 2018]; Disponible sur: <https://academic.oup.com/ntr/advance-article/doi/10.1093/ntr/nty016/4821055>
87. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Recommandation de bonne pratique : Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. mai 2003;32(5):451-70.
88. INPES. Tabac, ouvrons le dialogue. Guide pratique pour le professionnel [Internet]. [cité 27 juin 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/50000/OM/pdf/tabac2006/LivretMedecin.pdf>
89. D. Thomas. Le tabagisme passif: un impact essentiellement cardiovasculaire. *Lett Cardiol*. juin 2007;(406):18-22.
90. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. La prise en charge du patient tabagique en pratique quotidienne. 2003.
91. De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Rev Mal Respir*. mai 2010;27(5):431-40.
92. Haute Autorité de Santé BM. Fiche mémo - Entretien motivationnel [Internet]. [cité 13 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/memo_entretien_motivationnel.pdf
93. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement. 2nd édition. InterEditions; 2013. 448 p.
94. Haute Autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence - Présentation de la méthode des 5A. 2014 oct.
95. stop-tabac.ch. La newsletter de stop-tabac: les sujets clés de l'actualité mondiale sur le tabagisme [Internet]. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/fr/toutes-les-newsletter/146-2013/news/2367-news-du-25-mai-2010>
96. Mullins R, Borland R. Do smokers want to quit? *Aust N Z J Public Health*. aout 1996;20(4):426-7.
97. Haute Autorité de Santé. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente [Internet]. Recommandation de bonne pratique; 2014 [cité 9 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf
98. Hughes JR. Craving among long-abstinent smokers: An Internet survey. *Nicotine Tob Res*. avr 2010;12(4):459-62.
99. Kober H, Kross EF, Mischel W, Hart CL, Ochsner KN. Regulation of Craving by Cognitive Strategies in Cigarette Smokers. *Drug Alcohol Depend*. janv 2010;106(1):52.
100. Anne-Sophie Glover-Bondeau. Le craving et la lutte contre le craving [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.stop-tabac.ch/fr/le-craving-et-la-lutte-contre-le-craving>
101. Jennings C, Kotseva K, De Bacquer D, Hoes A, de Velasco J, Brusaferrero S, et al. Effectiveness of a preventive cardiology programme for high CVD risk persistent smokers: the EUROACTION PLUS varenicline trial. *Eur Heart J*. juin 2014;35(21):1411-20.
102. Wood D, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-

- coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. juin 2008;371(9629):1999-2012.
103. Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, Maggioni AP, Balestroni G, Ceci V, et al. Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction: Results of the GOSPEL Study, a Multicenter, Randomized Controlled Trial From the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Arch Intern Med*. nov 2008;168(20):2194-204.
104. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ*. janv 1999;318(7177):182-5.
105. Wu P, Wilson K, Dimoulas P, Mills EJ. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. déc 2006;6(1):300.
106. Shiffman S, Ferguson SG, Gwaltney CJ, Balabanis MH, Shadel WG. Reduction of abstinence-induced withdrawal and craving using high-dose nicotine replacement therapy. *Psychopharmacology (Berl)*. fevrier 2006;184(3-4):637-44.
107. Cahill K. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Libr* [Internet]. 2016 [cité 9 août 2018]; Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.docelec.u-bordeaux.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006103.pub7/full>
108. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. 2007 juin.
109. Denolle T, Dib M, Brune M, Nicolas S, Richard A, Auguste V, et al. Contrôle des facteurs de risque chez les patients coronariens un an après une réadaptation cardiaque. *Ann Cardiol Angéiologie*. juin 2017;66(3):135-9.
110. Institut national de la statistique et des études économiques. Baromètre santé médecins généralistes, INSEE, 2009.
111. Gay B, Demeaux J-L, Marty M-L. Éducation thérapeutique du patient en médecine générale. L'étude ETHICCAR : faisabilité et évaluation chez le patient à risque cardiovasculaire. *Médecine*. janv 2009;5(1):42-6.
112. Vannobel R, Dépinoy D, Masure M. L'aide à l'arrêt du tabac en médecine générale Etude de pratique qualitative et prospective sur 24 patients. *Exercer*. avr 2006;(77):54-60.
113. E. Ravily. Connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes concernant deux thérapeutiques de l'arrêt du tabac : la varénicline et le bupropion [Thèse de Doctorat en médecine]. Faculté de médecine de Bordeaux Segalen; 2018.
114. Minvielle C, Corré J, Douard H. Barriers to prescription of cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction in France. *Arch Cardiovasc Dis Suppl*. janv 2017;9(1):100.
115. Société Française de Cardiologie. Recommandations du Groupe Exercice Réadaptation Sport concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte. version 3. 2011. (référentiel des bonnes pratiques cliniques de la réadaptation cardiaque).
116. R. West, A. West. Théorie Prime - vers un modèle synthétique de la motivation et son application dans la compréhension des addictions. 2008;30(1):37-45.
117. Guignard R. Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec mois sans tabac : premiers résultats observés dans le baromètre santé 2017. *Bull Épidémiologique Hebd*. mai 2018;6.

9 ANNEXES

Annexe 1 - Questionnaire modifié de l'étude EUROPREV (les questions ajoutées sont en italique et en gras)

QUESTIONNAIRE SUR LES HABITUDES DE VIE CHEZ LES PATIENTS AVEC UNE MALADIE CARDIOVASCULAIRE ETUDE EUROPREV III

Jour de l'entretien : __/__/____
Pays : _____
Cabinet/MSP : _____
Rural (< 10 000 hab.) __ / Urbain __
Patient n° _____
Sexe : M__ F__
Date de Naissance : __/____ (mois/année)

ATCD personnels :

Hypertension artérielle : Oui Non
Diabète : Oui Non
 De type I : Oui Non
 De type II : Oui Non
Dyslipidémie : Oui Non

Evènement Cardiovasculaire (survenu entre 6 mois et 3 ans avant l'étude)

Angor instable : Oui Non Date : __/__/____
Infarctus du myocarde : Oui Non Date : __/__/____
AVC ischémique (incluant l'AIT) : Oui Non Date : __/__/____

HABITUDES DE VIE

Tabac

. Fumiez-vous au moment de l'évènement cardiovasculaire ? Oui Non

Combien de cigarettes fumiez-vous par jour ? _____

A quel âge avez-vous débuté votre consommation tabagique ?

Total en paquet-année :

. Fumez-vous actuellement ? Oui Non

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? _____

Combien de cigares fumez-vous par jour ? _____

Avez-vous essayé d'arrêter de fumer ? Oui Non

. Vous a-t-on conseillé une aide pour arrêter de fumer ? Oui Non

Vous a-t-on conseillé une aide non pharmacologique (Homéopathie, psychothérapie, acupuncture...) Oui Non

Vous a-t-on proposé une aide pharmacologique pour arrêter ?

Oui Non

Si oui, quel type d'aide vous a-t-on proposé :

Substituts nicotiniques Oui Non

Varenicline (Champix) Oui Non

Bupropion (Zyban) Oui Non

Sur une échelle entre 1 et 6 comment évaluez-vous votre satisfaction concernant les conseils délivrés par votre généraliste au sujet du sevrage tabagique ? (1 = pas satisfait, 6 = très satisfait) /6

Alcool (évaluation de la consommation avec 1 verre standard = 1 unité d'alcool)



➤ Buviez-vous de l'alcool avant votre évènement cardiovasculaire ? Oui Non

○ Si oui, combien de bière ? ____ Unités/semaine

○ Si oui, combien de vin ? ____ Unités/semaine

○ Si oui, combien d'autres consommations ? ____ Unités/semaine

➤ Buvez-vous actuellement de l'alcool ? Oui Non

○ Si oui, combien de bière ? ____ Unités/semaine

○ Si oui, combien de vin ? ____ Unités/semaine

○ Si oui, combien d'autres consommations ? ____ Unités/semaine

➤ Vous a-t-on conseillé une aide pour arrêter l'alcool ? Oui Non

○ Vous a-t-on conseillé une aide non pharmacologique (Homéopathie, psychothérapie, acupuncture...) Oui Non

○ Vous a-t-on proposé une aide pharmacologique pour arrêter ? Oui Non

▪ Si oui, quel type d'aide vous a-t-on proposé :

• Disulfiram (Esperal) Oui Non

• Acamprosate (Aotal) Oui Non

• Naltrexone (Revia) Oui Non

• Baclofene (Lioresal) Oui Non

• Nalmefene (Selincro) Oui Non

• Oxybate de Sodium (Alcover) Oui Non

➤ *Sur une échelle entre 1 et 6, comment évaluez-vous votre satisfaction concernant les conseils délivrés par votre généraliste au sujet du sevrage alcoolique ?*

○ (1 = pas satisfait, 6 = très satisfait) /6

Activité Physique

1. Un professionnel de santé vous a-t-il conseillé d'augmenter votre activité physique ?

Oui Non

2. Avez-vous augmenté votre activité physique depuis votre évènement cardiovasculaire ?

Oui Non

3. Questionnaire IPAQ (court)

Pensez à toutes les **activités intenses** que vous avez faites au cours des 7 derniers jours. Les activités physiques intenses font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée.

Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques intenses comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ?

_____ jour(s) [Si aucun, écrire 0]

Au total, combien de temps avez-vous passé à faire des activités intenses au cours des 7 derniers jours ?

_____ heure(s) _____ minutes

Pensez à toutes les **activités modérées** que vous avez faites au cours des 7 derniers jours. Les activités physiques modérées font référence aux activités qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant au moins 10 minutes d'affilée.

Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques modérées comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ou jouer au volley-ball ? Ne pas inclure la marche.

_____ jours) [Si aucun, écrire 0]

Au total, combien de temps avez-vous passé à faire des activités modérées au cours des 7 derniers jours ?

_____ heure(s) _____ minutes

Pensez au temps que vous avez passé à **marcher** au moins 10 minutes d'affilée au cours des 7 derniers jours.

Cela comprend la marche au travail et à la maison, la marche pour vous rendre d'un lieu à un autre, et tout autre type de marche que vous auriez pu faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs.

Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez marché pendant au moins 10 minutes d'affilée.

_____ jours) [Si aucun, écrire 0]

Au total, combien de temps passez-vous habituellement à marcher dans une journée ?
_____ heure(s) _____ minutes

La dernière question porte sur le temps que vous avez passé **assis** pendant les jours de semaine, au cours des 7 derniers jours.

Cela comprend le temps passé assis au lycée, à la maison, lorsque vous travaillez et pendant votre temps libre. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis à un bureau, chez des amis, à lire, à être assis ou allongé pour regarder la télévision, devant un écran.

Au cours des 7 derniers jours, pendant les jours de semaine, combien de temps, en moyenne, avez-vous passé assis ?

_____ heure(s) _____ minutes

4. Vous sentez-vous limité pour la pratique d'activité physique ? Oui Non

Si oui, qu'elle est la source selon vous de cette limitation (ostéo-articulaire, conséquence ECV ?)

- **Secondaire à votre ECV (asthénie, dyspnée, hémiparésie, etc ...)** : Oui Non

- **Secondaire à une autre pathologie (ostéo-articulaire, asthénie secondaire à un cancer, vertiges, etc...)** ? Oui Non

Habitudes Alimentaires

Un professionnel de santé vous a-t-il conseillé de changer vos habitudes alimentaires ?

Oui Non

Avez-vous amélioré votre alimentation depuis votre évènement cardio-vasculaire ?

Oui Non

Sur une échelle entre 1 et 6, comment évaluez-vous votre satisfaction concernant les conseils délivrés par votre généraliste au sujet du régime alimentaire à adopter et de l'activité physique à pratiquer ? (1 = pas satisfait, 6 = très satisfait)

/6

Mediterranean Diet Score

		Oui	Non
Légumes	>2 tasses (1= 240ml) par jour		
Fruits	2 ou + par jour		
Céréales	2 ou + par jour		
Vin	½ - 1 pour la femme, 1-2 pour l'homme		
Poisson	2 fois ou + par semaine		
Légumineuses / Haricots	2 fois ou + par semaine		
Noix/ Graines	1 main pleine presque tous les jours		
Gras	Huile d'Olive et peu d'autres graisses		
Viande rouge ou transformée	2 fois ou moins par semaine		

Total du Mediterranean Diet Score (OUI = 1, NON = 0) :

/9

FACTEURS DE RISQUES CARDIOVASCULAIRE

Mesures Biométriques

PAS : _____ PAD : _____

Taille : _____ cm

Poids : _____ kg

IMC : _____ kg/m²

Circonférence abdominale : _____ cm

Analyse Biologique

Date : __/__/____ (> 3 mois après l'évènement et datant de moins de 1 an)

Total Cholesterol : _____ mmol/L et _____ mg/dL

LDL-Cholesterol : _____ mmol/L et _____ mg/dL

HDL-Cholesterol : _____ mmol/L et _____ mg/dL

Triglycérides : _____ mmol/L et _____ mg/dL

Glycémie : _____ mmol/L et _____ mg/dL

HbA1c: _____ %

TRAITEMENTS EN COURS

	Oui	Non	Dénomination et Dosage (mg/jour)
Aspirine			
Dipyridamole			
Clopidrogel			
Autre antiagrégant plaquettaire			
Anticoagulant oral			
Héparine			
Bétabloquant			
Statines			
Autre hypolipémiant			
IEC			
ARA II			
Diurétiques			
Autre antihypertenseur			

OBSERVANCE THERAPEUTIQUE

1- Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement pour votre pathologie ? Oui Non

2- Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement pour votre pathologie ? Oui Non

3- Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement pour votre pathologie ? Oui Non

4- Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement pour votre pathologie, arrêtez-vous parfois de le prendre ? Oui Non

5- Une tierce personne vous aide-t-elle à vous rappeler de prendre votre traitement pour votre pathologie ? Oui Non

MODIFICATION DES HABITUDES DE VIE

Sévérité de l'accident cardiovasculaire

Pensez-vous que votre évènement cardiaque/neurologique est un évènement grave de votre vie ? Evaluation selon l'échelle de Lickert entre 1 et 6 (1 = pas grave, 6 = très grave).
/6

Objectifs

- *Vous étiez-vous fixé vos propres objectifs ?* **Oui** **Non**
- *En avez-vous fait part à votre médecin généraliste ?* **Oui** **Non**
- *Vous a-t-il aidé dans la mise en place des objectifs ?* **Oui** **Non**
- *Si oui, quels étaient-ils ?*
- *Sevrage tabagique* **Oui** **Non** **Atteint**
- *Sevrage alcoolique* **Oui** **Non** **Atteint**
- *Perte de poids* **Oui** **Non** **Atteint**
- *Manger de manière équilibrée* **Oui** **Non** **Atteint**
- *Pratiquer régulièrement une activité physique*
Oui **Non** **Atteint**
- *Amélioration du bilan lipidique* **Oui** **Non** **Atteint**
- *Amélioration de l'HbA1c et/ou glycémie à jeun*
Oui **Non** **Atteint**
- *Prendre quotidiennement les médicaments* **Oui** **Non** **Atteint**

Motivation

La prise de ces médicaments, y compris ceux du sevrage alcool-tabagique, a-t-elle une influence positive sur votre volonté de modifier vos modes de vie (activité physique, alimentation, consommation alcoolique et tabagisme) ?

10 SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

ANALYSE DE L'EVOLUTION DE LA CONSOMMATION TABAGIQUE CHEZ LES PATIENTS DE 18 À 85 ANS APRES UN EVENEMENT CARDIOVASCULAIRE

Étude observationnelle descriptive, transversale et multicentrique réalisée en soins premiers
en France dans le cadre de l'étude européenne EUROPREV III.

Introduction : Le tabagisme demeure en France un réel enjeu de santé publique. Malgré l'existence de connaissances scientifiques solides démontrant sa nocivité et la présence de nombreuses mesures réglementaires et préventives, la France reste en 2018 un des pays Européens où la prévalence tabagique est la plus forte avec 31,9% de fumeurs occasionnels chez les 15 - 75 ans. Sa consommation est donc un véritable sujet de prévention primaire, mais aussi secondaire et tertiaire avec près d'un patient tabagique cardiovasculaire sur deux non sevré.

Matériel et Méthode : Étude observationnelle transversale réalisée en soins premiers en France dans le cadre de l'étude européenne EUROPREV III entre décembre 2016 et janvier 2018. Étaient inclus les patients de 18 à 85 ans, ayant un antécédent de maladie cardiovasculaire survenu dans les 6 à 36 mois. Le critère de jugement principal était l'arrêt total du tabac dans les suites de l'événement cardiovasculaire.

Résultats : Quatre-vingt-deux patients ont été inclus. Parmi la population étudiée, 44 avaient un antécédent de tabagisme, et 21 fumaient au moment de l'événement cardiovasculaire. Nous observons une diminution de près de 50% de la proportion de fumeurs dans les suites de l'accident, diminution semblable à celle observée parmi les fumeurs sevrés avant (52,3% sevrés avant versus 47,6% sevrés après, $p = 0,73$). Cependant, l'entrée dans la maladie cardiovasculaire semble participer à la baisse des habitudes de consommation de tabac, avec une diminution significative du nombre de cigarettes consommées chaque jour chez les fumeurs persistants (moyenne de 21,5 cigarettes/ jour vs 7,6 cigarettes/ jour, $p < 0,001$).

Discussion : Cette étude met en avant les difficultés d'arrêt du tabac des fumeurs persistants malgré la survenue d'une maladie grave, avec cependant une diminution significative de leur consommation. Une promotion du conseil minimal et une amélioration des compétences en tabacologie des médecins généralistes, et des soignants en règle générale, permettraient sans doute d'optimiser en soin premier la prise en charge et le suivi de ces patients à risque en prévention primaire, secondaire et tertiaire.

TITRE EN ANGLAIS : Analysis of the evolution of tabagic consumption in patient from 18 to 85 years after a cardiovascular event. Observational cross-sectional study realized in primary care in France between december 2016 and january 2018, as part of the Europrev III European study.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS – CLÉS : Maladie cardiovasculaire, coronaropathie, prévention, tabagisme, soins premiers, éducation.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR : UFR des Sciences Médicales, Université de Bordeaux, 46 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex.