



**HAL**  
open science

# Dépistage des maladies liées au tabagisme en Médecine Générale : élaboration d'un dépistage type par consensus selon la méthode Delphi

Emmanuelle Rousseau

► **To cite this version:**

Emmanuelle Rousseau. Dépistage des maladies liées au tabagisme en Médecine Générale : élaboration d'un dépistage type par consensus selon la méthode Delphi. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03621731

**HAL Id: dumas-03621731**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03621731>**

Submitted on 28 Mar 2022

**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.



U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

THESE POUR L'OBTENTION DU

## **DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Année 2022

Thèse n° 26

Présentée et soutenue publiquement le 10 mars 2022

Par Emmanuelle ROUSSEAU, née le 19 mai 1992 à Clermont-Ferrand (63)

**Dépistage des maladies liées au tabagisme en Médecine Générale**

**Élaboration d'un dépistage type par consensus selon la méthode Delphi**

Directeur de thèse :

**Monsieur le Docteur Philippe CASTERA**

Co-directeur de thèse :

**Madame le Docteur Palina DZERAVIASHKA**

Rapporteur de thèse :

**Monsieur le Professeur Yves MONTARIOL**

Membres du Jury :

**Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH**

Président

**Monsieur le Professeur François ALLA**

Examineur

**Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM**

Examineur





U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

THESE POUR L'OBTENTION DU

## **DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Année 2022

Thèse n° 26

Présentée et soutenue publiquement le 10 mars 2022

Par Emmanuelle ROUSSEAU, née le 19 mai 1992 à Clermont-Ferrand (63)

### **Dépistage des maladies liées au tabagisme en Médecine Générale**

### **Élaboration d'un dépistage type par consensus selon la méthode Delphi**

Directeur de thèse :

**Monsieur le Docteur Philippe CASTERA**

Co-directeur de thèse :

**Madame le Docteur Palina DZERAVIASHKA**

Rapporteur de thèse :

**Monsieur le Professeur Yves MONTARIOL**

Membres du Jury :

**Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH**

Président

**Monsieur le Professeur François ALLA**

Examineur

**Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM**

Examineur

# REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

*Professeur Universitaire de Médecine Générale, directeur du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux,  
Médecin généraliste à Bordeaux,*

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour votre dynamisme au sein du département de médecine générale. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur François ALLA,

*Professeur Universitaire de Santé Publique, directeur-adjoint de l'Ispep (Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement) et responsable de l'équipe « Méthodes pour la recherche interventionnelle en santé des populations »,  
Praticien hospitalier et chef du service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention au CHU de Bordeaux.*

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury et d'apporter votre expertise à cette thèse de médecine générale. Je vous en remercie. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Yves MONTARIOL,

*Professeur Associé de Médecine Générale, Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux,  
Médecin généraliste à Pessac,*

Vous me faites l'honneur de juger ma thèse. Je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse. Je vous remercie d'avoir apporté vos connaissances et votre expérience à la critique de ce travail. Merci pour votre investissement auprès des internes de médecine générale. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Paul VANDERKAM

*Médecin généraliste,*

Je vous remercie d'avoir immédiatement accepté de participer à mon jury et d'avoir contribué à la réalisation de ce travail avec votre participation en tant qu'expert.

À Monsieur le Docteur Philippe CASTERA,

*Ancien Professeur Associé de Médecine Générale, responsable médical général de la coordination régionale addictions de Nouvelle-Aquitaine (COREADD-NA)*

*Médecin généraliste et addictologue,*

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse ainsi que de l'accompagnement que vous m'avez prodigué avec bienveillance. Vous m'avez aidé dès le début de l'internat à Périgueux grâce à vos conseils sur mon portfolio. Je vous témoigne ce jour toute mon admiration pour votre implication dans la formation des jeunes médecins généralistes, pour votre optimisme et pour votre bonne humeur à chaque étape de ce travail.

À Madame le Docteur Palina DZERAVIASHKA,

*Médecin généraliste,*

Je te remercie d'avoir accepté de prendre part à ce travail en me guidant tout du long dans la recherche et la rédaction avec grande réactivité.

Aux médecins qui ont participé à cette étude, Merci pour le temps que vous avez consacré à ce travail, votre considération et pour avoir nourri les questionnaires par vos commentaires. Soyez assurés de ma profonde gratitude.

# TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>9</b>
<b>1 LE TABAGISME, STRATEGIE DE LA LUTTE ANTI-TABAC</b>	<b>9</b>
<b>2 LE TABAGISME, UN ENJEU DE SANTE</b>	<b>10</b>
<b>3 PROBLEMATIQUE</b>	<b>12</b>
<b>4 LE PROJET DEPIST</b>	<b>13</b>
<b>5 QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE NOTRE ETUDE</b>	<b>14</b>
<b>MATERIEL ET METHODES</b>	<b>15</b>
<b>1 PHASE DE REDACTION INITIALE</b>	<b>15</b>
<b>2 PHASE DE RECRUTEMENT DU PANEL D'EXPERTS</b>	<b>17</b>
<b>3 PHASE DES TOURS SUCCESSIFS</b>	<b>17</b>
3.1 PREMIER TOUR	17
3.2 DEUXIEME TOUR	19
<b>4 MESURES ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES</b>	<b>19</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>20</b>
<b>1 LES PATHOLOGIES LIEES AU TABAC ET LEURS MODALITES DE DEPISTAGE : REVUE DE LITTERATURE EN VUE DE L'ELABORATION DU CONTENU DES RECOMMANDATIONS</b>	<b>20</b>
<b>1.1 LE DIABETE DE TYPE 2</b>	<b>20</b>
<b>1.2 LA MALADIE PARODONTALE</b>	<b>21</b>
<b>1.3 LA BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE</b>	<b>22</b>
<b>1.4 CANCER BRONCHO-PULMONAIRE</b>	<b>30</b>
<b>1.5 MALADIES CARDIO-VASCULAIRES : RISQUE CARDIO-VASCULAIRE</b>	<b>34</b>
<b>1.6 MALADIES CARDIO-VASCULAIRES : CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES</b>	<b>36</b>
<b>1.7 MALADIES CARDIO-VASCULAIRES : ANEURISME DE L'AORTE ABDOMINALE</b>	<b>38</b>
<b>1.8 MALADIE CARDIO-VASCULAIRE : ARTERIOPATHIE OBLITERANTE DES MEMBRES INFERIEURS</b>	<b>40</b>
<b>1.9 MALADIE CARDIO-VASCULAIRE : STENOSSES CAROTIDIENNES ET ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL</b>	<b>42</b>
<b>1.10 SYNTHESE POUR LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES</b>	<b>43</b>

<b>1.11 CANCER DE LA VESSIE</b>	<b>47</b>
<b>1.12 CANCER COLORECTAL</b>	<b>48</b>
<b>1.13 CANCER DES VOIES AERO-DIGESTIVES SUPERIEURES</b>	<b>52</b>
<b>1.14 LE CANCER DE L'ŒSOPHAGE</b>	<b>54</b>
<b>1.15 CANCER DU PANCREAS</b>	<b>57</b>
<b>1.16 CANCER DU SEIN</b>	<b>59</b>
<b>1.17 CANCER DU COL DE L'UTERUS</b>	<b>61</b>
<b>2 SYNTHÈSE DES DIFFÉRENTS TOURS DELPHI</b>	<b>63</b>
2.1 ANALYSE DU PREMIER TOUR	65
2.2 ANALYSE DU DEUXIÈME TOUR	82
<b>2.3 ÉLABORATION DE LA VERSION FINALE</b>	<b>87</b>
<u>DISCUSSION</u>	<u>90</u>
<b>1 DISCUSSION DE LA METHODE</b>	<b>90</b>
<b>1.1 LES LIMITES DE LA METHODE</b>	<b>90</b>
<b>1.2 LES FORCES DE LA METHODE</b>	<b>92</b>
<b>2 ANALYSE DES RESULTATS</b>	<b>95</b>
<b>3 LES PERSPECTIVES</b>	<b>99</b>
<u>CONCLUSION</u>	<u>101</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>102</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>114</u>
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	<u>119</u>



# LISTE DES TABLEAUX ET ANNEXES

## LISTE DES TABLEAUX

---

<b>TABLEAU 1 : PROPOSITION DE DEPISTAGE SYSTEMATIQUE CHEZ LE PATIENT FUMEUR</b>	<b>16</b>
<b>TABLEAU 2 : CLASSIFICATION DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE</b>	<b>35</b>
<b>TABLEAU 3 : SCORE DE KAMINSKI</b>	<b>51</b>
<b>TABLEAU 4 : SYNTHESE DES RESULTATS DU PREMIER TOUR</b>	<b>66</b>
<b>TABLEAU 5 : SYNTHESE DES RESULTATS DU DEUXIEME TOUR</b>	<b>83</b>
<b>TABLEAU 6 : CO-CONSOMMATION ET MALADIES A RISQUE</b>	<b>99</b>

## LISTE DES FIGURES

---

<b>FIGURE 1 : FLOW CHART RESUMANT LE DEROULE ET LES RESULTATS DE LA RONDE DELPHI</b>	<b>64</b>
--	-----------

## LISTE DES ANNEXES

---

<b>ANNEXE 1 : COTATION DE L'ECHELLE BDI</b>	<b>114</b>
<b>ANNEXE 2 : SCORE- EUROPEAN LOW RISK CHART</b>	<b>115</b>
<b>ANNEXE 3 : LES INTERVALLES DE SURVEILLANCE DES AAA</b>	<b>116</b>
<b>ANNEXE 4 : FORMULAIRE DU 1ER TOUR GOOGLE FORMS</b>	<b>116</b>
<b>ANNEXE 5 : FORMULAIRE DU 2EME TOUR GOOGLE FORMS</b>	<b>116</b>
<b>ANNEXE 6 : EXTRAIT DU DOCUMENT GRAPHIQUE VERSION INITIALE</b>	<b>117</b>
<b>ANNEXE 7 : EXTRAIT DU DOCUMENT GRAPHIQUE VERSION FINALISEE PAR MME BIOT CELINE</b>	<b>118</b>

# ABREVIATIONS

AAA : Anévrisme de l'aorte abdominale

AIT : Accident ischémique transitoire

ANES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

AOMI : Artériopathie des membres inférieurs

APV : Autoprélèvement vaginal

ATS : American Thoracic Society

AVC : Accident vasculaire cérébral

BD : Bronchodilatateur

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

BRCA : BReast CAncer

CAST : cannabis abuse screening test

CCLAT : Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRDDC : Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers

CV: Cardio-vasculaire

CVF : Capacité Vitale Forcée

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DGS : Direction Générale de la Santé

DT2 : Diabète de Type 2

ECG : Electrocardiogramme

EFR : Epreuve Fonctionnelle Respiratoire

ESC: European Society of Cardiology

ESVS: European Society for Vascular Surgery

FDR : Facteurs de risque

FOGD : Fibroscopie Oeso-Gastro-Duodénale

GOLF : Groupe d'Oncologie de la Société de Pneumologie de Langue Française

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV-HR : Human Papilloma Virus à haut risque  
HTA : Hypertension artérielle  
IFCT : Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique  
IPS : Index de pression systolique  
IRC : Insuffisance Rénale Chronique  
IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion Santé  
IRM : Imagerie par résonance magnétique  
MCV : Maladie cardio-vasculaire  
MMRC : Modified Medical Research Council  
NFS : Numeration Formule Sanguine  
NLST: National Lung Screening Trial  
OD : Odds ratio  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ORL : Oto-rhino-laryngologie  
PA : Paquet-année  
RAND : Research ANd Development  
RCV : Risque cardio-vasculaire  
RGO : Reflux gastro-oesophagien  
RR : Risque Relatif  
SCORE: Systematic Coronary Risk Estimation  
SIT : Société d'Imagerie Thoracique  
TDM FD : tomodensitométrie thoracique à faible dose  
TSA : Troncs supra-aortiques  
TVIM : Tumeurs de la vessie infiltrant le muscle  
TVNIM : Tumeurs de la vessie n'infiltrant pas le muscle  
TVO : Trouble ventilatoire obstructif  
VADS : Voies aéro-digestives supérieures  
VEMS : Volume Expiratoire Maximal par seconde  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# INTRODUCTION

## **1 Le tabagisme, stratégie de la lutte anti-tabac**

Le tabagisme est qualifié « d'épidémie mondiale de tabagisme » par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avec 1,1 milliard de fumeurs. La moitié d'entre eux décéderont de façon prématurée, portant le nombre de morts annuel à 8 millions en 2030. En France, le tabagisme est à l'origine de 75 000 décès par an, faisant du tabac le premier facteur de risque évitable de cancers et de pathologies cardiovasculaires (1). Selon l'OFDT, le coût social du tabac (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production, et coût pour les finances publiques) est d'environ 120 milliards d'euros, en France.

Le programme national de réduction du tabagisme (PNRT 2014-2019) puis le programme de lutte contre le tabac (PNLT 2018-2022) ont dynamisés la lutte contre le tabac, notamment la mise en place d'emballages neutres depuis 2017, le lancement de plusieurs campagnes nationales d'incitation à l'arrêt du tabac, la prise en charge des traitements de substitution nicotinique par l'assurance maladie dans le droit commun, les nouveaux prescripteurs et la création d'un fonds dédié à la lutte contre le tabac (2). Ces actions de santé publique ont été complétées par une taxation accrue des produits du tabac.

Le « Mois sans tabac » a été ainsi lancé depuis 2016 par Santé publique France. C'est un challenge collectif qui revient tous les ans au mois de novembre, et invite à relever le défi d'arrêter la cigarette pendant 30 jours. Les premiers résultats (3) ont montré que :

- Un fumeur quotidien sur 6 a fait une tentative d'arrêt du tabac d'au moins 24 heures.
- Parmi eux, 6% à 10% étaient abstinents depuis au moins 1 an en 2018.

Ces actions semblent être porteuses de premiers résultats prometteurs puisque le tabagisme quotidien a significativement diminué entre 2016 et 2019, pour atteindre 24% en 2019 avec comme objectif une prévalence du tabagisme inférieure à 20% en 2024 (1). Le président de la République s'est exprimé le 4 février 2021 sur la lutte anti-tabac et les objectifs sur les années à venir :

*« Je souhaite que la génération qui aura 20 ans en 2030 soit la première génération sans tabac de l'Histoire récente. Pour ce faire, tous les leviers de dissuasion seront actionnés : le prix, nous*

*avons déjà largement commencé et nous continuerons, l'extension des espaces sans tabac, les campagnes d'information sur sa toxicité pour les êtres mais aussi pour la planète, un meilleur accompagnement de ceux qui arrêtent de fumer comme de ceux qui les y aident. C'est une mobilisation de toute la société que nous engageons. Une mobilisation qui doit commencer, et faire encore davantage, dès l'école, en nous inspirant des plus grandes réussites à l'internationale (4). »*

L'institut national contre le cancer (INCA) a été doté de nouveaux moyens budgétaires et se donne pour objectif de « Faire coexister urgence et temps long, prendre de la hauteur sans perdre de vue le quotidien, viser le progrès pour tous les patients, écouter les attentes, avec l'élaboration de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 (5). » Et ainsi réduire significativement le poids des cancers dans le quotidien des Français.

## **2 Le tabagisme, un enjeu de santé**

Selon l'European Respiratory Society, fumer n'est pas un choix de vie ou une mauvaise habitude, mais un trouble chronique et presque 1 Européen sur 5 est fumeur (6)(7). Une grande étude européenne a montré que seuls 10% des fumeurs ne souhaitaient pas arrêter de fumer (8). En France, près de 2 fumeurs sur 3 souhaitent arrêter de fumer et 97% n'y arrivent pas sans aide (9). L'accompagnement par un professionnel de santé est un des facteurs clés pour arrêter de fumer. Il est plus difficile d'arrêter de fumer que d'arrêter de consommer de l'alcool, du cannabis ou de la cocaïne (9). Ainsi, au Royaume-Uni, un peu moins de la moitié des fumeurs continueront de fumer jusqu'à leur mort. Environ 70% veulent arrêter de fumer dans le futur, 43% ont essayé au cours de la dernière année ; mais seulement 2 à 3% y parviennent (10).

Ainsi si l'objectif idéal est de limiter au maximum le nombre d'années de tabagisme dans la vie d'un fumeur, force est de constater qu'une fois le tabagisme installé, une proportion importante de fumeurs n'arrêteront pas avant d'atteindre la zone à haut risque de diverses pathologies.

On distingue les fumeurs dits « Heavy Chronic Smokers » et les fumeurs que les tabacologues australiens nomment les « Hard-Core Smokers». Ce sont l'envie et l'intention d'arrêter le tabac qui distinguent ces deux populations de fumeurs (11).

Les fumeurs dits « Heavy Chronic Smokers » évoquent leur envie et/ou leur intention d'arrêter le tabac et ont réalisé plusieurs tentatives d'arrêt du tabac avec des aides médicamenteuses et non médicamenteuses. Mais ils n'arrivent pas à arrêter ou reprennent l'usage avec une longue histoire de tabagisme.

Les fumeurs dits « Hard-Core Smokers» sont définis par trois critères (11) :

- Une consommation de plus de 15 cigarettes par jour.
- Pas d'antécédent de prise en charge pour arrêter le tabac dans les 12 derniers mois.
- Pas d'envie ni d'intention d'arrêter le tabac.

Cette dernière population représente un défi car ils semblent moins sensibles aux messages de la lutte antitabac (11). Ces deux populations sont les plus exposées à de nombreuses pathologies notamment cancéreuses et respiratoires.

Le tabagisme serait responsable de 11% de tous les décès par maladies cardiovasculaires (12). Selon le baromètre de santé publique France « Tabac et Cancer » (13), en France, en 2015, chez les adultes âgés de 30 ans et plus, plus de 66 000 cas de cancers sont attribuables au tabac. Le tabac est la cause directe ou un facteur favorisant pour 17 localisations de cancers. Si le cancer du poumon est connu pour être associé au tabac (89 % pour les hommes et 65 % pour les femmes), ce dernier est également un facteur de risque pour de nombreux autres cancers, avec des fractions attribuables variables : cavité nasale, bouche, pharynx, larynx, œsophage, vessie, foie, rein, pancréas, estomac, leucémie, côlon, ovaire, col de l'utérus, sein. Le tabac est également la principale cause de BPCO (85-90% des BPCO sont liées au tabac et 15% des fumeurs développeront une BPCO). Il favorise l'apparition d'un diabète de type 2 de façon dose-dépendante avec un risque à 37%.

### **3 Problématique (14)**

Pour l'OMS, le dépistage a pour objet de déceler les maladies dont sont atteintes les personnes apparemment bien portantes ; ces personnes peuvent ainsi être mises en traitement. Le dépistage est donc une excellente méthode de lutte contre la maladie puisqu'il permet de la détecter dès ses débuts et de la traiter efficacement avec des traitements moins lourds, de manière plus fréquente.

Le dépistage consiste à identifier présomptivement à l'aide de tests, d'exams ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Les tests de dépistage doivent permettre de départager les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic, ce sera le cas ultérieurement avec mise en place d'un traitement si besoin.

On distingue : le dépistage sélectif (certains groupes de population choisis en raison des risques élevés auxquels ils sont exposés, comme par exemple une population de diabétiques ou de travailleurs en contact avec l'amiante), le dépistage de masse (la population sans facteur de risque particulier, comme le dépistage du cancer colo-rectal), le dépistage individuel (une personne sollicite ou se voit proposer un dépistage, comme pour le cancer de la prostate).

Les fumeurs sont une population exposée à des maladies avec des impacts multiples : mortalité, qualité de vie, sociétaux. Des conséquences sur la santé sont nombreuses, graves et documentées. En comparaison, la prévalence du diabète en France est estimée à 5% de la population en 2016 et il entraîne des complications graves à long terme (15). Une stratégie de prévention des maladies liées au diabète est en place avec des recommandations claires pour les médecins généralistes.

« Et pourquoi pas pour la maladie chronique qui est l'addiction au tabac ? ». Il s'agirait d'un dépistage sélectif chez une population exposée à des risques élevés. C'est à partir de cette réflexion qu'est né le projet DÉPIST.

#### **4 Le projet DÉPIST (Dépistage des pathologies induites souvent par le tabac)**

Le projet DÉPIST consiste en l'élaboration d'une stratégie destinée aux médecins généralistes et aux acteurs de santé en lien avec les usagers de tabac, favorisant la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique pour le dépistage des maladies liées au tabac. L'objectif de notre travail est de rassembler et structurer les recommandations existantes afin de faciliter et de structurer ce dépistage en soins primaires.

Un précédent travail de revue systématique de littérature a mis en évidence la pauvreté et les limites des recommandations ainsi que l'absence de consensus clair sur certaines (16). En enrichissant la réflexion à partir des recommandations et pratiques d'autres pays (États-Unis, Europe) et des données existantes de la littérature, notre premier objectif est de rédiger des propositions de recommandations pour faciliter la réalisation de ce dépistage par le plus grand nombre, en soins primaires.

Cette première étape de notre travail consiste ainsi en la rédaction des « *recommandations de bonne pratique* », qui sont définies dans le champ de la santé comme « *des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* ». La deuxième étape consiste à les soumettre à validation par la méthode de consensus Delphi. Les méthodes de consensus sont définies comme une manière de synthétiser l'information et de confronter des avis contradictoires, dans le but de définir le degré de l'accord au sein d'un groupe d'individus sélectionnés. La dernière étape de notre travail consistera enfin en la mise en forme graphique du document qui pourrait être soumis aux professionnels pour la pratique.

Après élaboration de ce document des études de viabilité et d'acceptabilité auprès des médecins généralistes et des patients seront menées dans le cadre d'un financement IREPS/INCA. Le but est d'aboutir à terme à une stratégie de suivi des fumeurs acceptable et viable, implémentable dans les organisations de soins, aussi bien pour les patients que pour les professionnels. Il s'agit de réduire les inégalités de santé liées au tabagisme, quel que soit le gradient social et le territoire. Au-delà de la recherche associée au projet celui-ci sera



également financé par l'Agence Régionale de la Santé de Nouvelle-Aquitaine pour les aspects opérationnels.

## **5 Question de recherche et objectifs de notre étude**

Notre question de recherche est ainsi :

« Quelles recommandations font le consensus des experts pour le dépistage des pathologies induites souvent par le tabac en soins primaires ? »

**L'objectif principal** est d'élaborer un consensus par méthodologie Delphi sur le contenu des recommandations pour le dépistage des maladies liées à l'usage du tabac chez les patients fumeurs, destiné à la pratique en soins primaires.

**L'objectif secondaire** est de produire un document reprenant les recommandations pour la deuxième phase du projet DÉPIST.

# MATERIEL ET METHODES

Pour répondre à notre question de recherche et à nos objectifs, nous allons mener une étude qualitative de consensus d'expert dématérialisée selon la méthode Delphi (17). La méthode Delphi est une méthode de recherche qualitative qui rassemble l'avis d'experts par l'intermédiaire de tours successifs de questionnaires, afin d'obtenir un consensus. Pour chaque réponse, la valeur médiane des cotations est calculée afin de valider, d'exclure ou de rediscuter de la proposition. A la fin, les résultats sont synthétisés dans le but de créer une fiche protocolaire « pratique » élaborée à partir du consensus obtenu par les participants.

Nous allons procéder en plusieurs phases :

- Phase de rédaction des recommandations
- Phase de recrutement du panel d'experts
- Phase des tours successifs avec analyse des réponses après chaque tour

## **1 Phase de rédaction initiale**

La première étape va consister à établir le contenu du premier tour grâce à un travail bibliographique. Pour rédiger les recommandations pour ce premier tour, nous allons partir du travail de revue de la littérature mené par BOUR et LATASTE en 2020 (voir Tableau 1) (16).

Tableau 1 - Proposition de dépistage systématique chez le patient fumeur (16).

PATHOLOGIES	DEPISTAGE RECOMMANDE
Anévrisme de l'aorte abdominale	Échographie-doppler unique entre 65 et 75 ans chez l'homme Dépistage opportuniste ciblé
AOMI	IPS en cas de RCV élevé (diagnostic si <0,90) Dépistage individuel
Risque Cardiovasculaire	Estimation du risque cardio-vasculaire dès 40 ans chez l'homme et 50 ans chez la femme, tous les 5 ans jusqu'à 65 ans avec le système SCORE : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise de TA</li> <li>• Biologie avec EAL et GAJ</li> </ul>
Cancers des VADS	Recherche précoce de cas par examen clinique régulier et minutieux à la recherche de signes fonctionnels
BPCO	Questionnaire à la recherche de signes évocateurs permettant de suspecter une BPCO et d'orienter vers une spirométrie
Cancer Pulmonaire	Dépistage par TDM thoracique FD dans un futur proche ?
Cancer colo-rectal	Coloscopie si score de Kaminski > 5 (Tabac >11 PA = 1 point)
Diabète	Glycémie à jeun tous les 1 à 3 ans si plus de 45 ans

Ce travail donne des recommandations pour chaque maladie liée au tabagisme chronique, mais des données restent manquantes notamment les âges de début de dépistage, la fréquence de réalisation. Afin d'aller plus loin et de préciser ces recommandations, nous allons réaliser une recherche documentaire sur chaque maladie liée au tabagisme.

Cette recherche permettra de rédiger la première version du questionnaire via Google Forms ©. Nous présenterons dans la première partie des résultats les détails de cette recherche qui nous aura permis de rédiger le questionnaire présenté à notre groupe d'experts.

Le questionnaire sera composé de 14 items :

- 1 item sur la proposition d'une consultation annuelle.
- 5 items sur les maladies liées au tabac non cancéreuses : la maladie parodontale, la BPCO, le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires (regroupant la cardiopathie ischémique, la sténose carotidienne et l'AOMI), l'anévrisme de l'aorte abdominale.
- 8 items sur les maladies liées au tabac cancéreuses : cancer broncho-pulmonaire, cancer de la vessie, cancer des VADS, cancer de l'œsophage, cancer du pancréas, cancer colo-rectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus.

## **2 Phase de recrutement du panel d'experts**

Selon la littérature il est nécessaire de composer un panel constitué de 10 à 15 experts (18) (19). En estimant à 50% le taux de participation, nous avons prévu de solliciter une trentaine d'experts d'après leur compétence dans le domaine des soins primaires et/ou tabagisme. Il est prévu que les experts soient médecins généralistes. Certains avec une compétence complémentaire en addictologie/tabacologie, et d'autres seront généralistes enseignants. Il est prévu de les contacter par courriel (e-mail). Les experts qui donneront leur accord pour participer, recevront un courriel individualisé les invitant à répondre au questionnaire en ligne sur la plateforme Google Forms ©.

## **3 Phase des tours successifs**

### **3.1 Premier tour**

Pour chacun des 14 items nous avons construit une notation par une échelle de cotation numérique de 1 à 9. La valeur 1 correspond à « Pas du tout d'accord » et la valeur 9 correspond à « Tout à fait d'accord ». Pour chaque réponse inférieure à 7, il sera suggéré aux participants de laisser un commentaire non obligatoire expliquant leur désaccord et de soumettre, s'ils le jugent nécessaire, une proposition plus adaptée.

Pour l'analyse des résultats nous allons utiliser les règles de la fondation RAND (20)(21). Selon la fondation RAND, le consensus est obtenu d'une part en fonction du positionnement de la médiane et d'autre part selon le degré d'accord entre les experts évalué par la dispersion des

cotations du groupe. Le désaccord est défini lorsqu'au moins 30% des cotations étaient situées dans l'intervalle [1-3] et 30% des cotations dans l'intervalle [6-9].

Une proposition sera jugée :

- « **Acceptée** » si la valeur médiane des réponses obtenues est strictement supérieure à 7 et en l'absence de désaccord ;
- « **Pas acceptée** » si la valeur médiane des réponses obtenues est inférieure ou égale à 7 ou en présence de désaccord.

L'analyse quantitative des réponses aux échelles numériques permettra de statuer sur l'obtention d'un consensus sur la pertinence d'intégrer un item et sur la formulation de son contenu.

Les experts auront la possibilité de laisser des commentaires pour chaque proposition. Les commentaires de chaque expert seront analysés par trois investigateurs (Pr Philippe CASTERA, Dr Palina DZERAVIASHKA et Emmanuelle ROUSSEAU). Une nouvelle formulation prenant en compte l'ensemble des suggestions sera alors proposée. En cas de propositions non compatibles et d'apparition d'éléments nouveaux, les experts en seront informés au tour suivant afin de se positionner en fonction.

Après analyse quantitative (selon les règles de la fondation RAND) et qualitative (analyse des commentaires) :

- Soit la proposition sera jugée « acceptée » selon les critères RAND mais l'analyse des commentaires aboutira sur un changement de la proposition. La proposition sera alors proposée sous la forme de choix entre la version 1 et version 2 au deuxième tour.
- Soit la proposition sera jugée « acceptée » selon les critères RAND et l'analyse des commentaires n'entraînera pas de modification. La proposition sera alors considérée « acceptée » et non soumise au deuxième tour.
- Soit la proposition sera jugée « pas acceptée » selon les critères RAND. La proposition sera soumise au deuxième tour après modification selon les commentaires des experts.

### 3.2 Deuxième tour

Les mêmes règles d'analyse de cotations qu'au 1er tour seront appliquées. Afin de conclure l'analyse, l'obtention du consensus final sera définie selon le critère suivant : une proposition obtient le consensus final si la médiane est supérieure à 7 lors du 2ème tour.

## 4 Mesures éthiques et réglementaires

Le recueil des données sera strictement anonyme et n'engagera pas d'information impliquant des personnes humaines. L'étude ne nécessitera pas de demande préalable auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). En accord avec la loi Jardé de novembre 2016 et son arrêté de mai 2017 sur la recherche impliquant la personne humaine, une déclaration au Comité de Protection des Personnes (CPP) ne sera pas nécessaire.

# RESULTATS

## **1 Les pathologies liées au tabac et leurs modalités de dépistage : revue de littérature en vue de l'élaboration du contenu des recommandations**

Il existe de nombreuses maladies cancéreuses ou non dont le tabagisme augmente la prévalence et peu d'organes sont épargnés. Nous avons inclus les maladies :

- Avec une prévalence augmentée établie chez le fumeur ;
- Avec un fort impact médical (décès, qualité de vie) et économique (coût pour la société des soins de ces maladies à des stades sévères) ;
- Avec une clinique ou des examens paracliniques permettant son dépistage plus précoce.

Nous avons exclu les maladies avec un faible niveau de preuve de l'impact du tabagisme dans son développement et les maladies rares.

Nous distinguons trois types de maladies liées au tabagisme :

- Les maladies non cancéreuses : BPCO, diabète de type 2, maladie parodontale.
- Les maladies cardiovasculaires : cardiopathie ischémique, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral, l'anévrisme de l'aorte abdominale.
- Les maladies cancéreuses : broncho-pulmonaire, vessie, œsophage, VADS, pancréas et colon qui sont les principaux connus et bien admis. Il nous a paru important d'ajouter la prévention des cancers féminins du sein et du col de l'utérus pour lesquels un dépistage organisé existe déjà, car le tabagisme est associé à un taux plus faible de participation aux dépistages (22) (23).

### **1.1 Le diabète de type 2**

Il existe un lien très probable entre le tabagisme et l'accumulation de graisse viscérale qui fait le lit du syndrome métabolique associant de façon variable diabète de type 2 (DT2), hypertension artérielle (HTA), hypertriglycémie à jeun et postprandiale, baisse du HDL-Cholestérol, état pro-thrombotique, dans un contexte d'insulino-résistance. En effet si le

fumeur présente en moyenne un poids inférieur à celui du non-fumeur, il présente en revanche un excès de tissu adipeux abdominal avec un rapport taille/hanches plus élevé qui s'associe à une insulino-résistance dont témoigne une hyperinsulinémie (24). Cette répartition androïde des graisses chez le fumeur est favorisée par un effet anti-oestrogène de la nicotine. L'insulino-résistance tant en aigu qu'en chronique est réversible lors de l'arrêt du tabagisme.

Sur des données initialement transversales et/ou rétrospectives il a été confirmé prospectivement **que le risque relatif de DT2 était 1,5 à 3 fois supérieur chez les fumeurs que chez les non-fumeurs et ce de manière dose dépendante** (25). L'HbA1c est plus élevé chez les fumeurs actifs (+ 0.1 %) non DT2 et les ex-fumeurs (+ 0.03 %) que chez les non-fumeurs (26).

La recommandation de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2015 préconise la réalisation d'une glycémie à jeun tous les 1 à 3 ans chez les sujets âgés de plus de 45 ans avec plus d'un facteur de risque (FDR) ou marqueur de risque dont le tabac. Cette recommandation prend en compte le facteur tabac dans un ensemble de facteurs définissant le risque cardio-vasculaire (voir Tableau 2).

Cette recherche a permis d'aboutir à la rédaction de la proposition suivante qui sera soumise à la ronde Delphi.

Dépistage d'un diabète de type 2 par une glycémie à jeun annuelle dès l'âge de 45 ans.
--

## 1.2 La maladie parodontale

Le tabagisme chronique, par ses effets sur l'équilibre biologique du milieu buccal (hyper ou hyposialie, déséquilibre de la flore bactérienne, diminution de la vascularisation de la gencive) est un facteur de risque de la maladie parodontale, aussi bien dans son apparition que dans sa progression et sa non-réponse au traitement. Il ralentit la guérison des plaies consécutives au détartrage, au curetage parodontal, à une chirurgie du parodonte ou aux extractions dentaires. Les substances chimiques présentes dans la fumée du tabac sont responsables de la mélanose du fumeur, liée à une production excessive de mélanine au niveau de la



muqueuse buccale. Elle est asymptomatique et réversible en plusieurs années après l'arrêt du tabagisme (27).

L'union française de la santé buccodentaire a réalisé un travail d'analyse de la littérature internationale afin de rédiger de nouvelles recommandations dans les stratégies de prévention (28). Désormais, le suivi est recommandé de manière générale tous les ans et non plus tous les six mois, le suivi au cabinet dentaire démarre dès l'âge de 1 an et comporte des rendez-vous incontournables à certains âges clés de la vie. L'enjeu à 35 et 55 ans est d'intercepter les maladies parodontales mais également de procéder à un bilan carieux et à une prévention des cancers buccaux (28).

Cette recherche a permis d'aboutir à la rédaction de la proposition suivante qui sera soumise à la ronde Delphi.

Proposer une prévention de la maladie parodontale par une consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste et un dépistage systématique à 35 ans et 55 ans

### 1.3 La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

#### La maladie

La BPCO est une maladie respiratoire chronique fréquente, qui peut être prévenue et traitée. Elle se définit par l'existence de symptômes respiratoires chroniques (au moins un parmi toux, expectoration, dyspnée d'exercice, infections respiratoires basses répétées ou traînantes) et d'une obstruction permanente et progressive des voies aériennes = trouble ventilatoire obstructif (TVO) non complètement réversible. Cette obstruction est causée par l'association, variable selon les patients, d'une diminution du calibre des bronchioles du fait de modifications anatomiques (remodelage) et d'une destruction des alvéoles pulmonaires (emphysème). Il s'y associe une réponse inflammatoire pulmonaire anormale à des toxiques inhalés (tabac, polluants...). Le diagnostic de TVO requiert obligatoirement une spirométrie avec mesure du volume expiratoire maximal à la première seconde (VEMS) et de la capacité vitale forcée (CVF) avant et après administration de bronchodilatateurs (BD).

Le tabagisme est la principale cause de BPCO : 85 à 90% des cas de BPCO sont liés au tabac, 15 à 20 % des fumeurs développent une BPCO. Même si le tabac est le facteur de risque le plus étudié, il n'est pas le seul. Plusieurs études longitudinales (29) sur la BPCO ont suivi des groupes et des populations sur des longues périodes (jusqu'à 20 ans), mais aucune n'a suivi la progression de la maladie tout au long de son évolution, ni inclus les périodes pré et périnatales. Ainsi, la compréhension actuelle des facteurs de risque de la BPCO est encore incomplète à bien des égards. La BPCO résulte d'une interaction complexe entre les gènes et l'environnement. Il en résulte que le tabagisme est le principal facteur environnemental mais il n'est pas suffisant car moins de 50% des gros fumeurs développeront une BPCO au cours de leur vie : il existe donc probablement des facteurs génétiques (ex. déficit en alpha-1-antitrypsine, facteur de risque génétique le plus documenté) et d'autres facteurs environnementaux impliqués (dont la pollution ou les expositions professionnelles) (30).

Il ressort que **85% des BPCO surviennent chez des fumeurs ou des anciens fumeurs pour des consommations supérieures à 20 paquets/années chez l'homme et supérieures à 15 paquets/années chez la femme** (27).

La définition est clinique : toux et expectoration chroniques (au moins 3 mois par an et depuis au moins deux années consécutives), sans autre cause identifiée. La dyspnée est le symptôme majeur de la BPCO, elle est progressive et induit une réduction de l'activité physique quotidienne. La plupart des patients ne la perçoivent pas, en conséquence entre 66 et 90% des personnes atteintes ne sont pas diagnostiqués (31). La présence d'une bronchite chronique doit faire rechercher une BPCO par une spirométrie. Le diagnostic est retenu si le rapport VEMS/ CVF est < 70 % après administration d'un bronchodilatateur (32).

Les données épidémiologiques sont peu nombreuses : la prévalence est difficile à estimer en raison du sous-diagnostic et de la difficulté à réaliser des épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR) dans le cadre d'études épidémiologiques (33). Elle est à l'origine d'une importante morbidité, mortalité et d'un taux d'invalidité important ainsi que d'un coût économique et social croissant dans les pays développés. Dans les prochaines années, elle sera la 3<sup>e</sup> cause de mortalité dans le monde (34). Les principales causes de mortalité chez les patients atteints de

BPCO sont l'insuffisance respiratoire, les maladies cardio-vasculaires et les cancers (en particulier le cancer bronchique) (32).

Des études ont montré que le fait de dépister la BPCO peut conduire chez le médecin généraliste, à une modification de ses pratiques et, chez le patient, à un sevrage du tabac (35)(36). L'étude de Dales et al. (37) a analysé le comportement de médecins généralistes canadiens avant et après les résultats des EFR, 15% des médecins généralistes avaient modifié leur prise en charge. Il s'agit d'une donnée importante pouvant faire suggérer qu'inciter les médecins généralistes à dépister les pathologies induites par le tabac les amène à être plus pro-actifs pour inciter leurs patients à arrêter de fumer. Ceci suggère aussi que ce dépistage est incitatif à l'arrêt du tabac chez le fumeur.

### Synthèse des recommandations de dépistage

D'après le travail de revue de littérature (16) il n'est pas démontré qu'un dépistage au stade asymptomatique est bénéfique pour le patient en termes de résultats sur la qualité de vie ou l'évolution des symptômes, c'est pourquoi il n'est pas recommandé. Le rapport coût-efficacité est en revanche en faveur d'un diagnostic précoce via une recherche active de cas, par questionnaire, ou d'un dépistage opportuniste ciblé lors d'un contact médical, chez des patients identifiés : âge et exposition à un facteur de risque, avec symptôme(s). Puis confirmer le diagnostic par une spirométrie.

**Il apparaît que cibler les patients à haut risque (dont les fumeurs) et pré-dépister avec un questionnaire serait plus performant** (38). On peut citer une étude publiée en 2016 qui conclut que la recherche active de cas par envoi d'un questionnaire permet de diagnostiquer un nombre significativement plus élevé de BPCO comparé au dépistage opportuniste, avec un rapport coût-efficacité favorable (39). La Primary Care Respiratory Society et GOLD font référence à l'utilisation de tels questionnaires.

Des scores de risque ont également été développés comme le TargetCOPD score, comprenant âge, statut tabagique, dyspnée, prescription de salbutamol et antibiotique, avec des résultats intéressants (40). On peut également citer le COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

Population Screener Questionnaire, le Lung Function Questionnaire et le Canada Lung Health Test. Ils n'étaient pas cités dans les recommandations que nous avons parcourues.

Un auto-questionnaire de dépistage a été adapté du GOLD 2014 par la HAS (41). **La réponse positive à trois des questions du Questionnaire HAS/GOLD 2014 à la recherche de signes évocateurs permet de suspecter une BPCO et doit conduire à confirmer le diagnostic par une spirométrie** (reproductible, non-invasive, facilement disponible et fiable si le matériel est adéquat et le personnel formé). Le diagnostic est retenu si le rapport VEMS/ CVF est < 70 % après administration d'un bronchodilatateur.

#### Le Questionnaire HAS/GOLD 2014 :

- Toussez-vous tous les jours ?
- Avez-vous souvent une toux grasse qui ramène des crachats ?
- Êtes-vous plus souvent essoufflé que les personnes de votre âge ?
- Avez-vous plus de 40 ans ?
- Avez-vous fumé ou fumez-vous ?

La question « avez-vous fumé ou fumez-vous ? » est peu précise. Le COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) Population Screener Questionnaire précise « avez-vous fumé au moins 100 cigarettes dans votre vie ».

Une étude française de 2012 (42) a étudié le dépistage ciblé sur les facteurs de risque de la BPCO par minispirométrie électronique portable en médecine générale. Parmi cette population ciblée certains étaient asymptomatiques et d'autres présentaient des symptômes respiratoires. Parmi eux, 46,9% avaient un test perturbé nécessitant un avis pneumologique et chez 13,9% le dépistage de BPCO pouvait être porté en minispirométrie. Le temps de réalisation de l'examen durant la consultation entre les explications et la mesure représentait en moyenne 2,7 minutes mais nécessitait une formation afin d'obtenir des mesures fiables dans un temps acceptable durant la consultation. L'utilisation de la minispirométrie en soins primaires peut permettre d'augmenter le nombre de patients adressés au pneumologue et à un stade de BPCO plus précoce.

Cette étude a permis de dégager une donnée concernant les facteurs de risque de BPCO, à savoir le nombre d'années d'exposition au tabac favorisant cette maladie. Une exposition moyenne supérieure ou égale à 30 PA apparaît dans cette étude. Parmi les critères d'inclusion, il était retenu un âge entre 40 et 75 ans et un tabagisme supérieur ou égal à 10 PA. Il existe peu d'études étudiant la prévalence de la BPCO en fonction du nombre de PA. D'ailleurs cette notion de quantité de tabagisme dans le repérage de la BPCO a été supprimée dans le dernier guide du parcours de soins sur la BPCO rédigé par la HAS.

Le choix de l'âge de 40 ans pour la population cible a été retenu dans cette même étude et retenu également par la HAS dans le « Questionnaire HAS/GOLD ». Car la BPCO affecte essentiellement les individus adultes de plus de 40 ans.

### En pratique

La recommandation actuelle par la HAS est donc un dépistage individuel ciblé, il consiste en un questionnaire HAS/GOLD 2014 et la réalisation d'une spirométrie (par le médecin généraliste formé ou le pneumologue) si trois réponses positives parmi cinq questions.

- Toussez-vous tous les jours ?
- Avez-vous souvent une toux grasse qui ramène des crachats ?
- Êtes-vous plus souvent essoufflé que les personnes de votre âge ?
- Avez-vous plus de 40 ans ?
- Avez-vous fumé ou fumez-vous ?

Notre projet de dépistage s'adresse aux fumeurs, donc la réponse à « Avez-vous fumé ou fumez-vous ? » est positive. Puisque l'âge de 40 ans est un âge de limite inférieure, on pourrait simplifier la recommandation telle que :

3 questions à tous fumeurs âgés de plus de 40 ans

- Toussez-vous tous les jours ?
- Avez-vous souvent une toux grasse qui ramène des crachats ?
- Êtes-vous plus souvent essoufflé que les personnes de votre âge ?

Une réponse positive conduisant à la réalisation d'une spirométrie.

Afin d'être plus précis dans la réalisation de notre projet de dépistage et notamment pour faciliter sa réalisation, nous avons voulu répondre à trois questions :

- Peut-on préciser l'item sur l'essoufflement à l'aide d'une échelle précise et reproductible ?
- Peut-on chercher à débiter le dépistage en fonction du nombre de PA et non en fonction de l'âge ?
- A quelle fréquence faire le questionnaire ?

La première question, « êtes-vous plus souvent essoufflé que les personnes de votre âge ? » nous semblait imprécise. La dyspnée est définie selon l'American Thoracic Society (ATS) comme « une expérience subjective d'un inconfort respiratoire composé de sensations qualitativement distinctes et d'intensité variable ». Il n'existe pas d'échelle pour dépister une dyspnée mais il en existe pour évaluer le stade. Entre les années 1990 et maintenant, nous sommes passés de 12 à 30 outils d'évaluation de la dyspnée. La dyspnée s'articule dans trois dimensions (43) :

- La perception : échelle de Borg modifiée ; EVA ; Dyspnea 12.
- L'émotion
- La fonction (l'impact) : échelle MMRC, échelle de Sadoul, échelle BDI-TDI

L'échelle MMRC (Modified Medical Research Council) (44):

- Stade 0 : dyspnée pour les efforts soutenus (montée 2 étages).
- Stade 1 : dyspnée lors de la marche rapide ou en pente.
- Stade 2 : dyspnée à la marche sur terrain plat en suivant quelqu'un de son âge ou obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle en marchant sur terrain plat à son propre rythme.
- Stade 3 : dyspnée obligeant à s'arrêter pour reprendre son souffle après quelques minutes ou une centaine de mètres sur terrain plat.
- Stade 4 : dyspnée au moindre effort de la vie courante (habillage, déshabillage). Trop essoufflé pour quitter le domicile.

Avantage : échelle unidimensionnelle, très bonne reproductibilité inter-observateurs

### L'échelle de Sadoul et Polu (43):

- Stade 1 : essoufflement pour des efforts importants ou au-delà du 2<sup>ème</sup> étage.
- Stade 2 : essoufflé au 1<sup>er</sup> étage, à la marche rapide ou en légère pente.
- Stade 3 : essoufflé à la marche normale en terrain plat.
- Stade 4 : essoufflé à la marche lente.
- Stade 5 : essoufflé au repos.

### L'échelle BDI, d'après Aaron et coll. (45) (voir Annexe 1)

A l'aide des échelles précédemment décrites, on pourrait imaginer préciser la question « êtes-vous plus souvent essoufflé que les personnes de votre âge ? » par un ou plusieurs items de ces échelles.

Notre deuxième question était l'évaluation du tabagisme en nombre de PA. Parmi les éléments actualisés en 2019 par rapport à la version de 2014 du « guide du parcours de soins de la BPCO » par la HAS, on note la suppression de la quantité du tabagisme à risque de BPCO. Dans l'actualisation de 2015 du référentiel de pratiques sur le dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac, il est mentionné que 85% des BPCO surviennent chez des fumeurs ou des anciens fumeurs pour des consommations **supérieures à 20 paquets/années chez l'homme et à 15 paquets/années chez la femme**. Il est aujourd'hui identifié que le nombre d'années de tabagisme a plus d'impact que la quantité fumée. Ainsi le dimensionnement en paquets/années est aujourd'hui remis en cause. Par exemple, un fumeur de 5 cigarettes par jour durant 40 ans, n'aura que 10 paquets-années, ce qui serait faussement rassurant.

La troisième question était la fréquence de réalisation du questionnaire qui n'est pas précisée par les recommandations de la HAS. Sur un plan pratique, sans données solides dans la littérature, une fréquence de repérage annuelle paraît pertinente, étant donné le faible coût de la passation d'un questionnaire très court, et l'opportunité qu'il donne d'évoquer la question du tabagisme avec son patient.

Cette recherche a permis d'aboutir à la rédaction de la proposition suivante qui sera soumise à la ronde Delphi.

Trois questions à tous fumeurs âgés de plus de 40 ans, ***une fois par an***

- Toussez-vous tous les jours ?
- Avez-vous souvent une toux grasse qui ramène des crachats ?
- Êtes-vous plus souvent essoufflé que les personnes de votre âge ? (***en précisant : êtes-vous capable de monter 2 étages ou monter une forte côte sans être essoufflé ?***)

Une réponse positive conduisant à la réalisation d'une spirométrie.

On peut également s'interroger sur les moins de 40 ans, car à cet âge le tabagisme a souvent une ancienneté de l'ordre de 25 ans. La passation du questionnaire dès l'âge de 30 ou 35 ans pourrait se justifier et restera à l'appréciation de chaque médecin.

#### *L'impact de la consommation associée de cannabis*

Le cannabis, lorsqu'il est consommé avec du tabac, expose l'organisme aux méfaits conjugués des produits contenus dans les deux fumées. À quantité égale, les compositions, gazeuse et particulaire, de la fumée de cannabis pur et de tabac pur sont relativement comparables. En effet, les fumées issues de la combustion du cannabis et du tabac contiennent les mêmes substances toxiques : irritants, hydrocarbures aromatiques polycycliques, goudrons, benzène etc. De même, le diamètre moyen des particules de la fumée de cannabis et de tabac est identique (environ 0,5 µm) (46).

Comparativement aux fumeurs de tabac, les personnes qui fument du cannabis ont tendance à inhaler plus profondément et plus longtemps et à fumer des « joints » sans filtre, plus près du bout et à une température de combustion plus élevée (47). Il en résulte une absorption de produits toxiques plus importante et la réaction inflammatoire bronchique avec hypersécrétion et lésions de bronchite chronique est amplifiée. De ce fait, les fumeurs de cannabis et tabac sont encore plus exposés au risque de maladies liées à leur tabagisme (46).



## 1.4 Cancer broncho-pulmonaire

### La maladie

En France, 46 300 nouveaux cas et 33 117 décès sur l'année 2018 élèvent cette pathologie au 2<sup>ème</sup> rang des cancers masculins et au 3<sup>ème</sup> rang des cancers féminins. Il s'agit de la 1<sup>ère</sup> cause de décès chez l'homme entre 45 et 64 ans et la 2<sup>ème</sup> cause de décès par cancer chez la femme après le cancer du sein. L'incidence des cancers broncho-pulmonaires est en forte augmentation chez la femme. **Le tabac est le principal facteur de risque de ce cancer (dans 90% des cas).** L'âge médian au diagnostic est de 67 ans chez l'homme et de 65 ans chez la femme (48)(49).

La présentation clinique est souvent peu spécifique, toute hémoptysie ou autre symptomatologie thoracique persistante ou résistante au traitement (toux, dyspnée), en particulier chez un patient fumeur ou ancien fumeur, doit faire évoquer le diagnostic de cancer broncho-pulmonaire. Et doivent conduire à la réalisation d'un bilan initial (49):

- Une biologie
- Une imagerie : Radiographie de thorax face et profil et/ou TDM thoracique avec injection de produit de contraste avec coupes abdominales supérieures si fortes suspicions.

La confirmation du diagnostic repose sur l'anatomopathologie (par fibroscopie ou ponction sous scanner ou autres en fonction de la clinique). Les deux principaux types histologiques sont (49):

- **Les cancers broncho-pulmonaires non à petites cellules (CBNPC)** dans 85% des cas. Il en existe trois sous types fréquents : adénocarcinome ; carcinome épidermoïde et carcinome à grandes cellules.
- **Les cancers broncho-pulmonaires à petites cellules (CBPC)** dans 15% des cas. La recherche de mutations et translocations EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) et ALK (Anaplastic Lymphoma Kinase), ainsi que KRAS, BRAF et HER2, est alors effectuée.

Principaux stades pour un CBNC :

- Stade localisé (I et II)

- Stade localement avancé (III)
- Stade métastatique (IV)

Le médecin généraliste a un rôle majeur et central dans la vigilance devant une symptomatologie qui peut être banale et non spécifique afin de permettre un diagnostic précoce et donc une chirurgie curatrice. Malheureusement, ils sont souvent diagnostiqués à un stade avancé de la maladie et restent de mauvais pronostic (40-55% à un stade métastatique pour les cancers du poumon non à petites cellules). La survie nette à 5 ans est estimée à 17% (49).

### Synthèse des recommandations de dépistage

#### Quel serait l'outil de dépistage (50) ?

Il existe deux principaux essais sur le **dépistage par tomодensitométrie thoracique à faible dose** (TDM FD) : le National Lung Screening Trial (NLST) en 2011 (51) et l'essai européen NELSON en 2020 (52). La TDM FD est un examen irradiant : la dose moyenne délivrée est de 1,5 mSv. Pour comparaison, les doses délivrées au cours :

- D'une TDM conventionnelle : 8 mSv
- D'une mammographie : 0,4 mSv
- D'une radiographie pulmonaire : 0,05 mSv

L'étude NELSON (52) a montré que 69% des cancers étaient diagnostiqués aux stades IA et IB contre 70% aux stades IV et V dans le bras contrôle sans dépistage. A dix ans, l'étude montre une réduction de la mortalité par cancer du poumon de 24% chez les hommes et de 33% chez les femmes, en comparaison avec l'absence de dépistage.

#### Quelle population cibler par le dépistage (50) ?

Les critères d'inclusion de l'étude NELSON sont les fumeurs actuels (définis comme ayant fumé des cigarettes dans les deux dernières semaines) ou anciens fumeurs (arrêt inférieur ou égal à 10 ans) avec un tabagisme supérieur ou égal à 15 cigarettes par jour pendant  $\geq 25$  ans ou tabagisme supérieur ou égal à 10 cigarettes par jour pendant  $\geq 30$  ans. Les caractéristiques de base des participants masculins ont montré un âge médian de 58 ans et une durée de tabagisme à 38 PA.

En 2013, un groupe d'experts français émanant de l'Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique (IFCT), du Groupe d'Oncologie de la Société de Pneumologie de Langue Française (GOLF) et de la Société d'Imagerie Thoracique (SIT), s'est positionné en faveur du dépistage opportuniste du cancer pulmonaire chez les patients éligibles NLST avec interprétation NELSON. Ils s'appuient sur les résultats de niveau de preuve très élevé de l'essai NLST, et suggèrent d'en suivre les critères de sélection : patients âgés de 50 à 74 ans (50):

- Fumeurs actuels (définis par ayant fumé des cigarettes au cours des deux dernières semaines)
- Anciens fumeurs (définis par ayant cessé de fumer depuis moins de 10 ans) :
  - Plus de 15 cigarettes par jour pendant plus de 25 ans
  - Plus de 10 cigarettes par jour pendant plus de 30 ans

#### A quelle fréquence réaliser le dépistage ?

Dans l'étude NELSON les participants ont été dépistés par une TDM à T0, année 1 puis année 3 et année 5,5 contre tous les ans dans l'étude NLST, sans perte d'efficacité. L'espacement de deux ans et demie donne lieu à davantage de cancers d'intervalle, tandis que l'étude MILD (53) valide un espacement de deux ans, pour obtenir la même réduction de mortalité qu'avec un scanner annuel. Un excès de cancers est observé dans le bras dépistage de l'étude NELSON, mais les auteurs observent qu'il faut un suivi plus long pour évaluer la proportion de surdiagnostic, qui ne devrait pas dépasser 9%. Par rapport à l'étude NLST, l'étude NELSON a diminué le nombre de faux positifs en réalisant une nouvelle TDM à trois mois devant des nodules dits « intermédiaires » afin de calculer le temps de doublement.

Depuis 2012, aux États-Unis les recommandations en vigueur préconisent un dépistage annuel. Le Cancer Care Ontario recommande une TDM thoracique FD annuelle pendant 2 ans puis tous les 2 ans si scanner négatif.

#### En pratique

Aux États-Unis, il est recommandé la réalisation d'une TDM FD tous les ans chez les fumeurs entre 55 et 80 ans avec un tabagisme supérieur ou égal à 30 PA et un arrêt datant de moins de 15 ans.

En Europe, les résultats principaux de l'étude NELSON sont la confirmation que le dépistage réduit la mortalité par cancer du poumon, au prix d'un nombre très faible de faux positifs et avec un effet bénéfique plus prononcé chez les femmes. Dernier point renforcé par l'étude allemande LUSI, publiée en juin 2019 (54).

En France, après avoir conclu en 2016 à l'absence de conditions réunies pour organiser le dépistage par TDM FD, la Haute Autorité de Santé a finalement inscrit de nouveau la question du dépistage du cancer du poumon a son programme de travail pour 2019 (50).

Cette recherche a conduit à la rédaction de la proposition suivante, qui sera soumise à la ronde Delphi :

Une tomodensitométrie thoracique à faible dose (TDM FD) tous les deux ans entre 50 et 74 ans, pour tout fumeur actuel ou ayant arrêté il y a moins de 10 ans, ayant fumé plus de 10 cigarettes par jour pendant au moins 30 ans, ou plus de 15 cigarettes par jour pendant au moins 25 ans.

Bien sûr la présence d'une BPCO ou la présence de symptômes, peuvent amener à proposer cet examen de façon anticipée.

#### *L'impact de la consommation associée de cannabis*

Une méta-analyse américaine de 2006 portant sur 19 études, rapporte que le goudron et la façon de consommer du cannabis (profondeur de l'inhalation et rétention de la fumée plus prolongée) favorise les risques de formation de cellules cancéreuses (47). En 2013, une étude ayant suivi 49,321 hommes en Suède exposés au tabac et au cannabis montre une multiplication du risque par deux de développer un cancer du poumon pour les utilisateurs « intensifs » (définis comme ayant consommé du cannabis plus de 50 fois dans leur vie) (55). Une consommation répétée de cannabis, définie comme un usage à plus de 10 reprises dans l'année, peut raccourcir la latence de développement du cancer bronchique puisqu'il est rapporté chez des fumeurs de moins de 45 ans (56).

Le sujet de notre étude concernait les fumeurs de tabac seul, mais la présence d'une consommation associée et répétée de cannabis doit rendre vigilants les médecins généralistes

sur l'apparition précoce (avant 45 ans) d'un cancer bronchique. De ce fait, ne pas hésiter à proposer à ces doubles consommateurs un dépistage anticipé.

### 1.5 Maladies cardio-vasculaires : risque cardio-vasculaire (RCV)

En France, le risque cardio-vasculaire est estimé à partir du SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation) (voir Annexe 2) qui prend en compte un ensemble de facteurs de risque cardiovasculaire. Du calcul SCORE découle la prise en charge spécifique de dépistage et du traitement des maladies cardio-vasculaires. Il a été élaboré par l'ESC (European Society of Cardiology) et il permet d'estimer le risque de maladies cardio-vasculaires (MCV) mortelles à 10 ans chez les individus apparemment en bonne santé (homme de 40 à 65 ans et femmes de 50 à 65 ans) (10). Deux nouveaux algorithmes SCORE2 et SCORE2 OP (Older Persons, pour estimer le risque de MCV à 5 et 10 ans chez les personnes âgées (de 70 ans ou plus) ont été publiés en juin 2021 (57) (58). Ces deux algorithmes n'ont pas été intégrés dans notre étude car ces travaux ont été publiés après la réalisation de notre questionnaire.

L'ESC recommande l'évaluation du risque cardio-vasculaire par le SCORE chez les patients présentant des facteurs de risque : antécédent familial de mort subite ou de dyslipidémie, tabagisme, hypertension artérielle, dyslipidémie ou comorbidités majorant le RCV. Elle doit être répétée tous les cinq ans ou plus précocement en cas d'apparition de nouveaux éléments. L'estimation du SCORE permet de classer en niveau de risque cardio-vasculaire de faible à très élevé (voir Tableau 2). La présence d'un risque cardio-vasculaire élevé doit faire suspecter la présence de localisations d'athérosclérose (coronarienne, rénale, cérébrale) (59)

Tableau 2 - Classification du risque cardio-vasculaire modifiée, d'après l'European Society of Cardiology, 2016

Niveau de risque cardio-vasculaire	
Très élevé	SCORE $\geq$ 10 %
	Insuffisance rénale chronique sévère (DFG < 30 mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )
	MCV documentée : antécédents d'infarctus du myocarde, de syndrome coronarien aigu, revascularisation coronaire ou artérielle, AVC, AIT, AAA et AOMI (prévention secondaire)
	Diabète avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une complication macro ou micro-vasculaire, dont une protéinurie</li> <li>- Ou un facteur majeur de risque CV associé (tabagisme, HTA ou hypercholestérolémie)</li> </ul>
Élevé	5 % $\leq$ SCORE < 10 %
	Insuffisance rénale chronique modérée (DFG entre 30 et 59 mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )
	Un facteur majeur de risque CV nettement augmenté, en particulier : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une hypercholestérolémie totale &gt; 3,1 g.L (8 mmol. L)</li> <li>- Ou une HTA <math>\geq</math> 180/110 mmHg</li> </ul>
	Les autres diabètes, à l'exception des individus jeunes avec un diabète de type 1 et sans autres facteurs majeurs de risque CV qui peuvent être considérés comme à risque modéré ou faible
Modéré	1 % $\leq$ SCORE < 5 %
Faible	SCORE < 1 %

*MCV : maladie cardio-vasculaire ; FDR CV : facteurs de risque cardio-vasculaires ; IRC : insuffisance rénale chronique ; DFG : débit de filtration glomérulaire, AVC accident vasculaire cérébral, AIT accident ischémique transitoire, AOMI artériopathie des membres inférieurs*

L'intérêt de l'évaluation du RCV par le système SCORE réside dans le degré d'intervention. Il ne s'agit pas d'une intervention dans le but d'un dépistage de pathologies mais d'une intervention en rapport avec le style de vie (arrêt du tabac, promotion d'une alimentation saine, pratique d'une activité physique, l'instauration en prévention primaire d'un traitement par antiagrégant plaquettaire ou statine)(59). En prévention primaire, l'ajout d'un antiagrégant plaquettaire quel que soit le RCV n'a pas encore montré de bénéfice. L'étude ARRIVE ne montre pas de bénéfice sur la survenue d'un critère primaire (mortalité cardio-vasculaire, infarctus ou AVC) chez les patients avec un RCV modéré (60). Le bénéfice est contre-balançé par un taux majoré d'hémorragies sévères, même chez le patient diabétique en prévention primaire (étude ASCEND) (61).

## 1.6 Maladies cardio-vasculaires : cardiopathies ischémiques

### La maladie

En France, on compte chaque année 80 000 infarctus du myocarde qui sont à l'origine de 12 000 décès (62). Il s'agit de la 2<sup>ème</sup> cause de décès après les cancers. La prévalence des coronaropathies ne diminue pas contrairement au taux de mortalité annuelle, suggérant une amélioration du pronostic, une meilleure gestion des événements coronariens aigus et une meilleure gestion des facteurs de risque en prévention secondaire. La mortalité relative est plus élevée chez les fumeuses que chez les fumeurs. La fumée de tabac pourrait être plus nocive pour les femmes concernant les cardiopathies ischémiques du fait des effets anti-oestrogènes des composants (63). Le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable. Mais il n'est pas seul, il appartient à un ensemble de facteurs de risque cardio-vasculaire comme dit plus haut : le RCV estimé à partir du système SCORE.

### Synthèse des recommandations de dépistage

En se basant sur l'estimation du risque cardio-vasculaire (64), on établit des populations dites :

- Population à faible risque
- Population à risque modéré
- Population à risque élevé
- Population à risque très élevé

On pourrait imaginer un dépistage des cardiopathies ischémiques en fonction de ces quatre populations. Les examens complémentaires à disposition sont : l'électrocardiogramme (ECG) ; l'échographie cardiaque de stress ; l'imagerie à résonance magnétique (IRM) de stress ; la scintigraphie myocardique ; les tests d'effort ; la coro-TDM et la coronarographie. Mais la lecture systématique de la littérature sur le dépistage des coronaropathies a soulevé différentes problématiques :

- Absence de pondération entre les différents examens notamment pour les tests d'effort.
- Absence de gradation entre les différents examens.
- Leurs indications et leurs préférences varient selon les pays.
- Les recommandations sont imprécises et de faibles grades.

Chez le patient asymptomatique en prévention primaire, beaucoup de ces tests n'ont pas apporté d'amélioration des résultats cliniques. Il existe des données limitées sur la façon de prendre en charge les sujets asymptomatiques dont le test est positif. Les preuves démontrant un pronostic amélioré après une gestion appropriée des risques sont toujours manquantes. Ces pratiques peuvent entraîner des interventions invasives inutiles et une exposition excessive à la radiation sans effet bénéfique sur l'évolution de l'état de santé (65)(66)(67).

Le patient diabétique appartient à la population à RCV élevé et les recommandations actuelles de dépistage concernant la cardiopathie ischémique préconise un ECG annuel et une consultation spécialisée (cardiologue). Pour notre étude, nous avons repris les mêmes recommandations.

**Des discussions sont en cours, parmi les acteurs des sphères cardio-vasculaire, pneumologique et oncologique, autour d'un dépistage combiné par le scanner thoracique à faible dose. Il permettrait à la fois le dépistage du cancer du poumon et la visualisation de calcifications des artères coronaires, ajoutant une valeur importante au dépistage sans irradiation supplémentaire (68).**



## 1.7 Maladies cardio-vasculaires : anévrisme de l'aorte abdominale (AAA)

### Anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) : la maladie

Un anévrisme artériel est une dilatation focale et permanente de l'artère avec une perte du parallélisme de ses parois et dont le diamètre est supérieur à une fois et demie le diamètre d'amont. Les facteurs de risque principaux sont le tabagisme, l'âge et l'hérédité. La prévalence des anévrismes de l'aorte abdominale est de 4 à 8% pour les hommes de plus de 65 ans. Entre 75 et 84 ans, la prévalence est de 12% pour les hommes et de 5% pour les femmes. La prédominance masculine tend à s'estomper avec l'âge et l'augmentation de la consommation tabagique. Plus de 90% des anévrismes sont associés à une athérosclérose sévère (69).

Le risque d'un anévrisme de l'aorte abdominale est la rupture : il augmente avec le diamètre :

- Risque faible si diamètre inférieur à 40 mm
- Risque modéré si diamètre entre 40 et 55 mm
- Risque important si diamètre supérieur à 55 mm

Le diagnostic clinique est difficile car l'AAA ne s'exprime que lorsqu'il est pré-fissuraire ou volumineux sur une personne maigre. L'échographie abdominale est actuellement l'examen de dépistage et de suivi en mesurant le diamètre maximal de l'aorte et en recherchant les anévrismes poplités associés dans plus de 25% des cas. Les autres examens comme le TDM abdomino-pelvien et l'IRM sont des examens pré-thérapeutiques non recommandés dans le dépistage et le suivi hors cas complexe (70). L'artériographie n'a plus aucun intérêt dans cette indication. L'intérêt du dépistage est de diagnostiquer et de traiter les AAA asymptomatiques **pour prévenir la rupture dont la mortalité globale est de l'ordre de 80%** (69).

Le principe de la prise en charge en cas de découverte d'un AAA asymptomatique est résumé dans l'Annexe 3. Les articles disponibles sur le sujet n'étant pas parfaitement concordants, il est retenu les valeurs extrêmes comme définissant un intervalle de temps durant lequel il est recommandé de répéter l'examen. Le clinicien ajustera la fourchette en fonction des variantes anatomocliniques (70).

Le tabagisme est un facteur de risque de survenue et d'expansion anévrysmale, indépendant de l'âge. La corrélation entre le tabagisme (actuel ou ancien) et la découverte d'un AAA est d'autant plus élevée que la durée du tabagisme ou la consommation (en nombre de cigarettes/jour) sont élevées ; le risque diminue avec le nombre d'années après l'arrêt du tabagisme. (27)

- L'odds ratio (OR) du risque d'AAA en fonction de la durée du tabagisme est de 2,2 (IC95 % = 1,2–5,6) pour un tabagisme compris entre 20 et 30 ans et de 7,0 (IC95 % = 3,7–13,2) lorsqu'il est > 30 ans (27).
- L'OR du risque d'AAA en fonction de la consommation est de 5,6 (IC95 % = 2,6–12,0) pour une consommation < 10 cigarettes/j, de 8,7 (IC95 % = 2,6–12,0) pour une consommation comprise entre 10 et 20 cigarettes/j, et de 9,0 (IC95 % = 5,7–25,5) pour une consommation > 20 cigarettes (27).

#### Synthèse des recommandations de dépistage

La HAS recommande « le dépistage ciblé opportuniste unique » par une échographie abdominale (ce qui signifie qu'il ne sera proposé qu'une fois). La stratégie est plus pertinente si ce dépistage est centré sur les personnes ayant des facteurs de risque de survenue et ou de rupture des AAA (71):

- Age compris entre 65 et 75 ans et tabagisme chronique actuel (fumer au minimum une cigarette par jour) ou passé (avoir arrêté de fumer depuis moins de 20 ans quel que soit le nombre de cigarettes consommées).
- Age compris entre 50 et 75 ans et antécédent familial au premier degré d'AAA.

Cette mesure doit être accompagnée d'une information des médecins généralistes sur l'identification des sujets à risque d'AAA, le parcours de soins des patients ayant un AAA et la prise en charge thérapeutique globale de ces patients.

## 1.8 Maladie cardio-vasculaire : artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI)

### La maladie (72)

L'AOMI est un rétrécissement du calibre des artères qui irriguent les membres inférieurs. Elle peut toucher tous les segments : aorte, artères iliaques, artères fémorales, artères tibiales et les artères pédieuses. On parle de sténose (quand les artères sont rétrécies) et d'occlusion (quand les artères sont bouchées). Elle est la conséquence de l'altération de la paroi artérielle par dépôt d'athéromes et elle est favorisée par l'ensemble des facteurs de risque d'athérome. Le premier facteur de risque de l'AOMI est le tabagisme chronique : **90% des sujets atteints d'AOMI sont fumeurs.**

Le risque de l'AOMI est l'amputation. En France, on dénombre 800 000 cas d'AOMI responsables de 5000 amputations par an. C'est aussi un signal d'alerte de la présence d'un risque cardio-vasculaire élevé ce qui doit conduire à la recherche d'autres localisations d'athérosclérose (coronarienne, rénale, cérébrale).

Elle se traduit par une chute de l'index de pression systolique (ou IPS). L'IPS est défini par le rapport pression artérielle systolique à la cheville sur pression systolique humérale, mesurée à l'aide d'une sonde doppler. Un IPS inférieur à 0,9 permet de faire le diagnostic. Il est confirmé par échographie doppler artérielle des membres inférieurs qui précisera la localisation et le degré des lésions.

On définit quatre stades de la maladie, dont découle la prise en charge :

- Stade 1 : asymptomatique + IPS inférieur à 0,9 : traitement médical et mesures de lutte contre les facteurs de risque.
- Stade 2 : douleur à la marche type crampes et claudication intermittente qui apparaît à un certain périmètre de marche et cède à l'arrêt de l'effort.
- Stade 3 : douleur au repos (surtout en position couchée) : la prise en charge doit être rapide.
- Stade 4 : ischémie critique : apparition de troubles trophiques (ulcères artériels, gangrène).

Les formes asymptomatiques sont 2 à 6 fois plus fréquentes que les symptomatiques (10 à 20 % au-delà de 55 ans). Le diagnostic est le plus souvent tardif.

Une autre forme d'artériopathies des membres inférieurs appelée thromboangéite oblitérante ou maladie de Buerger, concerne essentiellement des hommes jeunes (moins de 45 ans) et survient uniquement chez des fumeurs. C'est une maladie rare (moins de 5% de l'ensemble des artériopathies des membres inférieurs) dont les complications sont les mêmes que l'AOMI, à savoir l'amputation du membre ischémié (27).

#### Synthèse des recommandations de dépistage (73)

L'AOMI, même asymptomatique, est un marqueur de risque cardio-vasculaire (RCV) global. La mortalité cardio-vasculaire associée est de 18 à 30 % à 5 ans. Le diagnostic d'une AOMI asymptomatique justifie le contrôle actif des facteurs de risque cardio-vasculaire en prévention secondaire de l'athérosclérose, et le dépistage de comorbidités associées. Ainsi une échographie de l'aorte abdominale (recherche d'un anévrisme, grade A) et un ECG de repos sont justifiés (grade C). Un traitement médicamenteux préventif au long cours est préconisé : antiagrégant plaquettaire, statine, inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.

La Haute Autorité de Santé recommande la recherche d'une AOMI par la mesure de l'IPS :

- Chez les sujets à risque cardio-vasculaire (RCV) élevé
- Chez les sujets de plus de 65 ans

#### L'artérite du cannabis(74)

L'artérite du cannabis est une maladie rare, ressemblant à la thromboangéite oblitérante de Buerger. Le cannabis exerce un effet vasoconstricteur périphérique. Elle touche les jeunes adultes, en particulier les hommes, qui consomment du cannabis. Le tabac a un effet potentialisateur.

L'impact de la consommation de tabac et de cannabis sur l'apparition de maladies cardio-vasculaires chez des patients est fortement suspecté. Cet impact a été démontré surtout dans l'AOMI, nous conseillons la réalisation d'un dépistage précoce par une mesure de l'IPS chez les consommateurs de cannabis.

## 1.9 Maladie cardio-vasculaire : sténoses carotidiennes et accident vasculaire cérébral (AVC)

### La maladie (75)

Les sténoses carotidiennes sont responsables d'une grande majorité des accidents vasculaires cérébraux ischémiques (au moins 20 % des cas). Les AVC représentent une des causes principales de handicap et de mortalité, ce qui en font des enjeux de santé publique. Deux mécanismes par lesquels une lésion carotidienne engendre un AVC ischémique : une sténose significative ou un évènement embolique. Les facteurs de risque sont les mêmes que pour les autres localisations d'artériosclérose : l'âge supérieur à 60 ans, l'hypertension artérielle, le tabagisme actif, l'hypercholestérolémie, une autre atteinte athéromateuse (coronarienne, AOMI ...).

On parle de sténose symptomatique lorsqu'elle se traduit par des symptômes en rapport avec un accident ischémique dans le territoire carotidien homolatéral : un accident ischémique transitoire (AIT), un AVC ou une ischémie rétinienne. Le plus souvent, la sténose carotidienne est asymptomatique.

L'examen de choix est **l'échographie doppler carotidienne**, il permet de :

- Déterminer la localisation
- Déterminer le degré de sténose

Si positif, cet examen est complété par une angio-IRM ou une angio-TDM afin de préciser le degré de la sténose carotidienne, d'analyser les autres artères à destinée cérébrale et enfin explorer d'éventuelles conséquences de cette sténose sur le parenchyme cérébral.

Le degré de sténose et le caractère symptomatique sont deux critères primordiaux, ce qui détermine le reste de la prise en charge. La morphologie de la plaque d'athérome notamment si elle est instable entre en ligne de compte. Les trois types de prise en charge sont :

- Le traitement médical (antiagrégant plaquettaire et statine), un contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaire et une surveillance régulière (annuelle ou semestrielle par écho-doppler).
- L'angioplastie carotidienne endoluminale.

- Le traitement chirurgical : l'endartériectomie.

### Synthèse des recommandations de dépistage

Le tabagisme actif entre dans les facteurs de risque de développer une sténose carotidienne et augmente le risque de faire un AVC durant sa vie. Comme dit plus haut, les AVC sont une des causes principales de handicap et de mortalité. Pour l'European Society for Vascular Surgery (ESVS), le dépistage sélectif des sténoses carotidiennes asymptomatiques peut être envisagé chez les patients présentant plusieurs facteurs de risque vasculaire (76). Actuellement, la Haute Autorité de Santé recommande le dépistage de l'AIT (recherche de signes fonctionnels) dans sa recommandation dédiée à la prévention des maladies liées au tabac (27).

Un dépistage des sténoses carotidiennes asymptomatiques par échographie-doppler centré sur l'estimation du RCV, pourrait optimiser la prise en charge par le contrôle des autres facteurs et optimiser le traitement médical, plutôt que d'identifier des candidats pour des interventions carotidiennes invasives.

#### 1.10 Synthèse pour les maladies cardio-vasculaires

Les recommandations de dépistage des maladies cardio-vasculaires (cardiopathie ischémique, AAA, AOMI et AVC) chez les fumeurs asymptomatiques sont peu précises, voire inexistantes pour le fumeur de tabac de façon singulière, donc difficiles à mettre en place dans une pratique des soins primaires.:

- La cardiopathie ischémique : pas de test de dépistage significatif, possible étude sur la TDM thoracique FD
- L'AAA : une échographie unique entre 65 et 75 ans
- L'AOMI : mesure de l'IPS chez les fumeurs avec RCV élevé ou âgé  $\geq 65$  ans. Il manque la fréquence du dépistage.
- L'AVC : échographie-doppler des TSA à la recherche d'une sténose carotidienne : pas de précision sur l'âge, ni sur le seuil de RCV, ni sur la fréquence du dépistage.

**L'objectif de notre recherche bibliographique était de préciser :**

- **Un seuil de début de dépistage en années de tabagisme, soit en paquets-années, soit en âge**
- **Une fréquence des dépistages**

Dans un premier temps, nous avons essayé de répondre à la question : « Existe-t-il une relation dose-effet à la survenue d'une maladie cardio-vasculaire ? »

Une étude publiée en 2013 (77) les résultats du suivi pendant 50 ans de plusieurs cohortes sur la relation entre tabagisme et mortalité. Il en ressort les constats suivants :

- Les risques relatifs et absolus de décès dus au tabagisme continuent d'augmenter chez les fumeuses. Les risques relatifs de décès dus au cancer du poumon, à la BPCO, aux cardiopathies ischémiques, à tout type d'accident vasculaire cérébral et à toutes les causes sont désormais presque identiques pour les fumeurs et les fumeuses.
- Le risque de décès toutes causes confondues est de 55 à 74 ans chez l'homme et de 60 à 74 ans chez la femme.
- Le risque de décès par cardiopathie ischémique chez les fumeurs actuels hommes et femmes est majeur entre 55 et 74 ans.

La limite de cette étude est que la plupart des fumeurs actuels des cohortes contemporaines fumaient depuis au moins 30 ans, ce qui limite l'étude de l'influence de la durée du tabagisme.

A la lecture d'une autre étude publiée en 2019 (78) le tabagisme actuel était associé à des taux d'incidence des maladies cardio-vasculaires significativement élevé. Après avoir catégorisé davantage les fumeurs actuels par paquets-années, l'association a été atténuée dans la cohorte d'origine avec moins de 20 paquets-années cumulés mais est restée significative pour les fumeurs actuels avec 20 ou plus de paquets-années dans la cohorte d'origine. La taille limitée de l'échantillon a empêché des analyses produisant des estimations du risque de MCV parmi les sous-catégories de fumeurs plus légers (<20 paquets-années à vie).

La toxicité cardio-vasculaire du tabagisme chronique est présente pour des niveaux de consommation très faibles, avec une relation dose-effet non linéaire et sans seuil de

consommation au-dessous duquel le risque est nul. L'impact cardiovasculaire du tabagisme est lié à plusieurs mécanismes (27):

- L'hyperagrégabilité plaquettaire.
- L'altération de la vasomotricité de l'endothélium artériel responsable d'un spasme artériel.
- La formation de plaques d'athérosclérose (dysfonction endothéliale, inflammation, modification du profil lipidique).

A la lumière de ces différentes études, nous avons préféré l'estimation du risque cardio-vasculaire par le système SCORE au nombre de PA pour initier le dépistage des maladies cardio-vasculaires.

Dans un deuxième temps, nous avons voulu répondre à la question : « à quelle fréquence renouveler le dépistage ? »

La fréquence annuelle de dépistage avec l'estimation du risque cardio-vasculaire par le système SCORE composé d'un bilan biologique (glycémie à jeun, bilan lipidique) et d'un examen clinique (prise de la TA) nous a paru plus pertinent et reproductible.



Cette recherche a conduit à la rédaction de la proposition suivante, qui sera soumise à la ronde Delphi :

Dépistage des maladies cardiovasculaires (cardiopathie ischémique, sténose carotidienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs) par le calcul du SCORE (prise de la tension artérielle, bilan lipidique) une fois par an chez les fumeurs âgés de plus de 40 ans chez l'homme et de plus de 50 ans chez la femme.

Un SCORE entre 5% et 10% décrit un RCV élevé, conduisant à la réalisation du :

- Dépistage d'une cardiopathie ischémique par une consultation annuelle chez le cardiologue, se basant sur la recommandation chez le patient diabétique qui a un RCV élevé et dont les recommandations de dépistage préconisent une consultation et un ECG annuel.
  
- Dépistage d'une sténose carotidienne par une échographie des TSA. La récurrence du dépistage sera déterminée par le médecin vasculaire en fonction du degré d'atteinte. Pour l'European Society for Vascular Surgery (ESVS), le dépistage sélectif des sténoses carotidiennes asymptomatiques peut être envisagé chez les patients présentant plusieurs facteurs de risque vasculaire. Actuellement, la Haute Autorité de Santé recommande le dépistage de l'AIT par la recherche de signes fonctionnels dans sa recommandation dédiée à la prévention des maladies liées au tabac.
  
- Dépistage de l'AOMI par une mesure de l'IPS, à renouveler une fois par an. La HAS recommande la mesure de l'IPS chez les fumeurs avec RCV élevé ou âgés  $\geq 65$  ans. Il

Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale par une échographie abdominale unique entre 65 et 75 ans.

## 1.11 Cancer de la vessie

### *Cancer de la vessie : la maladie (79)(80)(81)*

Le cancer de la vessie est la cinquième cause de cancer en France avec 13 100 nouveaux cas en 2018, dont 81% chez l'homme. Le facteur de risque majeur est le tabac et l'exposition aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (expositions professionnelles). L'urothélium tapisse toutes les voies excrétrices urinaires et les carcinomes urothéliaux sont en majorité au niveau de la vessie (90%) mais également au niveau des voies excrétrices supérieures (10% uretère et bassinets).

Le stade et le grade au moment du diagnostic sont des facteurs de pronostic majeurs. On distingue les cancers superficiels ou tumeurs de la vessie n'infiltrant pas le muscle (TVNIM) (pTa, pT1 et pTis) et les cancers infiltrants ou tumeurs de la vessie infiltrant le muscle (TVIM) (supérieurs ou égaux à pT2). Le taux de survie à 5 ans tous stades confondus est de 77% : il est de 88% au stade I, de 63% au stade II, de 46% au stade III et de 15% au stade IV (le stade IV est stade de cancer métastaté).

Le diagnostic est souvent évoqué devant une hématurie macroscopique ou devant des impériosités mictionnelles et il est confirmé par cystoscopie. La présence d'une hématurie macroscopique et microscopique est fréquente et pas forcément synonyme de cancer. Dans une récente analyse prospective des patients présentant ce symptôme au Royaume-Uni, 19,2% atteints d'hématurie macroscopique se sont avérés avoir un cancer de la vessie après cystoscopie. Cependant, seulement 4,8% atteints d'hématurie microscopique en étaient atteints (82).

### *Synthèse des recommandations de dépistage*

Les sociétés savantes s'accordent à dire qu'un dépistage en population générale n'a pas sa place : l'hématurie étant plutôt un signe d'alarme, la cystoscopie fiable mais trop invasive, la cytologie facile mais non fiable sur les stades précoces. Cependant, devant le sur-risque majeur lié au tabac, l'intérêt d'un dépistage dans cette population pourrait être étudié. Des études sont en cours à la recherche d'un test de dépistage.

Pour notre étude, nous avons choisi la rédaction de la proposition suivante qui sera soumise à la ronde Delphi :

Dépistage du cancer de la vessie par la recherche à l'interrogatoire d'une hématurie macroscopique. L'hématurie pourra être éventuellement confirmée par un examen cytobactériologique des urines (ECBU). La présence d'une hématurie doit conduire à la

## 1.12 Cancer colorectal

### *La maladie (83)*

L'incidence et la mortalité du cancer colorectal tend à diminuer depuis 2005 avec la campagne de dépistage organisé. Avec 44 800 nouveaux cas par an en 2017, le cancer colorectal est au troisième rang des cancers masculins et au deuxième rang pour les cancers féminins en termes de fréquence. La survie nette à 5 ans est estimée à 63% tous stades confondus, 90% si détecté au stade 1 et 13% si détecté au stade métastatique, d'où l'importance du dépistage qui permet une détection précoce de cancer.

Parmi les facteurs de risque figure le tabagisme. On définit trois groupes à risque : risque moyen, élevé et très élevé. Une méta-analyse publiée en 2009 par Liang et al. a montré que le risque relatif (RR) de cancer colorectal était significativement augmenté pour une consommation de 40 cigarettes/jour (RR = 1,38), une durée de consommation de 40 ans (RR = 1,20) ou pour un nombre de 60 paquets/années (RR = 1,51) (27).

En France, il existe un **dépistage organisé** par recherche de sang occulte dans les selles en population générale chez les sujets à risque moyen, et un **dépistage individualisé** par coloscopie pour les patients à haut et très haut risque. Les fumeurs ne font pas partie de cette dernière catégorie, qui comprend surtout les antécédents personnels de CCR, adénome ou maladie inflammatoire de l'intestin, et les antécédents familiaux ou génétiques.

La présence de rectorragies, de symptômes digestifs (alternance diarrhée/constipation, douleurs abdominales ou encore syndrome rectal, une masse à la palpation abdominale ou

au toucher rectal, une anémie ferriprive d'origine indéterminée, une perte de poids) doit faire évoquer le diagnostic.

Le diagnostic du cancer colorectal repose sur l'examen anatomopathologique. La coloscopie totale avec prélèvements biopsiques est l'examen indispensable. La stratégie thérapeutique dépend de l'histologie, de l'extension de la maladie, de l'âge, des comorbidités et des préférences du patient, ainsi que des anomalies moléculaires éventuellement présentes.

Le pronostic de ce cancer est corrélé au stade de la maladie, au type histologique de la tumeur, à sa résécabilité et celle des métastases, à l'état général du patient, et à la rapidité de la mise en place de la thérapeutique.

#### Les différents stades :

- Stade 0 (Tis, N0, M0)
- Stade I (T1-T2 N0M0)
- Stade II (T3-T4 N0M0)
- Stade III (tous T, N1-N2 M0)
- Stade IV (métastatique)

#### *Synthèse des recommandations de dépistage*

La stratégie de dépistage du cancer colorectal appliquée en France aujourd'hui repose sur la stratification en trois groupes. Les trois groupes à risque sont définis comme :

- Risque moyen (personne âgée de plus de 50 ans et asymptomatique, ce sont les personnes concernées par le dépistage organisé)
- Risque élevé (antécédent personnel ou familial d'adénome ou de cancer colorectal, maladie inflammatoire chronique intestinale)
- Risque très élevé (predisposition héréditaire au cancer colorectal : syndrome de Lynch ; polypose adénomateuse familiale).

Le tabagisme fait partie des facteurs de risque au même titre que la consommation d'alcool, la consommation excessive de viandes etc.(83)

La stratégie de dépistage est la suivante en fonction du groupe :

- Groupe à risque moyen : dépistage organisé par test immunologique fécal

- Groupe à risque élevé : dépistage individualisé (coloscopie de prévention à partir de 50 ans)
- Groupe à risque très élevé : dépistage individualisé (consultation d'oncogénétique)

**Le groupe à risque moyen est hétérogène et comporte des sujets dont le risque individuel est proche des sujets du groupe à risque élevé. Car le risque de développer un cancer colorectal augmente à mesure qu'on cumule les facteurs de risque. Dans la population habituellement considérée comme à risque moyen, l'incidence du cancer colorectal peut être majorée par des facteurs environnementaux ou des comorbidités.**

C'est pourquoi de nombreux modèles avec des scores de risque ont été publiés pour tenter d'isoler ces sujets plus à risque qui pourraient bénéficier d'une coloscopie de prévention. Pour la majorité, ils intègrent de six à sept variables parmi ces critères : âge, antécédent familial, sexe, tabagisme, IMC, diabète, habitudes alimentaires. Ils ne font pas l'objet d'un consensus scientifique et sont encore discutés (84).

Ainsi, selon la Société Française d'Endoscopie Digestive une coloscopie de prévention est recommandée en cas de surrisque significatif de cancer colorectal lié à une exposition à des facteurs environnementaux ou à des comorbidités, défini par un score de Kaminski  $\geq 5$  (voir Tableau 3), score simple d'utilisation et validé sur une population caucasienne. Le risque de ces sujets est comparable à celui des sujets à risque élevé de CCR. Ce score pondère la variable tabagisme à 1 point si la consommation est  $\geq 11$  PA (85).

Tableau 3 - Score de Kaminski

	0	1	2	3
Age	40-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	> 60 ans
Antécédent familial	Aucun	1 cancer colo-rectal 1 <sup>er</sup> degré à l'âge > 60 ans	1 cancer colo-rectal 1 <sup>er</sup> degré à l'âge de < 60 ans	2 cancers colo-rectaux au 1 <sup>er</sup> degré
Sexe	Femme		Homme	
Tabagisme	< 11 paquets-années	≥ 11 paquets-années		
IMC	< 30	≥ 30		

SCORE TOTAL	Risque d'adénome avancé et/ou cancer colo-rectal
Score entre 0-2	< 5 %
Score entre 3-4	5-10 %
Score ≥ 5	10-20 %

Pour notre étude, nous avons choisi la rédaction de la proposition suivante qui sera soumise à la ronde Delphi :

Dépistage du cancer colo-rectal avec la réalisation du score de Kaminski tous les ans à partir de l'âge de 40 ans.

- Si score total ≥ 5 : le sujet appartient au groupe à risque élevé et une consultation avec gastro-entérologue est recommandée en vue d'une coloscopie de prévention.
- Si score total < 5 et patient âgé entre 50 et 74 ans : vérifier la réalisation tous les 2 ans du test immunologique de recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage organisé.

### Impact de la consommation d'alcool associé

L'alcool est une drogue, une molécule cancérigène et toxique pour de nombreux organes. En 2015, on décompte 41 000 décès attribuables à l'alcool en France, dont 30 000 chez l'homme et 11 000 chez la femme. Le questionnaire de référence est l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* : AUDIT. Une version française est disponible et validée ainsi qu'une version courte (AUDIT-C) incluant les 3 premières questions : la fréquence de la consommation, la quantité par occasion et la fréquence des alcoolisations ponctuelles importantes (86). Si les outils de dépistage sont valides, le dépistage en lui-même est très peu pratiqué en routine (86).

La consommation d'alcool, surtout si elle est importante, est associée à un risque augmenté de cancer colorectal. 80% des cancers colorectaux suivent une évolution « adénome → cancer ». Le tabac serait un facteur de risque de petits adénomes et l'alcool de gros adénomes. Le risque combiné chez les forts consommateurs d'alcool (> 60 g/j) et de tabac est 8,6 fois plus élevé que celui des non-fumeurs buvant moins de 10 g d'alcool/j (87)(88).

Le score de Kaminski n'intègre pas la consommation importante conjointe d'alcool. Il appartient au médecin généraliste d'intégrer ce paramètre dans son évaluation.

### 1.13 Cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS)

#### La maladie (89)

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) regroupent une grande diversité de tumeurs et se hissent au 4<sup>ème</sup> rang chez l'homme et au 10<sup>ème</sup> rang chez la femme des cancers en France en 2017. Ils touchent principalement les hommes même si l'incidence chez la femme tend à augmenter avec la hausse de la consommation de tabac et d'alcool mais aussi l'augmentation de cas viroinduits mais par les virus HPV oncogènes. 90% des cas de cancers des VADS sont liés à l'intoxication alcoolique et/ou tabagique.

On distingue plusieurs types de tumeurs en fonction de leur topographie :

- La cavité buccale (20-25%)

- L'oropharynx (10-15%)
- L'hypopharynx (25-30%)
- Le larynx (30-35%) : facteurs de risque dominés par le tabac

Leur mode de découverte est fonction de leur localisation et souvent initialement paucisymptomatique. Le diagnostic doit être évoqué devant le caractère unilatéral et/ou persistant plus de trois semaines de symptômes tels que :

- Une lésion érythroleucoplasique persistante de la cavité buccale.
- Au niveau de l'oropharynx : une ulcération infiltrée indolore et persistante, une tuméfaction, un trouble de la mobilité linguale, gêne ou douleur à la déglutition, otalgie réflexe avec examen otoscopique normal, tache pigmentée (mélanome muqueux).
- Au niveau de l'hypopharynx et du larynx : une gêne ou douleur à la déglutition, dyspnée, dysphonie.
- Toute altération de l'état général et adénopathie cervicale isolée.

La découverte d'une lésion suspecte doit conduire à une consultation ORL ou maxillo-faciale où sera réalisé un examen complet des VADS (examen au miroir et nasofibroscope si nécessaire) ainsi que d'éventuelles biopsies. **La consultation devra être organisée rapidement dans les 15 jours et ne doit pas être différée par un examen d'imagerie.** Une fois le diagnostic de cancer des VADS confirmé par l'anatomopathologie, la stratégie thérapeutique repose sur la chirurgie et/ou la radiothérapie et/ou la chimiothérapie.

#### Synthèse des recommandations de dépistage

Le médecin généraliste a un rôle essentiel de vigilance devant tout symptôme unilatéral et persistant des VADS ou de la région cervicale. Chez le patient fumeur le dépistage précoce des cancers des VADS repose sur la recherche de signes fonctionnels et sur la réalisation d'un examen clinique minutieux de la cavité buccale et de l'oropharynx sans temporalité.

L'Institut national du cancer indique que le médecin généraliste a un rôle essentiel dans le dépistage tout comme le chirurgien-dentiste.



Pour notre étude, nous avons choisi la rédaction de la proposition suivante qui sera soumise à la ronde Delphi :

Dépistage des cancers des voies aéro-digestives supérieures avec la recherche de signes fonctionnels et un examen minutieux de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires régulier par le médecin généraliste ainsi qu'une consultation annuelle chez

### *Impact de la consommation d'alcool associée*

L'alcool et le tabac ont des effets synergiques : l'augmentation du risque de cancer est plus forte lorsque tabac et alcool sont consommés conjointement, notamment pour les cancers des VADS. Le risque de développer un cancer de la cavité buccale est multiplié par 45 chez les grands consommateurs de tabac et d'alcool (90).

Une attention particulière doit être portée chez ces patients et conduire le médecin généraliste à adapter la proposition précédente : renouveler plus fréquemment par exemple.

## 1.14 Le cancer de l'œsophage

### *La maladie*

C'est le 3<sup>ème</sup> cancer digestif le plus fréquent en France, après les cancers colorectaux et de l'estomac, avec environ 4600 nouveaux cas par an. Il est de pronostic péjoratif et souvent diagnostiqué à un stade avancé. En 2011, seuls 23% étaient diagnostiqués à un stade localisé (survie à 5 ans 37%). La survie à 5 ans chute à 18% pour une extension locorégionale et 3% au stade métastatique (91).

Il comporte deux types principaux :

- Cancer épidermoïde (3/4 des cas, surtout associé au tabagisme et l'alcoolisme)
- Adénocarcinome (en lien avec le reflux gastro-œsophagien/obésité et l'œsophage de Barrett notamment).

Le diagnostic doit être évoqué devant une dysphagie progressive ou persistante, des régurgitations ou encore une altération de l'état général. Toute suspicion diagnostique justifie une endoscopie œsogastrique avec biopsies.

### Synthèse des recommandations de dépistage

Il n'y a pas de recommandation en faveur de la réalisation d'une fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) en l'absence de symptômes. Elle est indiquée après l'apparition de symptômes, y compris chez le fumeur. Dans la recommandation de 2001 de la HAS/ANAES sur le suivi du patient alcool-tabagique, le dépistage du cancer de l'œsophage doit être régulier. L'examen clinique ne permet pas de le dépister et la FOGD n'est pas recommandée, l'interrogatoire, à la recherche d'une dysphagie, de régurgitations et autres symptômes, semble le seul moyen de détecter précocement les premiers symptômes (92).

Il existe de larges variations géographiques qui s'expliquent essentiellement par des différences d'exposition aux facteurs de risque, la France fait partie des pays à risque faible. La Société Européenne de Gastro-endoscopie indique que dans les pays à moyen ou faible risque de cancer œsophagien, dépister les patients à risque de cancer épidermoïde de l'œsophage (alcool-tabagiques) par endoscopie semble impraticable du fait de leur nombre excessivement élevé (93).

Le dépistage par FOGD est donc préconisé uniquement dans des sous-groupes à très haut risque (antécédents de cancer ORL, achalasie, radiothérapie pour cancer du sein, brûlure caustique de l'œsophage, tylose).

Concernant le cancer épidermoïde de l'œsophage, la survie nette diminue avec l'âge au diagnostic. A 1 an, elle passe de 54% (personne âgée de 50 ans) à 39% (personne âgée de 80 ans). A 5 ans de suivi, elle passe de 20% à 11% respectivement pour les mêmes âges de diagnostic. Le cancer touche plus souvent les personnes entre 50 et 84 ans. L'âge moyen au diagnostic est de 73 ans (chez les femmes) et 67 ans (chez l'homme) (94).

Selon la HAS (95), les indications d'une endoscopie digestive sont :

- Devant une dyspepsie : chez un sujet âgé de plus de 45 ans et/ou en cas de symptôme(s) d'alarme tels qu'une anémie, une dysphagie, un amaigrissement ou tout autre symptôme d'alarme.
- Devant un RGO associé à des signes d'alarme (amaigrissement, dysphagie, hémorragie, anémie).
- Devant un RGO et un âge supérieur à 50 ans.
- Devant un RGO en cas de récurrence dès l'arrêt du traitement ou en cas de résistance au traitement médical.

Pour notre étude, nous faisons la proposition suivante qui sera soumise à la ronde Delphi :

Dépistage du cancer de l'œsophage avec la recherche régulière (minimum une fois par an) d'une dyspepsie, d'un reflux gastro-œsophagien (RGO), d'une dysphagie, d'une altération de l'état général (AEG) telle que l'amaigrissement, une anémie par une numération de formule sanguine (NFS) une fois par an, chez tout fumeur âgé de plus de 45 ans.

Discuter la réalisation d'une FOGD si :

- Présence d'une dyspepsie avec ou sans signe d'alarme et âge supérieur à 45 ans
- Présence d'un RGO et un âge supérieur à 50 ans.
- Présence d'un RGO avec des signes d'alarme (anémie, amaigrissement, dysphagie)
- Présence d'une dysphagie progressive ou persistante.
- Présence de facteurs de très haut risque : antécédents de cancer ORL, achalasie, radiothérapie pour cancer du sein, brûlure caustique de l'œsophage, tylose.

Le choix de débiter à 45 ans repose sur l'indication d'une endoscopie digestive haute devant une dyspepsie à partir de 45 ans et sur une prévalence prédominante entre 50 et

### Impact de la consommation d'alcool associé

Un homme qui consomme 62,3 grammes d'alcool par jour à 2,23 fois plus de risque de développer un cancer de l'œsophage et 1,20 chez une femme (96). La consommation d'alcool

associée à l'usage du tabac fait augmenter davantage le risque de cancer de l'œsophage que l'un ou l'autre de ces facteurs de risque seuls (97).

## 1.15 Cancer du pancréas

### La maladie

En France, l'incidence de l'adénocarcinome pancréatique augmente avec 14 184 nouveaux cas estimés en 2018 dont 51% chez l'homme, et il pourrait devenir la deuxième cause de mortalité par cancer en 2030. On estime le nombre de décès en 2018 à 5 790 chez l'homme et 5 666 chez la femme. Les taux de cancer du pancréas chez les hommes de l'UE âgés de 25 à 49 ans et de 50 à 64 ans ont diminué, respectivement, de 10% et 1,8%, tandis que ceux chez les hommes âgés de 65 ans et plus ont augmenté de 1,3% (98).

Le cancer du pancréas exocrine, ou adénocarcinome canalaire pancréatique, représente 90% des tumeurs malignes du pancréas. Les 10% restants représentent des formes histologiques plus rares. C'est un cancer de très mauvais pronostic avec une survie nette à 5 ans à 7-8%. Le diagnostic est souvent fait à un stade avancé du fait d'une présentation clinique tardive. Seuls 10 à 20% des patients sont diagnostiqués à un stade où la tumeur est résécable.

Les facteurs de risque de l'adénocarcinome du pancréas sont le tabagisme, l'obésité, le diabète (99), la présence d'une pancréatite chronique et antécédent familial. Le tabagisme est le facteur de risque le mieux établi (100).

Bien que le cancer du pancréas se présente rarement avant l'âge de 45 ans, l'incidence augmente fortement par la suite. L'âge est le facteur de risque le plus important dans le développement du cancer du pancréas. Il est constaté que le nombre de décès et de cas incidents avait un pic dans le groupe d'âge de 65 à 69 ans chez les hommes, alors que le pic chez les femmes était observé dans le groupe d'âge de 75 à 79 ans (99).

Les principaux signes qui doivent faire suspecter un cancer du pancréas chez un patient de plus de 50 ans :

- Une altération de l'état général (AEG) associant asthénie, anorexie et perte de poids.

- Une douleur épigastrique ou abdominale avec AEG ou non expliquée après endoscopie digestive haute.
- Un ictère par obstruction biliaire associant coloration foncée des urines, selles décolorées et fréquemment prurit.

La présence de ces symptômes doit conduire à la réalisation d'une TDM abdomino-pelvienne multiphasique avec injection de produit de contraste. Si la réalisation d'une TDM n'est pas possible rapidement, il est possible de réaliser une échographie abdominale, mais sa normalité n'élimine pas le diagnostic. En cas de lésion suspectée mais non visible en TDM du fait de son caractère isodense au pancréas, une IRM pancréatique peut-être pratiquée. La réalisation d'une échoendoscopie associée à une biopsie permettra le diagnostic histologique.

La réalisation du dosage du CA 19-9 est indiquée dans les situations suivantes :

- Patient symptomatique ayant une masse pancréatique évocatrice de cancer.
- Patient atteint de pancréatite chronique avec une masse tumorale suspecte.

#### Synthèse des recommandations de dépistage

Une analyse groupée a évalué la relation dose-réponse entre le tabagisme et le cancer du pancréas (100). Elle confirme qu'avec le tabagisme actuel :

- Le risque de cancer de pancréas est multiplié par deux.
- Le risque augmente avec le nombre de cigarettes fumées (un odds ratio à 3,5 pour plus de 35 cigarettes par jour).
- Le risque augmente avec la durée du tabagisme (jusqu'à 40 ans de tabagisme).
- Le risque de cancer de pancréas atteint le niveau de ceux qui n'ont jamais fumé après 20 ans d'arrêt (100).

Différentes études ont constaté que la proportion la plus élevée de décès par cancer du pancréas attribuables au tabagisme pour les deux sexes a été observée dans le groupe d'âge des 55 à 84 ans (99)(100).

A ce jour, il n'existe pas d'outils permettant un dépistage précoce. Le développement de programmes de dépistage pour la détection précoce et de stratégies de traitement plus efficaces pour le cancer du pancréas est nécessaire. Les stratégies de prévention doivent se

concentrer sur les facteurs de risque modifiables. Les principaux facteurs de risque associés au cancer du pancréas (tabagisme, diabète et obésité) sont potentiellement modifiables, offrant une occasion unique de prévenir l'un des cancers les plus meurtriers.

Le dépistage repose sur la connaissance des symptômes devant faire évoquer la maladie et sur la réalisation rapide devant toute suspicion d'une TDM abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste pour confirmer le diagnostic. La vigilance doit être importante d'autant plus que le patient a plusieurs années de tabagisme. Nous avons fixé une limite à l'âge de 50 ans car peu de cancers se déclarent avant 50 ans, et la proportion de décès est maximale entre 55 et 84 ans. Débuter un repérage à l'âge de 50 ans permettrait un diagnostic à des stades plus précoces, et ainsi d'avoir accès à des traitements curatifs

Pour notre étude, nous faisons la proposition suivante qui sera soumise à la ronde Delphi :

Dépistage du cancer du pancréas chez les fumeurs de plus de 50 ans par la recherche régulière (minimum une fois par an) de signes fonctionnels : ictère, altération de l'état général (anorexie, asthénie), perte de poids, une douleur épigastrique ou abdominale persistante. La présence d'un symptôme conduit à la réalisation d'une TDM abdomino-pelvienne multiphasique avec injection de produit de contraste.

## 1.16 Cancer du sein

### La maladie

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en France avec 54 062 nouveaux cas, 1<sup>er</sup> rang des cancers féminins et 2<sup>ème</sup> rang de tous les cancers en termes de fréquence. Le pronostic du cancer est bon grâce à un diagnostic et un traitement précoce. La survie nette à 5 ans est estimée à environ 87% (101).

Les principaux facteurs de risque :

- L'âge
- Les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein
- Les antécédents de radiothérapie thoracique à haute dose

On peut rajouter le surpoids et l'obésité chez les femmes ménopausées, la durée de l'exposition de l'organisme aux hormones, le tabagisme et la consommation d'alcool.

Des éléments cliniques doivent faire suspecter un cancer du sein :

- Présence d'une tumeur mammaire
- Rétraction ou inflammation de la peau
- Écoulement spontané au niveau du mamelon, maladie de Paget
- Une adénopathie axillaire

Dans 90% des cas, le cancer est découvert à un stade asymptomatique. La présence de symptômes suspects doit conduire à la réalisation d'une mammographie bilatérale. Cet examen peut être remplacé par une échographie mammaire bilatérale en cas de mammographie non informative ou d'une image douteuse ou encore des seins denses. Le diagnostic sera confirmé histologiquement par une biopsie percutanée mammaire. Aucun dosage de marqueur tumoral sérique n'est indiqué pour le diagnostic du cancer du sein.

Le traitement peut comprendre une chirurgie (mammaire et axillaire), une radiothérapie, une chimiothérapie conventionnelle, des thérapies ciblées et une hormonothérapie. Un traitement néoadjuvant (chimiothérapie conventionnelle +/- thérapie ciblée anti-HER2, hormonothérapie) peut être administré en cas de cancer du sein volumineux ou inflammatoire. Le suivi repose sur une surveillance clinique régulière à vie et sur l'imagerie (mammographie +/- échographie, bilatérales ou controlatérales) (101).

#### *Synthèse des recommandations de dépistage (102)*

Le dépistage du cancer du sein est bien codifié, on distingue le dépistage organisé et le dépistage ciblé chez les femmes à haut risque. Un programme national de dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place, en France, en 1994, par la Direction générale de la santé (DGS) et généralisé à tout le territoire au début de l'année 2004. Il a pour cible les femmes âgées de 50 à 74 ans, elles bénéficient d'une mammographie de dépistage tous les 2 ans ainsi que d'une double lecture systématique en cas de cliché normal ou bénin, ainsi qu'un examen clinique des seins annuel à partir de 25 ans.

Les femmes considérées à haut risque :

- Antécédent personnel de cancer du sein ou de carcinome canalaire in situ : la HAS recommande une mammographie annuelle unilatérale ou bilatérale (selon le type de chirurgie) en associant une éventuelle échographie mammaire.
- Antécédent d'irradiation thoracique à haute dose : une IRM mammaire annuelle à partir de 8 ans après la fin de l'irradiation et au plus tôt à 30 ans. En complément de l'IRM réalisée en premier examen, la HAS recommande une mammographie annuelle (incidence oblique) en associant éventuellement une échographie mammaire.
- Antécédent familial de cancer du sein AVEC score d'Eisinger > ou égal à 3 ET recherche initiale de mutation BRCA1/BRCA2 non informative dans la famille ou non réalisée : consultation oncogénétique.

La recommandation qui a été proposée à la ronde Delhi est :

Chez les fumeuses, vérifier la réalisation du dépistage organisé du cancer du sein reposant sur la réalisation d'une mammographie tous les 2 ans chez les femmes âgées de 50 à 74 ans, et sur un examen clinique des seins annuel à partir de 25 ans.

Cette proposition s'applique à la population générale et pas uniquement aux fumeurs, le but est de saisir l'occasion d'une consultation dédiée au tabac pour vérifier si les dépistages organisés sont faits. En effet, les risques sont augmentés et les dépistages moins réalisés chez les fumeurs.

## 1.17 Cancer du col de l'utérus

### La maladie

Le cancer du col de l'utérus est attribuable dans presque 100 % des cas à une infection à papillomavirus humains à haut risque, transmissible par voie sexuelle. Une infection est nécessaire, mais non suffisante au développement du cancer du col de l'utérus. D'autres facteurs de risque interagissent, notamment le tabac, la multiparité, l'utilisation à long terme de contraceptifs oraux, une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). En 2018, en France, on dénombre 2 920 nouveaux cas par an et 1 117 décès par an (103).



En France, il existe un programme de dépistage qui permet de détecter les lésions précancéreuses et de traiter avant qu'elles ne se transforment en cancer. Les couvertures de dépistage sont inférieures à 60 %. L'objectif sur les prochaines années est d'augmenter la couverture du dépistage pour atteindre 80%, de réduire les inégalités d'accès à ce dépistage et de diminuer de 30% l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus à 10 ans (103).

#### Synthèse des recommandations de dépistage(104)

Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus s'adresse à toutes les femmes asymptomatiques, âgées de 25 à 65 ans, ayant un col de l'utérus. La mise en œuvre opérationnelle du programme de dépistage organisé est confiée aux Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC)

Un programme unique et deux modes de participation :

- La participation spontanée : actuellement, 60 % des femmes de la population cible participent spontanément au dépistage du cancer du col de l'utérus.
- La participation après invitation : les femmes n'ayant pas réalisé de test de dépistage dans les intervalles recommandés recevront par courrier une information et une invitation à consulter leur professionnel de santé pour réaliser le test.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur deux types de tests : l'examen cytologique et le test HPV-HR. Le prélèvement de référence pour ces deux types de tests est le prélèvement cervico-utérin réalisé par un clinicien.

Cas particulier de l'autoprélèvement vaginal (APV) : le test HPV-HR sur APV peut être considéré comme une modalité de prélèvement alternative au prélèvement cervico-utérin par un professionnel de santé, permettant de faciliter le dépistage des femmes qui ne se font jamais dépister ou qui ne se font pas dépister selon le rythme recommandé. Un référentiel national précisant le cadre et les modalités possibles de recours aux APV est en cours d'élaboration au sein de l'Institut national du cancer.

Le test de dépistage utilisé en dépistage primaire et sa fréquence diffèrent selon l'âge de la femme :

- De 25 à 29 ans : le dépistage est fondé sur la réalisation de deux examens cytologiques à un an d'intervalle suivis d'un nouveau dépistage 3 ans plus tard si le résultat des deux premiers est normal.
- De 30 ans à 65 ans : le dépistage est fondé sur la réalisation d'un test HPV-HR tous les 5 ans, à débiter 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal. En l'absence d'examen cytologique antérieur, un test HPV-HR doit être réalisé dès 30 ans.

Une étude a étudié l'association entre la non-participation au dépistage du cancer du col de l'utérus et les différents modes de vie. Le tabagisme quotidien était associé à un taux de participation plus faible au dépistage du cancer du col de l'utérus (22). La recommandation qui a été proposée à la ronde Delhi est :

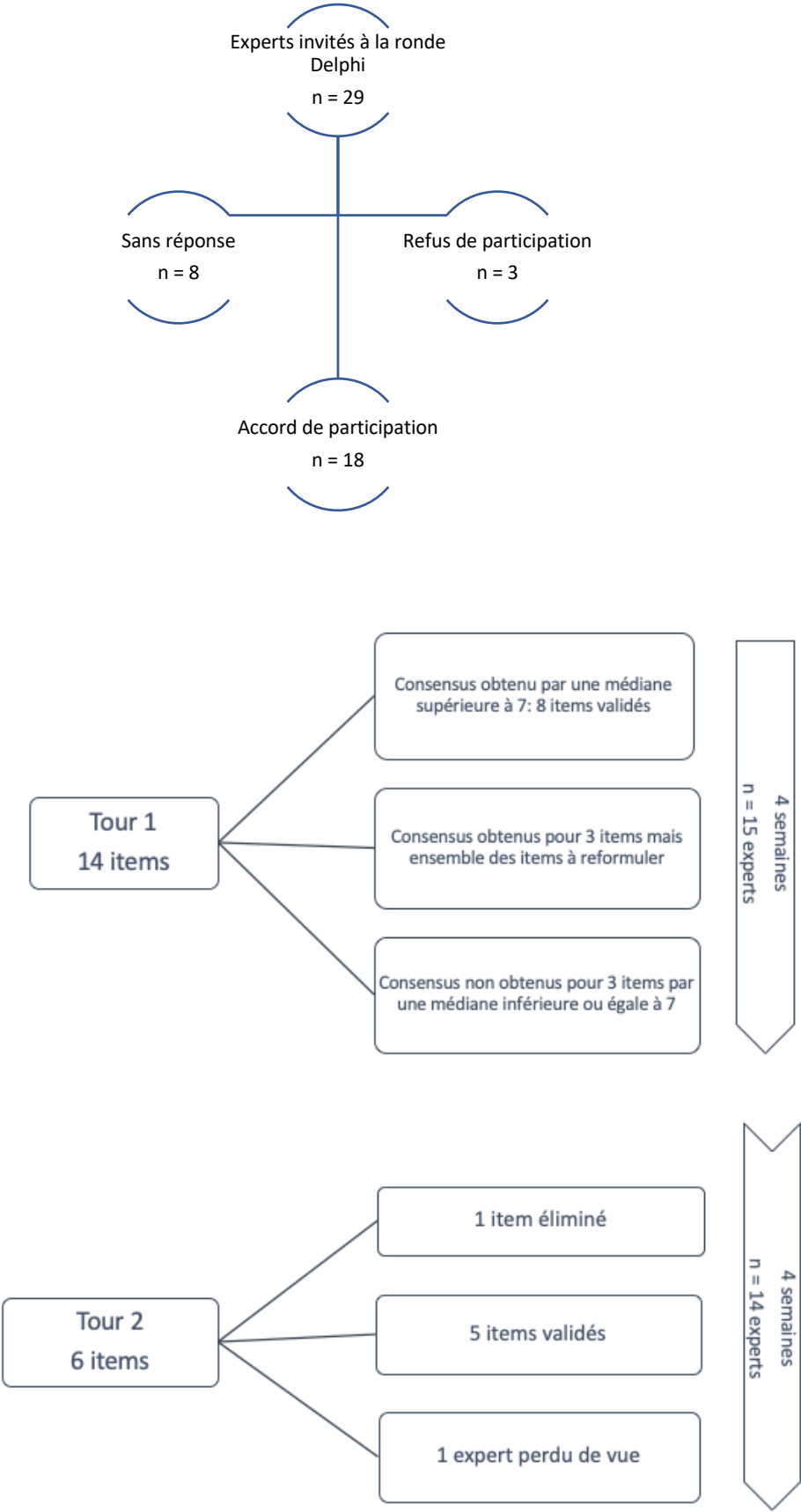
Chez les fumeuses, vérifier la réalisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique de la femme (gynécologue, médecin généraliste, sage-femme)

## **2 Synthèse des différents tours Delphi**

Le déroulement des tours et la synthèse des résultats sont illustrés dans la [Figure 1](#).

**Panel d'experts :** Parmi les 29 experts sollicités, 18 experts ont accepté de participer à la ronde Delphi (51,7% de participation). Sur les 18 experts ayant accepté, 15 ont répondu au premier tour et 14 lors du deuxième tour.

Figure 1 - Flow chart résumant le déroulement et les résultats de la ronde Delphi



## 2.1 Analyse du premier tour

Le premier tour s'est déroulé du 21 juin 2021 au 19 juillet 2021.

Le formulaire proposé via Google Form © était composé de 15 rubriques : 14 items (un item par maladie et un item sur une consultation annuelle) et 1 rubrique explicative (voir Annexe 4).

Sur les 18 experts ayant donné leur accord de participation, 15 experts ont répondu après un à deux courriels de rappel.

Les résultats du premier tour sont résumés dans le Tableau 4. Sur les 14 items :

- 11 items ont obtenu un consensus. Parmi les 11 items, 3 items faisaient consensus mais l'analyse qualitative des commentaires ne permettait pas de l'inclure en l'état (item 1,2 et 8).
- 3 items n'ont pas obtenu de consensus (item 5, 9 et 11).

Tableau 4 - Synthèse des résultats du premier tour

		Score médian	Score (1-3) (%)	Score (6-9) (%)	Accord	Consensus
Item 1	Consultation annuelle	8	0	86	oui	oui
Item 2	Maladie parodontale	8	0	93	oui	oui
Item 3	BPCO	9	0	93	oui	oui
Item 4	Diabète type 2	9	6	80	oui	oui
Item 5	Maladies CV	6	0	73	oui	<b><u>non</u></b>
Item 6	AAA	9	0	100	oui	oui
Item 7	Cancer du Poumon	8	0	93	oui	oui
Item 8	Cancer Vessie	9	0	93	oui	oui
Item 9	Cancer VADS	7	0	100	oui	<b><u>non</u></b>
Item 10	Cancer Œsophage	8	0	93	oui	oui
Item 11	Cancer du Pancréas	7	6	80	oui	<b><u>non</u></b>
Item 12	Cancer Colorectal	8	6	73	oui	oui
Item 13	Cancer du Sein	9	20	73	oui	oui
Item 14	Cancer col de l'utérus	9	13	86	oui	oui

Pour une proposition donnée, le désaccord (accord = non) est défini comme une distribution comportant simultanément au moins 30 % des scores individuels compris entre 1 et 3 et 30 % compris entre 7 et 9. Le consensus est reconnu si le score médian est strictement supérieur à 7 et qu'il n'y a pas de désaccord. Un score médian compris entre 4 et 6 est considéré comme

une réponse équivoque, et la proposition peut éventuellement être réévaluée dans un tour suivant.

#### 2.1.1 Les items admis de manière consensuelle

**Item 3** « Dépistage d'une BPCO par trois questions à tout fumeur âgé de plus de 40 ans, une fois par an. " Toussez-vous tous les jours ? ""Avez-vous souvent une toux grasse qui ramène des crachats ?" " Êtes-vous plus souvent essoufflé que les personnes de votre âge ? (en précisant : êtes-vous capable de monter 2 étages ou monter une forte côte sans être essoufflé) ". Une réponse positive conduit à la réalisation d'une spirométrie. »

Médiane 9

#### Commentaires et réponses :

- *« OK en l'absence de possibilité de réaliser des EFR dans le cabinet. La disponibilité d'appareil à un prix accessible, le développement des actions de formation, la possibilité de coter cet acte en CCAM et le développement de réseau ASALEE m'inciteraient à introduire cette alternative dans le dépistage de la BPCO, et cela d'autant plus que l'objectivation du trouble peut être un levier motivationnel pour engager le patient dans une dynamique de changement. »*
- *« La dernière question me paraît peu discriminante. Un score de dépistage de la BPCO adapté à l'ambulatoire est en train d'être validé par Dr Malmartel (Paris). La fréquence annuelle me paraît difficilement réalisable. »*

L'étude GLORI-COPD est en cours à Paris-Descartes pour valider un score en deux étapes, une première de suspicion de BPCO puis la seconde de comorbidités, afin de réaliser une spirométrie chez les patients ainsi sélectionnés. Le Dr MALMARTEL a également rappelé que l'assurance maladie menait, avec la communauté pneumologique et les associations de patients, une expérimentation dans trois territoires pour tester le dépistage par spirométrie en médecine générale. Depuis le lancement en mars 2017, 282 généralistes ont accepté de participer et 114 ont effectué un total de 732 spirométries, l'évaluation des données est en cours (105)

- « Ces 3 questions sont pertinentes mais il me semble qu'une spirométrie devrait être proposée plus facilement, peut-être systématiquement pour tout fumeur quotidien de 40 ans. L'intérêt d'une spirométrie réalisée au cabinet de médecine générale est qu'elle donne l'âge pulmonaire, ce qui est un facteur de motivation supplémentaire à l'arrêt du tabac. »

**Item 4** « Dépistage d'un diabète de type 2 par une glycémie à jeun annuelle dès l'âge de 45 ans. » Médiane – 9

Commentaires et réponses :

- « Diabète + tabac = 2 facteurs de risque majeurs, toutefois tous les fumeurs n'ont pas un risque augmenté de diabète, donc je pense que le choix du dépistage tous les 1, 2 ou 3 ans devrait rester à l'appréciation selon le niveau de risque individuel du patient de développer une insulino-résistance ou un diabète établi. »
- « Tous les 3 ans me paraît plus réaliste. »
- « Tous les ans c'est trop fréquent pour un fumeur sans autre facteur de risque que le tabac, cela ne me semble pas atteignable (si on le place en OSP). »

**Item 6** « Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale par une échographie abdominale unique entre 65 et 75 ans. »

Médiane – 9

**Item 7** « Dépistage du cancer broncho-pulmonaire par une tomodensitométrie thoracique à faible dose (TDM FD) tous les deux ans entre 50 et 74 ans, pour tout fumeur actuel ou ayant arrêté il y a moins de 10 ans.

Fumeurs actuels définis par ayant fumé des cigarettes au cours des deux dernières semaines)

Anciens fumeurs (définis par ayant cessé de fumer depuis moins de 10 ans)

- Plus de 15 cigarettes par jour pendant plus de 25 ans
- Plus de 10 cigarettes par jour pendant plus de 30 ans. »

Médiane – 8

### Commentaires et réponses :

- *« Je suis là aussi en accord avec cette proposition, cependant je pense qu'il serait utile, sans doute comme pour les autres recommandations, d'introduire la notion d'information éclairée du patient : "Proposer, après discussion avec le patient de la balance bénéfice risque de l'examen, pour tout fumeur actuel ou ayant..." »*
- *« D'accord mais problématique de l'accès aux examens et de la grande inégalité territoriale. »*

Certains commentaires ici, comme plus haut, font référence à la faisabilité en contexte de soins primaires, selon l'accessibilité aux examens sur les territoires, mais aussi selon probablement l'acceptabilité des patients. L'étude des freins et leviers est prévue dans l'étude financée qui prendra la suite du travail présenté ici.

- *« Les résultats de l'étude NELSON ne me semblent pas convaincants : pas de réduction de la mortalité globale et un risque de surdiagnostic. »*

L'intervalle de 2 ans a été étudié dans l'étude NELSON, l'intervalle de 2,5 ans a été étudié et laissait suggérer davantage de cancers d'intervalle.

- *« L'exposé des réf actuelles n'est pas très clair : NLST à préciser ? Étude MILD ? Pourquoi 25 ans et pas 20 ans ? Rechercher la consommation de cannabis actuelle ou antérieure qui aggrave le risque et modifie l'âge de dépistage. »*

L'étude portant sur la tabagisme seul, la question des polyconsommations sera abordée sous forme de points de vigilance pour les maladies concernées.

- *« Je me demande s'il ne faudrait pas simplifier cette proposition ? Donner un seul chiffre pour quantifier la consommation ? en PA ? tous les 2 ans paraît un rythme fréquent compte tenu du fait qu'on ne fait quasiment rien actuellement > faisabilité : ne faut-il pas initialement prévoir un rythme moins régulier ? (ex : tous les 3 ans ??). Et se concentrer sur les plus à risque ayant eu des consommations plus importantes ? (ex : les plus de 30 PA comme les américains ++). »*

L'étude de faisabilité permettra de recueillir les freins et leviers et de faire des propositions.



**Item 10** « Dépistage du cancer de l'œsophage avec la recherche régulière (minimum une fois par an) d'une dyspepsie, d'un reflux gastro-œsophagien (RGO), d'une dysphagie, d'une altération de l'état général (AEG) telle que l'amaigrissement, une anémie par une numération de formule sanguine (NFS) une fois par an chez tout fumeur âgé de plus de 45 ans. »

Médiane – 8

Commentaires et réponses :

- « *Par rapport au dépistage annuel par interrogatoire de dyspepsie, me paraît un symptôme trop aspécifique et surtout caractère associé ou non à autres symptômes... Dépistage a pour objectif de réduire les diagnostics tardifs mais ne doit pas non plus se faire au prix d'exams invasifs répétés. »*
- « *Pas dépistage mais diagnostic/ symptômes d'appel »*
- « *Il me semble nécessaire de rechercher la notion de trouble de la consommation d'alcool associée, et de différencier les âges de début de dépistage en fonction. »*
- « *"(minimum une fois par an)" je dirais "idéalement" plutôt que "minimum" car ils ne viennent pas tous les ans... NFS annuelle à partir de 45 ans chez tout patient fumeur?... C'est beaucoup. »*
- « *Habituellement, on définit l'AEG par asthénie + anorexie + amaigrissement -NFS tous les ans chez les fumeurs de plus de 45 ans : ça paraît beaucoup... on va faire beaucoup de NF.*

*Remarque : on va aussi faire énormément de fibroscopies inutiles si on suit les recommandations telles que dyspepsie isolée chez le plus de 45 ans ou encore RGO seul chez le plus de 50 ans... et c'est par ailleurs infaisable en pratique. Quand on voit les difficultés et délais pour avoir des fibroscopies chez des patients qui en ont bien plus besoin, ces recommandations ne paraissent pas adaptées. »*

Les recommandations concernant les indications de FOGD sont issues de recommandation de la HAS. La faisabilité sera étudiée ultérieurement.

**Item 12** « Dépistage du cancer colo-rectal avec la réalisation du score de Kaminski tous les ans à partir de l'âge de 40 ans.

Si score total  $\geq 5$  : le sujet appartient au groupe à risque élevé et une consultation avec gastro-entérologue est recommandée en vue d'une coloscopie de prévention.

Si score total < 5 et patient âgé entre 50 et 74 ans : vérifier la réalisation tous les 2 ans du test immunologique de recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage organisé. »

Médiane – 8

Commentaires et réponses :

- « *Y'a-t-il des études sur le nombre de décès évités ou le nombre de diagnostics tardifs évités en appliquant ce dépistage supplémentaire entre 40 et 49 ans ? Par ailleurs, plus que le tabac, ce sont surtout les antécédents familiaux qui impactent le degré de risque avant 50 ans. »*
- « *Je ne peux pas me prononcer, je ne sais pas sur quel rationnel et niveau de preuve repose le score de Kaminski. »*
- « *Pas convaincu(e) par ce score, est-il validé ? Le dépistage à partir de ce score a t'il montré un bénéfice dans un essai clinique randomisé ? »*

C'est une étude transversale réalisée en 2007 sur la base de données de patients âgés de 40 à 66 ans qui sont entrés dans un programme national de dépistage du cancer colo-rectal basé sur la coloscopie primaire dans 73 centres en Pologne. Le score a estimé la probabilité de détecter une néoplasie avancée de 1,32 % pour les patients ayant obtenu un score de 0 à 19, 12 % pour les patients ayant obtenu un score de 7 à 8 (106). L'Inca a lancé en 2019 une évaluation médico-économique du dépistage du cancer colo-rectal. Ils ont étudié avec une approche qui découpe la population cible du dépistage en fonction du risque individuel de CCR fondé sur l'équation de risque de Kaminski. Ces analyses exploratoires suggèrent que dans la population à risque élevé, la stratégie actuelle fondée sur coloscopie représente l'alternative la plus efficace (107).

**Item 13** « Chez les fumeuses, vérifier la réalisation du dépistage organisé du cancer du sein. Dépistage organisé reposant sur la réalisation d'une mammographie tous les 2 ans chez les fumeuses âgées de 50 à 74 ans et sur un examen clinique des seins annuel à partir de 25 ans. »

Médiane – 9

**Item 14** « Chez les fumeuses, vérifier la réalisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique de la femme (gynécologue, médecin généraliste, sage-femme). »

Médiane - 9

2.1.2 Les items avec un consensus, mais dont l'analyse qualitative des commentaires ne permettait pas de l'inclure en l'état

**Item 1** « une consultation annuelle à partir de l'âge de 40 ans chez tout fumeur. Cette consultation annuelle serait un temps pour :

- Échanger sur les motivations au sevrage tabagique et informer sur les aides existantes (brochure, campagne anti-tabac ...)
- Proposer un traitement addictolytique diminuant l'envie de fumer et rendant l'arrêt accessible (TSN, varenicline, bupropion)
- Informer sur les maladies liées au tabac et les possibilités de dépistage, avec un temps consacré à un examen clinique minutieux et éventuellement la prescription d'examen complémentaires selon les recommandations de dépistage.
- Rechercher des comorbidités et co-consommations : alcool, cannabis.
- Promouvoir les conseils d'hygiène de vie comme l'activité physique et sportive et une alimentation équilibrée, des moyens pour gérer le stress. »

Médiane – 8

Commentaires et réponses :

- « Une consultation régulière dédiée au dépistage et à la prévention devrait sans doute être proposée à tous nos patients fumeurs ou non. Incrire le patient tabagique dans cette démarche commune à tous nos patients permettrait sans doute d'éviter toute stigmatisation. Bien évidemment le tabac, comme facteur de risque majeur en termes de morbi-mortalité serait au centre de cette consultation. Quant-au rythme annuel je ne sais pas s'il y a une justification scientifique claire pour le préférer à un rythme bi-annuel comme pour les dépistages des cancers colo-rectaux ou du sein. »

Nous nous positionnons plutôt ici comme dans le cadre de la surveillance et du dépistage des complications d'une maladie chronique, comme le diabète par exemple. On est face à

des fumeurs persistants. Il n'y a pas de données scientifiques sur le rythme à retenir, mais un rythme annuel permet d'aborder l'arrêt du tabac de façon suffisamment régulière, dans une perspective préventive. Pourquoi le tabagisme serait-il plus stigmatisant que le diabète, pour une consultation dédiée ? Il nous paraît important de sortir de ces représentations. C'est une maladie chronique comme une autre, et c'est à partager avec les patients.

- *« Je mettrai 35 ans car beaucoup de jeunes maintenant commencent avec cannabis et apparition troubles plus précoces (cancer...). »*

La question du cannabis et de la prévalence des maladies liées à la consommation conjointe de cannabis et de tabac a été discutée en amont de la rédaction de ces recommandations. La revue de littérature faite à ce sujet retrouve des études variées et des conclusions différentes sur l'impact du cannabis sur les maladies étudiées ci-dessous. C'est pourquoi, devant l'absence de consensus et d'étude sur l'impact du cannabis, nous n'avons pas intégré la co-consommation de cannabis à nos recommandations.

- *« Le rythme annuel me paraît peu applicable. Chez des patients asymptomatiques, l'adhérence sera pauvre. Une consultation à partir de 5 ans puis tous les 3 à 5 ans me paraîtrait approprié. »*

Une étude de faisabilité (acceptabilité et viabilité) sera réalisée ultérieurement dans le cadre d'un financement IREPS/INCA. Notre travail est donc préparatoire.

- *« Une consultation programmée, idéalement annuelle, à adapter en fonction des habitudes et préférences du patient" En effet ces patients encore jeunes et qui n'ont pas encore de co-morbidités ne viennent pas souvent au cabinet. Lors d'une consultation pour un motif quelconque proposer cette consultation. Et espérons qu'ils viendront. Attention: "...et les possibilités de dépistage,..." oui mais pas encore pour le cancer bronchique, peut-être rédiger "...possibilités de dépistage pour certaines..."*
- *« Je préciserai dans l'énoncé : une "consultation dédiée au tabac et ses conséquences". Par ailleurs, le fait de faire "à partir de 40 ans" me pose un peu problème. C'est simple, a une certaine logique, mais il s'agit là d'un âge où il peut commencer à y avoir des conséquences du tabagisme. Donc soit on axe sur la prévention : dans ce cas, 40 ans*

*c'est trop tard ; soit on axe sur le dépistage des conséquences du tabagisme : et dans ce cas ok pour 40 ans (en précisant dans l'intitulé). »*

**La nouvelle version de l'item 1 :**

**« Proposer à tout fumeur de plus de 40 ans, une consultation programmée, idéalement annuelle, à adapter en fonction des habitudes et des comorbidités du patient. La consultation sera dédiée au tabac et ses conséquences et permettra de discuter des possibilités de dépistage.**

**Êtes-vous d'accord avec la nouvelle proposition ? »**

**Item 2** « Proposer une prévention de la maladie parodontale par une consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste et un dépistage systématique à 35 et 55 ans »

Médiane – 8

Commentaires et réponses :

- *« Je pense que cette proposition est tout à fait pertinente. Toutefois si l'objectif est de mettre en place des visites de santé bucco-dentaire annuelles avec invitation par courrier par exemple ou PEC à 100% par l'AMO, je pense que l'idéal est de l'étendre à tous. »*
- *« Je ne comprends pas la différence entre "Proposer une prévention de la maladie parodontale par une consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste" et "un dépistage systématique à 35 ans et 55 ans". Il faudrait préciser ce qu'il faudrait faire en + à 35 et 55 ans (dépister les cancers buccaux ?) »*
- *« Allez-y tous les ans, mais surtout à 35 ans et 55 ans, que vont-ils retenir/faire? »*

Le dépistage systématique à 35 et 55 ans n'était pas clair, et on parlerait plutôt de rendez-vous incontournable. Des rendez-vous incontournables sont présents tout au long de la vie (1 an, 6 ans, 9 et 12 ans, 15 et 18 ans, 35 et 55 ans, 60 ans) avec des problématiques dentaires différentes. A 35 et 55 ans, il s'agit de mettre en place les bonnes règles et le bon traitement avant d'avoir une atteinte parodontale trop avancée. Ce sont deux âges clés pour intercepter les maladies parodontales, mais aussi pour procéder à un bilan carieux et à une prévention des cancers buccaux.

**La nouvelle version de l'item 2 :**

**" Le suivi au cabinet dentaire est recommandé de manière générale tous les ans, il démarre dès l'âge de 1 an et comporte des rendez-vous incontournables à certains âges clés de la vie. Au chirurgien-dentiste, en fonction du risque individuel, d'adapter cette fréquence. Une attention particulière sera portée à la prévention de la maladie parodontale et des cancers buccaux chez les patients fumeurs.**

**Êtes-vous d'accord avec la nouvelle proposition ? "**

**L'item 8** « Dépistage du cancer de la vessie par la recherche à l'interrogatoire d'une hématurie macroscopique. L'hématurie pourra être éventuellement confirmée par un examen cytobactériologique des urines (ECBU). La présence d'une hématurie doit conduire à la réalisation d'une cystoscopie. »

Médiane – 9

Commentaires et réponses :

- « *ne pas mettre "éventuellement"?? je noterai "La présence d'une hématurie sans autre cause évidente doit conduire ..." (cf lithiases...) rq : il faut, je pense, préciser cette proposition : 1 seule hématurie chez la femme fumeuse à 5 PA de 25 ans lors d'un épisode de cystite, ce n'est pas la même chose qu'une hématurie répétée chez l'homme de 65 ans à 40PA... > préciser âge ? sexe ? quantité/durée fumée ? signes associés ? répétition ? »*
- « *Je m'interroge, comme il est dit dans l'argumentaire les études sur l'impact du dépistage semblent manquer et le symptôme est un signe d'alerte qui est souvent un motif de consultation. »*

Certaines remarques ont soulevé l'absence d'âge de début de dépistage ou durée de tabagisme. Le cancer de la vessie touche plus fréquemment les personnes de plus de 50 ans. Il existe un net accroissement du nombre de cas de cancer de la vessie avec l'âge. Respectivement 85% des hommes atteints de tumeurs de vessie ont plus de 60 ans et 43% plus de 75 ans (ces chiffres sont 89% et 61% pour les femmes). Les fumeurs ont un risque 5,5 fois plus important de développer un cancer de la vessie que les non-fumeurs.

### Nouvelle version de l'item 8 :

« Dépistage du cancer de la vessie par la recherche d'une hématurie macroscopique à l'interrogatoire chez tout fumeur de plus de 50 ans. L'hématurie sera confirmée par un ECBU. La présence d'une hématurie doit conduire à la réalisation d'une cystoscopie en l'absence d'une autre cause évidente (infection urinaire, lithiase etc). »

2.1.3 Les items n'ayant pas obtenu un consensus (médiane inférieure ou égale à 7) :

**Item 5** « Dépistage des maladies cardio-vasculaires (cardiopathie ischémique, sténose carotidienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs) par le calcul du SCORE (prise de la tension artérielle, bilan lipidique) une fois par an chez les fumeurs âgés de plus de 40 ans chez l'homme et de plus de 50 ans chez la femme ».

Médiane – 6

### Commentaires et réponses :

- « Je ne suis pas tout à fait d'accord sur l'énoncé de cette recommandation. Le calcul du SCORE ne constitue pas un dépistage en soi, mais une évaluation du RCV global. J'énoncerais plutôt la recommandation de la manière suivante : "Réaliser pour tout homme fumeur de plus de 40 ans et pour toute femme fumeuse de plus de 50 ans une évaluation annuelle du RCV global par calcul du SCORE. Proposer à tout patient présentant un risque supérieur à 5% un dépistage des maladies CV (cardiopathie ischémique, sténose carotidienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs). »
- « En raison des incertitudes actuelles concernant impact du dépistage de l'AOMI asymptomatique et sténose carotidienne asymptomatique en termes de morbimortalité cardio vasculaire, mais en tant que telle la proposition paraît cohérente »
- « Je suis d'accord mais est ce que tout le monde va aller voir le médecin vasculaire ? les radiologues aussi font des doppler des TSA. ne serait-il pas judicieux de donner une recommandation si écho doppler des TSA normal contrôle tous les 3 à 5 ans sinon consultation vasculaire pour avis? »
- « Même si je trouve que l'item est pertinent, je crains que le calcul du SCORE soit rarement fait en pratique »

- « La formulation prête à confusion, on peut comprendre qu'il faut réaliser une consultation cardio et un écho doppler chez tous les patients. Il faudrait le décomposer en plusieurs items: - Chez tous les fumeurs âgés de plus de 40 ans chez l'homme et de plus de 50 ans chez la femme: 1) Dépistage d'une hypertension artérielle, une fois par an 2) Dépistage d'une dyslipidémie, une fois par an 3) Évaluation du risque cardiovasculaire par le calcul du SCORE, une fois par an. - Et, chez les fumeurs dont le SCORE est supérieur à 5%: 4) Dépistage d'une cardiopathie ischémique par une consultation annuelle chez le cardiologue, 5) Dépistage d'une sténose carotidienne par une échographie des TSA, donc la fréquence est à adapter au degré d'atteinte 6) Dépistage de l'AOMI par une mesure de l'IPS, tous les ans »
- « Le dépistage de l'aomi par écho doppler et ips chez le patient asymptomatique n'est pas associé à une réduction de la mortalité... Une fois par an me paraît toujours peu réaliste. »
- « Plutôt d'accord pour la recherche d'une ischémie myocardique silencieuse / pour les atteintes périphériques a ton des études sur le bénéfice d'un dépistage précoce? / l'attitude thérapeutique ne sera pas nécessairement changée avec patient à très haut risque CV. »
- « Trouver un SCORE seuil pour rendre le calcul annuel, sinon tous les 3 ans me paraît plus réalisable en pratique et plus économique »
- « J'écrirais comme suit : "Dépistage des maladies cardiovasculaires (cardiopathie ischémique, sténose carotidienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs) en fonction du risque évalué par le calcul du SCORE une fois par an chez les hommes fumeurs de plus de 40 ans ou les femmes fumeuses de plus de 50 ans. »

**La nouvelle version de l'item 5 :**

**« Dépistage des maladies cardio-vasculaires (cardiopathie ischémique, sténose carotidienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs) pour tout homme fumeur de plus de 40 ans et pour toute femme fumeuse de plus de 50 ans par une évaluation annuelle du RCV global par le calcul du SCORE.**

**Si RCV > 5% :**



- **Dépistage d'une cardiopathie ischémique par une consultation annuelle chez le cardiologue.**
- **Dépistage d'une sténose carotidienne par une échographie des TSA :**  
     **Si normal : contrôle tous les 3 à 5 ans.**  
     **Si anormal : avis spécialisé.**
- **Dépistage de l'AOMI par une mesure de l'IPS, tous les ans. »**

**Item 9** « Dépistage des cancers des voies aéro-digestives supérieures avec la recherche de signes fonctionnels et un examen minutieux de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires régulier par le médecin généraliste ainsi qu'une consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste.

Le diagnostic est évoqué devant le caractère unilatéral et/ou persistant plus de trois semaines de symptômes (lésions dans la cavité buccale, troubles de la déglutition, otalgie réflexe, dysphonie, dyspnée, AEG, adénopathie cervicale isolée) et conduit à une consultation ORL ou maxillo-faciale dans un délai de 15 jours »

Médiane – 7

Commentaires et réponses :

- *« A titre personnel, j'adresse le plus que je peux les patients de plus de 50 ans, au moins une fois chez l'ORL pour un bilan complet, en particulier s'il consomme tabac et alcool, s'ils ont des leucoplasies. Le dentiste ne verra pas les cordes vocales, l'intégrité du pharynx, les fosses nasales en fibroscopie »*
- *« Consultation annuelle chez le dentiste déjà évoquée dans une proposition précédente, au moins entre 35 et 55 ans + les dentistes recommandent bilan annuel donc ne ferait que renforcer les recos déjà existantes. Recherche signes fonctionnels et examen ORL paraît adapté »*
- *« Préciser la proposition : signes + la périodicité de l'examen clinique (1/ an ?) rq : supprimer ici la mention du dentiste : déjà dit dans une proposition précédente. »*
- *« J'aurais écrit : "...régulier par le médecin généraliste ainsi que la proposition d'une consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste." Nous ne pouvons pas assumer le suivi chez le chirurgien-dentiste »*

- « Il faudrait préciser l'intervalle pour le médecin généraliste (annuel). La consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste fait doublon avec une proposition précédente. »
- « Pas de dépistage systématique mais une coordination entre dentiste-MG et ORL. Les problèmes bucco-dentaires sont souvent les motifs de consultation en MG ou dentiste. Peut-être une voix d'entrée dans le dépistage. »

En France, le nombre de nouveaux cas projetés en 2017 est de plus de 15 000. Actuellement, les hommes sont plus touchés que les femmes par ces cancers (environ 70% des nouveaux cas). Cependant, l'incidence (nombre de nouveaux cas par an) chez les hommes tend à diminuer et à augmenter chez les femmes. Cette tendance est en corrélation avec l'évolution du tabagisme, en baisse chez les hommes et en hausse chez les femmes. Les cancers des VADS surviennent le plus souvent entre 50 et 64 ans. La co-consommation de tabac et d'alcool multiplie le risque de cancers de la sphère ORL : effet synergique sur le risque de cancer des VADS, en particulier du larynx. L'incidence de ce cancer étant entre 50 et 64 ans, nous proposons une attention particulière dès l'âge de 45 ans.

#### **Nouvelle version de l'item 9**

**« Dépistage des cancers des voies aéro-digestives supérieures chez tout fumeur de plus de 45 ans avec la recherche de signes fonctionnels et un examen minutieux de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires annuel par le médecin généraliste. Possibilité d'anticiper le dépistage en cas de co-consommation d'alcool »**

**Item 11** « Dépistage du cancer du pancréas chez les fumeurs de plus de 50 ans par la recherche régulière (minimum une fois par an) de signes fonctionnels : ictère, altération de l'état général (anorexie, asthénie), perte de poids, une douleur épigastrique ou abdominale persistante. La présence d'un symptôme conduit à la réalisation d'une TDM abdomino-pelvienne multiphasique avec injection de produit de contraste »

Médiane – 7

#### Commentaires et réponses :

- « En fait et mon commentaire inclue à posteriori la question précédente (sur le cancer de l'œsophage), la recommandation ne serait-elle pas plutôt d'interroger les patients fumeurs de plus de 50 ans sur les signes généraux et digestifs (perte de poids,

*dysphagie, ictère, AEG) et de proposer systématiquement un bilan incluant TDM thoraco-abdominal et une endoscopie digestive haute ? »*

- *« Je ne comprends pas bien, malgré l'explication, l'intérêt de cette recommandation. En dehors de peut-être rappeler, si besoin en est, que même lorsqu'on voit un.e patient.e de façon régulière, on interagit avec lui/elle au sujet de sa santé et on l'examine. »*
- *« Pas dépistage mais diagnostic »*
- *« La CAT est similaire chez le patient non tabagique... On va bien sûr être alarmé devant ces signes... »*
- *« Cela fait beaucoup de signes finalement assez banals en médecine générale même s'ils sont importants au final. Au final avoir le TDM TAP facile devant des signes cliniques persistants »*
- *« Même remarque que pour la question précédente : rechercher la conso d'alcool associée »*
- *« Me paraît peu réalisable et signe aspécifique en raison de la diversité des signes en phase précoce => la démarche me paraît plutôt être bilan diagnostic proactif devant tout signe d'altération générale plutôt que dépistage / vigilance accru pendant la surveillance de ces patients »*
- *« Même remarque sur le "minimum une fois par an" qui paraît peu réaliste si jeune, et plus facile au-delà de 60-65 ans »*
- *« Même remarque que la question précédente sur l'AEG habituellement définie par asthénie + anorexie + amaigrissement - je pense qu'il faut préciser : quantification de la perte de poids ? (% poids du corps ? x kg en x temps ?) / le caractère persistant : tdm emblée en cas de douleur intense ? au bout de 2 semaines sinon ? / durée pour une asthénie-anorexie isolées (> 1 mois ??). »*

Les signes évocateurs du cancer du pancréas sont aspécifiques. A ce jour, il n'existe pas d'examens cliniques ou paracliniques pour permettre son dépistage et son diagnostic précoces.

Certaines propositions s'appliquent à la population générale (comme le dépistage du cancer du sein), et pas uniquement aux fumeurs, le but est de saisir l'occasion d'une consultation

dédiée au tabac pour vérifier si les dépistages organisés sont faits. En effet, les risques sont augmentés et les dépistages moins réalisés chez les fumeurs.

De plus, la majorité des fumeurs de plus de 40 ans sont symptomatiques, mais ne mettent pas forcément en lien les symptômes avec le tabagisme.

Nous avons proposé de retirer le cancer du pancréas dans l'attente de progrès scientifiques dans le dépistage précoce de ce cancer.

## 2.2 Analyse du deuxième tour

Le deuxième tour s'est déroulé du 13 août 2021 au 10 septembre 2021. Sur les 15 experts ayant participé au premier tour, 13 experts ont répondu après un à deux courriels de rappel.

Le formulaire proposé via Google Form© était composé de 7 rubriques (voir Annexe 5) :

- 6 items.
  - Les 3 items ayant obtenu un consensus, mais avec une analyse qualitative des commentaires ne permettant pas de l'inclure en l'état au premier tour, ont été soumis au deuxième tour dans une nouvelle version selon les propositions des experts. Les experts devaient choisir s'ils étaient d'accord avec cette nouvelle proposition.
  - Les 3 items n'ayant pas obtenu de consensus au premier tour. Ils ont été soumis au deuxième tour dans une nouvelle version selon les propositions des experts. Les experts devaient choisir s'ils étaient d'accord avec cette nouvelle proposition.
- 1 rubrique explicative

Les propositions étaient rédigées de la manière suivante :

*« La proposition "une consultation annuelle à partir de l'âge de 40 ans chez tout fumeur" a été retenue avec une médiane de 8.*

*Avec vos retours, une nouvelle proposition a été rédigée :*

*Proposer à tout fumeur de plus de 40 ans, une consultation programmée, idéalement annuelle, à adapter en fonction des habitudes et des comorbidités du patient. La consultation sera dédiée au tabac et ses conséquences et permettra de discuter des possibilités de dépistage.*

*Êtes-vous d'accord avec la nouvelle proposition ? »*

Les résultats sont résumés dans le Tableau 5.

Tableau 5 - Synthèse des résultats du deuxième tour

		Score médian	Score (1-3) (%)	Score (6-9)(%)	Accord	Consensus
Item 1	Consultation annuelle	9	0	92	oui	oui
Item 2	Maladie parodontale	7	0	76	oui	<b><u>non</u></b>
Item 5	Maladies CV	8	0	84	oui	oui
Item 8	Cancer Vessie	9	0	100	oui	oui
Item 9	Cancer VADS	9	0	92	oui	oui
Item 11	Cancer du Pancréas	9	0	100	oui	<u>oui</u>

**Item 1** « Proposer à tout fumeur de plus de 40 ans, une consultation programmée, idéalement annuelle, à adapter en fonction des habitudes et des comorbidités du patient. La consultation sera dédiée au tabac et ses conséquences et permettra de discuter des possibilités de dépistage.

Êtes-vous d'accord avec la nouvelle proposition ? »

Médiane – 9

**Item 2** « Le suivi au cabinet dentaire est recommandé de manière générale tous les ans, il démarre dès l'âge de 1 an et comporte des rendez-vous incontournables à certains âges clés de la vie. Au chirurgien-dentiste, en fonction du risque individuel, d'adapter cette fréquence. Une attention particulière sera portée à la prévention de la maladie parodontale et des cancers buccaux chez les patients fumeurs.

Êtes-vous d'accord avec la nouvelle proposition ? »

Médiane – 7

### Commentaires et réponses :

- « *N'apporte rien par rapport à ce qui existe déjà. La première proposition était plus incitative pour le patient et le professionnel* »
- « *La nouvelle proposition est plus précise. Elle constitue plus à mon sens un rappel des recommandations / mémo* »
- « *Il faut simplifier. "à partir de l'âge de 1 an" porte à confusion (on parle des fumeurs ou de la population générale ?). Il ne me semble pas scientifiquement justifié d'augmenter la fréquence chez les patients fumeurs. S'il y a une consultation de prévention par an ce serait déjà très bien. Ma proposition serait la suivante : " Le suivi au cabinet dentaire est recommandé de manière générale tous les ans. Une attention particulière sera portée à la prévention de la maladie parodontale et des cancers buccaux chez les patients fumeurs. " »*
- « *Ça ne me paraît pas clair, trop long. C'était mieux avant* »

**Item 5** « Dépistage des maladies cardiovasculaires (cardiopathie ischémique, sténose carotidienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs) pour tout homme fumeur de plus de 40 ans et pour toute femme fumeuse de plus de 50 ans par une évaluation annuelle du RCV global par le calcul du SCORE.

Si RCV > 5% :

- Dépistage d'une cardiopathie ischémique par une consultation annuelle chez le cardiologue.
- Dépistage d'une sténose carotidienne par une échographie des TSA :  
Si normal contrôle tous les 3 à 5 ans.  
Si anormal : avis spécialisé.
- Dépistage de l'AOMI par une mesure de l'IPS, tous les ans. »

Médiane – 8

### Commentaires et réponses :

- « *Je n'avais pas soulevé ce point au premier tour, mais lorsqu'on regarde la table SCORE, avant 50 ans chez les hommes et 60 ans chez les femmes, risque d'être peu contributif entre 40 et 50 ans chez les hommes et entre 50 et 60 ans chez les femmes.*

*A moins de repréciser la classification de 2016, comme fait ici, qui pourrait permettre de dépister des situations plus à risque non prises en compte par la seule table SCORE. »*

- *Il faudrait reformuler car le calcul du SCORE n'est pas un dépistage mais une évaluation d'un risque. Ma proposition : "Évaluation annuelle du risque cardiovasculaire global pour tout homme fumeur de plus de 40 ans et pour toute femme fumeuse de plus de 50 ans par un calcul du SCORE." Je suis d'accord avec le reste de la formulation ("Si RCV > 5%...")*

**Item 8** « La proposition a été retenue avec une médiane à 9. Certaines remarques ont soulevé l'absence d'âge de début de dépistage ou durée de tabagisme. C'est pourquoi nous avons travaillé sur une nouvelle proposition.

Le cancer de la vessie touche plus fréquemment les personnes de plus de 50 ans. Il existe un net accroissement du nombre de cas de cancer de la vessie avec l'âge. Respectivement 85% des hommes atteints de tumeurs de vessie ont plus de 60 ans et 43% plus de 75 ans (ces chiffres sont 89% et 61% pour les femmes). Les fumeurs ont un risque 5,5 fois plus important de développer un cancer de la vessie que les non-fumeurs.

Dépistage du cancer de la vessie par la recherche d'une hématurie macroscopique à l'interrogatoire chez tout fumeur de plus de 50 ans. L'hématurie sera confirmée par un ECBU. La présence d'une hématurie doit conduire à la réalisation d'une cystoscopie en l'absence d'une autre cause évidente (infection urinaire, lithiase, etc.) »

Médiane – 9

Commentaires et réponses :

*« Pourquoi dépistage de l'hématurie macroscopique uniquement ? Chez les fumeurs, une BU avec recherche d'HU microscopique ne permettrait-elle pas un dépistage plus précoce ? »*

Il n'y a pas de preuves suffisantes pour indiquer que la détection d'une hématurie soit efficace dans le dépistage du cancer de la vessie, et il n'y a aucune preuve qu'un unique dépistage de l'hématurie entraîne une réduction de la mortalité. Les faibles valeurs prédictives positives obtenues dans toutes les études suggèrent qu'un nombre élevé de faux positifs serait obtenu



dans le dépistage du cancer de la vessie, cela pourrait entraîner la réalisation de tests de diagnostic inutiles qui pourraient inclure des tests d'imagerie et une cystoscopie avec le potentiel d'anxiété, d'inconfort ou de complications (108) (109).

**Item 9** « Dépistage des cancers des voies aéro-digestives supérieures chez tout fumeur de plus de 45 ans avec la recherche de signes fonctionnels et un examen minutieux de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires annuel par le médecin généraliste. Possibilité d'anticiper le dépistage en cas de co-consommation d'alcool. »

Médiane – 9

Commentaires et réponses :

*« Je préfère le caractère systématique de la proposition initiale pour renforcer la conscience du risque chez le fumeur et inciter précocement au changement de comportement. »*

**Item 11** « Les signes évocateurs du cancer du pancréas sont aspécifiques. A ce jour, il n'existe pas d'examens cliniques ou paracliniques pour permettre son dépistage et son diagnostic précoces.

La proposition a donc été enlevée du questionnaire, dans l'attente de progrès scientifiques dans le dépistage précoce de ce cancer

‘Enlever la proposition de dépistage/diagnostic précoce sur le cancer du pancréas dans l'attente de progrès scientifiques dans le dépistage précoce de ce cancer’. »

Médiane – 9

Commentaires et réponses :

*« Cela n'empêche pas d'informer, je suis ambivalent sur cette question car j'ai le sentiment que beaucoup de praticiens ne se focalisent pas sur ce risque chez le fumeur »*

Le cancer du pancréas sera intégré dans la version graphique sous forme de point de rappel sur le lien entre tabac et cancer du pancréas.

## 2.3 Élaboration de la version finale

### Item 1 : Consultation annuelle

« Proposer à tout fumeur de plus de 40 ans, une consultation programmée, idéalement annuelle, à adapter en fonction des habitudes et des comorbidités du patient. La consultation sera dédiée au tabac et ses conséquences et permettra de discuter des possibilités de dépistage »

### Item 2 : Maladie parodontale

« Proposer une prévention de la maladie parodontale par une consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste et un dépistage systématique à 35 et 55 ans »

### Item 3 : BPCO

« Dépistage d'une BPCO par trois questions à tout fumeur âgé de plus de 40 ans, une fois par an. " Toussez-vous tous les jours ? " "Avez-vous souvent une toux grasse qui ramène des crachats ? " " Êtes-vous plus souvent essoufflé que les personnes de votre âge ? (En précisant : êtes-vous capable de monter 2 étages ou monter une forte côte sans être essoufflé) ". Une réponse positive conduit à la réalisation d'une spirométrie »

### Item 4 : Diabète de type 2

« Dépistage d'un diabète de type 2 par une glycémie à jeun annuelle dès l'âge de 45 ans »

### Item 5 : Maladies cardio-vasculaires

« Dépistage des maladies cardiovasculaires (cardiopathie ischémique, sténose carotidienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs) pour tout homme fumeur de plus de 40 ans et pour toute femme fumeuse de plus de 50 ans par une évaluation annuelle du RCV global par le calcul du SCORE. Si RCV > 5 % :

- Dépistage d'une cardiopathie ischémique par une consultation annuelle chez le cardiologue.
- Dépistage d'une sténose carotidienne par une échographie des TSA :
  - Si normal : contrôle tous les 3 à 5 ans.
  - Si anormal : avis spécialisé.

- Dépistage de l'AOMI par une mesure de l'IPS, tous les ans.»

#### Item 6 : Anévrisme de l'aorte abdominale

« Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale par une échographie abdominale unique entre 65 et 75 ans »

#### Item 7 : Cancer du poumon :

« Dépistage du cancer broncho-pulmonaire par une tomodensitométrie thoracique à faible dose (TDM FD) tous les deux ans entre 50 et 74 ans, pour tout fumeur actuel ou ayant arrêté il y a moins de 10 ans.

- Fumeurs actuels (définis par ayant fumé des cigarettes au cours des deux dernières semaines)
- Anciens fumeurs (définis par ayant cessé de fumer depuis moins de 10 ans)
  - Plus de 15 cigarettes par jour pendant plus de 25 ans
  - Plus de 10 cigarettes par jour pendant plus de 30 ans »

#### Item 8 : Cancer de vessie :

« Dépistage du cancer de la vessie par la recherche d'une hématurie macroscopique à l'interrogatoire chez tout fumeur de plus de 50 ans. L'hématurie sera confirmée par un ECBU. La présence d'une hématurie doit conduire à la réalisation d'une cystoscopie en l'absence d'une autre cause évidente (infection urinaire, lithiase, etc.) ».

#### Item 9 : Cancer des VADS

« Dépistage des cancers des voies aéro-digestives supérieures avec la recherche de signes fonctionnels et un examen minutieux de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires régulier par le médecin généraliste ainsi qu'une consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste.

Le diagnostic est évoqué devant le caractère unilatéral et/ou persistant plus de trois semaines de symptômes (lésions dans la cavité buccale, troubles de la déglutition, otalgie réflexe, dysphonie, dyspnée, AEG, adénopathie cervicale isolée) et conduit à une consultation ORL ou maxillo-faciale dans un délai de 15 jours »

#### Item 10 : Cancer de l'œsophage

« Dépistage du cancer de l'œsophage avec la recherche régulière (minimum une fois par an) d'une dyspepsie, d'un reflux gastro-œsophagien (RGO), d'une dysphagie, d'une altération de l'état général (AEG) telle que l'amaigrissement, une anémie par une numération de formule sanguine (NFS) une fois par an chez tout fumeur âgé de plus de 45 ans. »

#### Item 11 : Cancer du pancréas. Proposition enlevée.

#### Item 12 : Cancer colo-rectal

« Dépistage du cancer colo-rectal avec la réalisation du score de Kaminski tous les ans à partir de l'âge de 40 ans.

Si score total  $\geq 5$  : le sujet appartient au groupe à risque élevé, et une consultation avec gastro-entérologue est recommandée en vue d'une coloscopie de prévention.

Si score total  $< 5$  et patient âgé entre 50 et 74 ans : vérifier la réalisation tous les 2 ans du test immunologique de recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage organisé. »

#### Item 13 : Cancer du sein :

« Chez les fumeuses, vérifier la réalisation du dépistage organisé du cancer du sein.

Dépistage organisé reposant sur la réalisation d'une mammographie tous les 2 ans chez les femmes âgées de 50 à 74 ans et sur un examen clinique des seins annuel à partir de 25 ans. »

#### Item 14 : Cancer du col de l'utérus

« Chez les fumeuses, vérifier la réalisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par les professionnels de santé assurant le suivi gynécologique de la femme (gynécologue, médecin généraliste, sage-femme). »

**Ces résultats nous ont permis de réaliser un premier document graphique (voir Annexe 6). Ce document a été retravaillé par Mme BIOT Céline (chargée de communication COREADD-NA) pour la deuxième phase du projet DÉPIST (voir Annexe 7).**

# DISCUSSION

Nous avons atteint l'objectif de notre travail : élaborer un consensus par méthodologie Delphi sur le contenu des recommandations pour le dépistage des maladies liées à l'usage du tabac chez les patients fumeurs, destiné à la pratique en soins primaires. Et produire un document reprenant les recommandations pour la deuxième phase du projet DÉPIST. Nous avons pu constater que la quasi-totalité des experts n'ont pas formulé d'obstacle majeur pour la mise en œuvre du projet, et nous devons dégager des pistes de travail en ce sens.

## **1 Discussion de la méthode**

### **1.1 Les limites de la méthode**

#### **L'absence de débat entre les experts**

La méthode Delphi est liée à un possible biais de sélection lié au processus de recrutement ou à une participation insuffisante de certains membres du groupe et l'absence de débat entre les participants (20). Ce dernier point est à la fois un avantage et une limite, l'absence d'échanges entre les experts peut limiter l'émergence de nouvelles idées. L'absence d'échanges peut nécessiter un nombre important de tours pour obtenir un consensus.

Parmi d'autres méthodes de consensus permettant de réunir en présentiel les experts, on peut citer : la méthode du Delphi collectif, l'approche de la fondation RAND et de l'Université de Californie de Los Angeles (UCLA) soit la méthode RAND/UCLA, ou la méthode du groupe nominal (20). Elles nécessitent une réunion présentielle des experts, ce qui n'était pas envisageable du fait de l'éloignement géographique des experts et de la situation sanitaire du moment.

#### **Le choix du panel d'experts**

Nous avons fait le choix pour notre panel d'experts de s'entourer de médecins généralistes avec une expérience pratique du tabagisme. Les limites de ce choix sont l'absence d'une expertise de chaque organe par la présence d'experts d'organes (cardiologue, oncologue, pneumologue...) et l'absence d'analyse socio-démographique. L'expertise par la consultation d'experts d'organe pourrait être recueillie pour préciser certaines recommandations via une

autre étude de consensus. On pourrait imaginer une étude de consensus en présentiel d'experts (groupe nominal).

Nous nous sommes basés sur des recommandations d'institutions ou de sociétés savantes, issues elles-mêmes d'un consensus d'experts d'organe à partir des données de la littérature. Donc il nous a paru plus pertinent de compléter cette démarche par le recueil de l'avis des utilisateurs des recommandations.

#### **L'absence d'analyse démographique**

Nous n'avons pas fait d'analyse des caractéristiques socio-démographiques des experts. Le but de notre panel n'était pas une représentation socio-démographique de la médecine générale en France, mais d'obtenir une expertise universitaire. Les recommandations feront l'objet d'une étude d'acceptabilité et de viabilité, en situation naturelle, auprès des fumeurs et de leurs médecins.

#### **L'absence de données précises concernant le tabagisme**

Pour l'élaboration de la première version du questionnaire, il existait peu d'études où l'incidence du tabagisme sur la maladie était étudiée via des données « années de tabagisme » et « paquets-années ». Les études parlaient de « fumeurs » ou « non-fumeurs ». Nous n'avons pas pu intégrer dans nos recommandations la notion « d'années de tabagisme », ce qui peut constituer une certaine limite dans la précision des recommandations dans notre travail.

#### **La présence de nombreuses propositions appropriées**

Dans le questionnaire, nous avons demandé aux experts d'émettre un commentaire non obligatoire pour les cotations inférieures à 7, afin de préciser leur position et/ou d'apporter une proposition d'amélioration. Cette contrainte a probablement accentué les cotations supérieures ou égales à 7 ainsi que le nombre important de propositions retenues. La méthode Delphi est intéressante pour affirmer l'accord entre experts, mais ne favorise pas la discrimination des propositions.

### **Les cotations extrêmes**

Le consensus basé sur calcul de la médiane et la définition du désaccord limite l'expression des experts ayant effectué une cotation extrême. Il en résulte l'insuffisance de prise en compte des cotations extrêmes dans les résultats.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu effectuer de retour de cotation personnel, car le questionnaire anonyme ne nous a pas permis d'identifier les experts individuellement. Toutefois le document final mis en forme sera proposé à leurs critiques.

## **1.2 Les forces de la méthode**

### **Une étude qualitative et quantitative**

La ronde Delphi était la méthode de choix car elle s'adapte à une démarche qualitative tout en permettant une quantification des réponses. La méthode Delphi présente un intérêt dans un contexte d'incertitude sur des recommandations lorsque les données de la littérature sont insuffisantes. Son choix était tout indiqué car les recommandations sur les maladies liées au tabagisme sont incomplètes et ne permettent pas une application simple en médecine générale.

Les principaux avantages de la procédure Delphi sont le coût limité, la réalisation en distanciel, l'anonymat (identités inconnues du groupe) ou le quasi-anonymat des participants (identités connues du groupe, mais pas les réponses individuelles), et la bonne acceptabilité des résultats (sous réserve du caractère « représentatif » du groupe). Elle nous a permis de modéliser l'avis d'experts géographiquement dispersés et de recueillir les convergences et divergences d'opinions, sans réunion de groupe. L'anonymat a favorisé l'expression libre des experts sans influence dominante dans le groupe (20).

La validité, la crédibilité, la fiabilité et l'acceptabilité de la méthode Delphi dépendent, en partie, de la composition du groupe. Le choix des participants doit permettre de constituer un groupe d'experts « représentatifs » des connaissances, intéressés et impliqués dans la problématique abordée, idéalement impartiaux. La taille du groupe est d'au minimum 15 participants et jusqu'à plus de 60 dans de nombreuses publications. L'équipe de recherche ne

doit pas être incluse dans le groupe de participants (20)(21). Les médecins généralistes experts sélectionnés présentaient une expérience pratique du tabagisme. Nous avons fait le choix de sélectionner des médecins généralistes, dont certains étaient également addictologues ou chargés d'enseignement ou universitaires en médecine générale.

La méthode Delphi permet une analyse quantitative par l'évaluation de l'échelle de cotation et une analyse qualitative par l'analyse des commentaires des experts. L'évaluation par échelle de cotation ne permet pas l'expression libre des opinions et l'appréciation du ressenti des experts. C'est pourquoi, nous leur avons proposé d'émettre des commentaires libres pour les cotations inférieures à 7 afin de limiter cet inconvénient.

Certains commentaires discordants étaient en inadéquation avec l'échelle de cotation et ne pouvaient être pris en compte par les critères de consensus. Pour pallier à cette limite, nous avons décidé de réévaluer les propositions ayant obtenu un consensus, mais présentant des commentaires discordants, afin de les inclure au second tour pour une réévaluation. Nous avons également décidé de prendre en compte ces commentaires pour l'élaboration de notre document de synthèse didactique.

La plupart des commentaires étaient pertinents et ont permis de comprendre certains désaccords. Après analyse par les investigateurs, ils ont pu être utilisés dans la rédaction du deuxième tour. Certains commentaires relevaient de la faisabilité des recommandations ce qui ne correspondait pas à l'objectif de notre travail.

### **Une lecture critique de la bibliographie internationale importante**

Pour établir le contenu du premier questionnaire, nous sommes partis du travail de revue de littérature mené par Bour et Lataste sur les recommandations existantes (voir Tableau 1). Les auteurs ont mis en évidence des recommandations centrées sur les pathologies et non sur les fumeurs, ce qui les rend plus difficilement exploitables en pratique pour les soins primaires. De même, des données manquaient pour la pratique, comme la fréquence des dépistages et les critères de sélection pour les réaliser (nombre d'années de tabagisme, âge, genre, etc.). Nous avons donc été amenés à réaliser une revue de littérature supplémentaire afin



d'approfondir ces données manquantes. En se basant parfois sur la pathogénie de la maladie, nous avons recherché pour chacune des maladies :

- A quel moment la maladie se déclarait : en fonction du nombre de paquets-années, du nombre d'années de tabagisme, de l'âge du patient fumeur.
- L'évolutivité de la maladie : pic d'incidence chez les fumeurs ou les non-fumeurs quand la première donnée manquait.

### **Le traitement des données**

Pour le traitement des données, la méthode Delphi se réfère à des grands principes, mais n'applique pas de règles strictes. Elle permet une flexibilité dans l'application de la méthode, mais induit des difficultés pour sa bonne réalisation. La détermination du désaccord est variable. Au cours de notre travail, nous avons suivi pour la méthode Delphi les règles de la fondation RAND. La mesure du consensus inclut d'une part l'évaluation du degré d'accord individuel des participants (au moyen d'une échelle numérique) ; d'autre part l'évaluation de l'accord global entre les participants (au moyen d'indicateurs statistiques de tendance centrale (médiane) et de dispersion calculés au niveau du groupe) (20).

La fondation RAND propose d'utiliser une échelle continue de 1 à 9, où 1 représente l'accord le plus faible et 9 l'accord le plus élevé. Selon la recherche de l'organisation RAND, elle a suggéré que la fiabilité des résultats est augmentée si une médiane de 8 ou 9 est utilisée pour définir la validité. La validité est établie lorsque le score médian de l'accord est supérieur strict à 7, en l'absence de désaccord. Le désaccord est défini par plus de 30% des scores individuels situé entre (6-9) et plus de 33% entre (1-3) (21).

## **2 Analyse des résultats**

A la lecture des études internationales, le projet DÉPIST est un projet unique. Cette originalité sur une thématique si importante implique probablement que son application va se heurter à des limites de réalisation. Malgré les difficultés qui seront rencontrées, sur le plan éthique, il nous paraissait important de proposer aux fumeurs, qui sont atteints de la maladie chronique addictive, une surveillance appropriée, au même titre que ceci est réalisé pour les autres maladies chroniques exposant à des risques importants de complications. En effet, ne pas se préoccuper des troubles liés à l'usage persistant ou récemment interrompu du tabac, expose l'utilisateur à des pathologies évoluées dont il se sent coupable et dont on le rend responsable. De plus le tabac est le premier facteur de morbi-mortalité en France.

A l'issue de notre étude, un consensus a pu être obtenu pour 13 items sur les 14 proposés.

Parmi ces 13 items, ce travail a permis un accord sur une consultation annuelle, celle-ci étant un moment dédié, entre autres, pour le dépistage des maladies liées au tabagisme.

Des études montrent qu'un des principaux obstacles à la mobilisation des médecins généralistes et des autres professionnels de santé pour aider leurs patients à arrêter de fumer est l'absence de demande du patient (110)(111). La médiatisation d'une consultation annuelle consacrée aux risques liés au tabagisme serait une opportunité pour favoriser le dialogue sur ce premier facteur de morbi-mortalité en France. Des études montrent également que le fait de rechercher les troubles liés à l'usage du tabac favorise l'arrêt d'une proportion non négligeable de patients. Ceci a été démontré dans la BPCO, les patients informés de leur obstruction des voies aériennes semblaient plus motivés pour arrêter de fumer. De simples conseils de sevrage tabagique combinés à des tests spirométriques ont permis d'obtenir de bons taux de sevrage à 1 an, en particulier chez les sujets présentant une obstruction des voies respiratoires (35). De manière générale, certains fumeurs pensent que les inconvénients du tabagisme n'arrivent qu'aux autres et qu'ils vont échapper aux complications. La majorité des fumeurs rencontrés avec une demande d'aide à l'arrêt dans les consultations spécialisées sont déjà malades du tabac. Ils sont dans l'urgence de l'arrêt. Probablement qu'entrer dans un processus de dépistage des pathologies induites par le tabagisme peut faire prendre conscience aux fumeurs que ça n'arrive pas qu'aux autres et qu'il faut anticiper les

complications. Ainsi, cette consultation porterait à la fois les vertus de la prévention et du dépistage.

Certaines de nos propositions vont rencontrer des difficultés pour leur réalisation par rapport aux patients, aux médecins et au système de soins.

**Pour le dépistage de la BPCO.** Nous avons fait le choix d'utiliser le score de la HAS-GOLD. Comme l'a souligné un des experts, une étude française est en cours pour élaborer un score simplifié. Afin de sélectionner les patients justifiant d'une spirométrie. Les résultats de cette étude sont à suivre. Un de nos experts a souligné que la réalisation d'une spirométrie en cabinet est soumise à la disponibilité d'appareils à un prix accessible, au développement des actions de formation, à la possibilité de coter cet acte en CCAM et le développement du réseau ASALEE. Ce sont des axes de travail intéressants pour l'application du projet pilote DÉPIST.

**Pour le dépistage du cancer colo-rectal.** Le dépistage actuel pourrait être remplacé par une stratégie fondée sur la recherche de sang occulte dans les selles par test fécal immunohistochimique (FIT) destiné à l'ensemble de la population, envoyé directement à domicile, avec un questionnaire de niveau de risque, permettant de faire varier le seuil de positivité du FIT. Cette stratégie nécessiterait de valider une équation de risque pour la France. Cette stratégie plus personnalisée pourrait avoir une efficacité et une efficience supérieures (107).

**Pour les maladies cardiovasculaires.** A l'issue du 2<sup>ème</sup> tour, un de nos experts proposait l'intitulé suivant : « *Évaluation annuelle du risque cardiovasculaire global pour tout homme fumeur de plus de 40 ans et pour toute femme fumeuse de plus de 50 ans par un calcul du SCORE.* " Je suis d'accord avec le reste de la formulation ("Si RCV > 5%..."). »

Cette remarque nous paraissait pertinente et ne changeait pas le fond de la proposition mais nous n'avons pas pu la proposer au reste du groupe sur un 3<sup>ème</sup> tour. Nous avons décidé de mettre notre proposition sous cet intitulé dans le projet pilote proposé aux médecins généralistes.

**Le dépistage de certaines maladies telles que le cancer de l'œsophage ou le cancer colo-rectal,** risque de se confronter à une faible adhésion du fait d'exams invasifs (la coloscopie, la fibroscopie). Pour exemple, dans une étude sur 142 patients éligibles au dépistage du cancer colo-rectal par une coloscopie de dépistage en première intention, 58% ont refusé de pratiquer la coloscopie (114).

La médecine générale, c'est une diversité d'exercices, tant sur la formation, le lieu d'exercice, que sur le type d'exercice. L'accès à certains examens complémentaires (TDM FD) et à certaines consultations spécialisées sera un frein à l'application de notre travail. Pour pallier à ce manque du système de soins, on peut imaginer :

- La formation dans certains domaines, comme la formation à la spirométrie.
- L'accès à de nouvelles innovations. Un appareil à ECG simplifié en 4 électrodes et une application en lien avec des cardiologues. Le résultat sous le format d'un ECG de 12 dérivations serait directement envoyé à un cardiologue avec la garantie d'un compte rendu en quelques minutes.

Malgré certaines limites, on peut toutefois penser que la plupart de nos recommandations sont applicables en soins primaires. Nos recommandations se résument par :

- Des scores-questionnaires : le SCORE, le score de Kaminski, le questionnaire de la HAS-GOLD. On pourrait imaginer un algorithme qui facilite leur réalisation en cabinet (via les logiciels de cabinet par exemple).
- Des consultations et des examens : une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste ; une glycémie annuelle ; une échographie unique pour l'AAA ; une TDM-FD tous les 2 ans.
- Un interrogatoire et un examen clinique : rappel des signes pour les cancers des VADS, œsophage, pancréas et vessie. Il a été soulevé par les experts que certaines des propositions ne sont pas des dépistages mais relèvent du diagnostic. Actuellement, dans ces maladies il n'existe pas de dépistage. Il nous paraissait important de rappeler à l'attention du médecin généraliste l'importance de ces signes cliniques et d'intégrer leur recherche systématique dans le projet.
- Des dépistages déjà en place : cancer du sein et du col de l'utérus en vérifiant leur réalisation. Il existe des logiciels professionnels qui permettent de rentrer ces données.

L'acceptabilité de la consultation annuelle, côté patient comme côté médecin, dépend de multiples paramètres intéressants à étudier. Il convient de proposer des outils d'aide à la décision partagée permettant de rester dans un temps habituel de 15 à 20 minutes pour la réalisation. Indépendamment du temps consacré, cette consultation sera plus exigeante en termes d'attention. Sa valorisation serait à envisager dans le droit commun.

On peut noter la suppression de la recommandation concernant le cancer du pancréas dans les résultats finaux. L'impact du tabagisme sur la prévalence du cancer du pancréas est établi. Même si aucun consensus n'a été trouvé, il nous paraît important de porter à la connaissance du médecin généraliste, les risques du tabagisme sur le cancer du pancréas et les points de vigilance clinique. Ces deux points seront présents dans la version graphique.

### **L'absence des co-consommations dans les propositions**

Dans notre travail nous n'incluons pas certaines données comme les co-consommations. La co-consommation désigne le fait de consommer, avec une certaine fréquence, au moins deux substances psychoactives. Les co-consommations les plus fréquemment rencontrées dans la population générale sont : alcool-tabac et cannabis-tabac. Le repérage et l'évaluation des co-consommations doivent être systématisés. La prévalence de la consommation de tabac parmi des sujets dépendants à l'alcool ou aux drogues illicites est élevée, et c'est dans ces populations qu'il y a le plus de résistance à diminuer ou à cesser de fumer, en comparaison avec la population générale (27).

L'évaluation précise des effets de la consommation conjointe de cannabis et de tabac est problématique car il s'agit d'une substance illégale. Il est difficile de tirer des conclusions solides concernant les conséquences sur la santé. Cependant, l'impact sur la prévalence de la BPCO, du cancer pulmonaire et de l'AOMI à des âges plus jeunes que chez les fumeurs de tabac seul est établi (74)(56)(46). Tout comme la consommation conjointe d'alcool et de tabac augmente le risque de cancers de VADS (90), de cancer colorectal et de cancer de l'œsophage (97).

Si nous voulions inclure la consommation de cannabis ou d'alcool dans nos recommandations de façon précise (en nombre d'années, fréquence d'utilisation, etc.), cela imposerait de réaliser un travail complémentaire de lecture critique de la bibliographie associé à une méthode de consensus. C'est pourquoi les recommandations présentées aux experts ne concernaient que les fumeurs de tabac seul. Cette notion de co-consommation est importante car elle a un impact sur les maladies chroniques, il nous paraissait indispensable que cette notion apparaisse dans notre outil final. Elle apparaît sous deux formes : rechercher la consommation de cannabis et d'alcool selon les recommandations par la HAS (112) lors de la

consultation annuelle et sous la forme de points de vigilance sur certaines maladies où le risque est établi. Devant des co-consommations, le médecin généraliste pourra adapter nos recommandations en débutant plus tôt le dépistage pour les maladies où le risque est établi.

Tableau 6 - co-consommation et maladies à risque

Co-consommation alcool-tabac	Co-consommation cannabis-tabac
Cancer des VADS	BPCO
Cancer colorectal	Cancer pulmonaire
Cancer de l'œsophage	AOMI

### **3 Les perspectives**

L'objectif principal de notre travail était d'élaborer un consensus par méthodologie Delphi sur le contenu des recommandations pour le dépistage des maladies liées à l'usage du tabac chez les patients fumeurs, destiné à la pratique en soins primaires. L'objectif secondaire était de produire un document reprenant les recommandations pour la deuxième phase du projet DÉPIST. Cette proposition de suivi est donc un exemple de suivi minimum des patients fumeurs, mais chaque médecin est libre d'en adapter le contenu : avancer l'âge de début du dépistage ou augmenter la fréquence des rendez-vous. Il s'agit d'une première approche idéalisée, qui va se heurter à des limites : les patients, les médecins, le système de soins.

Les fumeurs sont une population davantage touchée par des fragilités sociales : précarité, handicap et troubles psychiatriques. Une étude a révélé que les fumeurs actuels semblaient moins réaliser les dépistages pour le cancer du sein, du col de l'utérus ou colorectal par rapport aux personnes n'ayant jamais fumé (113). Des recherches sont nécessaires pour identifier les obstacles au dépistage chez les fumeurs actuels dans le but d'accroître l'acceptation et l'adoption des différents dépistages parmi cette population à haut risque de cancer. D'où l'intérêt de faire des études de faisabilité afin d'identifier les freins et les leviers et ainsi mettre en place des solutions pour favoriser l'adhésion.

Des études de faisabilité sont nécessaires pour identifier les obstacles au dépistage chez les médecins généralistes toujours dans le but d'élaborer des solutions pour accroître la réalisation des différents dépistages parmi cette population à haut risque de cancer.

Ce projet porterait à la fois les vertus de la prévention et du dépistage. Nous espérons que notre projet aboutira sur des arrêts de consommation de tabac. La question qui se posera aux médecins généralistes à ce moment-là est l'intérêt de la poursuite du dépistage, sur quelle maladie, sur combien de temps. Ces questions peuvent être le sujet d'une étude à part entière.

## CONCLUSION

Les pathologies liées à l'usage du tabac sont très nombreuses et ont un impact majeur sur la morbi-mortalité. Il s'agit d'un réel problème de santé publique. Cependant, aucune stratégie de dépistage systématique dans cette population-cible particulièrement à risque n'est actuellement en place en France. Seule exception, le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale est préconisé chez les hommes fumeurs, mais est peu connu.

Notre travail s'inscrit dans le projet DÉPIST, il a permis d'élaborer un dépistage type des maladies liées au tabac, applicable en médecine générale, après un travail d'analyse de la revue de littérature suivi d'une méthode de consensus Delphi. Ce travail aboutit à la construction d'un outil pour le médecin généraliste qui s'articule autour de 13 propositions.

La conclusion de ce travail appelle d'autres travaux de recherche afin d'évaluer si notre outil est applicable en consultation de médecine générale et si sa diffusion généralisée modifierait les pratiques.

Son but serait, in fine, d'aboutir sur un dépistage au plus proche des réalités de terrain.



# BIBLIOGRAPHIE

1. *Bonaldi C, Boussac-Zarebska M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2019;15: 278-84*
2. *Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de femmes. (page consultée le 8 janvier 2021). Plan Cancer 2014-2019. Objectif 10. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de femmes [Internet]. 2015.<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>*
3. *Romain Guignard, Raphaël Andler, Jean-Baptiste Richard, Anne Pasquereau, Guillemette Quatremère, Viêt Nguyen-Thanh. Efficacité de mois sans tabac 2016 et suivi à 1 an des individus ayant fait une tentative d'arrêt, à partir du baromètre de santé publique France 2017. Santé publique France ; 2019.*
4. *Emmanuel Macron. Discours du Président de la République sur la stratégie nationale décennale de lutte contre les cancers. Palais de l'Élysée, 4 février 2021. <https://www.elysee.fr/front/pdf/elysee-module-17136-fr.pdf>*
5. *Institut national du cancer. [page consultée le 18 nov 2021]. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 - Stratégie de lutte contre les cancers en France [Internet].<https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>*
6. *Beck F, Guignard R, Richard J-B, Jourdain-Menninger D. Usages de drogues et pratiques addictives en France Analyses du Baromètre santé Inpes. La documentation Française. 2014, p. 1-256..*
7. *European Respiratory Society. (page consultée le 8 janvier 2021). ERS position Paper on Tobacco harm reduction [Internet]. <https://ers.app.box.com/v/ERSTCC-Harm-Reduction-Position>*

8. Thyrian JR, Panagiotakos DB, Polychronopoulos E, West R, Zatonski W, John U. *The relationship between smokers' motivation to quit and intensity of tobacco control at the population level: a comparison of five European countries.* BMC Public Health. 2008 ; 8: 2 p.1-6.
9. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 5 avril 2021). *Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS Questions/Réponses : sevrage tabagique,* [Internet]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/question\\_reponse\\_sevrage\\_tabagique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/question_reponse_sevrage_tabagique.pdf)
10. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. *2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice.* Eur Heart J. 1 août 2016;37(29):2315-81.
11. Emery S, Gilpin EA, Ake C, Farkas AJ, Pierce JP. *Characterizing and identifying « hard-core » smokers: implications for further reducing smoking prevalence.* Am J Public Health. mars 2000;90(3):387-94.
12. Bonaldi C, Anne Pasquereau A, Hill C, Thomas D, Moutengou E, Nguyen-Thanh V, et al. *Les hospitalisations pour une pathologie cardiovasculaire attribuable au tabagisme en France métropolitaine en 2015.* Bull Epidemiol Hebd. 2020;(14):281-90.
13. Pasquereau A, Deutsch A, Richard JB, Guignard R, Andler R, Estaquio C. *Tabac et cancer. Perception des risques en 2015 et évolutions récentes.* Baromètre cancer 2015. Saint Maurice : Santé publique France ; 2019. 18 p.
14. Wilson JMG, Jungner G, World Health Organisation. *Principes et pratique du dépistage des maladies.* Organisation Mondiale de la Santé ; 1970.
15. Inserm. (page consultée le 26 octobre 2021). *Diabète de type 2. Un trouble du métabolisme principalement lié au mode de vie.* [Internet]. <https://www.inserm.fr/dossier/diabete-type-2/>
16. Bour E, Lataste M. *Dépistage systématique des pathologies liées à l'usage du tabac : état des lieux des recommandations pour une pratique en soins de santé primaires.* Thèse de doctorat : Sciences biologiques et médicales : Université de Bordeaux : 20 octobre 2020.

17. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 8 décembre 2020). *Recommandations par consensus formalisé (RCF)*. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2010. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/fiche\\_consensus\\_formalise.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/fiche_consensus_formalise.pdf)
18. Okoli C, Pawlowski SD. *The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications*. *Inf Manage*. 1 déc 2004;42(1):15-29.
19. Fitch, Kathryn, Steven J. Bernstein, Maria Dolores Aguilar, Bernard Burnand, Juan Ramon LaCalle, Pablo Lazaro, Mirjam van het Loo, Joseph McDonnell, Janneke Vader, and James P. Kahan. *The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual*. Santa Monica : RAND Corporation; 2001.
20. Letrilliart L, Vanmeerbeek M.. *A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? Exercer*. 2011;22(99):170-7.
21. Campbell SM, Cantrill JA. *Consensus methods in prescribing research*. *J Clin Pharm Ther*. févr 2001;26(1):5-14.
22. Harder E, Hertzum-Larsen R, Frederiksen K, Kjær SK, Thomsen LT. *Non-participation in cervical cancer screening according to health, lifestyle and sexual behavior: A population-based study of nearly 15,000 Danish women aged 23-45 years*. *Prev Med*. août 2020; 137:106-119.
23. He E, Lew J-B, Egger S, Banks E, Ward RL, Beral V, et al. *Factors associated with participation in colorectal cancer screening in Australia: Results from the 45 and Up Study cohort*. *Prev Med*. 2018 Jan; 106:185-196.
24. Aeschbacher S, Schoen T, Clair C, Schillinger P, Schönenberger S, Risch M, et al. *Association of smoking and nicotine dependence with pre-diabetes in young and healthy adults*. *Swiss Med Wkly*. 2014 Oct 8; 144: w14019.
25. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. *Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis*. *JAMA*. 12 déc 2007;298(22):2654-64.
26. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General [Internet]*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.

27. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 8 janvier 2021). Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé : dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac janvier 2015, [Internet]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf)
28. Union française pour la santé bucco-dentaire. Nouvelles recommandations : L'UFSBD réactualise ses stratégies de prévention. In: *Pratiques dentaire* [Internet]. *Pratiques dentaires* ; 2013 Nov, 19-39.
29. Lange P, Celli B, Agustí A, Boje Jensen G, Divo M, Faner R, et al. Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med.* 9 juill 2015;373(2):111-22.
30. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary disease: 2018 Report [Internet]. [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)
31. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 30 avril 2021). Détecter et diagnostiquer la BPCO même sans symptôme apparent, [Internet]. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3118475/fr/detecter-et-diagnostiquer-la-bpco-meme-sans-symptome-apparent](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118475/fr/detecter-et-diagnostiquer-la-bpco-meme-sans-symptome-apparent)
32. SPLF. Définitions, classification, facteurs pronostiques. *Revue des Maladies Respiratoires* (2010) 27, S11-S18.
33. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 30 avril 2020). Guide du parcours de soins: bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Actualisation novembre 2019, [Internet]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/app\\_323\\_guide\\_bpco\\_actu\\_2019\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-01/app_323_guide_bpco_actu_2019_vf.pdf)
34. Underner M, Perriot J, Peiffer G. Sevrage tabagique du fumeur atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive. *Rev Mal Respir.* 2014 Dec;31(10):937-60.
35. Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, Czajkowska-Malinowska M, Regula J, Mieszko-Filipczyk G, et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax.* 1 oct 2006;61(10):869-73.

36. Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ*. 2008 Mars ;336 (7644) :598-600.
37. Dales RE, Vandemheen KL, Clinch J, Aaron SD. Spirometry in the Primary Care Setting. *Chest*. Oct 2005;128(4):2443-7.
38. Haroon SM, Jordan RE, O'Beirne-Elliman J, Adab P. Effectiveness of case finding strategies for COPD in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Npj Prim Care Respir Med*. 2015 Aout 27 ;25(1):1-9.
39. Jordan RE, Adab P, Sitch A, Enocson A, Blissett D, Jowett S, et al. Targeted case finding for chronic obstructive pulmonary disease versus routine practice in primary care (TargetCOPD): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Respir Med*. 2016 Sept ;4(9):720-30.
40. Haroon S, Adab P, Riley RD, Fitzmaurice D, Jordan RE. Predicting risk of undiagnosed COPD: development and validation of the TargetCOPD score. *Eur Respir J*. 2017 Juin ;49(6):1602-191.
41. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 30/04/2021). Auto questionnaire dépistage BPCO, [en ligne]. <https://www.has-sante.fr>
42. Vorilhon P, Deat J, Gérard A, Laine E, Laporte C, Ruivard M, et al. Dépistage de la broncho-pneumopathie chronique obstructive par minispirométrie électronique en médecine générale. *Rev Mal Respir*. 2014 mai ;31(5):396-403.
43. Beaumont M. (page consultée le 30/04/2021). Mesure de la dyspnée : une nouvelle vision. [en ligne]. <https://splf.fr/wp-content/uploads/2016/03/J7-2-Beaumont.pdf>
44. Fletcher CM. Standardised questionnaire on respiratory symptoms : a statement prepared and approved by the MRC Committee on the Aetiology of Chronic Bronchitis (MRC breathlessness score). *BMJ*. 1960;2:1665.
45. Aaron SD, Vandemheen KL, Clinch JJ, Ahuja J, Brison RJ, Dickinson G, et al. Measurement of Short-term Changes in Dyspnea and Disease-Specific Quality of Life Following an Acute COPD Exacerbation. *Chest*. 2002 Mars 1;121(3):688-96.
46. Underner M, Peiffer G, Perriot J, Jaafari N. Atteintes pulmonaires liées au cannabis inhalé. *Presse Médicale Form*. 2020 Oct ;1(4):405-9.

47. Mehra R, Moore BA, Crothers K, Tetrault J, Fiellin DA. The association between marijuana smoking and lung cancer: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2006 Juill 10 ;166(13):1359-67.
48. Institut national du cancer. (page consultée le 01/10/2021). *Panorama des cancers en France : édition 2021, [en ligne].* [https://www.e-cancer.fr/pdf\\_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France\\_2021.pdf](https://www.e-cancer.fr/pdf_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf)
49. Institut national du cancer. (page consultée le 28/11/2020). *Les cancers bronchopulmonaires en 10 points clés [en ligne].* <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-bronchopulmonaires-en-10-points-cles>
50. Couraud S. (page consultée le 28/11/2020). *Place actuelle du dépistage en France et dans le monde, [en ligne].* [https://splf.fr/wp-content/uploads/2018/10/S3-2Depistage\\_GOLF\\_2018.pdf](https://splf.fr/wp-content/uploads/2018/10/S3-2Depistage_GOLF_2018.pdf)
51. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, Fagerstrom RM, Gareen IF, Gatsonis C, Marcus PM, Sicks JD. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med.* 2011 Aug 4 ;365(5):395-409
52. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, Scholten ET, Nackaerts K, Heuvelmans MA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med.* 2020 Fev 6 ;382(6):503-13.
53. Pastorino U, Sverzellati N, Sestini S, Silva M, Sabia F, Boeri M, et al. Ten-year results of the Multicentric Italian Lung Detection trial demonstrate the safety and efficacy of biennial lung cancer screening. *Eur J Cancer.* 2019 sept 1 ;118:142-8.
54. Becker N, Motsch E, Trotter A, Heussel CP, Dienemann H, Schnabel PA, et al. Lung cancer mortality reduction by LDCT screening-Results from the randomized German LUSI trial. *Int J Cancer.* 2020 mars 15 ;146(6):1503-13.
55. Callaghan RC, Allebeck P, Sidorchuk A. Marijuana use and risk of lung cancer: a 40-year cohort study. *Cancer Causes Control CCC.* 2013 Oct ;24(10):1811-20.
56. Aquatias S, Arditti J, Bailly I, Biecheler MB, Monsif Bouaboula, et al.. *Cannabis : Quels effets sur le comportement et la santé ?.* [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale(INSERM). 2001, 432 p.
57. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J.* 1 juill 2021;42(25):2439-54.

58. SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J.* 1 juill 2021;42(25):2455-67.
59. Mach et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;1111.
60. Gaziano JM, Brotons C, Coppolecchia R, Cricelli C, Darius H, Gorelick PB, et al. Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 2018 sept 22 ;392(10152):1036-46.
61. Bowman L, Mafham M, Stevens W, Haynes R, Aung T, Chen F, et al. ASCEND: A Study of Cardiovascular Events in Diabetes: Characteristics of a randomized trial of aspirin and of omega-3 fatty acid supplementation in 15,480 people with diabetes. *Am Heart J.* avr 2018;198:135-44.
62. Inserm. (consultée le 30/10/2021). Infarctus du myocarde : Quand le cœur est privé d'oxygène, [en ligne]. <https://www.inserm.fr/dossier/infarctus-myocarde/>
63. Haute Autorité de Santé. (consultée le 10/10/2020). Guide du parcours de soins : maladie coronarienne stable septembre 2016, [en ligne]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/guide\\_mcs\\_web\\_2014-09-09\\_21-25-19\\_719.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/guide_mcs_web_2014-09-09_21-25-19_719.pdf)
64. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 10/10/2021). Deuxieme chapitre : Evaluation du niveau de risque cardio-vasculaire du patient. In Guide de promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé chez les adultes [en ligne]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_aps\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf)
65. Perrone-Filardi P, Achenbach S, Mohlenkamp S, Reiner Z, Sambuceti G, Schuijff JD, et al. Cardiac computed tomography and myocardial perfusion scintigraphy for risk stratification in asymptomatic individuals without known cardiovascular disease: a position statement of the Working Group on Nuclear Cardiology and Cardiac CT of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2011 Aout 2;32(16):1986-93.
66. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2020 Janv 14 ;41(3):407-77.
67. Société Canadienne de cardiologie. (page consultée le 08/01/2021). *Cardiologie : Les*

six examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger. [en ligne]. <https://choisiravecsoin.org/cardiologie/>

68. Handy Catherine E., Quispe Renato, Pinto Xavier, Blaha Michael J., Blumenthal Roger S., Michos Erin D., et al. Synergistic Opportunities in the Interplay Between Cancer Screening and Cardiovascular Disease Risk Assessment. *Circulation*. 2018 Aout 14 ;138(7):727-34.

69. Collège des enseignants de médecine vasculaire et chirurgie vasculaire. (page consultée le 10/10/2020). Item 131 : anévrisme [en ligne]. [http://campus.cerimes.fr/medecine-vasculaire/enseignement/vasculaire\\_131b/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/medecine-vasculaire/enseignement/vasculaire_131b/site/html/cours.pdf)

70. Société française de médecine vasculaire. Recommandations SFMV pour le suivi des anévrismes de l'aorte abdominale sous rénale après dépistage. *J Mal Vasc* 2006 ; 31(5) : 260-76

71. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 10/02/2021). Pertinence de la mise en place d'un programme de dépistage des anévrismes de l'aorte abdominale en France [en ligne]. <https://has-sante.fr>

72. Fédération française de Cardiologie. (page consultée le 30/11/2020). Les pathologies cardio-vasculaires: l'artériopathie oblitérante [en ligne]. <https://www.fedecardio.org/Les-maladies-cardio-vasculaires/Les-pathologies-cardio-vasculaires/larteriopathie-oblitterante>

73. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 30/03/2020). Recommandations pour la pratique clinique-Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation) [en ligne]. [has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/AOMI\\_recos.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/AOMI_recos.pdf)

74. Hermanns et al. Risquer sa peau pour quelques « joints ». *Rev Médicale Suisse*. 2013;68: 5-6:311-4.

75. Puccinelli F, Roffi M, Murith N, Sztajzel R. Prise en charge de la sténose carotidienne. *Rev Médicale Suisse*. 2017;13:894-9.

76. Naylor AR, Ricco J-B, de Borst GJ, Debus S, de Haro J, Halliday A, et al. Editor's Choice - Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease: 2017 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg*. 2018 Janv ;55(1):3-81.

77. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman ND, Prentice R, Lopez AD, et al. 50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States. *N Engl J Med*. 2013 Janv 24 ;368(4):351-64.



78. Duncan MS, Freiberg MS, Greevy RA, Kundu S, Vasan RS, Tindle HA. Association of Smoking Cessation With Subsequent Risk of Cardiovascular Disease. *JAMA*. 2019 Aout 20 ;322(7):642-50.
79. Xylinas E, Larré S, Bessède. (page consultée le 28/11/2020). Item 314: Tumeurs vésicales. In: *Référentiel du collège d'urologie*. [en ligne]. 2020. <https://www.urofrance.org/wp-content/uploads/2021/11/Item-314-Tumeurs-de-vessie.pdf>
80. InfoCancer. (page consultée le 28/11/2020). Tumeurs de la vessie - Maladie - L'épidémiologie [en ligne]. <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/rein-et-voies-urinaires/cancer-vessie/maladie/avant-propos.html/>
81. Davody André Philippe. (page consultée le 28/11/2020). Quelles Chances de Survie du Cancer de la Vessie [en ligne]. 2018 <https://urologie-davody.fr/cancer-vessie/le-diagnostic/taux-de-survie-cancer-de-vessie/>
82. Khadra MH, Pickard RS, Charlton M, Powell PH, Neal DE. A prospective analysis of 1,930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice. *J Urol*. 2000 Fev ;163(2):524-7.
83. Institut national du cancer. (page consultée le 30/11/2020). Cancers colorectaux: du diagnostic au suivi [en ligne]. 2018. [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
84. HAS. (page consultée le 30/11/2020). Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé [en ligne]. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2772744/fr/cancer-colorectal-modalites-de-depistage-et-de-prevention-chez-les-sujets-a-risque-eleve-et-tres-eleve](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2772744/fr/cancer-colorectal-modalites-de-depistage-et-de-prevention-chez-les-sujets-a-risque-eleve-et-tres-eleve)
85. Heresbach D, Pienkowski P, Chaussade S, Barthet M, Bories E, Canard JM, et al. Prévention du cancer colorectal par coloscopie, en dehors du dépistage en population. Consensus et position de la SFED. *Acta Endosc*. 2016 Fev 01 ;46(1):68-73.
86. Inserm. (page consultée le 02/11/2021). Expertise collective. Synthèse et recommandations. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. [en ligne]. 2021. <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/2021-05/inserm-expertisecollective-alcool2021-synthese.pdf>
87. Boutron MC, Faivre J, Dop MC, Quipourt V, Senesse P. Tobacco, alcohol, and colorectal tumors: a multistep process. *Am J Epidemiol*. 1995 Juin ;141(11):1038-46.

88. Moskal A, Norat T, Ferrari P, Riboli E. Alcohol intake and colorectal cancer risk: a dose-response meta-analysis of published cohort studies. *Int J Cancer*. 2007 Feb 01;120(3):664-71.
89. Institut national du cancer. (page consultée le 05/01/2021). *Cancers de voies aérodigestives supérieures: du diagnostic au suivi [en ligne]*. 2018. e-cancer.fr
90. Zeka A, Gore R, Kriebel D. Effects of alcohol and tobacco on aerodigestive cancer risks: a meta-regression analysis. *Cancer Causes Control CCC*. 2003 Nov ;14(9):897-906.
91. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 05/01/2021). *Cancer de l'oesophage [en ligne]*. 2011 <https://www.cancer-environnement.fr/533-Cancer-de-loesophage.ce.aspx>
92. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 10/11/2020). *Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage [Internet]*. 2001. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/alcool2.pdf>
93. Săftoiu A, Hassan C, Areia M, Bhutani MS, Bisschops R, Borjes E, et al. Role of gastrointestinal endoscopy in the screening of digestive tract cancers in Europe: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*. 2020 Avr ;52(4):293-304.
94. Institut national du cancer. (page consultée le 13/01/2021). *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018: oesophage cancers épidermoïdes*. 2020. [en ligne]. e-cancer.fr
95. ANAES. (page consultée le 01/11/2020). *Indication à visée diagnostique de l'endoscopie digestive haute en pathologie oeso-gastro-duodénale de l'adulte à l'exclusion de l'échoendoscopie et l'entéroscopie. Service des recommandations et références professionnelles; 2001. [en ligne]. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/endoscopdigrecos.pdf>*
96. CIRC. (page consultée le 10/10/2021). *Les causes du cancer en France*. 2007. [en ligne]. [https://www.academie-sciences.fr/archivage\\_site/activite/rapport/rapport130907.pdf](https://www.academie-sciences.fr/archivage_site/activite/rapport/rapport130907.pdf)
97. American Cancer Society. (page consultée le 01/11/2021). *Esophageal Cancer Risk Factors [Internet]*. <https://www.cancer.org/cancer/esophagus-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
98. Institut national du cancer. (page consultée le 21/03/2021). *Cancers du pancréas du diagnostic au suivi [Internet]*. 2020. [en ligne]. e-cancer.fr

99. GBD 2017 Pancreatic Cancer Collaborators. *The global, regional, and national burden of pancreatic cancer and its attributable risk factors in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.* *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 21 oct 2019;4(12):934-47.
100. Bosetti C, Lucenteforte E, Silverman DT, Petersen G, Bracci PM, Ji BT, et al. *Cigarette smoking and pancreatic cancer: an analysis from the International Pancreatic Cancer Case-Control Consortium (Panc4).* *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* 2012 Juill ;23(7):1880-8.
101. Institut national du cancer. (page consultée le 04/05/2021). *Cancers du sein du diagnostic au suivi.* 2016. [en ligne]. e-cancer.fr
102. HAS. (page consultée le 04/05/2021) Haute Autorité de Santé. *Dépistage du cancer du sein en France: identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage.* [en ligne]. 2014. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/>
103. Defosse G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Synthèse [Internet].* Saint-Maurice : Santé publique France,; 2019. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/>
104. Institut national du cancer. (page consultée le 04/05/2021). *Dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique, collection Outils pour la pratique [Internet].* 2020. e-cancer.fr
105. Eap D, Ghasarossian C, Malmartel A. *Développement du score GLORI-COPD : repérer les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive à risque de complications.* *Rev Mal Respir.* 1 avr 2019;36(4):468-76.
106. Kaminski MF, Polkowski M, Kraszewska E, Rupinski M, Butruk E, Regula J. *A score to estimate the likelihood of detecting advanced colorectal neoplasia at colonoscopy.* *Gut.* 2014 Juil ;63(7):1112-9.
107. INCa. (page consultée le 07/07/2021). *Évaluation médico-économique du dépistage du cancer colorectal /Rapport technique, appui à la décision, [en ligne].* e-cancer.fr
108. UK National Screening Committee. *Appraisal of screening for bladder cancer A draft report for the UK National Screening Committee.* *Solutions for Public Health;* 2014.
109. Bouland C. Institut Bruxellois pour la Gestion de l'Environnement, Observatoire des Données de l'Environnement. *Les données de l'IBGE : « Interface Santé et Environnement » - Cancer de la vessie et des reins.* 2000.

110. Alvarez P. *Impact de la Visite des Jeunes Généralistes Installés Libéraux (VIJGIL) sur les difficultés d'orientation en addictologie. Thèse de doctorat: Sciences biologiques et médicales. Université de Bordeaux; 2018.*
111. Artola C, Maurin C. *Accompagnement à l'arrêt du tabac : changements perçus par les professionnels de santé « nouveaux prescripteurs » à la suite des soirées d'information organisées par l'Assurance Maladie, en Nouvelle-Aquitaine. Thèse de doctorat: Sciences biologiques et médicales. Université de Bordeaux: 2021.*
112. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 10/10/2021). *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. [en ligne].* [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations\\_-\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf)
113. Sanford NN, Sher DJ, Butler S, Xu X, Ahn C, D'Amico AV, et al. *Cancer Screening Patterns Among Current, Former, and Never Smokers in the United States, 2010-2015. JAMA Netw Open. 2019 May 3 ;2(5) :e193759.*
114. Adler A, Geiger S, Keil A, Bias H, Schatz P, deVos T, Dhein J, Zimmermann M, Tauber R, Wiedenmann B. *Improving compliance to colorectal cancer screening using blood and stool based tests in patients refusing screening colonoscopy in Germany. BMC Gastroenterol. 2014 Oct 17;14:183.*

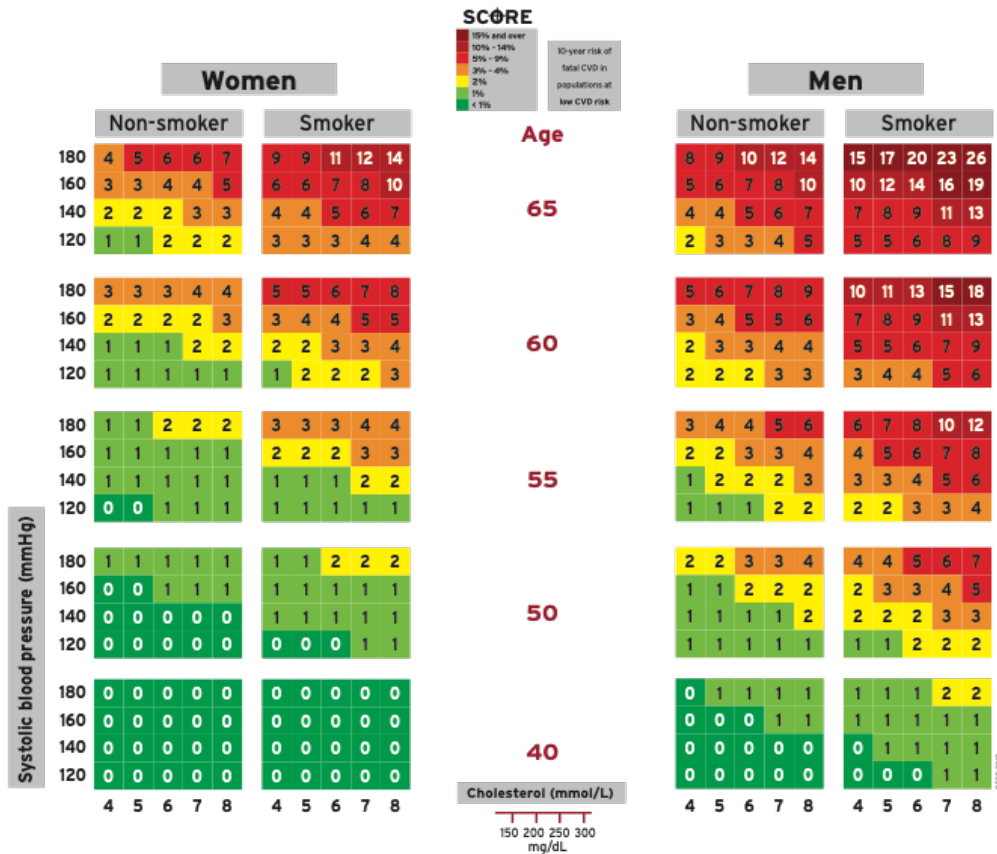
# ANNEXES

## Annexe 1 – Cotation de l'échelle BDI, d'après Aaron et coll. (45)

	<b>Handicap fonctionnel</b>	<b>Amplitude de l'activité</b>	<b>Amplitude de l'effort</b>
<b>4</b>	<b>Aucun handicap</b>	<b>Extraordinaire</b> (porter des charges lourdes)	<b>Extraordinaire</b> <i>Uniquement au cours du plus grand effort possible</i>
<b>3</b>	<b>Léger handicap</b> <i>Aucune activité n'est complètement abandonnée</i>	<b>Importante</b> (monter une forte côte, porter une charge modérée sur terrain plat)	<b>Importante</b> <i>Au cours d'efforts importants mais non maximaux, sans pause</i>
<b>2</b>	<b>Handicap modéré</b> <i>Abandon d'au moins une des activités habituelles</i>	<b>Moyenne</b> (monter moins de 3 étages, porter une charge légère)	<b>Moyenne</b> <i>Au cours d'efforts moyens, avec des pauses</i>
<b>1</b>	<b>Grave handicap</b> <i>Incapacité à travailler ou abandon de la plupart des activités habituelles</i>	<b>Légère</b> (marcher à plat)	<b>Faible</b> <i>Au cours d'efforts légers, requérant peu d'efforts</i>
<b>0</b>	<b>Très grave handicap</b> <i>Incapacité à travailler et abandon de la plupart des activités habituelles</i>	<b>Essoufflé au repos, en position assise ou couchée</b>	<b>Essoufflé au repos, en position assise ou couchée</b>

# SCORE - European Low Risk Chart

10 year risk of fatal CVD in low risk regions of Europe by gender, age, systolic blood pressure, total cholesterol and smoking status



**How do I use the SCORE charts to assess CVD risk in asymptomatic persons?**

- Use the **low risk charts** in Andorra, Austria, Belgium\*, Cyprus, Denmark, Finland, France, Germany, Greece\*, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, The Netherlands\*, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain\*, Sweden\*, Switzerland and the United Kingdom.
- Use the **high risk charts** in other European countries. Of these, some are at **very high risk** and the charts may underestimate risk in these. These include Albania, Algeria, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bulgaria, Egypt, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, FYR Macedonia, Moldova, Russian Federation, Syrian Arab Republic, Tajikistan, Turkmenistan, Ukraine and Uzbekistan.
- \*Updated, re-calibrated charts are now available for Belgium, Germany, Greece, The Netherlands, Spain, Sweden and Poland.
- Find the cell nearest to the person's age, cholesterol and BP values, bearing in mind that risk will be higher as the person approaches the next age, cholesterol or BP category.
- Check the qualifiers
- Establish the total 10 year risk for fatal CVD.

**Relative Risk Charts**

Note that a low total cardiovascular risk in a young person may conceal a high relative risk; this may be explained to the person by using the relative risk chart. As the person ages, a high relative risk will translate into a high total risk. More intensive lifestyle advice will be needed in such persons. This chart refers to relative risk, not percentage risk, so that a person in the top right corner is at 12 times higher risk than a person in the bottom left corner.

Another approach to explaining risk to younger persons is to use cardiovascular risk age. For example, in the high risk chart, a 40 year old male hypertensive smoker has a risk of 4%, which is the same as a 65 year old with no risk factors, so that his risk age is 65. This can be reduced by reducing his risk factors.

Systolic Blood Pressure (mmHg)	Non-Smoker				Smoker					
	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4

**Risk estimation using SCORE: Qualifiers**

- The charts should be used in the light of the clinician's knowledge and judgement, especially with regard to local conditions.
- As with all risk estimation systems, risk will be over-estimated in countries with a falling CVD mortality rate, and under-estimated if it is rising.
- At any given age, risk appears lower for women than men. However, inspection of the charts shows that their risk is merely deferred by 10 years, with a 60 year old woman resembling a 50 year old man in terms of risk.
- Risk may be higher than indicated in the chart in:
  - Sedentary or obese subjects, especially those with central obesity
  - Those with a strong family history of premature CVD
  - Socially deprived individuals and those from some ethnic minorities
  - Individuals with diabetes: the SCORE charts should only be used in those with type 1 diabetes without target-organ damage; Other diabetic subjects are already at high to very high risk
  - Those with low HDL cholesterol\* or increased triglyceride, fibrinogen, apoB, Lp(a) levels and perhaps increased high-sensitivity CRP.
  - Asymptomatic subjects with evidence of pre-clinical atherosclerosis, for example plaque on ultrasonography.
  - Those with moderate to severe chronic kidney disease (GFR <60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>)

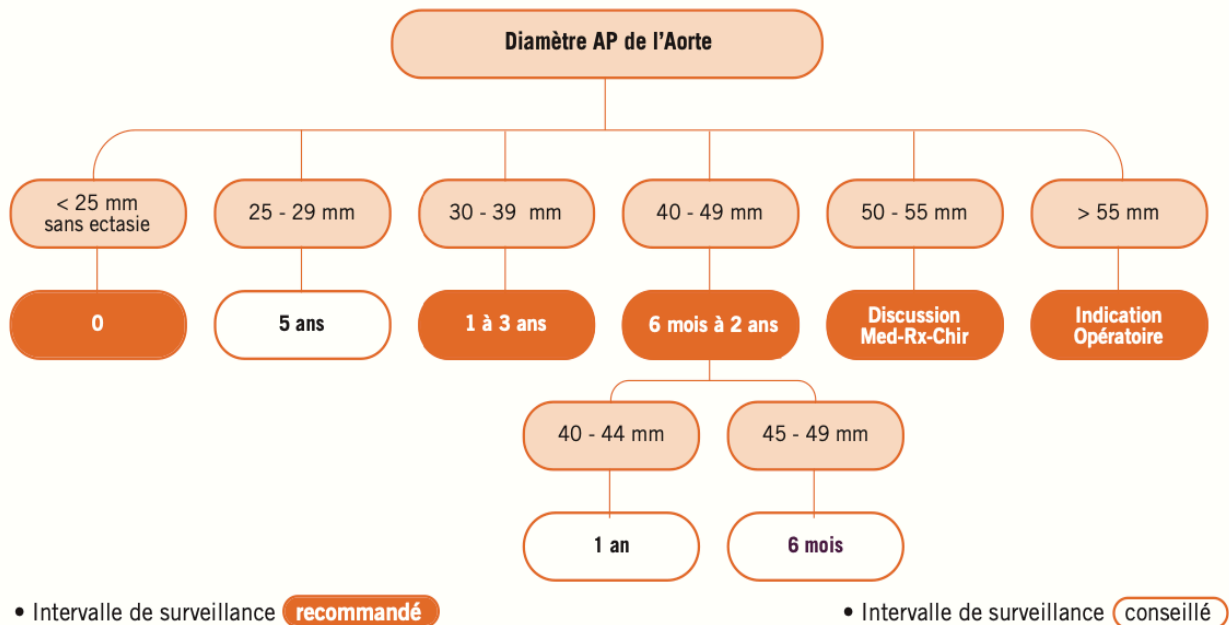
\*Note that HDL cholesterol impacts on risk in both sexes, at all ages, and at all level of risk. This effect can be estimated using the electronic version of SCORE, HeartScore, which has been updated to include HDL cholesterol level.

Visit [www.heartscore.org](http://www.heartscore.org)  
 For the interactive version of the SCORE risk charts

Source: European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice 2016  
 Eur J Prev Cardiol. 2016 Jul;23(10):NP1-NP96. doi:10.1177/2047487316653709



Annexe 3 – Les intervalles de surveillance des AAA fonction du diamètre AP au moment du diagnostic publié dans le Journal de Médecine Vasculaire en 2006.(70)



Annexe 4 – Formulaire 1er tour Google Forms©

Le formulaire est disponible et consultable sur le lien suivant :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfWa2lcpbcqC1YeJFF7L67nbvUXevT0D8EAs51NHfkCLIBfQ/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfWa2lcpbcqC1YeJFF7L67nbvUXevT0D8EAs51NHfkCLIBfQ/viewform?usp=sf_link)

Annexe 5 – Formulaire du 2ème tour

Le formulaire est disponible et consultable sur le lien suivant :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdYISJFVUtf\\_yI5\\_M-oJVNmKfjCAOg2B\\_t0jzAq8tOwpJRaNA/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdYISJFVUtf_yI5_M-oJVNmKfjCAOg2B_t0jzAq8tOwpJRaNA/viewform?usp=sf_link)

## Annexe 6 – Extrait du document graphique version initiale

Intégralité du document est disponible sur le lien suivant :

<https://www.dropbox.com/s/yfcnjwljx93v2zs/Brochure%20version%20initiale.pdf?dl=0>

**POUMON**  
Dépistage du cancer broncho-pulmonaire par une tomодensitométrie thoracique à faible dose (TDM FD) tous les deux ans entre 50 et 74 ans, pour tout fumeur actuel<sup>1</sup> ou ayant arrêté il y a moins de 10 ans<sup>2</sup>.

**VESSIE**  
Dépistage du cancer de la vessie par la recherche d'une hématurie macroscopique à l'interrogatoire chez tout fumeur de plus de 50 ans. L'hématurie sera confirmée par un ECBU. La présence d'une hématurie doit conduire à la réalisation d'une cystoscopie en l'absence d'une autre cause évidente (infection urinaire, lithiase)

**OESOPHAGE**  
Dépistage du cancer de l'oesophage avec la recherche régulière (minimum une fois par an) d'une dyspepsie, d'un reflux gastro-oesophagien (RGO), d'une dysphagie, d'une altération de l'état général (AEG) telle que l'amaigrissement, une anémie par une numération de formule sanguine (NFS) une fois par an chez tout fumeur âgé de plus de 45 ans.

**VADS**  
Dépistage des cancers des voies aéro-digestives supérieures avec la recherche de signes fonctionnels et un examen minutieux de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires régulier par le médecin généraliste ainsi qu'une consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste.<sup>3</sup>

**COLON**  
Dépistage du cancer colo-rectal avec la réalisation du score de Kaminski tous les ans à partir de l'âge de 40 ans<sup>4</sup>

**SEIN & COL DE L'UTERUS**  
Vérifier la réalisation des dépistages organisés



L'intégralité du document est disponible sur le lien suivant :

<https://www.dropbox.com/s/4shi9id8h8ielb5/Brochure%20finale.pdf?dl=0>



#### POUMON

Dépistage du cancer broncho-pulmonaire par une tomodensitométrie thoracique à faible dose (TDM FD) tous les deux ans entre 50 et 74 ans, pour tout fumeur actuel\* ou ayant arrêté il y a moins de 10 ans\*\*.



#### VESSIE

Dépistage du cancer de la vessie par la recherche d'une hématurie macroscopique à l'interrogatoire chez tout fumeur de plus de 50 ans. L'hématurie sera confirmée par un ECBU. La présence d'une hématurie doit conduire à la réalisation d'une cystoscopie en l'absence d'une autre cause évidente (infection urinaire, lithiase)



#### ŒSOPHAGE

Dépistage du cancer de l'œsophage avec la recherche régulière (minimum une fois par an) d'une dyspepsie, d'un reflux gastro-œsophagien (RGO), d'une dysphagie, d'une altération de l'état général (AEG) telle que l'amaigrissement, une anémie par une numération de formule sanguine (NFS) une fois par an chez tout fumeur âgé de plus de 45 ans.



#### VADS

Dépistage des cancers des voies aéro-digestives supérieures avec la recherche de signes fonctionnels et un examen minutieux de la cavité buccale, de l'oropharynx et des aires ganglionnaires régulier par le médecin généraliste ainsi qu'une consultation annuelle chez le chirurgien-dentiste.<sup>3</sup>



#### COLON

Dépistage du cancer colo-rectal avec la réalisation du score de Kaminski tous les ans à partir de l'âge de 40 ans\*\*\*\*.



#### SEIN & COL DE L'UTERUS

Vérifier la réalisation des dépistages organisés.

\* Fumeurs actuels définis par ayant fumé des cigarettes au cours des deux dernières semaines)

\*\* Anciens fumeurs (définis par ayant cessé de fumer depuis moins de 10 ans)

- Plus de 15 cigarettes par jour pendant plus de 25 ans

- Plus de 10 cigarettes par jour pendant plus de 30 ans »

\*\*\* Le diagnostic est évoqué devant le caractère unilatéral et/ou persistant plus de trois semaines de symptômes (lésions dans la cavité buccale, troubles de la déglutition, otalgie réflexe, dysphonie, dyspnée, AEG, adénopathie cervicale isolée) et conduit à une consultation ORL ou maxillo-faciale dans un délai de 15 jours.

\*\*\*\* Voir score Kaminski page 6

# SERMEN 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 les 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.

## RESUME

**Introduction :** Le patient fumeur asymptomatique consulte peu et est pourtant exposé à de nombreuses maladies liées à son tabagisme. Le dépistage précoce de ces maladies et la recherche de comorbidités sont un enjeu de santé publique. Un précédent travail de revue de littérature a mis en évidence la pauvreté des recommandations et l'absence de consensus clair pour certaines. L'objectif du projet DePIST est de faciliter et de structurer le dépistage des maladies liées au tabagisme en soins primaires. Nous avons cherché à obtenir un consensus d'experts autour de recommandations pour le dépistage des pathologies induites souvent par le tabac en soins primaires.

**Méthode :** En enrichissant la réflexion à partir des recommandations et pratiques d'autres pays et des données existantes de la littérature, nous avons élaboré 14 propositions de recommandations. 15 experts en médecine générale et en addictologie ont participé à deux tours de ronde Delphi, à l'aide de questionnaires en ligne.

**Résultats :** Sur les 14 propositions soumises, 8 ont été retenues au premier tour, et 13 ont été retenues au deuxième tour après prise en compte des avis experts. Ainsi, 13 propositions ont été validées.

**Conclusion :** Ce travail a permis de mettre au point 13 recommandations pour la prise en charge de maladies liées au tabagisme chronique. Il aboutit à la création d'un support visuel qui pourra être utilisé pour les études de faisabilité chez les praticiens et les patients.

**Mots-clés :** tabagisme ; méthode Delphi ; recommandations de bonne pratique ; dépistage

## ABSTRACT

**Introduction:** The asymptomatic smoker patient consults little and is nevertheless exposed to many diseases related to his smoking. The early detection of these diseases and the search for comorbidities are a public health issue. A previous literature review has highlighted the paucity of recommendations and the lack of a clear consensus for some. The objective of the DePIST project is to facilitate and structure the screening of diseases linked to smoking in primary care. We sought to obtain an expert consensus around recommendations for the screening of pathologies often induced by tobacco in primary care.

**Method:** By enriching the reflection based on the recommendations and practices of other countries and on existing data in the literature, we developed 14 proposals for recommendations. 15 experts in general medicine and addiction took part in two Delphi rounds, using online questionnaires.

**Results:** Out of the 14 proposals submitted, 8 were retained in the first round, and 13 were retained in the second round after taking into account expert opinions. Thus, 13 proposals were validated.

**Conclusion:** This work made it possible to develop 13 recommendations for the management of diseases linked to chronic smoking. It results in the creation of a visual support that can be used for feasibility studies in practitioners and patients.

**Keywords:** smoking; Delphi method; good practice recommendations; screening