

TABAGISME



Messages clés pour les prestataires de soins de santé et les responsables politiques

Aperçu

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes démontrent que la prévalence des maladies cardiovasculaires ainsi que les facteurs de risque de l'hypertension, du diabète et de l'obésité ont augmenté de 1994 à 2005 dans tous les groupes d'âge au Canada.¹ La consommation de cigarettes a diminué durant cette période, mais les taux de tabagisme sont restés élevés (environ 3,2 millions d'hommes et 2,7 millions de femmes fumaient toujours au Canada).¹

Lien entre le tabagisme, les maladies cardiovasculaires et le diabète

- Le tabagisme est un facteur de risque important pour l'hypertension et le diabète. Il est également un facteur de risque de mortalité en grande partie dû aux maladies cardiovasculaires.²⁻⁴
- Le tabagisme affecte toutes les phases de l'athérosclérose, du stage de dysfonctionnement endothélial à des événements cliniques aigus.⁵ Le tabagisme est associé à des facteurs de risques cardiovasculaires élevés, notamment le fibrinogène, la protéine C-réactive et l'homocystéine. Des mécanismes clés par lesquels le tabagisme contribue à l'athérosclérose peuvent inclure l'inflammation et l'hyperhomocystéinémie. Les facteurs de risque sont plus élevés pour les personnes qui fument actuellement que pour les personnes qui ont cessé de fumer. Les niveaux de facteurs de risque augmentent avec le nombre de cigarettes fumées.⁶
- Le tabagisme augmente les concentrations de triglycérides plasmatiques, diminue les concentrations en cholestérol à lipoprotéines de haute densité et altère la tolérance au glucose.⁷⁻⁹

Impact

- Au Canada, il y a eu environ 37 209 décès attribués au tabagisme en 2002, soit 16,6 % de tous les décès pour la même année. Parmi ces chiffres, 10 853 décès étaient attribuables aux maladies cardiovasculaires. Les décès attribuables à l'usage du tabac ont entraîné la perte potentielle de 515 607 années de vie et les maladies attribuables au tabagisme représentaient 2 210 155 jours d'hospitalisation pour des soins actifs.¹⁰ Si les taux actuels de tabagisme ne diminuent pas, environ un million de Canadiens mourront au cours des 20 prochaines années des conséquences directes du tabagisme et de fumée secondaire indirecte.¹¹
- Parmi les membres des minorités visibles au Canada, la prévalence de certaines conditions était moins élevée que celle des participants caucasiens : diabète (4,5 % contre 4 %), hypertension (14,7 % contre 10,8 %) et tabagisme (20,4 % contre 9,7 %).¹² Les taux élevés de tabagisme parmi les populations autochtones sont associés à une prévalence accrue de maladies cardiovasculaires.¹³
- L'Étude sur la santé du personnel infirmier¹⁴ démontre que les femmes diabétiques qui ne fument plus, ont un risque relatif, de développer des maladies coronariennes s'élevant à 1,21 comparé aux femmes n'ayant jamais fumé; 1,66 pour les femmes qui fument actuellement 1 à 14 cigarettes par jour et 2,68 pour les femmes qui fument actuellement ≥ 15 cigarettes par jour. Le risque pour les femmes diabétiques qui ont arrêté de fumer depuis plus de 10 ans est le même que pour les femmes diabétiques n'ayant jamais fumé.
- Une méta-analyse¹⁵ de 32 études a démontré que le risque d'un accident vasculaire cérébral associé au tabagisme est de 1,5.



Actions

- Les prestataires de soins de santé peuvent influencer positivement sur la capacité de leurs patients pour qu'ils arrêtent de fumer. Cependant, peu d'entre eux intègrent les séances de renoncement au tabagisme dans leur pratique courante. Une formation spécialisée en désaccoutumance au tabac pour les prestataires de soins de santé peut améliorer considérablement et de manière durable l'apport de conseils. Elle permet également de mieux aider les patients à cesser de fumer.¹⁶
- En un an, 3 % des patients peuvent cesser de fumer sans rechuter grâce à des conseils simples liés au renoncement au tabac que peut fournir un médecin.¹⁷ La participation à un programme de désaccoutumance au tabac peut apporter des résultats qui diffèrent (comparé aux soins habituels) jusqu'à 35 %, avec une moyenne de plus de 20 % de patients arrêtant de fumer.¹⁸
- Le groupe responsable de l'élaboration des lignes directrices CAN-ADAPTT conseille¹⁹ aux prestataires de soins de santé :
 - de demander régulièrement aux patients s'ils consomment du tabac;
 - de conseiller de manière claire à leurs patients/clients d'arrêter de fumer;
 - d'évaluer le désir de leurs patients ou clients de commencer un traitement pour arrêter de fumer;
 - de proposer de l'aide à chaque personne qui exprime le désir de commencer un traitement pour arrêter de fumer;
 - de réaliser un suivi régulier pour évaluer la réponse du patient, de lui fournir une assistance et de modifier son traitement le cas échéant;
 - d'orienter les patients vers des ressources pertinentes dans le cadre du traitement, le cas échéant.

Ressources utiles

- Santé Canada. *Le tabagisme et la maladie cardiaque*. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/legislation/label-etiquette/heart-coeur-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. Les maladies cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux au Canada 1997. 6. Les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hdsc97/s06-fra.php>

Références

1. Lee, D.S., Chiu, M., Manuel, D.G., et al. (2009). Trends in risk factors for cardiovascular disease in Canada: temporal, socio-demographic and geographic factors. *CMAJ*, 181(3-4):E55-66.
2. Moy, C.S., LaPorte, R.E., Dorman, J.S., et al. (1990). Insulin-dependent diabetes mellitus mortality. The risk of cigarette smoking. *Circulation*, 82(1):37-43.
3. Fagard, R.H. (2009). Smoking Amplifies Cardiovascular Risk in Patients With Hypertension and Diabetes. *Diabetes Care*, 32(suppl. 2):S429-S431.
4. Howard, G., Wagenknecht, L.E., Burke, G.L., et al. (1998). Cigarette Smoking and Progression of Atherosclerosis. *JAMA*, 279(2):119-124.
5. Ambrose, J.A., Barua, R.S. (2004). The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: An update. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(10):1731-1737.
6. Bazzano, L.A., He, J., Muntner, P., et al. (2003). Relationship between Cigarette Smoking and Novel Risk Factors for Cardiovascular Disease in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 138(11):891-897.
7. Frati, A.C., Iniestra, F., Ariza, C.R. (1996). Acute effect of cigarette smoking on glucose tolerance and other cardiovascular risk factors. *Diabetes Care*, 19(2):112-118.
8. Facchini, F.S., Hollenbeck, C.B., Jeppesen, J., et al. (1992). Insulin resistance and cigarette smoking. *Lancet*, 339(8802):1128-30.
9. Fowkes, F.G., Housley, E., Riemersma, R.A., et al. (1992). Smoking, lipids, glucose intolerance, and blood pressure as risk factors for peripheral atherosclerosis compared with ischemic heart disease in the Edinburgh Artery Study. *American Journal of Epidemiology*, 135(4):331-40.
10. Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., et al. (2006). *The Costs of Substance Abuse in Canada 2002*. Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). Retrieved June 23, 2011 from: <<http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011332-2006.pdf>> .
11. Heart and Stroke Foundation. (2011). *Statistics*. Retrieved June 23, 2011 from: <<http://www.heartandstroke.com/site/c.ikiQLcMWJtE/b.3483991/k.34A8/Statistics.htm>>
12. Liu, R., So, L., Mohan, S., et al. (2010). Cardiovascular risk factors in ethnic populations within Canada: results from national cross-sectional surveys. *Open Medicine* 4(3). Retrieved June 23, 2011 from: <<http://www.openmedicine.ca/article/view/372/343>>
13. Retnakaran, R., Hanley, A.J.G., Connelly, P.W., et al. (2005). Cigarette smoking and cardiovascular risk factors among Aboriginal Canadian youths. *CMAJ*, 173(8):885-889.
14. Al-Delaimy, W.K., Manson, J.E., Solomon, C.G., et al. (2002). Smoking and Risk of Coronary Heart Disease Among Women With Type 2 Diabetes Mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 162(3):273-279.
15. Shinton, R., Beevers, G. (1989). Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ* 298(6676):789-794.
16. Prokhorov, A.V., Hudmon, K.S., Marani, S., et al. (2010). Engaging Physicians and Pharmacists in Providing Smoking Cessation Counseling. *Archives of Internal Medicine*, 170(18):1640-1646.
17. Russell, M.A., Wilson, C., Taylor, C., et al. (1979). Effect of general practitioners' advice against smoking. *BMJ* 2(6184):231-5.
18. van Berkel, T.F., Boersma, H., Roos-Hesselink, J.W., et al. (1999). Impact of smoking cessation and smoking interventions in patients with coronary heart disease. *European Heart Journal*, 20(24):1773-82.
19. CAN-ADAPTT. (2011 Jan.). *Canadian Practice-Informed Smoking Cessation Guideline: Summary Statement*. Toronto: The Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. Accessed June 27, 2011 from <<http://www.can-adaptt.net/English/Guideline/Counselling%20and%20Psychosocial%20Approaches/Summary%20Statements.aspx>>