

- [Aide au sevrage : les généralistes britanniques ne la proposent qu'à 30 % des fumeurs](#)

Prevalence and correlates of receipt by smokers of general practitioner advice on smoking cessation in England: a cross-sectional survey of adults. Jackson S, Garnett C, Brown J. *Addiction Research Report*. doi:10.1111/add.15187

En Grande-Bretagne, seuls 30 % des fumeurs qui consultent leur médecin généraliste se voient offrir une aide médicamenteuse ou psychologique au sevrage, 50 % recevant de simples conseils sur l'arrêt du tabac. Ces valeurs restent inchangées entre 2016 et 2019, période durant laquelle le gouvernement a procédé à des coupes budgétaires drastiques dans les programmes anti-tabac, au prétexte que cet acte de santé publique était suffisamment pris en charge par les omnipraticiens. Ce que l'étude publiée dans *Addiction* met surtout en avant est la difficulté pour les fumeurs issues des classes sociales les moins favorisées à accéder à des aides au sevrage, qu'elles soient psychologiques ou médicamenteuses.

De septembre 2016 à octobre 2019, 65 123 adultes âgés de plus de 16 ans ont répondu à une enquête annuelle sur le tabagisme. Il est ainsi apparu que 11 588 d'entre eux (17,8%, IC 95% = 17,5- 18,1%) avaient fumé au cours des 12 derniers mois. Ils ont dans leur majorité (n = 7430 ; 64,1%, IC 95% = 63,2-65,0%) déclaré avoir consulté leur médecin généraliste au moins une fois l'année précédant la réponse au questionnaire.

L'analyse des réponses a permis de préciser 4 points épidémiologiques prédéfinis.

1/ Quelle est la proportion de fumeurs déclarant avoir consulté un médecin généraliste à avoir reçu des conseils sur le tabagisme au cours des 12 derniers mois ? Quels types de conseils ou d'aides ont-ils le plus souvent reçu ?

Au cours des 12 derniers mois, 47,2 % [95 % IC 46,1-48,3 %] des fumeurs actifs ont déclaré avoir reçu des conseils sur leur tabagisme et 30,1 % [29,1-31,1 %] ont eu accès à une aide au sevrage (psychologique ou médicamenteuse). Celle-ci passait le plus souvent par une orientation vers les services nationaux d'aide au sevrage tabagique (16,5 % [15,7-17,3 %]), devant l'acte médical de prescription de médicaments sur ordonnance (8,1 % [7,5-8,7 %]) puis les consultations par des infirmiers spécialisés en tabacologie (7,6 % [7,0-8,2 %]). La vape n'a été proposée qu'à 3,7 % [3,3-4,1 %] des fumeurs. Autrement dit, pour 43,6 % [42,5-44,7 %] des fumeurs ayant consulté leur médecin traitant, la question de leur tabagisme n'a pas été abordée, et 9 % [8,4-9,6 %] ont déclaré qu'on leur avait posé des questions sur le tabagisme sans pour autant les conseiller en vue d'un possible arrêt.

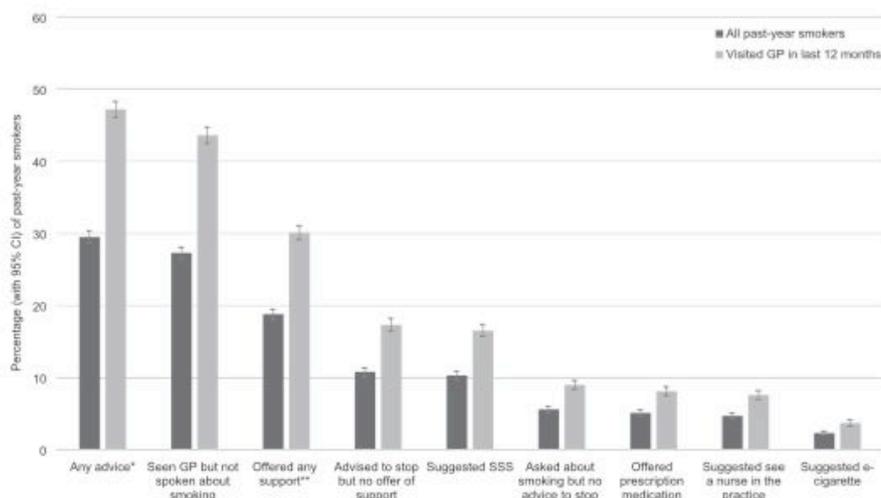


FIGURE 1 Prevalence of receipt of general practitioner (GP) advice and support on smoking by past-year smokers in England (2016–19). CI = confidence interval; SSS = stop smoking services

Prévalence et type de sevrage ou de conseils proposés. Fumeurs au cours des 12 derniers mois ayant consulté ou non leur médecin généraliste

L'étude fait apparaître que les fumeurs les plus âgés (55-64 ans), ceux d'origine non caucasienne et ceux qui n'étaient pas propriétaires de leur logement ont été plus sensibilisés. La vape a été proposée aux patients sans distinction d'âge ou d'origine ethnique. Ajoutons que la question du sevrage était abordée indifféremment en termes de sexe.

2/ Dans quelle mesure la proportion de fumeurs déclarant avoir reçu des conseils d'un médecin généraliste sur le tabagisme a-t-elle évolué entre 2016 et 2019 ? Et cette proportion diffère-t-elle selon le type d'approche du sevrage ?

Entre 2016 et 2019, des coupes budgétaires ont été effectués dans tous les domaines de santé en Grande-Bretagne, et en particulier dans les programmes de lutte contre le tabac. Selon le point de vue développé ici, les services publics (réunions de groupe ou consultations avec une infirmière spécialisée) étaient redondants avec la prise en charge par les généralistes, et le dispositif ne perdait rien à être simplifié. Un autre grand axe a été dessiné : l'encouragement à la vape comme aide au sevrage par les médecins généralistes. Force est aujourd'hui de constater que cette analyse était fautive puisque la proportion de fumeurs se voyant proposer un accès spécifique au sevrage, y compris à la e-cigarette, est restée inchangée pendant les 3 années de l'étude.

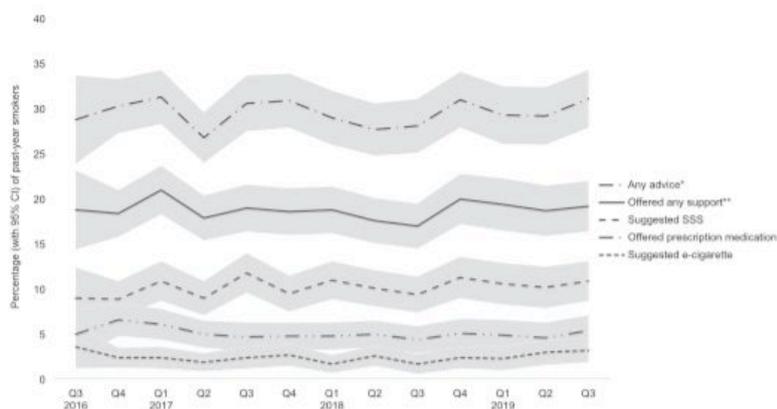


FIGURE 2 Quarterly prevalence of receipt of general practitioner (GP) advice and support on smoking, CI = confidence interval; SSS = stop smoking services. *Includes suggestions that the patient use an e-cigarette, go to a specialist stop smoking adviser or group or see a nurse in the practice; offer of prescription medication; or advice to stop smoking without offer of support. **Includes suggestions that the patient use an e-cigarette, go to a specialist stop smoking adviser or group or see a nurse in the practice; or offer of prescription medication

3/ Dans quelle mesure la réception des conseils des médecins généralistes sur le tabagisme était-elle associée aux caractéristiques sociodémographiques et comportementales des fumeurs - sexe, âge, origine ethnique, niveau social, régime d'occupation du logement, handicap, nombre d'enfants dans le ménage, niveau de dépendance à la cigarette, consommation quotidienne de cigarettes, consommation de tabac à rouler et niveau de consommation d'alcool ?

Alors que les conseils sur le tabagisme apparaissaient en proportions équivalentes dans tous les sous-groupes analysés, les offres personnalisées (soutien individuel et collectif, médicaments) étaient plus fréquentes en cas de dépendance importante ou de consommation de plus de 5 cigarettes par jour. En revanche, le type de cigarettes fumées n'a pas influé sur les propositions de sevrage. Enfin, les buveurs à haut risque étaient le plus souvent exclus de l'accès aux médicaments ou aux services appropriés. L'étude ne permet pas de préciser l'origine de cette exclusion des soins de patients dont l'état de santé pourrait être amélioré par un sevrage tabagique.

Un fumeur sur six a déclaré avoir été orienté vers des services nationaux de sevrage tabagique, un sur 12 s'est vu proposer des médicaments sur ordonnance et un sur 27 se rappelle avoir reçu des conseils sur l'utilisation d'une e-cigarette. Les fumeurs plus âgés, non blancs, plus dépendants et qui fumaient cinq cigarettes ou plus par jour avaient systématiquement plus de chances de recevoir des conseils ou des offres de soutien.

4/ Les associations entre les différents types de conseils sur le tabagisme et les tentatives d'arrêt ou la cessation diffèrent-elles selon le niveau socioprofessionnel des fumeurs ?

Dans l'ensemble, les données montrent clairement que les fumeurs qui ont reçu des conseils ou de l'aide sont nettement plus susceptibles d'avoir tenté un arrêt du tabac que ceux qui n'en ont pas reçu. Par rapport à ceux qui n'ont reçu qu'une information unique, les fumeurs ayant bénéficié de médicaments sur ordonnance, ceux qui ont participé à des réunions des services d'aide à l'arrêt du tabac, à des consultations avec une infirmière tabacologue ou qui ont utilisé des cigarettes électroniques, présentaient un taux de sevrage plus élevé - et ceci quel que soit le niveau socio-professionnel. Néanmoins, de façon plus globale, les fumeurs issus de milieux aisés sont proportionnellement ceux qui ont plus souvent cessé de fumer, avec ou sans aide.

Un fumeur sur 20 (5,4 %) ayant consulté son médecin traitant au cours des 12 derniers mois a déclaré avoir complètement arrêté de fumer au cours de l'année écoulée et être abstinente au moment de l'enquête. En raison de la faible prévalence du sevrage tabagique, il a été impossible de détecter des différences significatives par type de conseil ou soutien offert. Dans l'ensemble, seule l'offre de médicaments sur ordonnance a été associée de manière significative à une augmentation des chances d'arrêter de fumer.

Cette étude très complète tend à prouver que supprimer les services d'état d'aide au sevrage tabagique en transférant la responsabilité de la lutte contre le tabac aux médecins généralistes exclut de fait l'accès au sevrage un grand nombre de fumeurs puisque seul un tiers des patients reçoivent une proposition d'aide. En outre, cette politique crée des inégalités d'accès aux soins car ce sont les personnes les moins favorisées socialement qui sont les plus pénalisées.

• Le sevrage déterminant pour l'avenir des patients coronariens stables

Impact of smoking on cardiovascular outcomes in patients with stable coronary artery disease. Bouabdallaoui N, Messas N, Nicola Greenlaw N *et coll.* *European Journal of Preventive Cardiology* 0(0) 1–8. DOI: 10.1177/2047487320918728

Berlin I, Tonstad S. It's Time to Bury the "Smoker's Paradox". *Nicotine Tob Res.* 2019;21(9):1149-1150. doi:10.1093/ntr/ntz106. Editorial

Le risque d'évènements cardio-vasculaires (y compris de décès) est significativement majoré chez les patients fumeurs actifs atteints de coronaropathie stable par rapport aux non-fumeurs. Chez les anciens fumeurs, le risque cardiovasculaire reste élevé, bien qu'à un niveau intermédiaire entre celui des fumeurs actifs et les personnes n'ayant jamais fumé. L'intérêt du sevrage se trouve donc réaffirmé par l'étude française publiée dans *l'European Journal of Preventive Cardiology*.

Pourquoi avoir mis en place l'étude CLARIFY alors que l'hypothèse testée semble a priori intuitive et logique ? La réponse tient à la médiatisation du « paradoxe du fumeur », notion qui fait référence à une survie apparemment « meilleure » des fumeurs dans les suites immédiates d'un infarctus aigu du myocarde. Bien que les biais de ce « paradoxe » aient rapidement été analysés (patients plus jeunes, comorbidités moindres), l'appropriation par le grand public de cette information pourrait avoir limité dans une certaine mesure l'efficacité des mesures de prévention secondaire. En effet, pourquoi arrêter de fumer si c'est pour perdre le bénéfice paradoxal vanté ?

CLARIFY est un registre international qui inclut les patients ambulatoires atteints de coronaropathie stable traités et suivis annuellement pendant cinq années au moins. Au total, 32 703 patients (parmi lesquels 32 378 dont on dispose du statut tabagique) ont été inclus dans 45 pays en Afrique, en Asie, en Australie, en Europe, au Moyen-Orient et en Amérique du Nord, centrale et du Sud. Les patients ont été répartis en fonction de leur statut tabagique : 41,3 n'ont jamais fumé, 12,5% étaient des fumeurs actifs et 46,2% étaient d'anciens fumeurs. La durée médiane (IQR) entre le diagnostic de la maladie coronaire et l'inclusion dans l'étude est de 5,0 (2,0 ; 9,0) ans.

Table 1. Baseline characteristics according to smoking status at baseline.

| Variables | Current smokers N = 4039 | Former smokers N = 14973 | Never smoked N = 13366 | p-value |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------|
| Age, years | 58.51 ± 9.63 | 63.83 ± 10.34 | 66.26 ± 10.15 | <0.0001 |
| Male sex, % (n) | 86.98 (3513) | 89.85 (13,451) | 60.96 (8148) | <0.0001 |
| BMI, kg/m ² | 27.0 (24.4; 30.1) | 27.6 (25.2; 30.5) | 27.1 (24.6; 30.1) | <0.0001 |
| Treated hypertension, % (n) | 64.52 (2606) | 68.78 (10,297) | 75.47 (10,087) | <0.0001 |
| Diabetes, % (n) | 24.39 (985) | 27.78 (4159) | 31.80 (4249) | <0.0001 |
| Dyslipidaemia, % (n) | 72.94 (2946) | 76.43 (11,444) | 73.84 (9868) | <0.0001 |
| Prior MI, % (n) | 68.80 (2779) | 63.89 (9565) | 52.81 (7058) | <0.0001 |
| Prior PCI, % (n) | 61.80 (2496) | 59.89 (8967) | 56.09 (7496) | <0.0001 |
| Prior CABG, % (n) | 14.88 (601) | 26.20 (3922) | 23.24 (3106) | <0.0001 |
| Prior stroke, % (n) | 3.52 (142) | 4.09 (613) | 4.09 (546) | 0.2202 |
| Prior TIA, % (n) | 2.82 (114) | 3.10 (464) | 3.11 (415) | 0.6298 |
| Peripheral arterial disease, % (n) | 12.33 (498) | 11.83 (1771) | 6.99 (934) | <0.0001 |

Caractéristiques démographiques à l'inclusion, âge, sexe, IMC, hypertension traitée, diabète, dyslipidémie, antécédents d'IDM, de coronarographie, de pontage, d'AVC, d'AIT ou d'artériopathie périphérique.

Après un suivi médian (IQR) de 5,0 (4,4 ; 5,1) ans, 7,1 % des patients n'ayant jamais fumé, 8,1 % des fumeurs actifs et 8,5 % des anciens fumeurs sont décédés (toutes causes de décès confondues). Respectivement 4,5 %, 5,1 % et 5,4 % des patients n'ayant jamais fumé, des fumeurs actuels et des anciens fumeurs, sont décédés de

maladies cardio-vasculaires. Les taux d'infarctus mortels ou non mortels se sont établis pour leur part respectivement à 2,8, 4,3 et 3,7 % dans les trois groupes analysés. Le critère composite (décès cardiovasculaire ou d'infarctus du myocarde) a été retrouvé chez 6,3 % des personnes n'ayant jamais fumé, 8,3 % des fumeurs actuels et 7,8 % des anciens fumeurs, tandis que le composite décès cardiovasculaire/infarctus du myocarde/accident vasculaire cérébral a été observé chez respectivement 7,8, 9,7 et 9,2 % des trois groupes individualisés. Enfin, le critère composite décès cardio-vasculaire/infarctus du myocarde/de revascularisation coronaire/accident vasculaire cérébral a été observé chez 13,5 %, 15,6 et 15,2 % des patients.

Les auteurs ont ensuite analysé les taux d'événements cliniques en fonction de la durée du sevrage tabagique ou de la consommation quotidienne de cigarettes. Les décès toutes causes confondues sont survenus chez 10,3 % des fumeurs sevrés depuis plus de 9 ans, 7,7 % de ceux qui avaient cessé de fumer depuis 5 à 9 ans et 6,2 % des abstinents récents (moins de 5 ans) ; les décès cardiovasculaires ont concerné respectivement 6,6 %, 5,1 % et 3,8 % des patients et les décès non cardiovasculaires 3,8 %, 2,6 % et 2,4 % des personnes des trois sous-groupes.

Il est à observer que dans cette analyse, la consommation quotidienne de cigarettes (>10 cigarettes fumées par jour contre 1-10) a influé sur les décès toutes causes confondues (respectivement 7,6% contre 8,5%), les décès cardiovasculaires (4,8% contre 5,4%), et les taux d'infarctus du myocarde (mortels ou non mortels) (4,2% contre 4,4%, respectivement).

Table 2. Associations between smoking status and clinical outcomes, relative to never-smokers.

| | Adjusted HR ^a (95% CI) | |
|--|-----------------------------------|-------------------|
| | Current smokers | Former smokers |
| All-cause death | 1.96 (1.72; 2.24) | 1.37 (1.25; 1.50) |
| CV death | 1.92 (1.62; 2.27) | 1.38 (1.23; 1.55) |
| Non-CV death | 2.05 (1.65; 2.56) | 1.34 (1.15; 1.56) |
| Fatal or non-fatal MI | 1.69 (1.40; 2.05) | 1.28 (1.11; 1.48) |
| Fatal or non-fatal stroke | 1.52 (1.19; 1.96) | 1.08 (0.90; 1.29) |
| Hospitalizations for congestive heart failure | 1.38 (1.17; 1.62) | 1.25 (1.11; 1.40) |
| CV death or non-fatal MI | 1.86 (1.63; 2.13) | 1.34 (1.22; 1.48) |
| CV death, MI or stroke | 1.73 (1.53; 1.96) | 1.28 (1.17; 1.40) |
| CV death, MI, coronary revascularization or stroke | 1.36 (1.24; 1.50) | 1.17 (1.10; 1.25) |

^aAdjusted for age, sex, geographic region, prior MI, prior percutaneous coronary intervention and prior coronary artery bypass graft.

CI: confidence interval; CV: cardiovascular; HR: hazard ratio;

MI: myocardial infarction.

Résultats cliniques en fonction du statut tabagique : associations entre le statut tabagique et les résultats cliniques (rapport de risque ajusté). Des ajustements ont été effectués en fonction de l'âge, du sexe, de la région géographique, des antécédents d'infarctus et du statut de revascularisation.

Enfin, les auteurs ont analysé les résultats cliniques en fonction de la durée du sevrage tabagique ou de la consommation quotidienne de cigarettes. Les patients ayant cessé de fumer depuis moins de 5 ans, de 5 à 9 ans ou plus de 9 ans, sont restés exposés à un risque plus élevé de décès toutes causes confondues (risque ajusté ratio 1/41.51, 1,41 et 1,30, respectivement), de décès cardiovasculaires (risque ajusté ratio 1/41.42, 1,46 et 1,35, respectivement) et de décès non cardiovasculaires (risque ajusté 1/4 1,69, 1,33 et 1,23, respectivement) par rapport aux non-fumeurs. Toujours par rapport aux non-fumeurs, le tabagisme actif a été associé de façon constante à des résultats plus mauvais dans CLARIFY, quelle que soit la quantité de cigarettes fumées par jour (>10 ou <10 cigarettes par jour), avec une association significative avec la mortalité toutes causes confondues (rapport de risque ajusté 1/4 2.14 et 1,88, respectivement), la mortalité cardiovasculaire

(risque ajusté ratio 1/42,07 et 1,83, respectivement), la mortalité non cardiovasculaire (risque ajusté ratio 1/42,29 et 1,97, respectivement) et les infarctus du myocarde mortels ou non (risque ajusté 1/4 1,71 et 1,66, respectivement).

Table 3. Associations between time of smoking cessation, daily cigarette consumption and clinical outcomes, relative to never-smokers.

| | Adjusted HR ^a (95% CI) | | | | |
|--|--|--|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| | Current smokers | | Former smokers | | |
| | Daily consumption of cigarettes/cigars/pipes per day >10 | Daily consumption of cigarettes/cigars/pipes per day ≤10 | Smoking cessation <5 years | Smoking cessation 5–9 years | Smoking cessation >9 years |
| All-cause death | 2.14 (1.78; 2.58) | 1.88 (1.60; 2.21) | 1.51 (1.31; 1.73) | 1.41 (1.22; 1.64) | 1.30 (1.18; 1.45) |
| CV death | 2.07 (1.64; 2.61) | 1.83 (1.50; 2.25) | 1.42 (1.19; 1.69) | 1.46 (1.21; 1.76) | 1.35 (1.18; 1.54) |
| Non-CV death | 2.29 (1.68; 3.12) | 1.97 (1.51; 2.57) | 1.69 (1.35; 2.11) | 1.33 (1.03; 1.72) | 1.23 (1.04; 1.46) |
| Fatal or non-fatal MI | 1.71 (1.33; 2.22) | 1.66 (1.32; 2.10) | 1.33 (1.09; 1.62) | 1.03 (0.80; 1.31) | 1.35 (1.14; 1.58) |
| Fatal or non-fatal stroke | 1.71 (1.22; 2.40) | 1.40 (1.03; 1.91) | 1.05 (0.80; 1.37) | 1.09 (0.80; 1.47) | 1.10 (0.89; 1.35) |
| Hospitalizations for congestive heart failure | 1.48 (1.19; 1.84) | 1.28 (1.04; 1.57) | 1.07 (0.90; 1.26) | 1.35 (1.13; 1.62) | 1.32 (1.15; 1.51) |
| CV death or non-fatal MI | 1.93 (1.60; 2.32) | 1.82 (1.55; 2.14) | 1.39 (1.21; 1.60) | 1.25 (1.07; 1.47) | 1.35 (1.21; 1.50) |
| CV death, MI or stroke | 1.80 (1.52; 2.14) | 1.68 (1.45; 1.96) | 1.31 (1.15; 1.49) | 1.17 (1.01; 1.36) | 1.30 (1.18; 1.44) |
| CV death, MI, coronary revascularization or stroke | 1.42 (1.24; 1.62) | 1.31 (1.16; 1.47) | 1.11 (1.01; 1.22) | 1.07 (0.95; 1.19) | 1.24 (1.15; 1.34) |

Association entre date de sevrage, consommation quotidienne de cigarettes et devenir clinique

Les auteurs estiment que, bien qu'ils soient moins exposés que les fumeurs actifs, les anciens fumeurs atteints de coronaropathie stable restent plus exposés à des risques cardio-vasculaires que les personnes qui n'ont jamais fumé. Ainsi, les patients de CLARIFY sevrés depuis plus de 9 ans présentent toujours un risque élevé de décès cardiovasculaire avec un rapport de risque ajusté de 1,35 (1,18 ; 1,54) par rapport aux non-fumeurs. Ces résultats soulignent une fois encore la nécessité d'adopter des politiques de prévention du tabagisme plus agressives dès la découverte d'une coronaropathie stable.

- Petit poids de naissance, signes cliniques digestifs et respiratoires : conséquences du tabagisme maternel pendant la grossesse

Negative influence of maternal smoking during pregnancy on infant outcomes. Olives JP, Elias-Billon I, Barnier-Ripet D et coll. Archives de Pédiatrie 27 (2020) 189–195

L'exposition in utero au tabagisme maternel majore le risque d'hypotrophie, de coliques, de régurgitations, d'atopie, de bronchiolite et de troubles respiratoires chez les nouveau-nés : c'est ce que montrent les résultats d'une étude française présentée dans les *Archives de Pédiatrie*. Pourtant, alors que la grossesse constitue une opportunité unique d'arrêter de fumer, une étude prospective de cohorte de naissance (EDEN) menée dans 1 113 familles françaises suivies depuis la grossesse a révélé que 12,9 % fumaient pendant leur grossesse et 30,5 % après l'accouchement. Malgré les mesures préventives et les campagnes d'information, les mères favorisent la réduction du tabagisme plutôt que l'abstinence pendant la grossesse.

L'étude observationnelle, transversale, multicentrique et nationale coordonnée par J.-P. Olives a été réalisée en France entre septembre 2016 et février 2017. Au total, 452 médecins (89,4 % de pédiatres et 10,6 % de généralistes), exerçant principalement dans les zones urbaines, ont inclus au moins une personne : 1 507 nourrissons, pour lesquels 1 195 auto-questionnaires remplis par la mère ont été utilisés.

L'âge moyen des mères de l'échantillon analysé (N = 1 507) était de 30,7 (+/-4,5 ans) ; 57,3% d'entre elles avaient un niveau d'éducation élevé (c'est-à-dire avec au moins 2 ans de formation postuniversitaire), et 96,5% vivaient avec un partenaire. Leur taille moyenne était de 1,65m, et leur poids prénatal moyen était de 62,3 kg.

Au moment de l'inclusion, 518 femmes (43,3 %) étaient des fumeuses actives, le niveau de tabagisme moyen se montant à 8,9 (écart-type 5,4) cigarettes par jour (médiane : 8). Dans leur grande majorité (98,6 %), elles ont déclaré avoir fumé pendant leur grossesse. Environ un tiers de ces mères (30,1 %) avait réduit sa consommation avant la conception (médiane : 6 cigarettes par jour) tandis que 89,6 % ont répondu qu'elles avaient réduit leur tabagisme pendant leur grossesse (médiane : 4 cigarettes par jour). Le recours aux substituts nicotiques était rare : 11 femmes en cours de grossesse et 18 en post-accouchement (1,8 % de l'échantillon global).

Arrêt avant ou pendant la grossesse

Sur les 677 mères non fumeuses au moment de l'enquête, 217 (36,3 %) ont déclaré avoir déjà fumé. Au total, 81 anciennes fumeuses (39,9 %) ont cessé de fumer au décours de leur grossesse : 51,5 % des mères pendant les 6 mois précédant leur grossesse et 35,3 % après le début de la grossesse (dont 64,6 % dans le premier mois).

Les femmes qui ont continué à fumer pendant leur grossesse (N=414) ont été interrogées sur leurs motivations : il s'agissait majoritairement d'une dépendance au tabac trop élevée (36,5 %) et 30,9 % de ces personnes mentionnaient le bien-être conféré par le tabagisme.

Par rapport aux mères non fumeuses, les femmes qui ont fumé pendant leur grossesse ont eu tendance à sous-estimer les risques de l'exposition au tabac. De même, les mères fumeuses ont déclaré être moins souvent informées des risques liés à la thérapie de substitution nicotinique (65,9 % contre 81,7 %) ou au tabagisme passif (88,4 % contre 96,6 %) pendant la grossesse. Des tendances similaires ont été observées en ce qui concerne la connaissance de l'influence du tabagisme sur l'allaitement : 73,5% des mères fumeuses ont déclaré être conscientes de ce risque, alors qu'environ neuf non-fumeuses sur dix (90,1%) étaient conscientes de ce risque.

La quasi totalité des fumeuses (90,5 %) ont informé leur médecin de leur consommation de tabac pendant leur grossesse. Les médecins leur ont soit recommandé d'arrêter complètement de fumer (51,3 % des femmes), soit préconisé de réduire leur consommation de tabac sans arrêter complètement (38,5 %). Enfin, pour 10,2% de

ces mères, aucune recommandation spécifique n'a été faite.

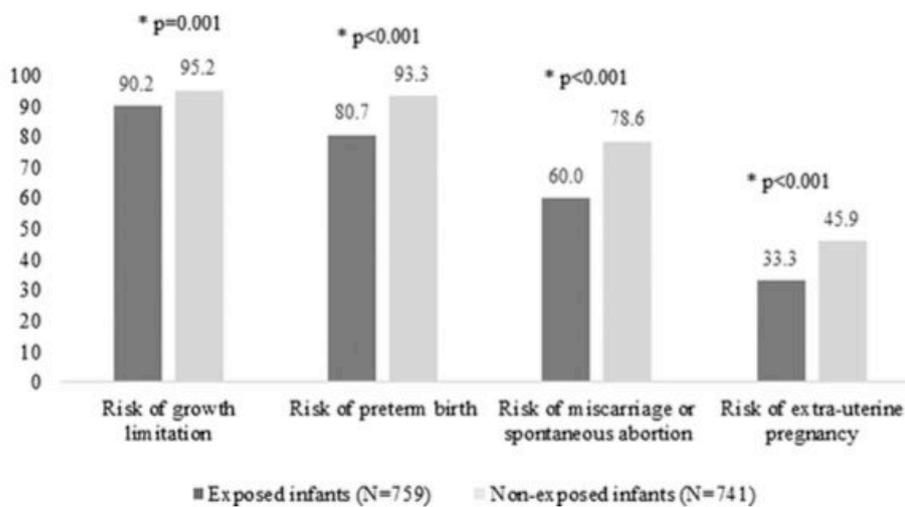


Fig. 1. Maternal knowledge of risks related to smoking during pregnancy according to maternal smoking status during pregnancy.

Degré de connaissance maternelle sur les risques du tabagisme pendant la grossesse : risque d'hypotrophie, de prématurité, de fausse couche et de grossesse extra-utérine.

L'analyse a aussi pris en compte les caractéristiques sociodémographiques des nourrissons. Sur les 1 507 nourrissons étudiés, 51,0% étaient de sexe masculin, leur âge médian se montant à 2,1 mois (3 jours à 4,3 mois) lors de la visite de recrutement. Leur poids moyen (SD) était de 5,0 kg.

Table 1
Sociodemographic characteristics of infants (N=1,507).

| | | Total N= 1,507 | |
|---|-----------|----------------|--------|
| Gender (n, %) | Male | 767 | |
| | Female | 738 | (49.0) |
| | Missing | 2 | |
| Birth rank (n, %) | 0-1 | 719 | (50.1) |
| | 2 | 522 | (36.4) |
| | 3 | 144 | (10.0) |
| | 4-10 | 48 | (3.4) |
| | Missing | 74 | |
| Age (months) | Mean (SD) | 2.1 | (1.0) |
| | Missing | 11 | |
| Recumbent length (cm) | Mean (SD) | 56.5 | (4.2) |
| | Missing | 82 | |
| Weight (kg) | Mean (SD) | 5.0 | (1.1) |
| | Missing | 83 | |
| Weight-for-age (kg), WHO z-score | Mean (SD) | -0.553 | 1.095 |
| | Missing | 92 | |
| BMI (kg/m ²) | Mean (SD) | 15.5 | (1.9) |
| | Missing | 97 | |
| BMI-for-age (kg/m ²), WHO z-score | Mean (SD) | -0.271 | 1.147 |
| | Missing | 106 | |
| Birth length (cm) | Mean (SD) | 49.2 | (2.4) |
| | Missing | 15 | |
| Birth weight (kg) | Mean (SD) | 3.2 | (0.5) |
| | Missing | 15 | |
| Birth weight (kg), WHO z-score | Mean (SD) | -0.226 | 1.057 |
| | Missing | 17 | |

BMI: Body mass index; SD: standard deviation.

Caractéristiques sociodémographiques des enfants

Le poids de naissance se révèle significativement inférieur chez les nourrissons dont la mère a fumé pendant la grossesse : 3,1 kg chez les nourrissons exposés contre 3,3 chez les nourrissons non exposés ($p < 0,001$). De même, au moment de la consultation d'inclusion, le poids moyen des nourrissons exposés était significativement inférieur (4,9 contre 5,1 kg, $p < 0,001$). Il en va de même, mais dans une moindre mesure, pour l'IMC (15,4 kg/m² chez les nourrissons exposés contre 15,6 kg/m² chez les nourrissons non exposés; $p =$

0,021). Le poids de naissance des enfants de mère consommant en moyenne 8,9 cigarettes par jour était en moyenne inférieur de 236 g par rapport aux enfants nés de mère abstinentes ($p < 0,001$).

Outre les caractéristiques néo-natales, le tabagisme influence sur les symptômes cliniques pendant les premiers mois de vie. Ainsi, la fréquence des coliques (estimée par le critère de ROME III qui sous-évalue le diagnostic) était significativement plus élevée chez les nourrissons exposés.

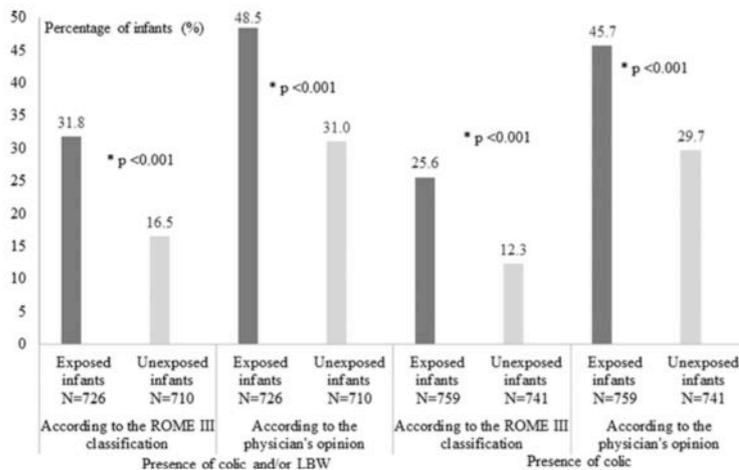


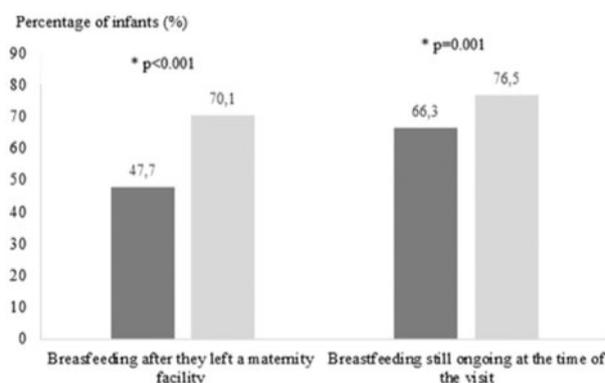
Fig. 2. Presence of colic and/or LBW and presence of colic according to the physician's diagnosis and the ROME III classification, by maternal smoking status during pregnancy. * Chi² test used for the comparison of exposed vs. unexposed infants. LBW: low birth weight.

Présence de coliques ou de signes fonctionnels digestifs selon la classification ROME III ou l'avis du médecin

D'autres signes cliniques ont été plus fréquemment diagnostiqués chez les enfants nés de mère fumeuse et non hospitalisés : régurgitations physiologiques (63,6% contre 56,5%, respectivement ; $p=0,005$), troubles respiratoires (6,3% contre 2,4% ; $p<0,001$), bronchiolite (6,5% contre 3,0% ; $p=0,001$) et atopie (14,7% contre 10,6% ; $p=0,019$). De plus, les régurgitations étaient considérées comme modérées à sévères chez 17,7 % des nourrissons exposés au tabac (grade 3 sur l'échelle de Vandénplas), contre 12,1 % de la population non exposée. Sur les 65 nourrissons souffrant de troubles respiratoires, les enfants nés de mère fumeuse étaient deux fois plus représentés.

Enfin, les nourrissons exposés au tabac étaient moins souvent allaités que les nourrissons non exposés : parmi les 884 nourrissons allaités au moment de la sortie de la maternité, 238 nés de mère fumeuse l'étaient encore à l'inclusion dans l'étude contre 397 témoins. La durée médiane de l'allaitement était de 2 mois chez les nourrissons non exposés contre 1 mois chez les nourrissons exposés.

Au moment de la consultation d'inclusion, 56,9 % des nourrissons (exposés ou non exposés) étaient nourris exclusivement avec du lait maternisé, et 7,9 % étaient nourris avec un mélange de lait maternisé. Les formules infantiles standard (55,2 %) et épaissies (type AR ; 27,7 %) étaient les plus fréquemment utilisées.



Allaitement en sortie de maternité et allaitement au moment de l'inclusion, selon la consommation ou non de tabac pendant la grossesse.

Ce travail s'inscrit dans la continuité d'une étude française publiée en 2019 et qui précisait « Le tabagisme maternel pendant la grossesse (TMPG) est un facteur de risque bien établi d'effets négatifs de la grossesse, mais ses effets négatifs sur la santé de l'enfant après la naissance sont moins connus aussi bien par les professionnels de santé que par le grand public. De grandes études de cohortes des 10 dernières années mettent en évidence que le TMPG est un facteur de risque indépendant de plusieurs troubles de santé de l'enfant tels que, entre autres, l'obésité et le tabagisme. Un grand nombre d'études et trois méta-analyses récentes montrent que la TMPG est un facteur de risque indépendant de sifflements thoraciques et d'asthme de l'enfant exposé *in utero* au tabagisme de la mère pendant la grossesse. Le TMPG est associé à une toxicité épigénétique, l'hypothèse actuelle la plus mise en avant pour expliquer la diversité de ses effets négatifs postnatals. L'éradication du TMPG pourrait contribuer à la réduction de l'incidence des troubles de santé de toute une génération suivante, y compris l'incidence des troubles respiratoires de l'enfance ».

Berlin I. Tabagisme maternel pendant la grossesse : un facteur de risque des troubles respiratoires de l'enfant après la naissance Revue des Maladies Respiratoires, 2018 ; 35 : 686-693,

- [Recommandations de l'American Thoracic Society : la varénicline avant tout](#)

Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Leone F, Zhang Y, Evers-Casey S et coll. *Am J Respir Crit Care Med* Vol 202, Iss 2, pp e5–e31, Jul 15, 2020

Lien pour téléchargement: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7365361/pdf/rccm.202005-1982ST.pdf>

L'American Thoracic Society (ATS) plébiscite la varénicline pour le sevrage des fumeurs dans ses nouvelles recommandations. Celles-ci réunissent cinq recommandations fortes et deux recommandations conditionnelles pour le choix de traitements médicamenteux de l'arrêt du tabac.

Le groupe de travail coordonné par les Drs Frank Leone (Philadelphie) et Yuqing Zhang (Hamilton) a été sélectionné sur une indépendance totale des participants vis à vis de l'industrie du tabac. Les quelques conflits d'intérêt de médecins avec l'industrie pharmaceutique sont détaillés (24 sur 30 n'en ayant déclaré aucun). Ce travail d'analyse des données de la littérature était spécifiquement centré sur l'initiation du traitement pharmacologique de sevrage tabagique des adultes, à l'exception des femmes enceintes. Au total 7 recommandation dont 5 fortes ont été proposées.

Parmi les recommandations fortes, on retiendra l'utilisation de la varénicline préférentiellement au patch de nicotine, l'utilisation de la varénicline préférentiellement au bupropion, l'utilisation de la varénicline préférentiellement au patch de nicotine chez les adultes souffrant d'une maladie psychiatrique, la prescription de varénicline chez les adultes même s'ils ne sont pas prêts à se sevrer immédiatement et l'utilisation d'un traitement médicamenteux pour une durée supérieure à 12 semaines.

Parmi les recommandations conditionnelles, l'utilisation conjointe de patchs de nicotine et de varénicline doit être préférée à la varénicline exclusive. Enfin, il apparaît que la varénicline semble préférable aux cigarettes électroniques pour obtenir un vrai sevrage tabagique.

Avant tout l'ATS précise les fondements du traitement de la dépendance au tabac :

1. Tous les patients doivent être soumis à un dépistage du tabagisme, le diagnostic potentiel de dépendance au tabac devant être évalué régulièrement en consultation.
2. Le diagnostic de la dépendance au tabac, ainsi que les effets toxiques de l'exposition au tabac, doivent être intégrés dans la liste des pathologies du patient.
3. Il ne suffit pas d'encourager les patients à arrêter de fumer. Tous les patients qui consomment du tabac doivent recevoir un traitement fondé sur des preuves – traitement médicamenteux si nécessaire – afin de les aider à se sevrer.
4. Les interventions en matière de dépendance au tabac nécessitent un suivi longitudinal, tout comme la gestion d'autres pathologies chroniques.

- Pour les adultes dépendants du tabac, **l'ATS recommande préférentiellement la varénicline au patch de nicotine**. En effet, comparée au patch de nicotine, la varénicline augmente l'abstinence à long terme, mesurée par la prévalence ponctuelle de l'abstinence à 7 jours lors du suivi à 6 mois (RR, 1,20 ; 95 % IC, 1,09 à 1,32 ; TAR, 40 de plus pour 1 000 patients ; IC à 95 %, 18 de plus à 65 de plus ; grande certitude quant aux effets estimés) et l'abstinence à 7 jours de prévalence ponctuelle pendant la période de traitement (RR, 1,40 ; IC 95 %, 1,31 à 1,49).

En revanche, l'impact relatif sur la qualité de vie n'a pas pu être évalué en raison du manque de données.

- Pour les adultes dépendants du tabac, **l'ATS recommande préférentiellement la varénicline au bupropion**. La varénicline majore en effet la prévalence ponctuelle de l'abstinence tabagique à 7 jours lors du suivi à 6 mois par rapport au bupropion (RR, 1,30 ; IC à 95%, 1,19 à 1,42). Au décours de la période de traitement actif, la varénicline augmente l'abstinence mesurée par la prévalence ponctuelle de l'abstinence pendant 7 jours (RR, 1,41 ; 95 % IC, 1,32 à 1,52). Des données de qualité de vie sont disponibles pour cette comparaison : le traitement par la varénicline peut augmenter le score de maîtrise de soi par rapport au bupropion (taille de l'effet : 0,17, soit une faible certitude quant aux effets estimés) et le score de transition sanitaire (faible certitude quant aux effets estimés).

- **L'utilisation conjointe de patches et de varénicline permet un meilleur sevrage** chez les adultes dépendants du tabac que la varénicline utilisée exclusivement. L'association augmente en effet de manière significative l'abstinence par rapport à la varénicline seule, mesurée par une prévalence ponctuelle de 7 jours d'abstinence à 6 mois ou plus (auto-déclaration ou score eCO (RR, 1,36 ; 95 % IC, 1,07 à 1,72). La varénicline associée à un patch de nicotine augmente statistiquement l'abstinence, mesurée par la prévalence ponctuelle de 7 jours d'abstinence pendant le traitement par rapport à la varénicline seule (RR, 1,31 ; 95 % IC, 1,11 à 1,54).

- **La varénicline doit être préférée à la vape pour réaliser un sevrage**. L'étude d'observation a montré que la varénicline pourrait entraîner une augmentation de l'abstinence continue à 6 mois ou plus par rapport aux cigarettes électroniques, mais le niveau de preuve reste très faible. Les études indirectes ont montré que la varénicline pourrait entraîner une diminution non statistiquement significative de l'abstinence à 6 mois ou plus, mais les preuves sont là aussi très incertaines (RR, 0,85 ; IC à 95%, 0,65 à 1,10). Toutefois, la varénicline serait à même d'entraîner une augmentation de la prévalence ponctuelle de l'abstinence pendant le traitement à 3 mois par rapport aux cigarettes électroniques, quoique là encore les preuves se révèlent peu précises (RR, 1,10 ; 95 % IC, 0,73 % à 1,60 %).

Cette position pourrait être revue à l'avenir si des études plus concluantes étaient publiées.

- **Chez les fumeurs qui ne sont pas encore prêts à s'arrêter**, les cliniciens peuvent mettre en place un traitement par varénicline immédiat plutôt que d'attendre que les patients soient prêts à arrêter de fumer. En effet, les fumeurs traités à la varénicline sont plus à même d'arrêter la cigarette, et ce en dépit de leur réticence initiale. En utilisant la prévalence ponctuelle de 7 jours d'abstinence à 6 mois après le traitement, la varénicline a augmenté l'abstinence par rapport à l'attente de l'affirmation de disponibilité (RR, 2,00 ; IC 95%, 1,70 à 2,35). Le traitement par la varénicline a également augmenté la prévalence de l'abstinence pendant 7 jours par rapport à l'attente (RR, 2,49 ; 95 % IC, 2,09 à 2,98).

- En cas de **troubles psychiatriques associés** – troubles traités liés à la consommation de substances, la dépression, l'anxiété, la schizophrénie et/ou les troubles bipolaires- l'ATS recommande d'utiliser la varénicline préférentiellement au patch de nicotine.

- Enfin, une **thérapie de longue durée (>12 semaines)** est préférable à thérapie de durée standard (6-12 semaines).

- [Anévrisme intracrânien non rompu : dépister les fumeuses de 30-50 ans hypertendues ?](#)

Cigarette smoking and risk of intracranial aneurysms in middle-aged women. Ogilvy C, Gomez-Paz S, Kicielinski K *et coll.* *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2020;0:1–6. doi:10.1136/jnnp-2020-323753

La multiplication d'exams d'imagerie cérébrale à visée diagnostique ou thérapeutique aujourd'hui prescrits permet d'estimer qu'aux Etats-Unis, le nombre de personnes souffrent d'anévrisme intracrânien non rompu (AICNR) se monte désormais à 6,5 millions.

L'équipe de Christopher Ogilvy publie dans le *J Neurol Neurosurg Psychiatry* une étude singulière sur 113 femmes de 30 à 60 ans qui conclut à une majoration par un facteur 4 des anévrismes intracrâniens non rompus chez les fumeuses et à une majoration par un facteur 7 chez les fumeuses hypertendues. Ces chiffres suffisent-ils à proposer une recommandation de dépistage systématique chez ces femmes ? Pour l'équipe de Harvard, la réponse est affirmative.

Si les facteurs de risque d'anévrismes cérébraux sont connus – antécédents personnels, familiaux, polykystose rénale et connectivite – il semblerait aussi que le fait d'être une femme âgée de 30 à 60 ans soit aussi déterminant puisque c'est dans cette tranche d'âge que la majorité des diagnostics sont posés. Puisque le rôle du tabac paraît aussi crucial, les auteurs ont choisi de cibler dans leur étude les fumeuses d'âge moyen. Au total, 113 patientes porteuses d'un total de 128 anévrismes diagnostiqués par examen angio-IRM et ne présentant pas de signes d'hémorragie sous-arachnoïdienne ou intracrânienne ont été incluses. Elles ont été appariées avec des patients contrôles qui avaient subi des examens d'imagerie pour les mêmes motifs.

La majorité des anévrismes présentaient une morphologie sacculaire (95,3 %) et 91,4 % étaient situés au sein de la circulation antérieure. L'artère carotide interne était la localisation la plus habituelle des anévrismes antérieurs (53,9 %). La taille médiane de l'anévrisme se montait à 4 (2-5) mm. Les deux tiers des anévrismes ont été pris en charge de manière conservatrice et seuls 34% ont été traités.

Table 2 Per-aneurysm baseline characteristics of matched cases

| Aneurysm characteristics | n (%) (n=128) |
|---|------------------|
| Morphology | |
| Saccular | 122 (95.3) |
| Fusiform | 3 (2.3) |
| Blister | 3 (2.3) |
| Diameter (mm) (median (range)) | 4 (2–5) |
| Circulation | |
| Anterior | 117 (91.4) |
| Posterior | 11 (8.6) |
| Parent vessel | |
| Internal carotid | 69 (53.9) |
| Anterior cerebral | 10 (7.8) |
| Middle cerebral | 19 (14.8) |
| Basilar | 5 (3.9) |
| Superior cerebellar | 2 (1.6) |
| Anterior inferior/posterior inferior cerebellar | 1 (0.8) |
| Vertebral | 1 (0.8) |
| Anterior communicating | 13 (10.2) |
| Posterior communicating | 8 (6.3) |
| Management | |
| Conservative | 72 (66.1) |
| Treated | 37 (33.9) |
| Surgery | 15 (13.6) |
| Stent | 1 (0.9) |
| Flow diversion | 9 (8.2) |
| Coiling | 11 (10) |
| Stent-assisted coiling | 2 (1.8) |

Caractéristiques morphologiques des anévrismes et modalités de traitement

Les patients atteints d'anévrisme et les témoins étaient dotés des mêmes caractéristiques démographiques après appariement ($p > 0,99$ pour l'âge et l'origine ethnique). Les porteuses d'anévrismes étaient plus souvent hypertendues de façon chronique que les témoins (46 % contre 31 %, respectivement ; valeur p non ajustée = 0,02). Plus de la moitié des patientes atteintes d'anévrisme (57 %) étaient ou avaient été fumeuses, contre 37 % des témoins ($p = 0,002$).

Table 1 Baseline characteristics of case-control subjects

| Characteristics | Aneurysm patients | Control patients | Matched cases | Matched controls | P value |
|--|-------------------|------------------|---------------|------------------|-----------|
| | (n=152) | (n=393) | (n=113) | (n=113) | |
| Age at diagnosis (years) (median (IQR)) | 53 (47–57) | 46 (36–53) | 52 (45–57) | 52 (45–57) | >0.99 |
| Race | | | | | |
| Caucasian | 115 (75.7) | 266 (67.7) | 93 (50.0) | 93 (50.0) | >0.99 |
| African American | 16 (10.5) | 55 (13.9) | 13 (50.0) | 13 (50.0) | |
| Asian | 4 (2.6) | 23 (5.8) | 2 (50.0) | 2 (50.0) | |
| Mixed | 7 (4.6) | 13 (3.3) | 1 (50.0) | 1 (50.0) | |
| Not reported | 10 (6.6) | 36 (9.2) | 4 (50.0) | 4 (50.0) | |
| Multiple intracranial aneurysms | 12 (7.9) | – | 12 (7.9) | – | – |
| Comorbidities | | | | | |
| Hypertension | 77 (50.7) | 94 (23.9) | 52 (46.0) | 35 (31.0) | 0.02 |
| Diabetes mellitus | 16 (10.5) | 48 (12.2) | 15 (13.3) | 15 (13.3) | >0.99 |
| Coronary artery disease | 6 (3.9) | 12 (3.0) | 4 (3.6) | 5 (4.4) | 0.74 |
| Myocardial infarction | 4 (2.6) | 6 (1.5) | 4 (3.5) | 2 (1.8) | 0.41 |
| Hypothyroidism | 23 (15.1) | 39 (9.9) | 17 (15) | 11 (9.7) | 0.23 |
| Polycystic ovary syndrome | 1 (0.7) | 5 (1.3) | 1 (0.9) | 0 (0.0) | 0.32 |
| Smoking status | | | | | |
| Never-smoker | 61 (40.1) | 277 (70.5) | 48 (42.5) | 71 (62.8) | Reference |
| Ever-smoker | 91 (59.9) | 116 (29.5) | 65 (57.5) | 42 (37.2) | 0.002 |
| Current smoker | 45 (29.6) | 60 (15.3) | 32 (28.3) | 20 (17.7) | |
| Past smoker | 46 (30.3) | 56 (14.2) | 33 (29.2) | 22 (19.5) | |
| Cigarettes per day (median (IQR))* | 15 (10–20) | 10 (10–20) | 20 (10–20) | 12.5 (10–20) | 0.6 |
| Smoking duration† | (n=67) | (n=74) | (n=47) | (n=30) | – |
| Average duration (years) (median (IQR)) | 27 (14–35) | 19 (10–26) | 25 (12–38) | 15 (20–30) | 0.45 |
| ≤20 years of first-hand smoking exposure | 28 (41.8) | 49 (66.2) | 21 (44.7) | 17 (56.7) | Reference |
| >20 years of first-hand smoking exposure | 39 (58.2) | 25 (33.8) | 26 (55.3) | 13 (43.3) | 0.3 |
| Reasons for imaging‡ | (n=151) | (n=391) | (n=112) | (n=113) | |
| Chronic headaches | 95 (62.9) | 192 (49.1) | 70 (62.5) | 50 (44.3) | 0.006 |
| Transient motor or sensory deficit | 11 (7.3) | 66 (16.9) | 8 (7.1) | 22 (19.5) | Reference |
| Follow-up of chronic conditions | 11 (7.3) | 30 (7.7) | 8 (7.1) | 12 (10.6) | |
| Tinnitus, vertigo and syncope | 15 (9.9) | 37 (9.5) | 11 (9.8) | 12 (10.6) | |
| Others | 19 (12.6) | 66 (16.9) | 15 (13.4) | 17 (15.4) | |

Caractéristiques démographiques des sujets inclus. Age au moment du diagnostic, ethnique, lésions multiples, comorbidités, statut tabagique, nombre de cigarettes par jour, motif de la réalisation de l'examen d'imagerie

La consommation médiane de cigarettes se montait à 20 cigarettes par jour pour les patients atteints d'anévrisme et à 12 cigarettes par jour pour les témoins ($p = 0,6$). Si la durée moyenne du tabagisme était plus élevée chez les patientes atteintes d'anévrisme que chez les témoins (25 ans contre 15 ans, respectivement), cette différence n'était néanmoins pas significative.

Table 4 Sensitivity analysis: logistic multivariable analysis model for the association with a diagnosis of an incidental unruptured intracranial aneurysm between aneurysm patients and control patients with available data on both cigarette smoking duration and quantity of cigarettes per day

| Characteristics | Aneurysm patients | Control patients | OR* | 95% CI | P value |
|-------------------------------------|-------------------|------------------|------|--------------|---------|
| | (n=80) | (n=73) | | | |
| Cigarettes per day | 10 (10–20) | 10 (10–20) | 0.98 | 0.96 to 1.03 | >0.99 |
| First-hand smoking duration (years) | 29 (16–40) | 20 (11–26) | 1.03 | 1.02 to 1.08 | 0.001 |

Durée du tabagisme et consommation de cigarettes

L'OR du risque d'anévrisme intracérébral non rompu s'établissait à 3,69 pour les fumeuses (95% IC 1,61 à 8,50 ; $p=0,002$). Celui des patientes souffrant d'hypertension chronique était pour sa part évalué à 3,16 (95 % IC 1,17 à 8,52 ; $p=0,023$). Une interaction significative entre tabagisme et hypertension chronique a été par ailleurs confirmée (OR 6,92 ; $p<0,001$).

Pour les auteurs, puisque le risque d'anévrisme intracrânien non rompu est multiplié par 4 chez les fumeuses de 30 à 50 ans et par 7 chez des fumeuses hypertendues de la même tranche d'âge, il est licite de proposer un dépistage par examen systématique afin de proposer un traitement actif aux patients les plus à risque d'hémorragie sous-arachnoïdienne (34 % dans cette étude répondaient aux critères actuels de traitement).

- [Intoxication au CO chez les jeunes : pensez à la chicha!](#)

Intoxication au monoxyde de carbone chez les fumeurs actifs ou passifs de chicha. Underner M, Perriot J, Peiffer G et coll. *Revue des Maladies Respiratoires*. Volume 37, Issue 5, May 2020, Pages 376-388

Pour M. Underner et coll., qui publient dans la *Revue des Maladies Respiratoires*, l'usage de la chicha doit être systématiquement recherché en cas d'intoxication au CO, notamment chez des adolescents ou des adultes jeunes. En effet, l'équipe a analysé 17 études incluant un total de 39 patients ayant présenté des signes d'intoxication au monoxyde de carbone CO chez des fumeurs actifs ou passifs de chicha. Du fait des conséquences possiblement dramatiques des intoxications au CO, cette donnée doit être prise en compte devant un tableau de malaise ou devant des signes digestifs chez des jeunes qui évoquent spontanément ou non une consommation de chicha.

La chicha (narguilé, narghilé, hookah) est une pipe à eau permettant de fumer du tabac. En France, son usage s'est banalisé chez les jeunes, y compris les très jeunes. Il est le plus souvent occasionnel et récréatif, à domicile ou dans des bars à chicha. L'idée erronée selon laquelle la chicha est moins dangereuse et moins addictive que la cigarette donne à ses usagers le sentiment de pouvoir fumer en toute sécurité. Pourtant, le fumeur actif ou passif de chicha encourt les mêmes maladies pulmonaires, cardiovasculaires et cancers que le fumeur de cigarette. Depuis le décret du 15 novembre 2006, les bars à chicha doivent disposer d'un espace clos dédié à la seule consommation de tabac et répondant à des normes techniques ainsi qu'à des conditions d'utilisation particulières.

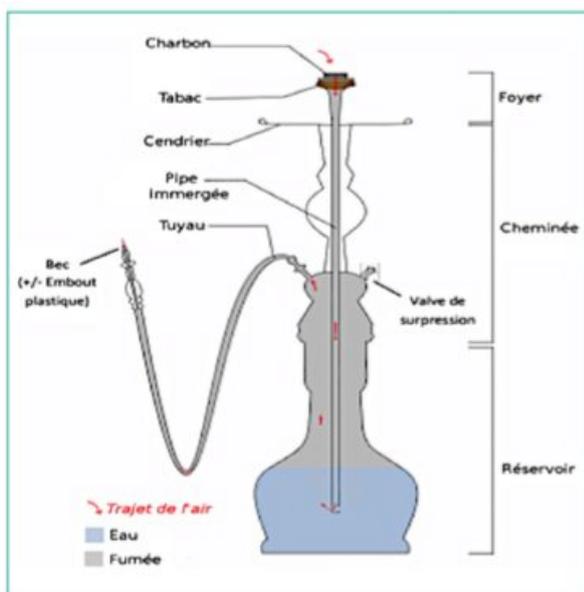


Figure 1. Schéma d'une chicha.

Au cours d'une séance de chicha, le CO et les carcinogènes proviennent à la fois du tabac et du charbon brûlé. La fumée de chicha contient plus de substances toxiques (CO, hydrocarbures aromatiques polycycliques carcinogènes, aldéhydes, métaux lourds, nicotine) que la fumée de cigarettes. Plusieurs études ont montré qu'une séance de chicha équivalait à fumer 100 à 200 cigarettes traditionnelles, et ceci du fait de la durée prolongée des séances (elles durent 45 à 60 minutes). Avec la chicha, l'exposition importante au CO est liée à une inhalation plus profonde, à un volume de fumée inhalé plus important, à une combustion incomplète du tabac et du charbon et, donc, à la durée de l'exposition.

Outre l'intoxication au CO, l'usage de la chicha peut provoquer des maladies cardiovasculaires, cancers bronchiques, BPCO et des maladies infectieuses transmissibles (herpès, tuberculose).

L'exposition passive à la fumée de chicha, en particulier pour les personnes qui travaillent dans des bars à chicha, provoque également une augmentation du taux de CO.

Exposition active ou passive

Seize des articles analysés incluant un total de 39 patients (19 femmes et 20 hommes) rapportent des cas d'intoxication aiguë au CO en rapport avec un tabagisme actif à base de chicha. L'âge moyen des patients était de 22,3 ans (13 à 38 ans). Chez 51,3 % des patients, des symptômes tels que des vertiges, des céphalées et/ou des nausées ont été rapportés. 43,6 % des patients ($n = 17$) ont perdu connaissance et 5,1 % des patients ($n = 2$) ont convulsé.

Le taux moyen d'HbCO sanguin s'élevait à 17,3 % (7,2 % à 39 %). Des anomalies à l'ECG étaient notées chez 5 patients.

Dans la majorité des cas, le traitement a été fondé sur l'oxygénothérapie au masque à haute concentration en oxygène. Quatre patients (10,2 %) seulement ont bénéficié d'une oxygénothérapie hyperbare. L'évolution s'est faite vers la guérison chez tous les patients.

Un autre article a détaillé deux cas d'intoxication aiguë au CO par des exposition involontaire à la fumée de chicha décrites chez des employés d'un bar à chicha. Leurs taux artériel d'HbCO se montaient respectivement à 3,6 % pour une femme de 23 ans et à 33,8 % pour un homme de 24 ans présentant une perte de connaissance prolongée et des anomalies à l'ECG. Tous les deux avaient été traités par oxygénothérapie au masque puis en caisson hyperbare.

Le traitement de l'intoxication aiguë au CO lié à l'usage de la chicha repose sur l'oxygénothérapie normobare au masque à haute concentration en oxygène. L'oxygénothérapie hyperbare est réservée aux intoxications sévères ou à celles survenant au cours de la grossesse. Une perte de conscience, des troubles neurologiques sévères, une ischémie myocardique, une acidose sévère, un taux d'HbCO > 25 % sont des critères d'intoxication sévère. La demi-vie de l'HbCO (de 3 à 5 heures en air ambiant) passe à 40 à 80 minutes sous oxygénothérapie à haut débit au masque et à 15 à 30 minutes dans un caisson hyperbare.

- Baisse de la perception du risque lié au tabac chez les américains

Risk perceptions regarding cigarette smoking in the United States continue to decline. Pacek L, McClernon J. *Drug and Alcohol Dependence*. Volume 209, 1 April 2020, 107887

Entre 2006 et 2015, la perception du risque associé au tabagisme (au moins un paquet par jour) est passé de 73,89 % à 72,89 % dans la population des plus de 12 ans. Lauren Pacek et Joseph McClernon ont cherché à préciser si cette baisse de la perception du risque s’est poursuivie au cours des années 2016-2018. Et l’analyse des données annuelles (National Survey on Drug Use and Health) n’est pas encourageante.

La prévalence de la perception du risque lié au tabagisme a encore diminué dans la population générale des États-Unis : 71,76 % contre 72,77 % en 2016 ($p = 0,023$). Entre 2006 et 2018, c’est donc une baisse globale de 2,13 % du risque perçu a été enregistrée. Il semble que la vitesse de baisse de prise de conscience du risque s’accélère avec une chute de 1,01 % de la prévalence du tabagisme dans la population générale américaine en deux ans (entre 2016 et 2018 seulement).

Fait notable, entre 2006 et 2018, le taux de diminution du risque perçu a été le plus rapide chez les fumeurs de cigarettes occasionnels (OR= 0,97 ; IC 95 % : 0,96, 0,98). Autre information marquante, entre 2016 et 2018, la baisse la plus rapide du risque perçu a été notée chez les personnes n'ayant jamais fumé (OR = 0,95 ; IC 95 % : 0,92, 0,98).

Table 1

Prevalence of perceive great risk of smoking 1+ packs of cigarettes per day, over time from 2006 to 2018 and linear time trends among United States individuals age 12 and older, stratified by smoking status (NSDUH).

Table 1. Prevalence of perceive great risk of smoking 1+ packs of cigarettes per day, over time from 2006 to 2018 and linear time trends among United States individuals age 12 and older, stratified by smoking status (NSDUH)

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Linear Trends | |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------------|---------------------------|
| | wt% | | | | | | | | | | | | | aOR* (95% CI) – 2006-2018 | aOR* (95% CI) – 2016-2018 |
| Overall perceived great risk | 73.89 | 73.94 | 73.64 | 70.85 | 71.38 | 71.25 | 71.67 | 71.16 | 71.20 | 72.89 | 72.77 | 71.82 | 71.76 | 0.99 (0.98, 0.99) | 0.97 (0.95, 0.99) |
| Daily smokers (n=84,490) | 51.16 | 50.22 | 49.91 | 47.32 | 48.72 | 47.27 | 48.34 | 48.56 | 46.06 | 48.19 | 46.60 | 44.60 | 46.18 | 0.98 (0.98, 0.99) | 0.99 (0.93, 1.05) |
| Non-daily smokers (n=20,184) | 64.12 | 63.89 | 65.76 | 60.85 | 60.25 | 63.00 | 60.40 | 59.94 | 61.35 | 58.44 | 59.51 | 55.41 | 58.74 | 0.97 (0.96, 0.98) | 0.97 (0.92, 1.04) |
| Former smokers (n=76,638) | 79.57 | 79.78 | 79.12 | 76.27 | 75.15 | 75.42 | 75.59 | 75.63 | 76.45 | 77.12 | 76.03 | 74.96 | 74.83 | 0.98 (0.97, 0.99) | 0.97 (0.92, 1.02) |
| Never smokers (n=517,587) | 79.32 | 79.21 | 78.64 | 76.73 | 76.10 | 76.78 | 75.59 | 75.69 | 77.47 | 77.10 | 77.65 | 76.70 | 75.92 | 0.99 (0.98, 0.99) | 0.95 (0.92, 0.98) |

Prévalence du risque associé à la consommation d’un paquet de cigarettes par jour entre 2006 et 2018

Ce déclin constant de la notion de risque perçu est considéré comme déroutant et préoccupe les auteurs. La baisse continue du marché du tabac et la popularité croissante de la vape pourraient expliquer en partie ces données. En outre, le nombre des décès par cancers liés au tabac baisse de façon régulière, ce fait pouvant avoir introduit un biais dans la perception par le grand public de l’effet néfaste du tabagisme. Pour les auteurs, la surveillance continue des perceptions de risque du tabagisme est donc nécessaire, tout comme la mise en place d’études visant à élucider les mécanismes et les corrélations de la diminution des perceptions de risque.

INFORMATIONS

Déclaration de l'OMS sur les produits du tabac chauffés et la décision de la Food and Drug Administration des États-Unis d'Amérique concernant IQOS

<https://www.who.int/fr/news-room/detail/27-07-2020-who-statement-on-heated-tobacco-products-and-the-us-fda-decision-regarding-iqos>

Bienvenue à la plateforme Génération sans tabac

Initiée par le Comité National Contre le Tabagisme, CNCT et DNF pour un monde zéro tabac, « Génération sans Tabac » est la première plateforme francophone de mobilisation citoyenne contre le tabagisme.

Dans un monde où les canaux véhiculant l'information sont volontiers utilisés, avec une information manipulée, dans un objectif mercantile, Génération Sans Tabac poursuit une triple exigence : celle de l'indépendance, de la transparence et de la rigueur scientifique.

Ce projet est soutenu financièrement par le Fonds de lutte contre le tabac, devenu Fonds de lutte contre les addictions. Il est mené en partenariat avec L'Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (L'Union), Expertise France et l'Alliance contre le Tabac. Le projet est accompagné grâce à l'expertise de Thomas Laurenceau, ancien rédacteur en chef de la Revue 60 millions de consommateurs et du Pr Jacques Cornuz du Centre hospitalier universitaire Vaudois.

<https://www.generationsanstabac.org/>

CONGRÈS

01/10/2020

Colloque régional LSST - Normandie

Le RESPADD, en collaboration avec l'ARS Normandie et Promotion Santé Normandie a le plaisir de vous convier au colloque régional Lieu de santé sans tabac le 1er octobre 2020 au Cinéma Pathé Les Rives de l'Orne à Caen. Un pré-programme est dès à présent disponible.

Inscrivez-vous dès maintenant : <https://www.respadd.org/colloque-normandie-lieu-de-sante-sans-tabac/>

Consulter le pré-programme : https://mcusercontent.com/6e0fa86cb67b5d4a98c4d0019/files/20db770b-bdfe-438e-a89c-139aa22448d7/Colloque_LSST_1er_octobre_2020_programme_01.pdf

05-06/10/2020

Communication(s) en santé

2e colloque Lieu de santé promoteur de santé

Le RESPADD organise, avec le soutien de Santé publique France, la 2ème édition du colloque Lieu de santé promoteur de santé (LSPS) les 5 & 6 octobre 2020 à Paris.

Cette nouvelle édition du Colloque LSPS explorera les multiples dimensions de la communication en santé en France et à l'international.

Inscrivez-vous dès maintenant : <https://www.respadd.org/colloque-lieu-de-sante-promoteur-de-sante-2020/>

Consulter le pré-programme : https://mcusercontent.com/6e0fa86cb67b5d4a98c4d0019/files/8097b8c2-e1fa-4425-ad75-59850d422c75/Programme_colloque_LSPS_2020_11_.pdf

RDV vendredi 4 septembre 8h30
Session Troubles du comportement
alimentaire et addictologie.

Paris Espace
Grande
Arche
du 3 au 5 septembre 2020

CONGRÈS ANNUEL
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE ET FRANCOPHONE
DE CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ
ET DES MALADIES MÉTABOLIQUES



SOFFCO.MM
CONGRÈS 2020



Retrouvez la session SFT
le jeudi 1 octobre à 14h00 !



14^e Congrès International
d'Addictologie de l'ALBATROS
Mardi 27, Mercredi 28 & Jeudi 29 Octobre 2020
Novotel Tour Eiffel / PARIS

www.congresalbatros.org

« Addictions : croisement des disciplines et confrontation des savoirs »

Organisé par le Centre d'Enseignement, de Recherche et de Traitement
des Addictions, ce congrès se tiendra à Paris du 27 au 29 octobre 2020
Contact :
Mme Audrey Ginestet, Katana Santé, 29, rue Camille Pelletan, 92300
Levallois-Perret
Tél. : 33 (0)1 84 20 11 90
a.ginestet@katanasante.com
<http://www.congresalbatros.org>



36^e

Congrès National
de Médecine &
Santé au Travail

Du 2 au 5 novembre 2020
Palais de la Musique et des Congrès
S t r a s b o u r g

Une session SFT est prévue :

« tabagisme en entreprise : que faut-il savoir ? »

<https://www.medecine-sante-travail.com/programme>.



COLLÈGE FRANÇAIS DE PATHOLOGIE VASCULAIRE
Maison de la Chimie, 28 bis Rue Saint Dominique - 75007 Paris



09-10 novembre 2020

Sous la présidence de **Claire Le Hello**

Le 54e Congrès du Collège Français de Pathologie Vasculaire se tiendra à la Maison de la Chimie, Paris, du 9 au 10 novembre 2020.

La SFT y co-animera une session "Tabagisme : quoi de neuf en 2020 ?" :

- Les mécanismes de l'impact vasculaire du tabagisme. Roger Moyou-Mogo
- L'anévrisme de l'aorte abdominale : une maladie du tabac ? Daniel Thomas
- L'e-cigarette : sa place actuelle dans la prise en charge des fumeurs. Bertrand Dautzenberg
- Comment aider efficacement un fumeur au cours d'une consultation de médecine vasculaire ? Anne-Laurence Le Faou

Et également un atelier "Augmenter vos chances d'obtenir un sevrage tabagique" animé par Anne-Sophie Debusse avec Marie Malécot et Daniel Thomas.

<http://cfpvinscriptions.com/register.aspx>

CSFT 2020

14e congrès de la Société Francophone de Tabacologie

26 et 27 novembre 2020 Institut Pasteur - Paris



Les inscriptions au CSFT 2020 sont ouvertes : <http://www.csft2020.fr/inscription/>



Rendez-vous à l'atelier de la SFT le mercredi 25 novembre pour un atelier sur le sevrage tabaco-cannabique du schizophrène

11^{ème} Rencontre

Tab'Actu



3 décembre

2020

Domaine de l'Asnée
Villers-lès-Nancy
11 rue de Laxou – 54 600

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

CHRU NANCY
UNITE DE COORDINATION TABACOLOGIE

Contact : Anna SPINOSA
Tél : 03 83 15 34 08
Mél : a.spinosa@chru-nancy.fr

8h00 – 8h45 – Accueil des participants
Café d'accueil

PROGRAMME

MATIN

9h00 – 9h45
9h00 - 9h45 - Accueil

Dans la grande transformation de l'industrie du tabac en industrie de la nicotine, comment les multinationales protègent leur « marché »
Pascal Diethelm – OxySuisse, Genève

9h45 – 10h30
9h45 - 10h30 - Accueil

Impact environnemental du tabac
Pr Jacques Cornuz – Unisanté, Lausanne

11h00 – 11h45
11h00 - 11h45 - Accueil

Pause Café

Sexe, genre et tabagisme : quels enjeux ?
Pr Carole Clair – Unisanté, Lausanne

11h45 – 12h30
11h45 - 12h30 - Accueil

Dénormalisation du tabac : spécificité de l'influenceur digital et stratégie de communication
Romain Viellefosse – StudioB – Agence BCW, Paris

Pause Déjeuner

APRES-MIDI

14h00 – 14h45
14h00 - 14h45 - Accueil

TCC et sevrage tabagique
Dr Philippe Guichenez – Centre Hospitalier, Béziers

14h45 – 15h30
14h45 - 15h30 - Accueil

Tabac et grossesse : nouvelles recommandations
Pr Ivan Berlin – Société Francophone de Tabacologie, Paris

15h30 – 16h15
15h30 - 16h15 - Accueil

Tabac et réduction des risques en Salle de consommation à moindre risque (SCMR) et CAARUD
Dr Camille Brand – Association Ithaque, Strasbourg

16h30 Assemblée Générale

11^{ème} Rencontre
3 Décembre 2020 • Domaine de l'Asnée, 54 600 Villers-lès-Nancy

11e Rencontre de l'AALT - Tab'Actu

Organisée par l'Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

Contact :

Unité de coordination de tabacologie, Bâtiment Philippe Canton, CHRU de Nancy, Rue du Morvan, 54511

Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex

Tél. 33 (0)3 83 15 34 08 a.spinosa@chru-nancy.fr

Programme : http://societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/AALT_11eRencontre-2020.pdf

VU SUR LE NET

Des géants du tabac suspectés de contourner l'interdiction des cigarettes mentholées

<https://www.sudouest.fr/2020/08/21/des-geants-du-tabac-suspectes-de-contourner-l-interdiction-des-cigarettes-mentholes-7763417-4696.php>

En Afrique du Sud, l'interdiction du tabac a donné un coup de fouet au marché noir

https://www.lemonde.fr/economie/article/2020/08/19/en-afrique-du-sud-l-interdiction-du-tabac-a-donne-un-coup-de-fouet-au-marche-noir_6049329_3234.html

Depuis le 31 juillet, l'achat de tabac dans un autre pays d'Europe est limité à une cartouche pour les français au lieu de 4 : les frontaliers et les petits arrangements avec la Loi.

Pyrénées-Orientales : au Perthus, acheter une seule cartouche, la loi fait tousser les fumeurs

<https://www.lindependant.fr/2020/07/14/au-perthus-acheter-une-seule-cartouche-la-loi-fait-tousser-les-fumeurs-8979050.php>

Belgique : les frontaliers continuent d'acheter du tabac en masse malgré la récente loi.

<https://www.lavoixdunord.fr/855088/article/2020-08-23/tourcoingneuville-en-ferrain-les-fumeurs-continuent-d-acheter-du-tabac-en-masse?&didomiOK>

«On fera des allers-retours» : au Perthus, désormais, c'est pas plus d'une cartouche de tabac

<https://www.leparisien.fr/economie/on-fera-des-allers-retours-au-perthus-desormais-c-est-pas-plus-d-une-cartouche-de-tabac-25-08-2020-8373096.php>

OFFRES D'EMPLOI

Consultez les offres d'emploi sur le site de la SFT :

<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/emplois1.html>

CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser à Alice Deschenau : alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr