

- Bénéfice prouvé de l'interdiction de fumer dans les voitures sur les hospitalisations pour asthme infantile

Associations between smoke-free vehicle legislation and childhood admissions to hospital for asthma in Scotland: an interrupted time-series analysis of whole-population data. Mackay D, Turner S, Semple S et coll. *Lancet Public Health* 2021 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00129-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00129-8)

Le 26 mars 2006, le gouvernement écossais a mis en place une loi sur l'interdiction du tabac dans les bars, les lieux publics et les espaces de travail. On avait craint dans un premier temps que ces mesures conduisent à une majoration du tabagisme à domicile, et à son corollaire, l'exposition des enfants en bas âge au tabagisme passif. Il n'en a cependant rien été. Pour preuve, l'incidence des hospitalisations pour exacerbations d'asthme chez les enfants en âge scolaire et préscolaire s'est trouvée diminuée.

Les autorités écossaises sont allées encore plus loin dans la protection contre le tabagisme passif en interdisant en décembre 2016 le tabac dans les voitures transportant des enfants de moins de 18 ans. Cette fois encore, comme ils l'avaient déjà fait en 2006 pour mesurer l'impact de cette décision, Daniel Mackay et coll. ont analysé l'impact de cette mesure sur les admissions d'enfants en service d'urgence pour exacerbation d'un asthme déjà connu.

Quel est le fondement de cette mesure ? Une expérience reproduisant 63 trajets normaux (d'une durée moyenne de 27 minutes) en voiture effectués par des fumeurs et des accompagnants conclut à une exposition systématique à un environnement de nanoparticules (PM2-5) à des concentrations supérieures aux recommandations de l'OMS en matière de qualité de l'air intérieur. L'ouverture des fenêtres de la voiture ne changeait rien à cet état de fait. Ce constat s'est révélé décisif dans la prise de décision du gouvernement écossais.

Avant la l'application des nouvelles mesures, 37 % des enfants âgés de 10 à 11 ans déclaraient que le tabagisme était autorisé chez eux et 18 % dans la voiture familiale. En 2019, ces chiffres étaient tombés à 26 % et 9 %, respectivement. Cependant, parmi les enfants dont l'un des parents fumait, 50 % étaient encore exposés dans leur maison et 20 % dans la voiture familiale.

Au cours de la période d'étude de 19 ans (du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2018), on a relevé 32 342 admissions d'urgence à l'hôpital pour asthme chez des enfants de moins de 16 ans, dont 13 954 (43%) chez des enfants de moins de 5 ans et 18 388 (57%) chez des enfants âgés de 5 à 15 ans. Il est à observer que 10 179 (31%) des enfants admis à l'hôpital vivaient dans des zones appartenant au quintile le plus défavorisé socialement, 5775 (18%) dans le quintile moyen et 4046 (13%) dans le quintile le plus favorisé.

Après l'introduction de la législation sur les véhicules non-fumeurs, une baisse de la pente des admissions mensuelles en urgence à l'hôpital pour asthme chez l'ensemble des enfants a été observée (-1,21%, IC 95% -

2,64 à 0,23), cette baisse ne se révélant pas statistiquement significative. Si aucun changement significatif n'a été relevé chez les enfants âgés de 5 à 15 ans, les admissions mensuelles aux urgences de l'hôpital pour asthme des plus petits ont pour leur part baissé (-1,49%, IC 95% : -2,69 à -0,27) après la mise en application de la loi.

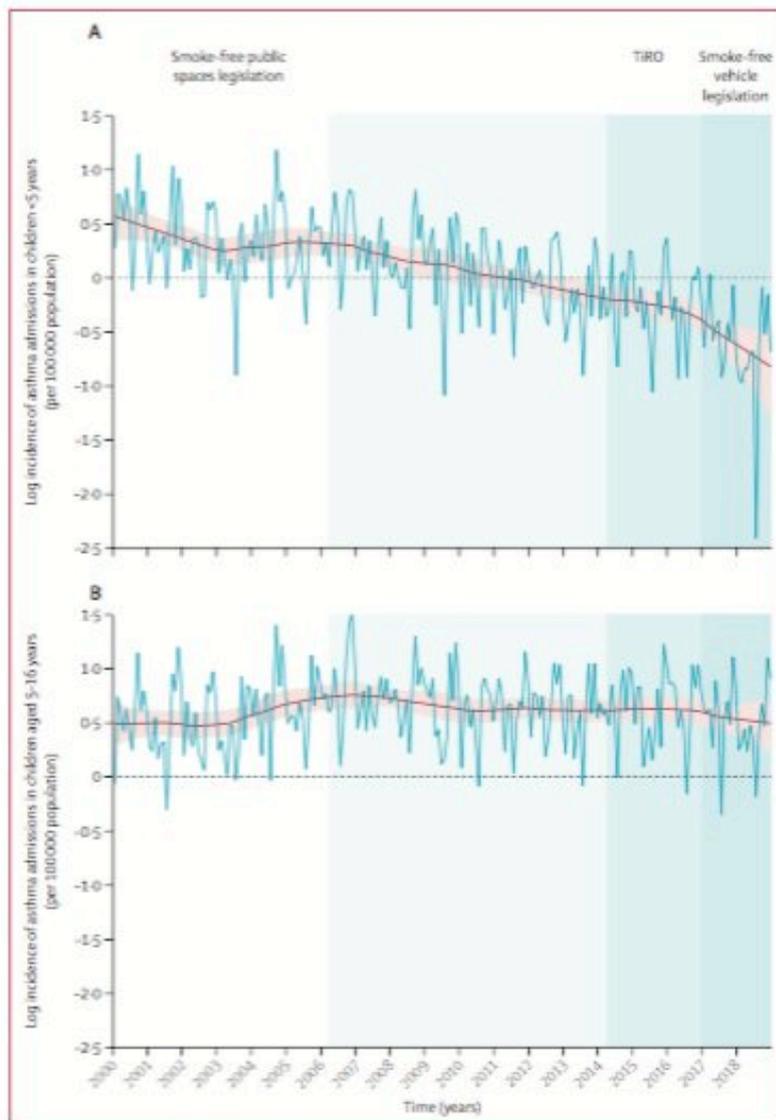


Figure: Monthly incidence of emergency asthma admissions to hospital among children in Scotland aged <5 years (A) and 5-15 years (B)

Incidence mensuelle des passages aux urgences pour aggravation d'asthme chez les enfants de moins de 5 ans et les 5-15 ans

Les chercheurs ont par ailleurs analysé les données selon le niveau économique des zones dans lesquelles vivent les familles prises en compte par l'étude. La diminution des hospitalisations pour asthme dans cette population pédiatrique apparaît plus marquée pour les enfants qui résident dans les zones les plus riches (-2,3%) alors qu'elle n'est pas significative pour ceux vivant dans les zones les plus pauvres.

Enfin, selon l'analyse, l'interdiction de fumer dans les véhicules en présence d'un mineur ne semble pas avoir eu d'effets sur d'autres causes d'hospitalisation, notamment pour gastro-entérite, otite, bronchiolite et infections respiratoires basses.

Si bien sûr il est impossible de conclure que l'association identifiée entre arrêt du tabac dans les véhicules et baisses des admissions pour asthme est strictement causale, une forte présomption existe. L'amélioration de la prise en charge médicale des enfants asthmatiques pourrait avoir, elle aussi, joué un rôle.

En France, une telle interdiction du tabac en voiture en présence d'un enfant est en vigueur depuis le 1er juillet 2015.

- [Asthme et atteinte pulmonaire, le prix à payer pour les adultes soumis au tabagisme passif](#)

Second-Hand Smoke Exposure Associated with Risk of Respiratory Symptoms, Asthma, and COPD in 20,421 Adults from the General Population. Korsbæk N, Landt E, Dahl M. *Journal of Asthma and Allergy* 2021;14 1277–1284

Le tabagisme passif majore les risques d'asthme chez les enfants : cette notion est connue de longue date. Ce que l'on connaît moins, c'est l'impact du tabagisme passif sur les symptômes respiratoires (asthme, BPCO) chez des adultes non-fumeurs : conjoints de fumeurs ou personnes travaillant dans des atmosphères enfumées avant l'adoption de mesures limitant le tabac dans les lieux publics.

D'où l'idée de Nanna Korsbaek et coll. de comparer chez 20 421 adultes inclus dans une cohorte danoise, la prévalence de maladies respiratoires ainsi que la fonction pulmonaire chez des personnes soumises à un tabagisme passif exclusivement pendant l'enfance, exclusivement à l'âge adulte ou tout au long de la vie.

L'âge moyen des trois groupes était respectivement de 54 ans, 55 ans et 57 ans, contre 56 ans chez les personnes non exposées ($P < 0,001$). La prévalence du tabagisme actuel s'établissait respectivement à 25 %, 20 % et 18 % contre 12 % ($P < 0,001$).

Table 1 Characteristics of Individuals Exposed to Second-Hand Smoking in the General Population

	No Exposure (n=3,413)	Childhood Exposure Only (n=13,998)	Adulthood Exposure Only (n=459)	Lifelong Exposure (n=2,551)
Age	55.5±15.6	56.5±13.0 [‡]	55.2±14.9	54.1±12.7 [‡]
Male/female	1,492/1,921	6,217/7,781	233/226 [‡]	1,324/1,227 [‡]
Never smoker	1,822 (54%)	5,801 (42%) [‡]	246 (54%) [‡]	1,052 (41%) [‡]
Ex-smoker	1,173 (37%)	5,693 (41%) [‡]	123 (27%) [‡]	845 (33%) [‡]
Current smoker	402 (12%)	2,452 (18%) [‡]	90 (20%) [‡]	642 (25%) [‡]

Notes: Values are mean±SD or numbers (%). No exposure=no second-hand smoke exposure (control). [‡] $P < 0.01$, ^{‡‡} $P < 0.001$ versus individuals not exposed to second-hand smoking by Student's t-test or Pearson's χ^2 -test.

Caractéristiques démographiques des personnes incluses

Dans cette population, 13 998 (69 %) personnes avaient été exposées au tabagisme passif pendant l'enfance uniquement, 459 (2 %) à l'âge adulte exclusivement et 2 551 (12 %) tout au long de leur vie. Par rapport aux personnes non exposées, celles qui avaient subi un tabagisme passif tout au long de leur vie étaient plus souvent jeunes (54,1 ans), de sexe masculin (52 %) et fumeurs actifs (25 %). Pour ce qui est des personnes exposées uniquement à l'âge adulte et en comparaison avec des deux autres sous-groupes, il s'agissait plus souvent d'hommes (51 %) et de fumeurs actifs (20 %),

Les risques de dyspnée légère, dyspnée sévère, respiration sifflante et la toux à l'effort augmentaient en fonction de l'exposition au tabagisme passif dans la population générale ($P < 0,001$). Les personnes qui avaient été exposées au tabagisme passif toute leur vie, à l'âge adulte seulement ou à l'enfance seulement, présentaient des rapports de cotes accrus pour la dyspnée légère de 1,76 (IC 95 % = 1,47-2,11), 1,43 (1,02-2,00) et 1,14 (0,99-1,31), respectivement, par rapport aux personnes non exposées. Les valeurs correspondantes pour la dyspnée sévère étaient 2,08 (1,52-2,85), 2,05 (1,22-3,44) et 1,23 (0,95-1,59), pour la respiration sifflante 1,62 (1,41-1,87), 1,50 (1,15-1,94), et 1,16 (1,04-1,30), et pour la toux à l'effort 1,56 (1,33-1,83), 1,53 (1,15-2,02), et 1,19 (1,05-1,35).

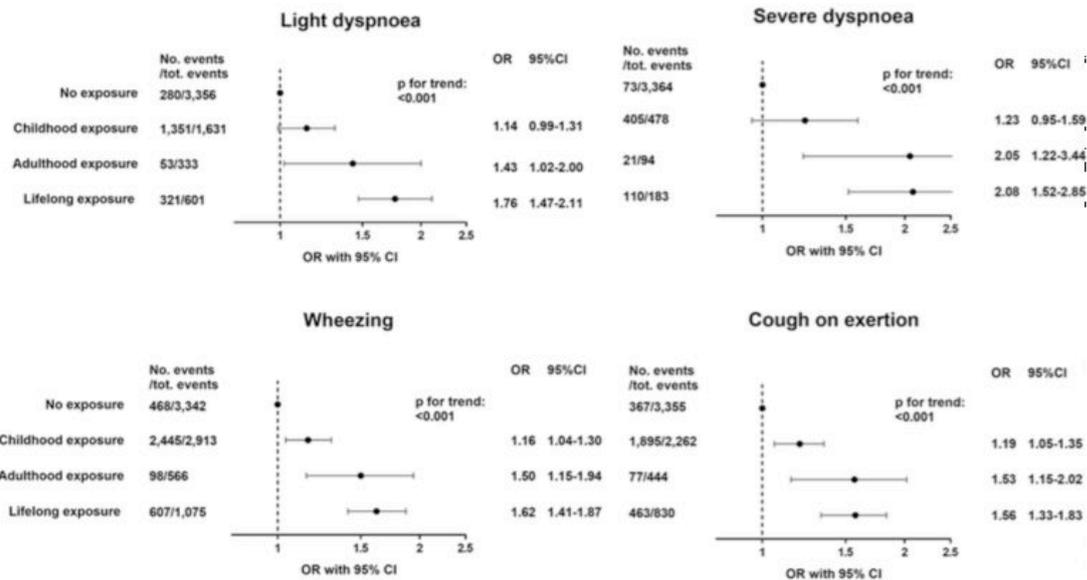


Figure 1 Risk of light dyspnoea, severe dyspnoea, wheezing, and cough on exertion in individuals exposed to second-hand smoking in the general population. Logistic regression models adjusted for age, sex, and smoking status.

Risque de dyspnée légère, dyspnée sévère, respiration sifflante et toux à l'effort

Les auteurs ont aussi analysé la fonction pulmonaire. Le VEMS (volume expiratoire maximal seconde) et la CVF (capacité vitale fonctionnelle) prédictifs étaient significativement réduits en cas d'exposition au tabagisme passif dans la population générale ($P < 0,001$). Les personnes qui avaient été exposées au tabagisme passif toute leur vie, à l'âge adulte seulement ou à l'enfance seulement présentaient des valeurs réduites du VEMS prédictif de 93 %, 95 % et 95 % respectivement, par comparaison avec les 97 % atteints par les individus non exposés. Les valeurs correspondantes pour la CVF prédictive étaient de 97 %, 97 % et 99 % contre 100 % chez les individus non exposés.

La réduction de 4 % du VEMS prédictif chez les personnes qui avaient été exposées au tabagisme passif tout au long de leur vie par rapport aux personnes non exposées correspond à une réduction de 102 ml du VEMS chez une femme de corpulence moyenne de 55 ans, mesurant 165 cm, ou à une réduction de 118 ml du VEMS chez un homme de corpulence moyenne de 55 ans mesurant 180 cm.

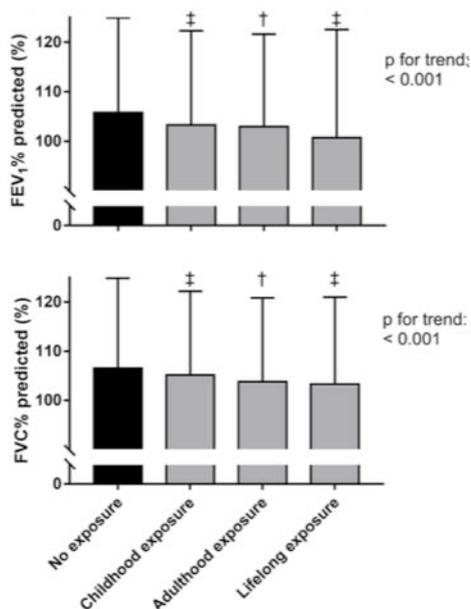


Figure 2 FEV₁% predicted and FVC% predicted in individuals exposed to second-hand smoking in the general population. Values are mean and SD. [†] $P < 0,01$, [‡] $P < 0,001$ versus individuals not exposed to second-hand smoking.

VEMS et CVF prédictifs selon le moment d'exposition au tabagisme passif

L'impact du tabagisme passif sur le risque d'asthme et de BPCO a aussi été pris en compte. Les personnes qui avaient été exposées à la fumée secondaire toute leur vie, à l'âge adulte seulement ou à l'enfance seulement présentaient des rapports de cotes accrus pour l'asthme diagnostiqué par un médecin de 1,36 (1,14-1,63), 1,49 (1,09-2,05) et 1,13 (0,99-1,30), respectivement, par rapport aux personnes non exposées. Le lien peut donc être considéré comme significatif. En revanche, les valeurs correspondantes pour la BPCO étaient de 1,24 (1,03-1,48), 1,25 (0,90-1,74) et 1,09 (0,96-1,24), donc moins significatifs que pour l'asthme.

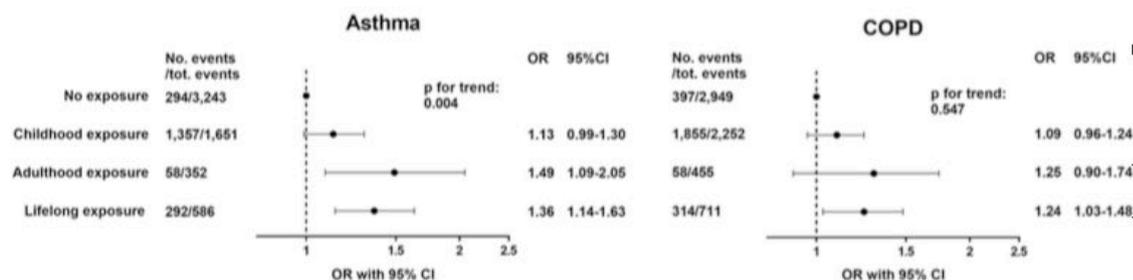


Figure 3 Risk of asthma and COPD in individuals exposed to second-hand smoking in the general population. Logistic regression models adjusted for age, sex, and smoking status.

Risque d'asthme et de BPCO chez les personnes soumises à un tabagisme passif

La principale conclusion de cette étude est l'existence d'une relation dose-réponse entre l'exposition au tabagisme passif et les symptômes respiratoires, la fonction pulmonaire et le risque d'asthme dans la population générale. Elle confirme l'intérêt de protéger au maximum contre le tabagisme passif en adoptant des lois restrictives.

• La vape va t'elle faire le lit de l'asthme et de la BPCO ?

Electronic cigarette use and its association with asthma, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma-COPD overlap syndrome among never cigarette smokers. Bircan E, Bezirhan B, Porter A. *et coll.* *Tob. Induc. Dis.* 2021;19(September):75 <https://doi.org/10.18332/tid/142579>

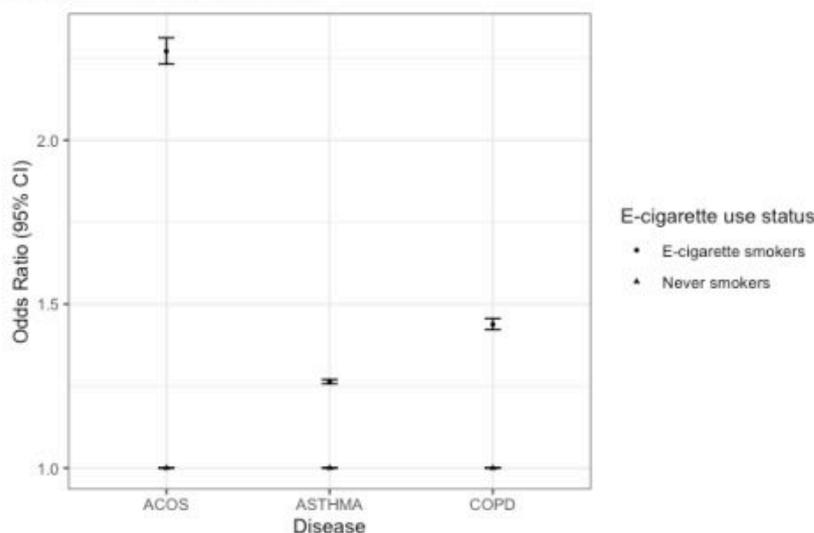
Doit-on craindre dans les prochaines années une augmentation des cas d'asthme et de BPCO chez les vapoteurs ? La relation de cause à effet entre le tabagisme et les maladies respiratoires est bien documentée. Plus de 80 % des cas de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et une grande proportion des exacerbations d'asthme sont en effet causés par le tabagisme chez les adultes. Les effets de l'utilisation de la vape sur la santé respiratoire ne sont, pour leur part, toujours pas clairement identifiés. Ainsi, la vape peut à court terme induire un essoufflement et de la toux, selon certaines études en particulier chez les adolescents qui n'avaient jamais fumé. En revanche, il est possible que la vape permette d'améliorer la fonction respiratoire dans le cadre du sevrage tabagique chez les adultes.

Pourquoi les études sur le sujet produisent-elles des résultats discordants ? En premier lieu, de nombreux vapoteurs consomment également des cigarettes ; il est donc difficile de faire la part propre de la vape dans le développement de l'asthme ou de la BPCO. En outre, ces pathologies et le syndrome de chevauchement asthme-BPCO (ACOS) se développent généralement à distance de l'intoxication. Concernant la vape, le recul est trop limité pour permettre de conclure.

Pour combler ce déficit d'information, Emin Bircan et coll. ont utilisé les données de 2016 (n=486 303), 2017 (n=450 016) et 2018 (n=437 436) du Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), une grande enquête téléphonique transversale réalisée aux États-Unis sur les habitudes de vie des adultes non institutionnalisés âgés de plus de 18 ans. L'échantillon comprenait 4 368 vapoteurs appariés à 4368 témoins. Dans les deux groupes, l'âge des répondants était de 18 à 24 ans. Les deux groupes étaient composés d'une majorité de

caucasiens non hispaniques (64,1 %), d'hommes (65,6 %) et de personnes ayant déclaré avoir fréquenté un établissement d'enseignement supérieur ou technique (35,9 %). Par rapport aux personnes n'ayant jamais vapoté, les vapoteurs présentaient plus de pathologies respiratoires : 9,8 % d'entre eux étaient asthmatiques (contre 7,2 % chez les témoins) et la proportion de BPCO et de ACOS était aussi plus importante chez les vapoteurs (2,1 % contre 1,3 %) et (1,5 % contre 0,7 %), respectivement. Après ajustement pour les variables confondantes, les vapoteurs présentaient plus de risque de souffrir d'un ACOS autodéclaré (OR=2,27 ; IC 95 % : 2,23-2,31), d'asthme (OR=1,26 ; IC 95 % : 1,25-1,27) ou de BPCO (OR=1,44 ; IC 95 % : 1,42-1,46).

Figure 3. Multinomial regression of the association between e-cigarette use and asthma, COPD, and ACOS among adults aged ≥18 years BRFSS, 2016-2018



Association entre la vape et le risque d'asthme, de BPCO et d'ACOS

Les résultats de cette étude suggèrent la nécessité d'approfondir les effets sur la santé à long et à court terme, puisque l'âge des personnes à risque dans ce modèle apparié était de 18 à 24 ans.

• Le tabac majore le risque d'asthme atopique et non atopique

Different effects of smoking on atopic and non-atopic adult-onset asthma. Lajunen T, Jaakkola J, Jaakkola M. *Clin Transl Allergy*. 2021;e12072. <https://doi.org/10.1002/ctt2.12072>

Alors que, pendant des décennies, l'asthme était systématiquement mis en lien avec l'allergie, on distingue désormais deux types d'asthme : l'asthme extrinsèque (atopique) ou intrinsèque (non atopique). L'asthme extrinsèque (atopique) concerne 80% des asthmatiques âgés de 15 à 45 ans. Les allergènes les plus fréquemment impliqués sont les pollens, les acariens, les moisissures et les squames d'animaux. L'asthme intrinsèque (non atopique) est pour sa part défini par l'absence de tests cutanés positifs et d'IgE sériques spécifiques pour des aéro-allergènes. Sa survenue est généralement plus tardive et son évolution plus grave que celles de l'asthme atopique. 88% des asthmatiques de plus de 60 ans souffrent d'un asthme intrinsèque.

Comment le tabagisme peut-il influencer sur la survenue de ces deux types d'asthme ? Taina Lajunen et coll. ont analysé tous les cas d'asthme nouvellement diagnostiqués chez des adultes (21-63 ans) entre 1997 et 2000 dans un hôpital de district de Finlande du Sud. 521 patients ont été sélectionnés (68 % de femmes) ainsi que 1 016 contrôles.

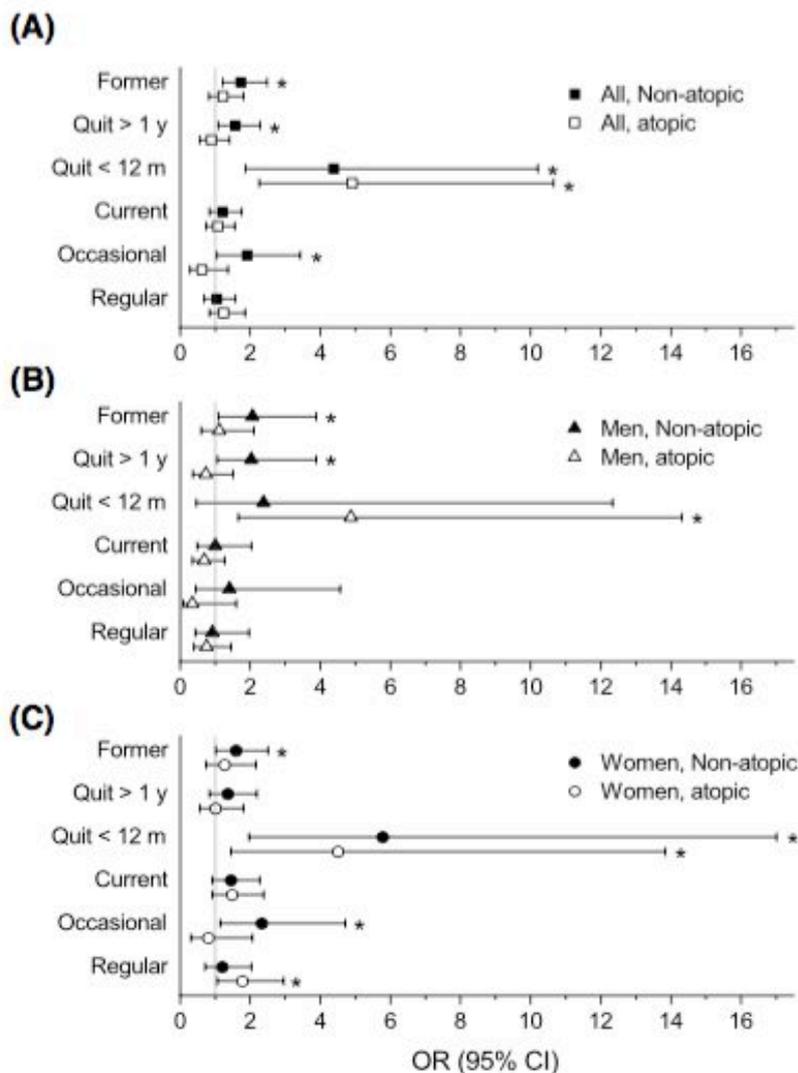
TABLE 1 Characteristics of the study population

Characteristic	Controls, n (%)	Non-atopic asthma, n (%)	Atopic asthma, n (%)
Total, n	932	251	212
Gender			
Men	438 (47.0)	69 (27.5)	75 (35.4)
Women	494 (53.0)	182 (72.5)	137 (64.6)
Age, years			
21-29	141 (15.1)	22 (8.8)	78 (36.8)
30-39	224 (24.0)	42 (16.7)	55 (25.9)
40-49	254 (27.3)	72 (28.7)	42 (19.8)
50-59	240 (25.8)	90 (35.9)	29 (13.7)
60-63	73 (7.8)	25 (10.0)	8 (3.81)
Pets at home sometimes	616 (66.1)	164 (65.3)	164 (77.4)
Any work exposure ^b	579 (62.1)	155 (61.8)	129 (60.9)
Indoor mould exposure at work or at home ^c	193 (20.7)	55 (21.9)	51 (24.1)
Smoking ^d			
Never	485 (52.2)	118 (47.6)	104 (49.1)
Previous ^e	205 (22.0)	71 (28.6)	47 (22.2)
Quit >1 year ago	188 (20.3)	60 (24.2)	30 (14.2)
Quit <12 months ago	15 (1.6)	11 (4.4)	17 (8.0)
Current	240 (25.8)	59 (23.8)	61 (28.8)
Occasional	50 (5.4)	19 (7.7)	8 (3.8)
Regular	190 (20.4)	40 (16.1)	53 (25.0)

Caractéristiques de la population

Au total, 212 adultes souffraient d'asthme atopique et 251 d'asthme non atopique. L'analyse montre que le tabagisme régulier augmente le risque d'asthme atopique chez les femmes (aOR 1,77, 1,06-2,95 contre aOR 0,75, 0,39-1,45 pour les hommes). Pour l'asthme non atopique, on constate aussi une tendance à l'augmentation du risque mais sans atteindre le seuil de significativité. En outre, la quantité totale de tabac fumé au cours de la vie était plus faible en moyenne chez les femmes souffrant d'asthme atopique que dans la population globale et que chez les hommes atteints de la même pathologie : (OR 1,90, 1,05-3,43) pour la population globale contre (OR 2,32, 1,14-4,71) pour les femmes.

Un arrêt récent du tabac majorait le risque d'asthme atopique (aOR 4,91, 2,26-10,65) et non atopique (aOR 4,37, 1,87-10,21). En revanche, le fait d'avoir arrêté de fumer depuis plus d'un an était lié exclusivement à un risque accru d'asthme non atopique (aOR 1,57, 1,08-2,28) et ce principalement chez les hommes (aOR 2,03, 1,06-3,88).



L'effet du statut tabagique sur l'asthme non atopique (remplissage noir) et atopique (sans remplissage), dans l'ensemble de la population (A) (carrés), chez les hommes (B) (triangles) et chez les femmes (C) (cercles) séparément, par rapport aux personnes n'ayant jamais fumé. Les effets statistiquement significatifs de sont indiqués par des astérisques.

Quel pourrait-être le mécanisme physiopathologique en cause ? Chez les personnes souffrant d'asthme non atopique, le tabagisme peut orienter les réponses immunitaires vers un asthme de type T2-faible, considéré comme davantage médié par l'immunité innée, caractérisé par des taux normaux d'éosinophiles, une faible fraction d'oxyde nitrique exhalé (FeNO) et potentiellement neutrophile ou pauci-granulocytaire. Par ailleurs, les voies respiratoires des personnes sans tendance atopique peuvent se révéler moins sensibles aux agressions de la fumée du tabac. Elles seraient donc à même de tolérer de plus grandes quantités de tabac, et les symptômes seraient retardés parfois même après sevrage.

D'autre part, les personnes développant un asthme atopique sont plus susceptibles de souffrir d'un asthme de type T2-haut, caractérisé par une sensibilisation médiée par les IgE, une éosinophilie et une FeNO élevée. Les voies respiratoires de ces personnes se montrent éventuellement plus sensibles et plus vulnérables, par exemple en raison d'une inflammation préexistante en réponse au contact avec des allergènes. Ainsi, leurs symptômes induits par la fumée de tabac peuvent se manifester à un stade plus précoce.

- Tabagisme passif chez les adolescents : l'exposition diminue peu

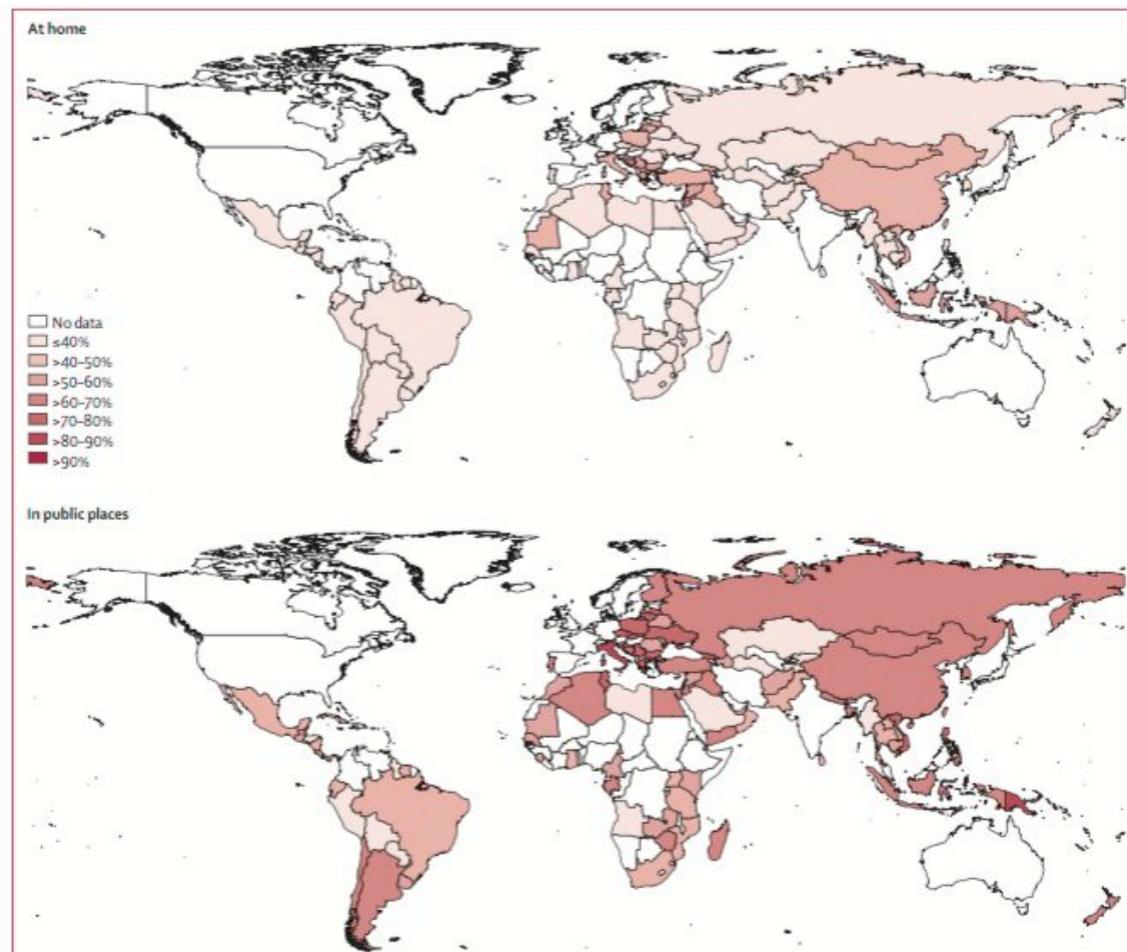
Global trends in the prevalence of secondhand smoke exposure among adolescents aged 12–16 years from 1999 to 2018: an analysis of repeated cross-sectional surveys. Ma C, Heiland E, Li Z *et coll.* *Lancet Glob Health* 2021; 9: e1667–78. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00365-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00365-X)

Près des deux tiers (62,9 %) des adolescents âgés de 12 à 16 ans sont toujours exposés au tabagisme passif, dans la plupart des cas dans l'espace public. Tel est le constat tiré de l'enquête mondiale sur les jeunes et le tabac (Global Youth Tobacco Survey), réalisée dans 143 pays sur plus de 711 000 participants. L'enquête est menée régulièrement depuis 1999. Les résultats concernant la période 2010-2018 ont été analysés et publiés dans le « *Lancet Global Health* » par des chercheurs de l'université de Shandong (Jinan, Chine) et du Karolinska Institute (Stockholm). Si la tendance globale est à la diminution, le rythme de cette baisse reste lent. Il est à noter que le tabagisme à proprement parler, bien qu'en forte baisse depuis 1998, reste non négligeable : 11,3 % des garçons et 6,1 % des filles de 12 à 16 ans sont des fumeurs réguliers.

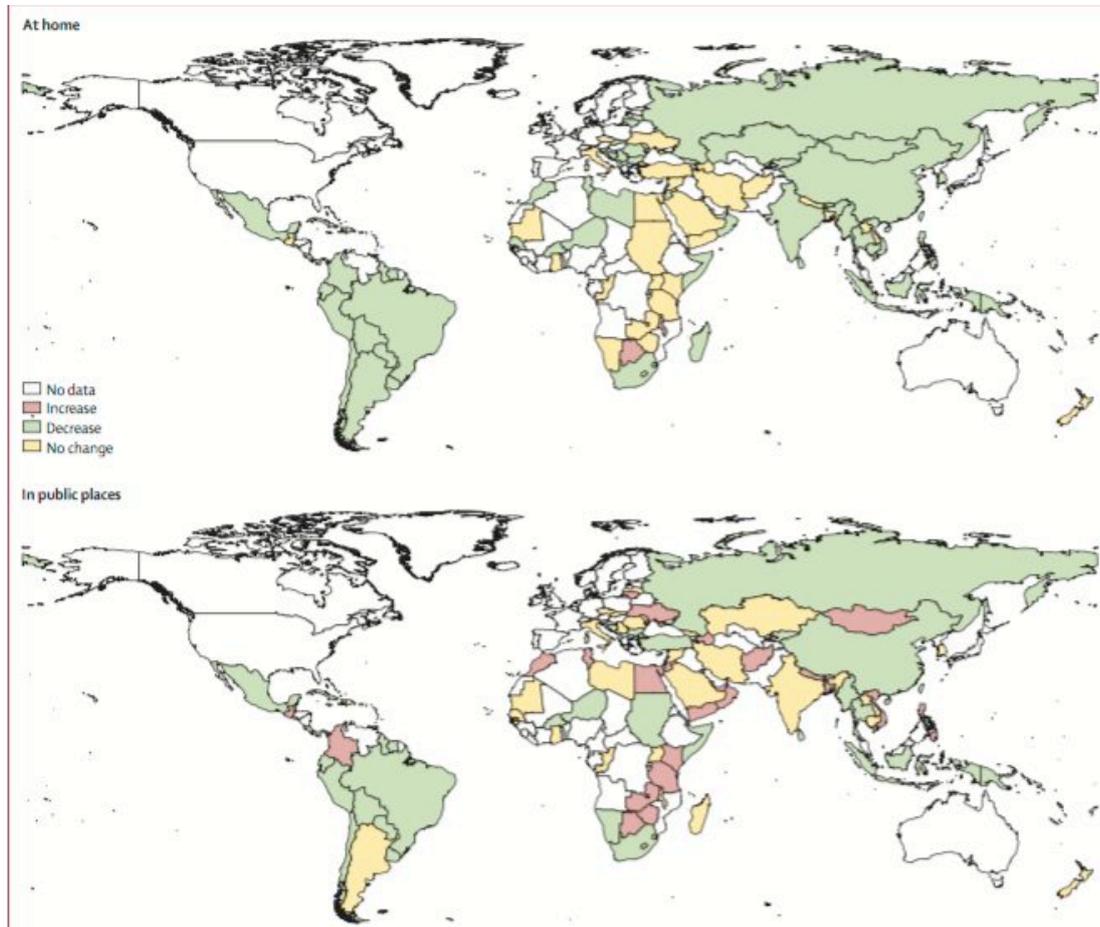
Sur la base des enquêtes les plus récentes réalisées dans 142 pays entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2018, la prévalence mondiale de l'exposition au tabagisme passif dans n'importe quel lieu était de 62,9 % (IC 95 % 61,7-64,1) sur 1 jour ou plus, 51,0 % (49,8-52,1) sur 3 jours ou plus, 40,1 % (38,9-41,2) sur 5 jours ou plus, et 32,5 % (31,5-33,6) quotidiennement au cours des 7 derniers jours. La prévalence de l'exposition au tabagisme passif à domicile montait à 33,1% (IC 95% 32,1-34,1) sur 1 ou plusieurs jours, 20,1% (19,3-20,9) sur 3 ou plusieurs jours, 14,9% (14,2-15,7) sur 5 ou plusieurs jours, et 12,3% (11,7-13,0) quotidiennement au cours des 7 derniers jours. Dans les lieux publics, la prévalence de l'exposition à la fumée secondaire était de 57,6% (56,4-58,8) sur 1 jour ou plus, 43,4% (42,2-44,6) sur 3 jours ou plus, 30,3% (29,2-31,5) sur 5 jours ou plus, et 23,5% (22,5-24,5) quotidiennement au cours des 7 derniers jours.

Entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2018, la prévalence de l'exposition au tabagisme passif (sur ≥ 1 jour au cours des 7 derniers jours) dans n'importe quel lieu a diminué dans 57 (43,5%) des 131 pays, a augmenté dans 27 d'entre eux (20,6%) et est restée inchangée dans les 47 restants (35,9%). Bien que la prévalence de l'exposition au tabagisme passif à domicile ait diminué dans 86 (65,6%) pays, la prévalence dans les lieux publics n'a pas évolué dans 46 (35,1%) pays et a augmenté dans 40 (30,5%).

La diminution du tabagisme passif est plus marquée chez les plus jeunes et dans les pays à revenus élevés et intermédiaires. Selon les données de l'enquête, la région OMS Amériques présente les meilleurs résultats, juste devant l'Europe. Les auteurs attribuent cet état de fait à un respect plus strict des recommandations en matière de lutte contre l'exposition au tabac. En revanche, les régions Ouest-Pacifique, est de la Méditerranée et Asie du Sud-Est présentaient un retard plus net dans l'application de politiques efficaces de lutte contre le tabac.



Exposition au tabagisme passif à domicile ou dans n'importe quel lieu en 2018



Variation de l'exposition au tabagisme passif entre 1999 et 2018

Aux yeux des auteurs, bien que des efforts considérables aient été faits pour lutter contre le tabagisme au cours des deux dernières décennies, le tabagisme passif, en particulier dans les lieux publics, demeure un problème de santé majeur. Ils préconisent la mise en place de zones sans tabac stratégiquement disposées pour protéger les enfants et les adolescents. Ils préconisent également la sensibilisation des parents et des écoles.

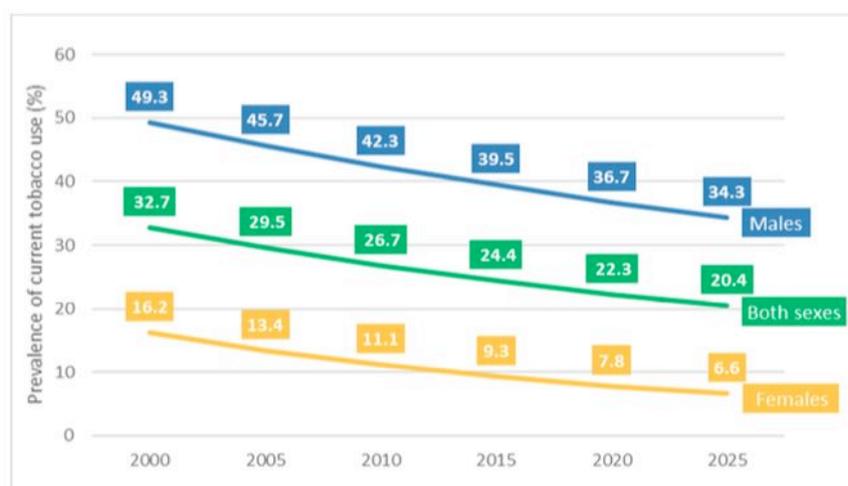
Pour expliquer la persistance du tabagisme passif, les auteurs avancent la mauvaise application des interdictions de fumer dans les lieux publics, la faible adhésion aux recommandations internationales ainsi que la tolérance sociale encore trop importante dont bénéficie le tabac. Le faible prix du tabac, lié aux taxes trop basses, ainsi que sa grande accessibilité, sont aussi des facteurs déterminants, poursuivent-ils.

- [Le tabagisme recule dans le Monde, l'Europe en retard](#)

WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322>

Le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fait état d'une amélioration dans la lutte contre le tabagisme. En 2020, le Monde comptait 1,30 milliard de fumeurs contre 1,32 en 2015 et l'OMS en prévoit 1,27 milliard en 2025 si les tendances se confirment. Une baisse de 20 millions de fumeurs apparaît modeste au premier abord mais, combinée à l'augmentation de la population mondiale, elle aboutit à une diminution significative de la prévalence du tabagisme dans le monde.

Fig. 1: Global trends in prevalence of tobacco use among people aged 15 years and older, by sex



Prévalence du tabagisme chez les plus de 15 ans

Quelque 60 pays (près de 41 % de la population mondiale) sont sur la trajectoire d'une réduction de la

prévalence du tabagisme de 30 % à l'horizon 2025, par comparaison à 2010. Les régions Afrique et Asie du Sud-Est ont ainsi rejoint la région Amériques, la seule qui se trouvait dans cette situation en 2015. Avec le recul que permettent les chiffres, il est possible d'affirmer que des millions de vies ont été sauvées par des politiques de lutte contre le tabac efficaces et compréhensibles par le grand public - c'est du moins ce qu'estiment aujourd'hui les auteurs du rapport, qui célèbrent un réel accomplissement dans la lutte contre l'épidémie de tabac.

On observe une baisse constante de la consommation de tabac chez les hommes et les femmes de chaque groupe d'âge au cours de la période 2000-2020. Les taux par âge devraient continuer à baisser jusqu'en 2025, tant chez les hommes que chez les femmes. Les taux spécifiques par âge atteignent leur maximum dans le groupe d'âge 45-54 ans pour les hommes, et dans le groupe d'âge 55-64 ans pour les femmes. Les niveaux de prévalence absolue dans chaque groupe d'âge ont toujours été plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Au niveau mondial, le taux moyen de tabagisme chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans est passé de 20,8 % en 2000 à 14,2 % en 2020. Le taux en 2025 devrait être de 13,0 %.

Chez les hommes de la tranche d'âge 15-24 ans, le tabagisme est passé de 32,7 % en 2000 à 23,3 % en 2020. Le taux en 2025 devrait être de 21,6 %. Chez les femmes de ce groupe d'âge, le taux de 8,4 % en 2000 a été ramené à 4,4 % en 2020, et devrait continuer à baisser pour atteindre 3,8 % en 2025.

Fig. 2: Global trends in age pattern of tobacco use among males, 2000–2025

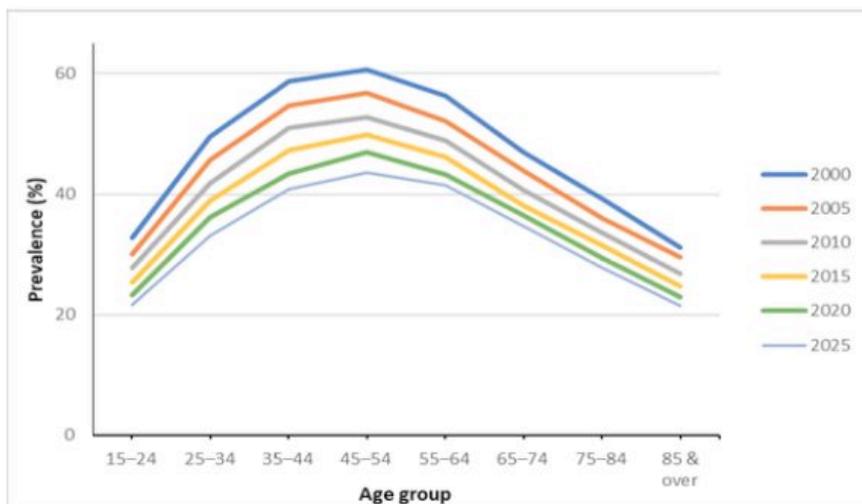


Fig. 3: Global trends in age pattern of tobacco use among females, 2000–2025

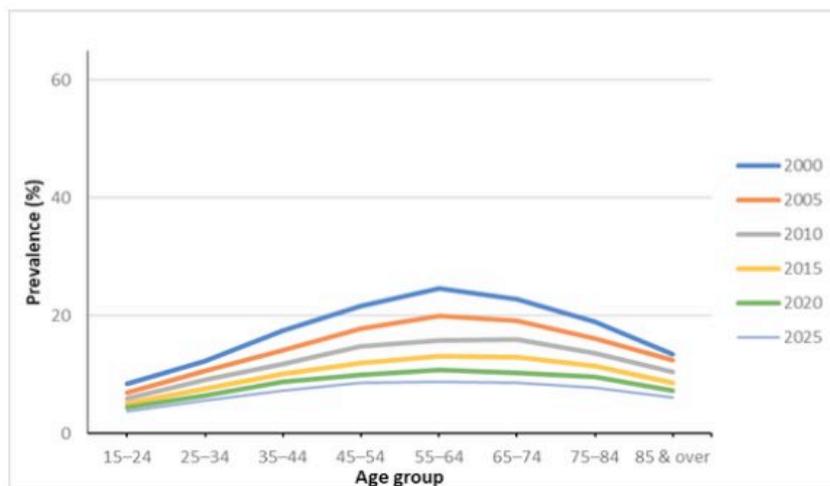
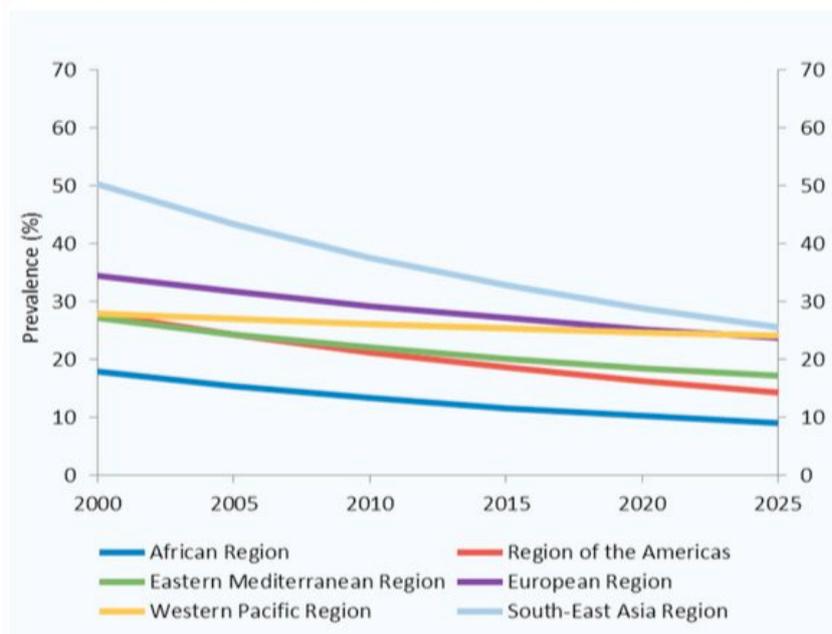


Fig. 4: Trends in current tobacco use among people aged 15 years and older



Prévalence du tabagisme selon les pays

Historiquement plus touchée, la région Amériques présente la plus forte chute de la prévalence du tabagisme, en baisse de 21 à 16 % entre 2010 et 2020. La région Afrique est passée de 15 à 10 % sur la même période. Certaines régions sont plus en retard, l'Europe notamment, surtout dans certaines populations clés. Ainsi, 18 % des femmes européennes fument - un taux plus élevé que n'importe où ailleurs dans le monde. L'Europe est d'ailleurs la seule région OMS à ne pas être sur le chemin d'une baisse de 30 % du tabagisme chez les femmes d'ici à 2025. Dans cette zone, on relève en outre une grande hétérogénéité géographique. Si les pays nordiques, l'Autriche, la Grèce ou encore l'Allemagne répondent aux attentes, la France n'atteindra que 6 % de baisse d'ici à 2025.

La région de l'Est de la Méditerranée concentre quatre des six pays dans le monde où le tabagisme progresse toujours, le Pakistan étant le seul en mesure d'atteindre les objectifs de réduction du tabagisme.

Quant à la région OMS d'Asie du Sud-Est, elle affiche un bilan contrasté. Avec 432 millions d'utilisateurs, c'est 29 % de sa population qui fume, mais c'est aussi la zone qui a connu le déclin de consommation le plus important, lui valant donc de coller aux objectifs. Elle devrait rattraper son retard sur l'Europe d'ici à 2025. La zone la moins active sur le respect des projections est la région OMS de l'Ouest du Pacifique, où près de la moitié des hommes sont toujours fumeurs.

Face à une situation qui reste globalement insatisfaisante en dépit des progrès envisagés, l'OMS enjoint les pays à se montrer plus offensifs. Selon les calculs de ses experts, un investissement de l'ordre de 1,68 dollars (environ 1,50 euro) par habitant et par an suffirait à aider 152 millions de fumeurs à arrêter leur consommation, évitant des milliards de dollars en dépenses de santé.

L'OMS détaille les moyens les moins onéreux à la disposition des États pour promouvoir l'arrêt du tabac : la mise en place de consultations brèves et de lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt du tabac. Il est rappelé que les pays peuvent aussi lutter efficacement contre l'épidémie de tabac en interdisant les publicités, le sponsoring et en augmentant les taxes sur ces produits. « Toutes ces mesures sont extrêmement efficaces relativement à leur coûts et représentent un retour sur investissement important », insiste l'OMS.

- [Cannabis chez les adolescents : un impact sur le développement cérébral](#)

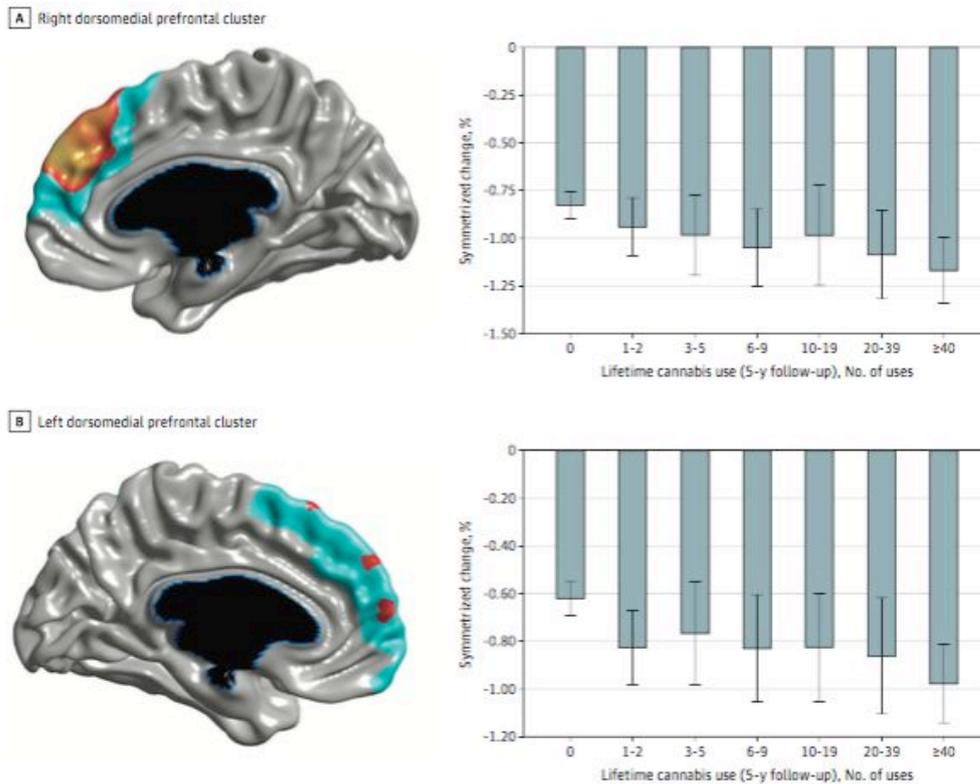
Association of Cannabis Use During Adolescence With Neurodevelopment. Albaugh M, Ottino-Gonzalez J, Sidwell A. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.1258

La consommation de cannabis chez l'adolescent a été facilitée aux Etats-Unis et dans certains pays européens par la légalisation de certains produits contenant du cannabis ou du CBD à doses contrôlées. Du fait d'interactions du cannabis avec le système endocannabinoïde chez des jeunes gens encore en cours de développement neurologique, il est licite de s'interroger sur d'éventuels effets à plus ou moins long terme, tels que des troubles du développement nerveux ou du comportement. La transition entre la fin de l'adolescence et début de l'âge adulte est caractérisée par des changements structurels importants dans le cerveau, plus particulièrement dans les zones du cortex cérébral à développement prolongé dans le temps et à myélinisation relativement tardive. Les études animales existantes suggèrent que les changements dans la signalisation endocannabinoïde peuvent être significativement associés à certains aspects du développement du cerveau des mammifères. En outre, le cerveau des adolescents se révèle particulièrement sensible aux perturbations des fluctuations normales de la signalisation endocannabinoïde, l'utilisation de cette drogue dans les modèles animaux étant à l'origine de modifications des performances d'exécution et d'une certaine impulsivité.

Qu'en est-il chez l'homme ? Pour répondre à cette question, Matthew Albaugh et coll. ont utilisé les données de la cohorte européenne IMAGEN qui a inclus 2 223 adolescents qui ont subi au moins deux IRM cérébrales : l'une entre 2008 et 2011 (âge moyen 14,4 ans) et une autre, de contrôle, entre 2013 et 2016 (âge moyen 19 ans). Parmi ces jeunes, 799 ont été sélectionnés (soit 1 598 images d'IRM). Il s'agissait à 56,3 % de filles. Lorsqu'ils ont bénéficié de la consultation de suivi, 208 participants ont déclaré avoir fumé entre 1 et 9 fois du cannabis et 161 plus de 10 fois, et jusqu'à 40 voire plus pour certains.

Après 5 ans de suivi, la consommation de cannabis (de 0 à >40 consommations) était négativement associée à l'épaisseur du tissu préfrontal gauche et du cortex préfrontal droit. Les auteurs n'ont pas retrouvé d'association significative entre la consommation de cannabis au cours de la vie et l'épaisseur corticale de base, ce qui suggère que les différences neuroanatomiques observées n'ont pas précédé l'initiation à la consommation de cannabis. L'analyse longitudinale a révélé que l'amincissement cortical lié à l'âge était lié de manière dose-dépendante à la consommation de cannabis, de sorte qu'une plus grande consommation, entre le début et la fin du suivi, était associée à un amincissement accru dans le cortex préfrontal gauche et le préfrontal droit.

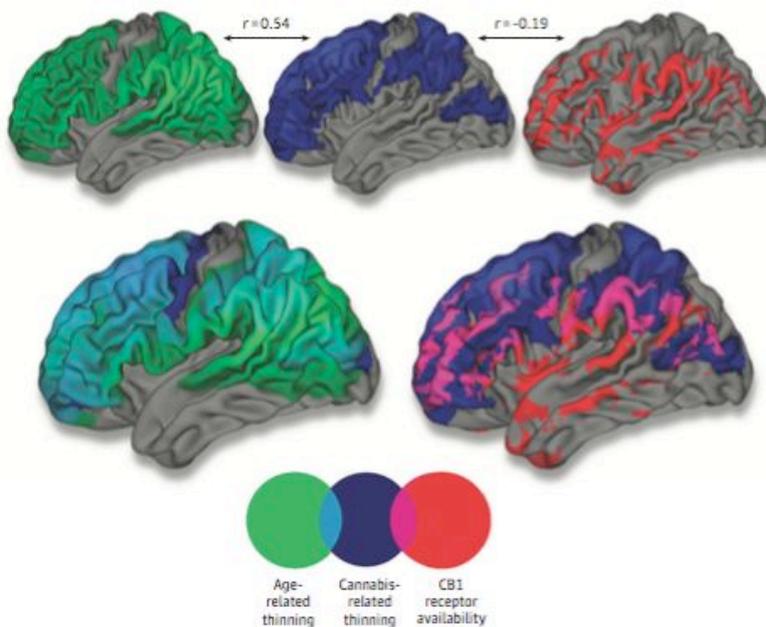
Figure 3. Magnetic Resonance Imaging-Assessed Cortical Thinning at Varying Levels of Lifetime Cannabis Use



Modification des images IRM en fonction de l'utilisation de cannabis au cours de la vie

Pour s'assurer que les lésions retrouvées étaient en lien avec l'usage du cannabis, les auteurs ont analysé la perte d'épaisseur corticale liée à l'âge et la distribution des récepteurs endocannabinoïdes. C'est ainsi qu'ils ont pu prouver que la baisse d'épaisseur constatée n'était pas en lien avec le vieillissement mais qu'elle était superposée avec la cartographie des récepteurs établie par examen TEP.

Figure 4. Topographical Overlap Between Age-Related Thinning, Cannabis Effect, and Cannabinoid 1 (CB1) Receptor Availability



Cartographie de l'amincissement du cortex lié à l'âge, de l'impact de l'utilisation du cannabis et de la répartition des récepteurs

Enfin, en analysant les capacités verbales et cognitives, les auteurs ont conclu que l'amincissement des cortex

préfrontaux droits, entre le début de l'étude et le suivi, et en lien avec la consommation de cannabis, était associé à une majoration de l'impulsivité attentionnelle lors du suivi à 5 ans. Après avoir pris en compte la consommation d'alcool comme facteur confondant, ils expliquent que l'effet délétère du cannabis pourrait s'expliquer par son impact sur les cellules dendritiques encore en cours de développement à l'adolescence.

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Consultez les références des publications des membres de la SFT sur notre site :
<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/publications1.html>

Et envoyez-nous les vôtres : sft@larbredecomm.fr !

Dernière publication relayée sur notre site :

- Allagbé I, Le Faou AL, Thomas D, Airagnes G, Limosin F, Chagué F, Zeller M. Tobacco-related cardiovascular risk in women: New issues and therapeutic perspectives. Arch Cardiovasc Dis. 2021 ; 114 (11) : 694-706 ; doi: 10.1016/j.acvd.2021.06.013.

INFORMATIONS

MOOC – Tabac : arrêtez comme vous voulez !

Grâce au soutien du Fonds de lutte contre les addictions (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie), la Société Francophone de Tabacologie (SFT) propose la rediffusion du MOOC « Tabac, arrêtez comme vous voulez ! », financé par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du programme d'Investissements d'avenir portant la référence ANR-15-IDFN-0003.

Ce Massive Open Online Course (cours en ligne ouvert pour tous - entièrement gratuit !) a été réalisé par le Dr Anne-Laurence Le Faou – Présidente de la SFT.

Le MOOC – à travers des cours, des ateliers en groupe et du matériel pédagogique à disposition – permettra de renforcer les connaissances des soignants.

Depuis 2016, de nombreux soignants ont le droit de prescrire des substituts nicotiques (infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, kinésithérapeutes). Une formation est cependant indispensable pour accompagner le fumeur et réaliser cette prescription dans les conditions optimales. Sept semaines de formation à raison de 2 heures par semaine au maximum à organiser selon vos souhaits sont proposées sur la plateforme Pédagogie Numérique en Santé : <https://www.pns-mooc.com/fr/mooc/18/presentation>

N'hésitez pas à mettre cette formation dans votre programme !

Les webinaires de tabacologie du FARES

Conditions d'inscription : session gratuite, ouverte aux étudiants en tabacologie, aux tabacologues certifiés, aux membres de la SFT, ainsi qu'à ceux de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG).

Informations :

<https://www.fares.be/tabagisme/services-et-missions/vous-etes-un-professionnel/formation-en-tabacologie/offre-de-formation-continue/webinaires-de-tabacologie/webinaires-de-tabacologie>

Tabagisme et Diabète

Le Groupe de travail « Tabagisme et Diabète » – piloté par la Société Francophone du Diabète et la Société

Francophone de Tabacologie – propose un questionnaire anonyme dans le cadre de l'élaboration de recommandations de bonne pratique qui bénéficieront de votre expertise. Le temps moyen de renseignement est de moins de 4 minutes. Merci d'avance de votre participation !

Questionnaire en ligne : <https://forms.office.com/r/Yvs0DHDRzR>

CONGRÈS



15e Congrès international d'addictologie de l'Albatros & WADD World Congress

7-9 décembre 2021.

Novotel Tour Eiffel, Paris.

<https://www.congresalbatros.org>



12e Rencontre de l'AALT - Tab'Actu

9 décembre 2021.

En présentiel : Institut Louis Mathieu, CHRU de Nancy.

En distanciel.

<https://aalt-rencontre.fr>



Rencontres de l'Alliance contre le Tabac

16 décembre 2021.

Fabrique Événementielle, Paris.

La journée se terminera par la remise du prix ACT-Maurice Tubiana, co-organisé avec l'APPRI.

<https://form.jotform.com/212214108321337>



32es Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie 2022

12-15 janvier 2022.

Palais des congrès, Paris et en distanciel le 15 janvier.

La session SFT intitulée « Tabagisme et maladies cardiovasculaires » se tiendra le jeudi 13 janvier entre 10:00 et 11:00.

<https://www.cardio-online.fr/Congres/JE-SFC-2022/Journees-Europeennes-de-la-SFC-2022>



**16e Congrès national
de la Société Francophone de Tabacologie**
24-25 novembre 2022.
Palais des congrès, Dijon.
Contact : Mme Maria Ilien, Carte Blanche
7, chemin En Barbaro, 81710 Saïx
Tél. : 33 (0)5 63 72 31 00
maria.ilien@carte-blanche.fr
<http://csft2022.fr>

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 au Dr Philippe Arvers :
p.arvers@wanadoo.fr