

- [Après un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST, le sevrage à un an est bénéfique à long terme](#)

The Impact of Smoking Status 1 Year After ST-Segment Elevation Myocardial Infarction on Cardiovascular Events and Mortality in Patients Aged ≤ 60 Years. Aker A, Saliba W, Schnaider S et coll. *Am J Cardiol* 2022;175:52–57

Si le tabagisme est un facteur reconnu de risque d'infarctus avec élévation du segment ST (STEMI), les taux d'arrêts restent limités après un tel évènement. Pourtant, une étude israélienne publiée dans *l'American Journal of Cardiology* confirme qu'un an après un STEMI, le devenir des personnes qui ont continué à fumer est moins bon que celui des fumeurs sevrés.

L'objectif d'Amir Aker et coll. (Haïfa, Israël) était d'étudier le statut tabagique un an après un STEMI chez des patients jeunes et d'âge moyen de 51 ans, et d'analyser une éventuelle association entre les habitudes tabagiques à distance de l'évènement et les événements cardiovasculaires à long terme (8 années de suivi en moyenne).

L'étude a porté sur des patients de moins de 60 ans admis en raison d'un STEMI aigu dans l'unité de cathétérisme cardiaque du Carmel Medical Center de Haïfa, en Israël, entre janvier 2004 et décembre 2019. Seuls les patients ayant survécu au moins 1 an après l'évènement aigu ont été inclus dans l'analyse finale.

La population étudiée comprenait 765 patients d'âge médian 53 ans (47 à 57 ans) et dont seulement 12% étaient des femmes. À la présentation avec STEMI, 427 (56 %) étaient fumeurs et 338 (44 %) non-fumeurs. La prévalence du tabagisme était plus élevée chez les jeunes, les 2/3 des patients de moins de 50 ans étant fumeurs. Trois sous-groupes de patients ont été individualisés : non-fumeurs, sevrés, fumeurs actifs. L'association entre le statut tabagique et le risque d'évènements cardiovasculaires indésirables majeurs (MACE) a été analysée pendant un suivi médian de 8 ans.

Un an après l'évènement aigu, 272 des 427 patients fumeurs ont continué à fumer, 35 ont arrêté de fumer mais ont repris plus tard - ils ont été intégrés dans le groupe fumeurs actifs (307 patients) - et 120 ont arrêté de fumer. La poursuite du tabagisme un an après le STEMI était associée à un âge plus jeune, au sexe masculin, à un indice de masse corporelle plus faible, à un statut socio-économique bas et à une représentation plus élevée du groupe ethnique arabe (arabes israéliens ou des pays avoisinants) par rapport aux non-fumeurs.

Table 1

Baseline patients characteristics, according to smoking status 1-year post ST-segment elevation myocardial infarction

Variable	All patients (n=765)	Smoking status 1-year post STEMI			P value
		Non smokers (n=338)	Stopped smoking (n=120)	Continued smoking (n=307)	
Age (years)	51.3±7.0	52.5±6.6	51.1±6.7	50.1±7.2	<0.001
Women	91 (11.9%)	52 (15.4%)	13 (10.8%)	26 (8.5%)	0.024
Arabs	178 (23.3%)	61 (18%)	23 (19.2%)	94 (30.6%)	<0.001
Socioeconomic status (n=755)					<0.001
Low	329 (43.6%)	109 (32.5%)	52 (43.7%)	168 (55.8%)	
Middle	275 (36.4%)	140 (41.8%)	48 (40.3%)	87 (28.9%)	
High	151 (20%)	86 (25.7%)	19 (16%)	46 (15.3%)	
Body mass index (kg/m ²)	28.2±4.8	28.6±4.6	28.2±4.8	27.7±4.6	0.055
≥30	226 (29.5%)	112 (33.1%)	33 (27.5%)	81 (26.4%)	0.149
Family history of coronary artery disease	226 (29.5%)	98 (29%)	35 (29.2%)	93 (30.3%)	0.932
Hypertension	303 (39.6%)	140 (41.4%)	45 (37.5%)	118 (38.4%)	0.650
Diabetes mellitus	175 (22.9%)	74 (21.9%)	26 (21.7%)	75 (24.4%)	0.703
Hyperlipidemia	372 (48.6%)	156 (46.2%)	59 (49.2%)	157 (51.1%)	0.445
Chronic renal failure	12 (1.6%)	7 (2.1%)	1 (0.8%)	4 (1.3%)	0.573
Chronic obstructive pulmonary disease	22 (2.9%)	4 (1.2%)	5 (4.2%)	13 (4.2%)	0.045
Cancer	23 (3%)	10 (3%)	2 (1.7%)	11 (3.6%)	0.579
Peripheral artery disease	34 (4.4%)	13 (3.8%)	4 (3.3%)	17 (5.5%)	0.473
Prior stroke	16 (2.1%)	5 (1.5%)	3 (2.5%)	8 (2.6%)	0.573
Prior coronary revascularization	236 (30.8%)	100 (29.6%)	41 (34.2%)	95 (30.9%)	0.646
Prior atherosclerotic cardiovascular disease	262 (34.2%)	110 (32.5%)	45 (37.5%)	107 (34.9%)	0.592

Caractéristiques socio-démographiques à l'inclusion et à un an.

Au cours d'une période de suivi médiane de 95 mois (IQR 54 à 159 mois), 124 patients ont présenté un nouvel infarctus du myocarde (16 %), 32 un AVC (4,2 %), 49 un angor instable (6,4 %) et 84 patients sont décédés (11 %). Dans l'ensemble, le premier événement de MACE est survenu chez 238 patients (31 %) au cours du suivi. L'appartenance à la sous-population arabe, le tabagisme à l'admission avec STEMI, l'hyperlipidémie, le diabète sucré et les antécédents d'accident vasculaire cérébral et de revascularisation coronaire étaient indépendamment associés à l'événement composite.

Univariable and multivariable association between clinical characteristics and cardiovascular events* during follow-up

Variable	Univariable analysis	Multivariable analysis
Age (years)	1.001 (0.98-1.02) P=0.954	—
Women	0.85 (0.57-1.28) P=0.448	—
Arabs	1.79 (1.36-2.37) P<0.001	1.55 (1.20-2.01) P=0.001
Socioeconomic status: low vs. mid/high	1.40 (1.11-1.76) P=0.004	—
Body mass index	1.01 (0.99-1.04) P=0.402	—
Smoking (at presentation with myocardial infarction)	2.04 (1.54-2.70) P<0.001	1.61 (1.26-2.06) P<0.001
Family history of coronary artery disease	1.11 (0.85-1.46) P=0.447	—
Hypertension	1.71 (1.32-2.21) P<0.001	—
Diabetes mellitus	2.41 (1.85-3.14) P<0.001	1.63 (1.26-2.10) P<0.001
Hyperlipidemia	2.12 (1.63-2.76) P<0.001	1.55 (1.20-2.01) P=0.001
Chronic renal failure	1.62 (0.67-3.94) P=0.286	—
Chronic obstructive pulmonary disease	1.64 (0.84-3.19) P=0.149	—
Cancer	1.75 (0.96-3.21) P=0.069	—
Peripheral artery disease	1.85 (1.17-2.92) P=0.009	—
Prior stroke	3.48 (1.84-6.57) P<0.001	2.02 (1.05-3.87) P=0.034
Prior coronary revascularization	2.04 (1.58-2.64) P<0.001	1.78 (1.39-2.28) P<0.001

Association univariable et multivariable des paramètres démographiques et cliniques de base avec le critère MACE

Les taux bruts d'événements et les taux d'incidence pour 1 000 personnes-années d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'angor instable et de décès toutes causes confondues étaient significativement plus élevés chez les patients qui continuaient à fumer que chez les non-fumeurs, mais n'augmentaient que légèrement chez ceux qui avaient arrêté de fumer. Globalement, le taux de MACE pour 1 000 personnes-années s'établissait à 23,4 chez les non-fumeurs, 28,2 chez ceux qui ont arrêté de fumer, et 55,2 chez les patients qui ont continué à fumer. Les HR ajustés multivariables pour chaque issue défavorable - y compris l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, l'angor instable et le décès - étaient significativement plus élevés chez les patients qui continuaient à fumer mais pas chez ceux qui avaient arrêté de fumer, par rapport aux non-fumeurs.

Dans l'ensemble, le HR ajusté multivariable (intervalle de confiance à 95 %) pour le critère MACE était de 1,20 (0,77 à 1,87), p = 0,414 pour ceux qui ont arrêté de fumer et de 2,40 (1,80 à 3,22), p <0,001 pour ceux qui ont continué à fumer par rapport aux non-fumeurs (référence).

Table 3
Occurrence of cardiovascular events and death during follow-up, according to smoking status 1-year post STEMI

Adverse events	Smoking status		
	Non-smokers (n=338)	Stopped smoking (n=120)	Continued smoking (n=307)
Myocardial infarction			
Proportion with event	35/338 (10.4%)	14/120 (11.7%)	75/307 (24.4%)
Rate per 1000 person-years	11.48	13.02	27.05
Age & sex adjusted hazard ratio	1 (ref.)	1.13 (0.61-2.11) P=0.693	2.37 (1.58-3.53) P<0.001
Multivariable adjusted hazard ratio*	1 (ref.)	1.06 (0.57-1.97) P=0.857	2.50 (1.67-3.73) P<0.001
Stroke			
Proportion with event	10/338 (3.3%)	4/120 (3.3%)	18/307 (5.9%)
Rate per 1000 person-years	3.10	3.58	5.87
Age & sex adjusted hazard ratio	1 (ref.)	1.22 (0.38-3.89) P=0.481	2.36 (1.08-5.18) P=0.032
Multivariable adjusted hazard ratio*	1 (ref.)	1.21 (0.38-3.87) P=0.753	2.07 (0.94-4.56) P=0.073
Unstable angina pectoris (UAP)			
Proportion with event	10/338 (3%)	6/120 (5%)	33/307 (10.7%)
Rate per 1000 person-years	3.17	5.62	11.48
Age & sex adjusted hazard ratio	1 (ref.)	1.74 (0.63-4.77) P=0.286	3.60 (1.77-7.30) P<0.001
Multivariable adjusted hazard ratio*	1 (ref.)	1.75 (0.64-4.81) P=0.280	3.73 (1.84-7.58) P<0.001
Death (all-cause)			
Proportion with event	24/338 (7.1%)	9/120 (7.5%)	51/307 (16.6%)
Rate per 1000 person-years	7.39	7.94	16.28
Age & sex adjusted hazard ratio	1 (ref.)	1.15 (0.53-2.47) P=0.727	2.56 (1.56-4.19) P<0.001
Multivariable adjusted hazard ratio*	1 (ref.)	1.09 (0.50-2.35) P=0.830	2.52 (1.53-4.13) P<0.001
MACE[†]			
Proportion with event	69/338 (20.4%)	28/120 (23.3%)	141/307 (45.9%)
Rate per 1000 person-years	23.41	28.19	55.19
Age & sex adjusted hazard ratio	1 (ref.)	1.21 (0.78-1.87) P=0.405	2.42 (1.81-3.24) P<0.001
Multivariable adjusted hazard ratio*	1 (ref.)	1.20 (0.77-1.87) P=0.414	2.40 (1.80-3.22) P<0.001

* Adjusted for age, sex, ethnicity, diabetes mellitus, hyperlipidemia, cancer, prior stroke, prior coronary revascularization.

[†] MACE = myocardial infarction, stroke, unstable angina or all-cause death.

Occurrence des évènements selon le statut tabagique un an après le STEMI

- [La cigarette facteur de risque d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire préservée ou abaissée](#)

Cigarette Smoking, Cessation and Risk of Heart Failure with Preserved and Reduced Ejection Fraction. Ding N *et coll.* *J Am Coll Cardiol.* 2022 Jun, 79 (23) 2298–2305

Is Smoking Cessation the Best Intervention Ever to Prevent Heart Failure? Biondi-Zoccai G *et coll.* *J Am Coll Cardiol.* 2022 Jun, 79 (23) 2306–2309

On s'en doutait depuis longtemps, et les données d'observation de l'étude ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities) le confirment : il existe une association significative entre le tabagisme et l'augmentation du risque d'insuffisance cardiaque (IC) à la fois avec une fraction d'éjection préservée (HFpEF) et réduite (HFrEF). Ce risque étant majoré avec le nombre de paquets-années, la durée et l'intensité du tabagisme, il est donc raisonnable de penser que plus l'exposition est longue et intense, plus l'éventualité de la survenue d'une insuffisance cardiaque augmente. Ces données, extraites d'un travail de Ding N et coll. (Baltimore, Etats-Unis), et publiées dans le *Journal of the American College of Cardiology*, soulignent en outre que l'impact du tabac sur l'insuffisance cardiaque peut être particulièrement prolongé avec un risque décalé allant jusqu'à 30 ans après le sevrage.

Bien que la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque se soit améliorée au cours des 30 dernières années, le pronostic reste redoutable avec 30 % de décès un an après le diagnostic (en particulier chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire préservée). D'où l'intérêt de prévenir au maximum la survenue des lésions. Et le sevrage tabagique est l'une des pistes majeures de prévention.

TABLE 1 Cardiovascular Impact and Role in Heart Failure Incidence of Different Types of Smoking Products

Habit	Cardiovascular Risk In General	Risk of Heart Failure	Other Risks
Combustion cigarette	+++	+++	+++
Heat-not-burn cigarette	++	+	+
Electronic vaping cigarette	++	+	+
Cannabis	++	+	+
Smokeless tobacco	+	+	+
Cigar	++	+	++
Passive smoking	++	+	++
Pipe	++	+	++
Pollution	++	++	++

Impact cardio-vasculaire et rôle de différents produits du tabac sur la survenue de l'insuffisance cardiaque

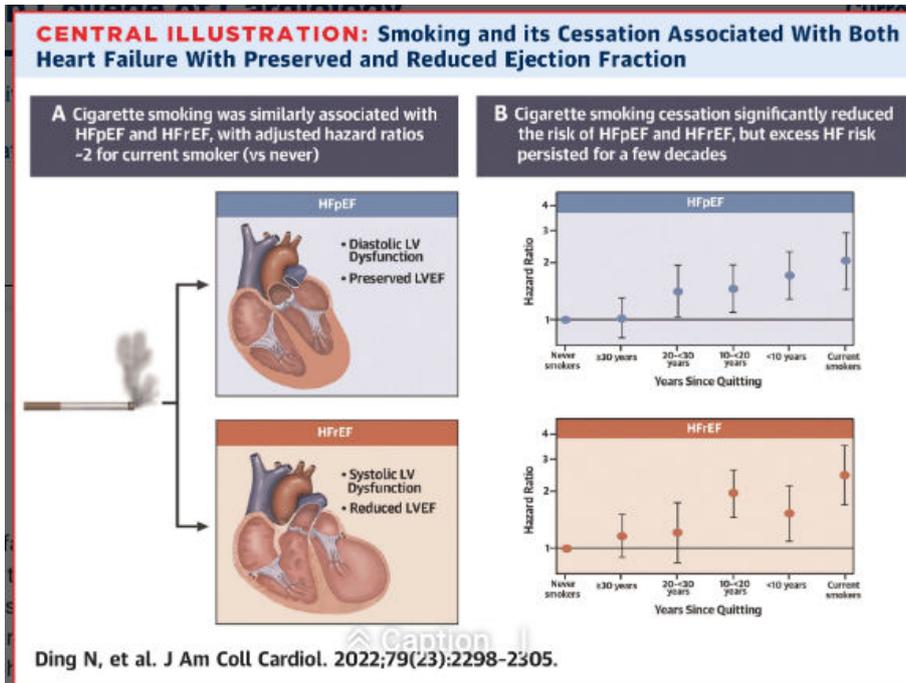
Les auteurs ont analysé les données de l'étude ARIC sur 9 345 participants inclus depuis début 2005. Leur but : déterminer s'il existe une association entre le tabagisme et l'arrêt du tabac et l'incidence de l'HF décompensée aiguë dans son ensemble, de l'HF_rEF et de l'HF_pEF. Les données provenaient d'examen cliniques et d'entretiens téléphoniques annuels/semi-annuels. Les patients ayant déjà été diagnostiqués comme insuffisants cardiaques ont été exclus.

Pour déterminer la durée du tabagisme, les auteurs ont utilisé le nombre de paquets/années avant et après l'inclusion. L'intensité du tabagisme a été évaluée lors des visites 1 à 4.

L'âge moyen de la cohorte était de 70,4 ± 5,7 ans, 57,3 % des participants étaient des femmes et 20,8 % étaient Noirs. Sur les 9345 participants, 823 (8,8%) étaient des fumeurs actifs, 4547 (48,7%) d'anciens fumeurs et 3975 (42,5%) participants n'avaient jamais fumé.

Au cours d'un suivi médian de 13 ans, 1 215 cas de décompensation aiguë d'insuffisance cardiaque ont été recensés : 555 d'HF_pEF, 492 d'HF_rEF et 168 d'insuffisance cardiaque avec Fraction d'éjection ventriculaire gauche inconnue.

Le taux d'incidence ajusté de l'insuffisance cardiaque pour 1000 personnes-années s'établissait à 9,7 (IC 95%, 8,7 - 10,6) pour les personnes n'ayant jamais fumé, à 13,5 (IC 95%, 12,5 - 14,6) pour les anciens fumeurs et à 20,1 (IC 95%, 16,7 - 23,5) pour les fumeurs actifs. Aucune différence d'incidence n'a été notée entre l'HF_pEF et de l'HF_rEF.



Impact du tabac et du sevrage sur l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée ou non

Après ajustement sur les facteurs de confusion, le nombre de paquets-années de tabagisme était associé avec le risque d'insuffisance cardiaque. Les participants ayant fumé moins de 10 paquets-années ne présentaient pas systématiquement de majoration du risque, alors que ceux ayant fumé entre 10 et 25 paquets-années présentaient un risque légèrement accru d'insuffisance cardiaque globale (HR 1,19 ; 95% CI, 0,99 - 1,44). Enfin, ceux ayant fumé 25 paquets-années ou plus présentaient un risque environ deux fois supérieur d'insuffisance cardiaque globale. La quantification de l'augmentation du risque par unité de 10 paquets-années était de 1,16 (IC 95 %, 1,12 - 1,20) pour l'HFpEF et de 1,09 (IC 95 %, 1,05 - 1,13) pour l'HFrEF. L'intensité et la durée du tabagisme étaient associées de façon significative à l'insuffisance cardiaque globale, à l'HFpEF et à l'HFrEF.

Les auteurs ont aussi analysé l'impact du sevrage tabagique : plus la durée du sevrage était longue, plus le risque s'en trouvait abaissé. Néanmoins, il existait toujours un risque significatif d'insuffisance cardiaque 20 à 30 ans après l'arrêt du tabac (HR, 1,34 ; 95% CI, 1,07 - 1,67).

TABLE 2 Strategies to Discontinue Smoking, With a Focus on Heart Failure Prevention and Treatment

Strategy	Overall Effectiveness	Overall Safety	Safety in Patients With or at Risk of Heart Failure
Nicotine replacement therapy	+++	+++	++
Bupropion	+++	++	++
Varenicline	+++	+++	++
Cytisine	++	++	+
Clinician advice	++	++	+++
Rehabilitation	++	+++	+++
Phone/video tutoring	++	+++	+++
Self-help materials	++	+++	+++
Apps	++	+++	+++
Counseling/psychotherapy	++	+++	+++
Individual counseling	++	+++	+++
Economic incentives	+	+++	+++
Electronic cigarettes	+	+	+
Any combination	++	++	++

Stratégies de prise en charge du sevrage dans un but de prévention ou de traitement de l'insuffisance cardiaque chez les tabagiques

Dans un éditorial associé, Giuseppe Biondi-Zoccai et coll. (Naples, Italie) reconnaissent que malgré les progrès réalisés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque, la prévention doit rester au premier plan des préoccupations.

- [La consommation de cannabis entraîne une hausse des consultations aux urgences](#)

Cannabis use and risks of respiratory and all-cause morbidity and mortality: a population based, data-linkage, cohort study. Vozoris NT, Zhu J, Ryan CM et coll. *BMJ Open Resp Res* 2022;9:e001216. doi:10.1136/bmjresp-2022-001216

En Ontario, au Canada où la consommation de cannabis est légale, les usagers de cette substance ressentent un risque accru de 22 % de consultations aux urgences ou d'hospitalisation par rapport aux non-consommateurs (respectivement 30,0 % contre 26,0 % en 12 mois), selon les données recueillies auprès de plus de 30 000 personnes et publiée dans le *BMJ Open Resp* par Nicholas Vozoris et coll. (Toronto, Canada).

Les chercheurs ont examiné les données des dossiers médicaux nationaux de 35 114 personnes âgées de 12 à 65 ans pour la période de janvier 2009 à décembre 2015. 4 807 des 6 425 participants qui ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de l'année écoulée ont été appariées avec 10 395 personnes n'ayant jamais consommé de cannabis et qui ont servi de témoins. L'âge moyen de la population étudiée à la date d'index était d'environ 35 ans, et 42 % étaient des femmes ; les données démographiques étaient similaires entre les utilisateurs et les personnes témoins.

Les auteurs ont analysé les causes de recours aux urgences chez les utilisateurs de cannabis.

Table 3 Breakdown of all-cause emergency room visit and hospitalisation outcome for cannabis users for the top 100 ICD-10 diagnostic codes recorded

Cause	Frequency (%)
Acute trauma	15.1
Respiratory	14.2
Gastrointestinal	13.3
Miscellaneous*	11.3
Genitourinary	11.0
Muscle/joint pain	8.0
Infection (that does not fall into any of the other categories)	6.8
Mental health	5.4
Cardiovascular	5.4
Neurologic	3.3
Dermatologic	3.2
Cancer-related	3.0

Diagnostic de recours aux urgences pour les utilisateurs de cannabis

Les consommateurs de cannabis présentaient un risque significativement plus élevé de visites aux urgences ou d'hospitalisations, toutes causes confondues (30,0 % contre 26,0 % ; OR 1,22). La mortalité toutes causes confondues était de 0,2 % pour les deux groupes. Pour les auteurs, la consommation de cannabis pourrait entraîner des blessures physiques par une altération du jugement, de la coordination, combinée à une altération de l'état de conscience ou à une somnolence généralisée, qui pourrait contribuer à une augmentation des accidents de la route, ainsi qu'à un risque accru de chutes entraînant des plaies, des fractures ou des contusions.

La probabilité de consultation aux urgences ou d'hospitalisation pour des problèmes respiratoires n'était pas significativement différente entre les consommateurs de cannabis et les témoins (3,6 % contre 3,9 % ; OR 0,91). Les chercheurs notent que les problèmes respiratoires étaient la deuxième motivation la plus importante de visites toutes causes confondues. Pour autant, dans cette petite étude, l'incidence des recours pour problèmes respiratoires a été similaire dans les deux bras de l'étude.

Table 4 ORs and confidence intervals for outcomes, according to selected subgroups

	Cannabis use status	Respiratory-related ER visit or hospital admission		All-cause ER visit or hospital admission	
		N (%)	OR (95% CI), p value	N (%)	OR (95% CI), p value
By sex					
Men	Cannabis users	81 (2.9%)	1.00 (0.77 to 1.31), p=0.99	742 (26.6%)	1.23 (1.11 to 1.36), p<0.0001
	Control group	171 (2.9%)	1.00	1327 (22.7%)	1.00
Women	Cannabis users	94 (4.7%)	0.86 (0.68 to 1.10), p=0.23	701 (34.8%)	1.23 (1.10 to 1.37), p=0.0003
	Control group	239 (5.3%)	1.00	1372 (30.1%)	1.00
By prior respiratory-related ER visit/hospitalisation in the past year					
No	Cannabis users	149 (3.0%)	0.94 (0.77 to 1.14), p=0.52	1333 (28.8%)	1.22 (1.13 to 1.32), p<0.0001
	Control group	328 (3.5%)	1.00	2490 (24.9%)	1.00
Yes	Cannabis users	33 (18.6%)	0.82 (0.53 to 1.26), p=0.36	110 (62.2%)	1.25 (0.89 to 1.74), p=0.19
	Control group	82 (21.9%)	1.00	209 (55.9%)	1.00
By tobacco smoking status					
Current/former smoker	Cannabis users	123 (3.5%)	0.80 (0.65 to 0.99), p=0.04	1070 (30.1%)	1.16 (1.06 to 1.26), p=0.001
	Control group	290 (4.2%)	1.00	1856 (27.1%)	1.00
Never smoker/not available	Cannabis users	52 (4.1%)	1.23 (0.89 to 1.70), p=0.21	373 (29.7%)	1.35 (1.16 to 1.56), p<0.0001
	Control group	120 (3.4%)	1.00	843 (23.9%)	1.00
By pre-existing asthma/COPD					
Yes	Cannabis users	62 (6.1%)	0.82 (0.61 to 1.11), p=0.20	362 (35.7%)	1.16 (1.00 to 1.35), p=0.05
	Control group	157 (7.3%)	1.00	694 (32.1%)	1.00
No	Cannabis users	113 (3.0%)	0.96 (0.77 to 1.20), p=0.70	1081 (28.5%)	1.24 (1.13 to 1.35), p<0.0001
	Control group	253 (3.1%)	1.00	2005 (24.4%)	1.00

Détails sur les consultations pour cause respiratoires

Les résultats négatifs pourraient également être dus à des facteurs non pris en compte dans ce travail, notamment une exposition insuffisante à la fumée de cannabis chez les consommateurs de la population étudiée, une consommation de cannabis non inhalée, moins susceptible de présenter un effet sur les voies respiratoires, et une éventuelle exposition secondaire chez les personnes témoins. En outre, l'arrivée massive du vapotage – y compris du vapotage de cannabis – a pu influencer sur ces résultats.

● Le paquet neutre, outil de dénormalisation du tabagisme

Plain packaging on tobacco products in France: Effectiveness on smokers' attitudes one year after implementation. Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Gallopel-Morvan K, Nguyen-Thanh V. *Tobacco Induced Diseases*. 2022;20(April):35. doi:10.18332/tid/146600.

L'arrivée d'un nouveau conditionnement des produits du tabac rendu obligatoire en France en 2017, mettant en œuvre un emballage neutre et des avertissements sanitaires élargis, a-t-elle modifié le comportement des fumeurs français ? La réponse est positive si l'on en croit l'analyse proposée par Anne Pasquereau et coll. dans *Tobacco Induced Diseases*. C'est dans le cadre du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019, que l'emballage neutre a donc été rendu obligatoire en 2017 pour les cigarettes manufacturées et le tabac à rouler (on notera que ce n'est le cas ni pour les cigares et les cigarillos, ni pour la pipe ni pour la chisha). Depuis lors, les paquets se caractérisent par une combinaison d'emballages neutres, d'une police de texte unique, d'une couleur vert foncé (couleur aussi utilisée en Australie, au Royaume-Uni, etc.), et de nouveaux contenus d'avertissements sanitaires plus grands et graphiques, conformément à la directive européenne de 2014.

L'étude d'Anne Pasquereau et coll. a été conduite à partir des données des baromètres santé 2016, 2017 et 2018 de Santé Publique France, issues d'enquêtes randomisées réalisées par téléphone auprès d'échantillons de 15216 (2016), 25319 (2017) et 9074 (2018) personnes âgées de 18 à 75 ans. L'association entre la « gêne » ressentie des fumeurs depuis la mise en place des nouveaux packagings et la motivation à arrêter de fumer a été étudiée en recourant à des régressions logistiques multivariées.

Table 2. Responses to the question 'Do you ever feel embarrassed displaying your pack of cigarettes or tobacco because of its appearance?' and changes over the 2016–2018 period

Responses	2016 Before Implementation %	2017 A few months after %	2016–2017 p	2018 One year later %	2017–2018 p	2016–2018 p
Yes	5.9	11.9	<0.001	15.5	<0.01	<0.001
Systematically	1.7	6.0		6.4		
Often	4.2	5.9		9.1		
No	94.1	88.1		84.5		
Sometimes	6.8	10.1		10.6		
Rarely	8.2	8.3		10.3		
Never	79.2	69.7		63.6		

Source: Santé publique France Health Barometer surveys 2016, 2017 and 2018.

Modification des réponses à la question : « Vous êtes-vous déjà senti gêné d'exposer votre paquet de cigarettes ou de tabac à cause de son apparence »

Après l'introduction du nouveau conditionnement neutre, la proportion de fumeurs se sentant gênés d'exposer leur paquet de cigarettes à la vue de tous en raison de son apparence a doublé en 2017 (11,9 %, IC 95 % : 10,2-13,9 vs 5,9 %, IC 95 % : 4,4-7,8 en 2016, p<0,001) et a continué à augmenter en 2018 (15,5 %, IC 95 % : 13,7-17,5, p<0,01). En 2018, les femmes étaient plus gênées que les hommes (OR=2,0 ; IC à 95 % : 1,5-2,6, p<0,001). Toujours en 2018, 26,8 % (IC 95 % : 24,6-29,1) des fumeurs ont déclaré que la généralisation des packaging neutres les a motivés à arrêter de fumer, et 22,5 % (IC 95 % : 18,3-27,2) des ex-fumeurs l'ont cité comme ayant, de façon certaine, motivé leur arrêt.

Les fumeurs qui ressentait de l'embarras à exhiber les nouveaux emballages étaient plus susceptibles d'être motivés à cesser de fumer. On observe aussi que les personnes ayant des revenus plus élevés étaient moins sensibles à l'apparence du paquet.

Qu'en concluent les auteurs ? Qu'il est difficile de mesurer séparément l'effet de chacune des mesures françaises de lutte contre le tabagisme sur la diminution de la prévalence du tabagisme depuis 2016, la plupart ayant été mises en œuvre simultanément entre 2016 et 2018 : augmentation des prix, soutien renforcé à l'aide à l'arrêt du tabac, campagnes de marketing social, emballages avec de nouveaux avertissements sanitaires agrandis.

Néanmoins, le nouveau conditionnement des produits du tabac, par les avertissements sanitaires plus grands qu'il comporte et les paquets neutres désormais utilisés, a vraisemblablement eu un impact sur les comportements des fumeurs en France. La gêne ressentie en public, que l'on peut lier à l'apparence de leur paquet de cigarettes, semble effectivement dissuasive. Ce qui est certain, c'est que cette mesure a contribué, dans un contexte anti-tabac particulièrement fort, à dénormaliser encore davantage les produits du tabac en France. Cette stratégie de dénormalisation doit être poursuivie, ces résultats montrant au passage l'intérêt de mettre en place un emballage neutre avec de nouveaux avertissements sanitaires graphiques agrandis dans les pays où il n'a pas encore été adopté.

- [Tabagisme et personnes âgées en soins primaires : un grand manque d'informations et de prise en charge](#)

Les professionnels de santé en soins primaires en Ile-de-France face à la prise en charge du tabagisme de la personne âgée. Mir S, Cloppet A, Gautier S et coll. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2022, n°. 12, p. 212-220

Cette étude observationnelle transversale publiée par le *BEH* a été réalisée en 2019 auprès de 300 médecins, infirmiers et pharmaciens libéraux. Il apparaît globalement que ces professionnels sont a priori compétents ou motivés sur les modes de prise en charge tabagique des personnes âgées, mais qu'ils manquent de confiance en leurs capacités à gérer cet aspect de leur fonction. Cette observation permet de souligner la nécessité de leur proposer des formations pour améliorer leurs pratiques et gagner en assurance.

Le tabagisme n'est pas l'apanage des jeunes en France. En 2019, on estimait sa prévalence à 9,0% chez les femmes de 65 à 75 ans et à 10,4% chez les hommes du même âge, cette tendance étant inchangée depuis une dizaine d'années, alors même que le nombre global de fumeurs a diminué dans notre pays. Si cette prévalence chez les plus de 65 ans peut apparaître comme faible comparativement aux autres classes d'âge, elle reste néanmoins importante et préoccupante, 70% des décès attribuables au tabac survenant en effet chez les plus de 60 ans. Par ailleurs, à 70 ans, 81% des hommes et 87% de femmes non-fumeurs sont encore vivants, contre 55% des hommes fumeurs et 68% des femmes fumeuses. À 80 ans, cet écart est encore plus marqué, rappelant clairement la pertinence des stratégies de lutte anti-tabagique.

D'où l'idée de Sarah Mir et coll. d'interroger (questionnaire de 29 items) 100 pharmaciens, 100 infirmiers et 100 médecins sur leurs connaissances, attitudes et pratiques du tabagisme des plus de 65 ans.

Scores aux différentes parties du questionnaire.
Enquête CAPZEROTABAC, Île-de-France, 2019

Score	Échantillon entier (N=300)	
	Moy (DS) [min-max]	
Connaissances <i>De 0 à 10 points</i>	6,7 (1,7) (1-10)	
Attitudes <i>De 0 à 12 points</i>	8,8 (2,6) (1-12)	
Pratiques <i>De 0 à 7 points</i>	2,8 (2,2) (0-7)	
Total <i>De 0 à 29 points</i>	18,4 (4,7) (2-28)	

Dans l'échantillon, le score total obtenu au questionnaire était compris entre 2 et 28 sur 29 points possibles. Le score moyen s'établissait à 18,4. Près de 20% des professionnels ont obtenu un score inférieur à 14,5 (correspondant à la moitié des points). Deux tiers des professionnels (66,7%) pensaient que les fumeurs âgés sont moins enclins à arrêter de fumer que les jeunes. Par ailleurs, seuls 64,3% des répondants savaient qu'il n'y a pas de risque à proposer une substitution nicotinique à une personne âgée et 43,3% qu'un bref conseil de sevrage n'est pas moins efficace que des conseils plus orientés pour les aider à cesser de fumer.

Dans les faits, moins d'un professionnel sur deux (44,7%) interroge régulièrement les plus de 65 ans sur leur statut tabagique, et 1/3 (35,0%) le prend en note dans le dossier clinique. La motivation des fumeurs âgés à l'arrêt est quant à elle régulièrement évaluée par 35,3% des professionnels, les conseils brefs étant régulièrement donnés par une proportion bien supérieure de répondants (60,7%). En revanche, discuter avec leurs patients des avantages de l'arrêt du tabac n'est fait avec régularité que par la moitié de ces praticiens (51,0%).

L'observation la plus marquante indique que le sevrage est perçu par 61,0% des professionnels de santé comme plus compliqué et relevant de praticiens spécialisés, cette attitude tranchant avec le fait que 82% des professionnels pensent pourtant posséder les connaissances suffisantes à une prise en charge. Pour les auteurs, cette posture ambivalente requiert que des actions de communication et de formation soient mises en place afin de compléter la formation de ces professionnels et de leur fournir les outils méthodologiques ou relationnels qui leur font parfois défaut.

PUBLICATIONS

Ministère de la Santé et de la Prévention

Le Ministère a mis en ligne le 28 septembre 2022 ses *Recommandations concernant l'usage des produits de vapotage / cigarette électronique*.

Les produits de vapotage, plus connus sous le nom de « **cigarettes électroniques** » ou « **vapoteuses** », sont réglementés au niveau européen par des dispositions qui se trouvent, en France, à la fois dans le Code de la Consommation et dans le Code de la Santé publique.
Les produits de vapotage, avec ou sans nicotine, **ne sont pas des produits de santé** et sont commercialisés en libre accès pour les seuls consommateurs adultes.

Ces produits ou leurs émissions peuvent contenir des substances toxiques ou potentiellement toxiques et leurs effets sur la santé à long terme sont insuffisamment connus.

Par ailleurs, les données actuellement disponibles ne sont pas concluantes quant à l'efficacité des produits du vapotage en tant qu'outil pour arrêter de fumer par rapport aux traitements validés disponibles. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer les risques et les avantages potentiels de ces produits dans l'arrêt du tabac pour les fumeurs adultes.

De nombreuses études suggèrent que, pour les fumeurs, les produits du vapotage pourraient être moins nocifs que les cigarettes combustibles. Toutefois, ce bénéfice en termes de santé est annulé dès lors qu'il y a consommation simultanée de produits du tabac avec des produits de vapotage.

Ce qu'il faut retenir :

- >> En matière de tabagisme, **arrêter de fumer reste la seule solution pour réduire l'impact négatif du tabac sur la santé du fumeur**, car plus que la quantité de tabac consommée, c'est la durée du tabagisme (nombre d'années passées à fumer) qui a des conséquences.
 - >> La Haute autorité de santé a émis des recommandations en 2014 concernant l'arrêt du tabac qui sont toujours d'actualité.
- >> Ces recommandations incluent la **prise en charge par un professionnel de santé** pour assurer un suivi ainsi que la mise en place d'un traitement médicamenteux, **si nécessaire**.
 - >> Les médicaments utilisés en première intention sont les **traitements de substitution nicotinique (TSN)**, disponibles sous différentes présentations.
 - >> **Les TSN ont un rapport bénéfice / risque favorable dans le sevrage tabagique**, montré par des essais cliniques chez l'homme avant autorisation de mise sur le marché et qui ne s'est pas démenti après commercialisation.
- >> La plupart de ces médicaments sont pris en charge par l'Assurance Maladie : **ils sont remboursés quand ils font l'objet d'une prescription par un professionnel de santé**.
 - >> Les TSN peuvent aussi être achetés en pharmacie sans prescription.

Les fumeurs et leur entourage doivent bénéficier d'une **information claire, complète, objective et fondée sur des données scientifiques à propos de l'utilisation des produits du vapotage**. Ces éléments, basés sur le dernier avis du HCSP, peuvent se résumer ainsi :

Accès aux Recommandations :

<https://solidarites.sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/produits-de-vapotage-cigarette-electronique/article/recommandations-concernant-l-usage-des-produits-de-vapotage-cigarette>

Publications relatives à la vape

Le Comité de Rédaction vous propose aussi une sélection de publications récentes sur la vape :

- Wold LE et al. Cardiopulmonary Consequences of Vaping in Adolescents: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation Research*. 2022, 131: e70-e82. DOI: 10.1161/RES.0000000000000544.
- Travis N et al. Health Effects of Electronic Cigarettes: An Umbrella Review and Methodological Considerations. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022, 19, 9054. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159054>
- Banks E et al. Electronic cigarettes and health outcomes: systematic review of global evidence. Report for the Australian Department of Health. National Centre for Epidemiology and Population Health, Canberra: April 2022.
- Mendelsohn CP et al. A critical analysis of Electronic cigarettes and health outcomes: Systematic review of global evidence'. *Drug Alcohol Rev*. 2022. <https://doi.org/10.1111/dar.13515>

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 !

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>

Alliance contre le Tabac

La SFT est membre de l'ACT. Vous pouvez retrouver toutes les informations sur le site web :

<https://alliancecontreletabac.org>

- Gestion des mégots de cigarettes : le Conseil d'Etat annule les missions confiées à Alcome, une opportunité pour lutter contre l'écoblanchiment de l'industrie du tabac

L'ACT rappelle qu'en raison de son statut étroitement réglementé au niveau international et national, l'industrie du tabac doit se limiter à un strict rôle de financement du nettoyage et de la gestion des mégots de cigarettes. Elle ne doit en aucun cas être impliquée dans la gestion de ces déchets ou l'organisation de campagnes de sensibilisation à ce sujet. Une telle mission devrait être réservée à un éco-organisme totalement indépendant de l'industrie du tabac.

<https://alliancecontreletabac.org/2022/08/30/gestion-des-megots-de-cigarettes/>

CONGRÈS



Infogyn

6-8 octobre 2022.

Le Palais Beaumont, Pau.

La SFT y propose le vendredi 7 octobre :

- une session "Tabac, cannabis et sexualité" ;
- un atelier "Addictions, mesures hygiéno-diététiques, observance thérapeutique... et grossesse : le changement ne se prescrit pas".

<https://www.infogyn.com/>



13e Rencontre de l'AALT – Tab'Actu

13 octobre 2022.

En présentiel : Domaine de l'Asnée, Villers-lès-Nancy.

Possibilité de distanciel.

<https://www.chru-nancy.fr/images/agenda/tabactu-2022.pdf>



Journée Nationale annuelle de l'AFIT&A

Tabac et cancer

21 octobre 2022.

Campus Picpus, Paris.

Inscription gratuite mais dans la limite des places disponibles !

<http://association-infirmiere-tabacologie.fr>



16e Congrès national

de la Société Francophone de Tabacologie

La tabacologie en première ligne

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>



14e Congrès Français de Psychiatrie

30 novembre-3 décembre 2022.

Grand Palais, Lille et e-congrès.

Atelier SFT « Le sevrage tabaco-cannabique en psychiatrie » (formation DPC)

<https://congresfrancaispsychiatrie.org>



Colloque scientifique international sur la E-Cigarette : impacts et trajectoires des usagers

5-6 décembre 2022.

Paris.

Organisé par l'Institut National du Cancer.

<https://e-cigconference-2022.com/accueil/>



MAT'AB – Maternité sans tabac

Arrêt du tabac chez la femme enceinte. Incertitudes et acquis en 2023

23 mars 2023.

Domaine Rockefeller, Lyon.

<https://www.iraat.fr/matab>

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