

• En Australie, les données de mortalité due au tabagisme confirment les données anglaises et américaines.

Banks E et al. BMC Med. 2015 Dec;13(1):281.

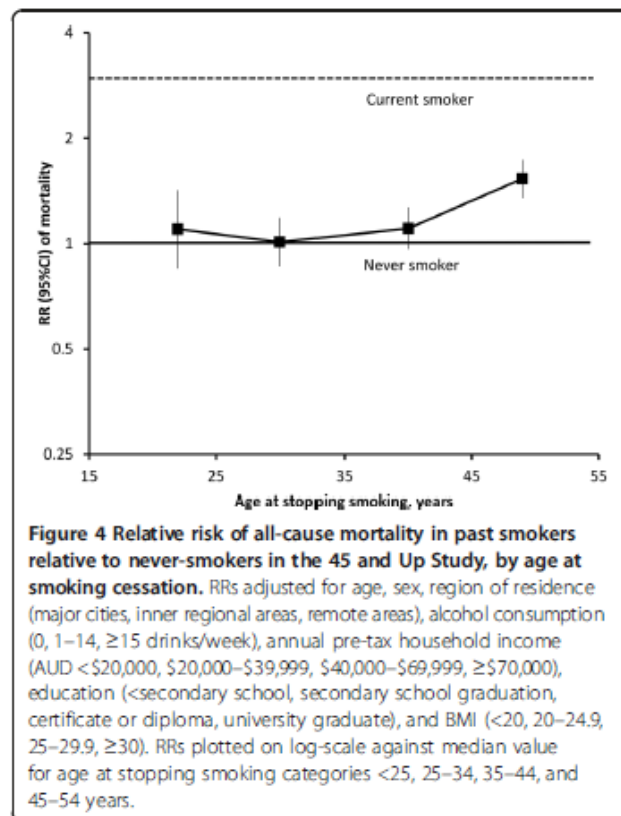
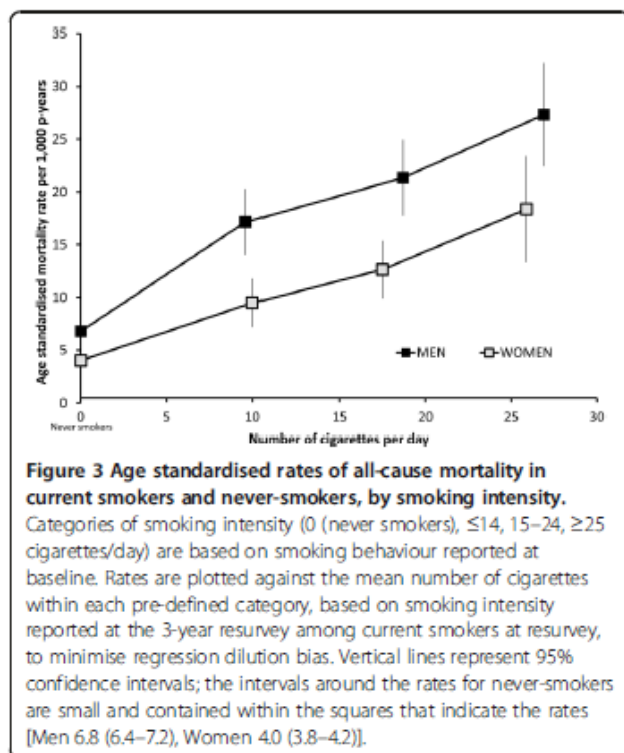
Article en libre accès: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339244/>

En Australie, la prévalence tabagique est l'une des plus basse au monde, avec seulement 13% de fumeurs quotidiens en 2013. Cependant, il n'existe pas de statistiques sur la mortalité due au tabagisme dans ce pays. C'est pourquoi les auteurs de cette étude ont conduit une analyse sur les données d'une cohorte («45 and up») de 267153 hommes et femmes âgés de 45 ans et plus, échantillonnée aléatoirement dans la population de l'Etat du New South Wales (le plus peuplé d'Australie, représentant 1/3 de la population du pays). Un premier questionnaire a été envoyé par la poste (de janvier 2006 à décembre 2008), il comprenait des questions socio-démographiques, de santé (dont antécédents médicaux et chirurgicaux), poids et taille, activité physique, etc... Pour contrôler les données concernant le tabagisme, un sous-échantillon de 60404 personnes a été questionné de nouveau, en moyenne 3,3 ans plus tard.

Après élimination de quelques données non valides, 266777 participants ont été inclus dans l'analyse. Afin d'éliminer l'effet de l'arrêt induit par une maladie («sick quitter»), les cas de cancers (autres que mélanomes, et autres cancers de la peau) déclarés avant l'inclusion (11% de l'échantillon), ainsi que les personnes ayant des antécédents de maladie cardiovasculaire (11%), ont été exclus de l'analyse, laissant un échantillon de 204953 personnes. Les maladies pulmonaires n'ont pas pu être exclues car non validée de façon appropriée dans le questionnaire initial (mais une analyse de sensibilité a été conduite en prenant en compte les hospitalisations pour BPCO ou autre maladie pulmonaire dans les 6 ans précédent l'inclusion – voir dans la partie résultats). Selon leur réponse au questionnaire, les personnes étaient classées en fumeur actuel, ex-fumeur ou non fumeur. Chez les ex-fumeurs, l'âge de l'arrêt du tabac (ainsi que l'âge de début, comme chez les fumeurs) a été utilisé pour les classer en arrêt : avant 25 ans, entre 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, et 55 ans ou plus. Les taux de mortalité (et IC 95%) ont été calculés en fonction du statut tabagique. Des modèles de régression de Cox ont été utilisés pour calculer le risque relatif (RR), d'abord en utilisant uniquement l'âge comme variable temporelle, puis en ajoutant des covariables (éducation, revenus, région de résidence, consommation d'alcool, et IMC). Les RR ont aussi été calculés en fonction de la consommation moyenne de tabac (≤ 14 , 15-24 et ≥ 25 cigarettes par jour).

Lors de l'enquête initiale, 7,7% des 204953 participants étaient fumeurs, et 34,1% étaient ex-fumeurs. La grande majorité (96%) ne fumaient que des cigarettes, 2% ne fumaient que la pipe ou le cigare, et 2% fumaient à la fois des cigarettes et la pipe ou le cigare. La prévalence tabagique était identique chez les hommes et les femmes. Par rapport aux non-fumeurs, les fumeurs étaient en moyenne plus jeunes, étaient moins urbains, avaient une éducation et des revenus plus faibles, rapportaient une consommation plus importante d'alcool (≥ 15 verres/semaine), et un IMC plus bas. L'âge de début du tabac chez les hommes était identique quelle que soit la décennie de naissance (entre 1920-29 et 1960-69), chez les femmes il était de 24 ans pour celles nées en 1920-29, et 17 ans pour celles nées en 1960-69. La durée moyenne du tabagisme chez les fumeurs actuels était de $38,5 \pm 9,4$ ans, la majorité ayant fumé 35 ans ou plus, une quantité moyenne de 15 ou plus cigarettes par jour. Au cours du suivi de 4,26 ans en moyenne, 5593 décès ont été constatés. Le RR de mourir pendant la période de suivi, en contrôlant selon l'âge, les facteurs socio-économiques, la consommation d'alcool, et l'IMC, était de 2,96 (IC 95% 2,69-3,25) chez les fumeurs actuels par rapport aux non fumeurs, 2,82 (2,49-3,19) chez les hommes, et

3,08 (2,63-3,60) chez les femmes. Pour les ex-fumeurs, par rapport aux non fumeurs, le RR était de 1,43 (1,35-1,52), de 1,34 (1,24-1,45) chez les hommes, et 1,54 (1,40-1,70) chez les femmes. Bien que le nombre absolu de décès était plus important chez les hommes que chez les femmes, les RR ne différaient pas statistiquement en fonction du sexe ou de la cohorte de naissance (1920-1959). En éliminant les cas d'hospitalisation pour maladie pulmonaire, les résultats n'étaient pas modifiés (analyse de sensibilité). Parmi les fumeurs actuels, le taux de mortalité au cours du suivi était augmenté en fonction de la consommation de tabac, avec un risque doublé pour une consommation moyenne de 10 cigarettes par jour, et un risque quadruplé pour une consommation moyenne ≥ 25 cigarettes par jour (voir figure 3).



Pour les ex-fumeurs ayant arrêté de fumer entre 45-54 ans, le RR était de 1,42 (1,29-1,58) par rapport aux non fumeurs, 1,3 (1,20-1,53) chez les hommes et 1,52 (1,27-1,82) chez les femmes. Le RR de mortalité due au tabagisme diminuait en fonction de la durée de l'arrêt (à un âge plus jeune) et ne différait pas statistiquement des non fumeurs pour les personnes ayant arrêté de fumer avant 45 ans (voir figure 4).

Les résultats confirment ce qui a été observé dans d'autres pays comme la Grande Bretagne ou les Etats-Unis, avec une espérance de vie des fumeurs à 75 ans, diminuée de 10 ans en moyenne par rapport aux non fumeurs. A partir de l'âge de 45 ans, 44,6% des hommes australiens fumeurs mourront avant 75 ans, comparé à 18,9% chez les non fumeurs. Chez les femmes, les chiffres correspondants sont 33% vs. 12,2%. Les données recueillies sur le tabagisme sont similaires à l'étude «the Million Women Study», ce qui permettra une comparaison internationale de ces données. Les résultats n'ont pas pu être analysés en fonction de la cause de la mort, car non disponible au moment de l'étude.

- **Tentatives d'arrêt et utilisation d'une aide à l'arrêt chez les fumeurs exclusifs de cigarettes par rapport aux fumeurs multi-produits.**

Schauer GL et al. *Nicotine Tob Res.* 2015 Mar 5. pii: ntv038. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25744953>

Le fait d'utiliser d'autres produits du tabac que la cigarette influence-t-il les tentatives d'arrêt et l'utilisation d'une aide à l'arrêt (suivi et/ou aide pharmacologique) ? C'est la question à laquelle tente de répondre cette étude. Pour cela les auteurs ont comparé 24448 fumeurs exclusifs de cigarettes, 1064 fumeurs de cigarettes et de cigares, et 508 fumeurs de cigarettes utilisant aussi du tabac non-fumé, ayant participé à une enquête sur l'utilisation du tabac (2010-2011) incluse dans une enquête plus large de la population (Current Population Survey, menée

mensuellement par téléphone auprès des foyer américains). Le questionnaire sur l'utilisation du tabac a été ajouté à 3 reprises, en mai et août 2010 et en janvier 2011 (les taux de réponses ont été respectivement de 79%, 79% et 78%). L'échantillon total était de 180934 personnes de 18 ans et plus, mais l'étude s'est focalisée sur les 3 groupes cités ci-dessus.

Les fumeurs devaient rapporter s'ils avaient déjà essayer d'arrêter de fumer, fait une tentative au cours des 12 derniers mois, s'ils avaient la ferme intention d'arrêter de fumer, quelle était leur motivation à l'arrêt (sur une échelle allant de 1 à 10), et pour ceux ayant un minimum de motivation (score de 2 à 10 sur l'échelle), quel était leur confiance dans la réussite s'ils faisaient une tentative dans les 6 mois (réponse : peu probable, un peu probable, assez probable, très probable). Ceux déclarant qu'ils avaient fait une tentative d'arrêt au cours des 12 derniers mois devaient rapporter combien de fois ils avaient essayé d'arrêter, et quelle était la durée de leur dernière tentative. Ceux ayant fait une tentative pendant au moins une journée devaient rapporter s'ils avaient utilisé une aide à l'arrêt (aide pharmacologique et/ou aide comportementale, quelle qu'elle soit, y compris l'aide téléphonique). Les données démographiques portaient sur le sexe, l'ethnicité, l'âge (18-24, 25-44, 45-64, et ≥ 65), l'éducation, et la région où ils vivaient. Des analyses de régression logistique bi- ou multi-variées ont été utilisées pour tester les tentatives d'arrêt dans l'année écoulée et l'utilisation d'une aide à l'arrêt. Les variables d'ajustement comprenaient l'âge, le sexe, l'ethnicité, la consommation tabagique, et l'utilisation de cigarettes mentholées.

Sur l'échantillon total (n=180934), 14,2% étaient des fumeurs exclusifs de cigarettes, 0,7% des fumeurs de cigarettes et de cigares, et 0,3% des fumeurs de cigarettes utilisant aussi du tabac non fumé. Parmi les fumeurs actuels (n=26020), les proportions étaient respectivement de 91,2%, 4,5%, et 2,0%. Les deux derniers groupes (usage concomitant) comprenaient plus d'hommes que de femmes, 78,6% pour cigarettes + cigare, 94,7% pour cigarettes + tabac non fumé, vs. 51,1% pour les fumeurs exclusifs de cigarettes, et étaient plus jeunes que le groupe de fumeurs exclusifs de cigarettes. Le délai avant la première cigarette du matin était similaire dans les 3 groupes (environ 47% fumant dans les 30 minutes après le réveil).

Les fumeurs de cigarettes utilisant du tabac non fumé semblaient plus enclins à avoir tenté d'arrêter dans l'année écoulée (OR=1,31 ; IC 95% 1,05-1,64), mais cet effet disparaît après ajustement sur les variables socio-démographiques et tabagiques. Les fumeurs d'origine hispanique étaient moins enclins à avoir fait une tentative d'arrêt dans l'année (OR=0,83 ; 0,73-0,94 ; p=0,02), par rapport à ceux d'origine caucasienne, les fumeurs plus âgés (45-64 ans, OR=0,84 ; 0,74-0,96 ; p<0,0001 ; ≥ 65 ans, OR=0,70 ; 0,59-0,82 ; p<0,0001) étaient aussi moins enclins que les plus jeunes (18-24 ans), et les fumeurs quotidiens (même à faible consommation de 1-4 cigarettes par jour), moins enclins que les fumeurs occasionnels (tous les OR<0,74 ; p<0,0001).

Concernant l'utilisation de l'aide à l'arrêt, il n'y a pas de différences significatives entre les 3 groupes de fumeurs. Mais seulement environ 1/3 des fumeurs fait appel à une aide à l'arrêt. Les femmes se tournent plus facilement vers une aide à l'arrêt, comportementale et/ou pharmacologique (OR=1,34 ; 1,22-1,48 ; p<0,0001). Les fumeurs d'origine hispanique (OR=0,51 ; 0,41-0,64 ; p<0,0001) ou afro-américaine (OR=0,61 ; 0,50-0,74 ; p<0,0001) sont moins enclins à utiliser une aide à l'arrêt que ceux d'origine caucasienne. Comparé aux 18-24 ans, toutes les tranches d'âges se tournent plus facilement vers l'aide à l'arrêt (OR>2,34 ; p<0,0001). Chez les fumeurs quotidiens, plus ils sont gros fumeurs, plus ils utilisent une aide à l'arrêt (fumeurs de 1-4 cig/j, non significatif ; fumeurs de 5-14 cig/j, OR=1,46 ; 1,26-1,68 ; fumeurs de 15-24 cig/j, OR=2,01 ; 1,74-2,32 ; fumeurs de ≥ 25 cig/j, OR=2,68 ; 2,06-3,47 ; p<0,0001).

Il n'y a pas d'effet du menthol, ni sur les tentatives d'arrêt dans l'année, ni sur l'utilisation de l'aide à l'arrêt.

Les conclusions des auteurs sont que le fait d'utiliser une autre forme de tabac associée à la consommation de cigarettes n'affecte ni les tentatives d'arrêt, ni le recours à l'aide à l'arrêt du tabac, même si globalement encore trop peu de fumeurs (1/3) utilisent une aide à l'arrêt validée. Cette étude n'a pas abordé le problème du succès du sevrage.

● L'adhérence au traitement d'aide à l'arrêt du tabac serait meilleure en cas de remboursement.

van Boven JF, Vemer P. *Nicotine Tob Res.* 2015 Mar 16. pii:ntv064. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25782457>

Aux Pays-Bas, les traitements pharmacologiques d'aide à l'arrêt étaient remboursés en 2011. En 2012, le remboursement a été supprimé, puis en 2013 réintroduit, à condition que le traitement soit accompagné d'une

prise en charge comportementale. Le but de cette analyse était d'évaluer l'impact de ces changements sur l'utilisation et l'adhérence aux traitements.

Une cohorte rétrospective a été établie à partir de la base de données InterActionDatabase (<http://www.iadb.nl>), regroupant la délivrance de médicaments d'environ 600000 patients de 55 pharmacies du nord des Pays-Bas. La base de données contient le type de médicament, le médecin prescripteur et le dose prescrite, le nombre de boîtes délivrées, le nombre de doses quotidiennes, et les caractéristiques du patient (sexe, âge, niveau socio-économique, basé sur les revenus et l'éducation). La base de donnée ne contient pas normalement les données de médicaments sans ordonnance, ou celles prescrites par les hôpitaux. Les données (anonymes) disponibles allaient de 1994 à décembre 2013. Les néerlandais se fournissant en général régulièrement dans la même pharmacie, une étude longitudinale était possible.

L'étude a porté principalement sur les nouvelles prescriptions (au moins 1 an sans prescription auparavant) de varénicline et de bupropion entre 2010 et 2013, puisque les TNS sont principalement vendus sans ordonnance. L'adhérence au traitement était basée sur les recommandations de bonne pratique clinique des généralistes pour la varénicline et le bupropion, soit le nombre de renouvellement d'ordonnance au cours des 120 jours suivant la première prescription. Le critère généralement retenu pour les études est de 80% de la quantité totale de comprimés nécessaires pour un traitement complet selon les recommandations, est a été retenu comme critère principal d'évaluation. Un critère secondaire d'adhérence a été ajouté, le nombre de patients ayant au moins fait 2 renouvellements ou plus d'ordonnance.

La cohorte finale, après exclusions selon les critères (utilisation prolongée d'antidépresseurs, déménagements, morts, erreurs de dosage, données manquantes), était de 4221 patients, 1086 sous bupropion et 3135 sous varénicline. La figure ci-dessous montre la prévalence (nombre de patients avec une nouvelle prescription /1000 habitants) des nouvelles prescriptions au cours de la période 2010-2013 (les lignes du graphique).

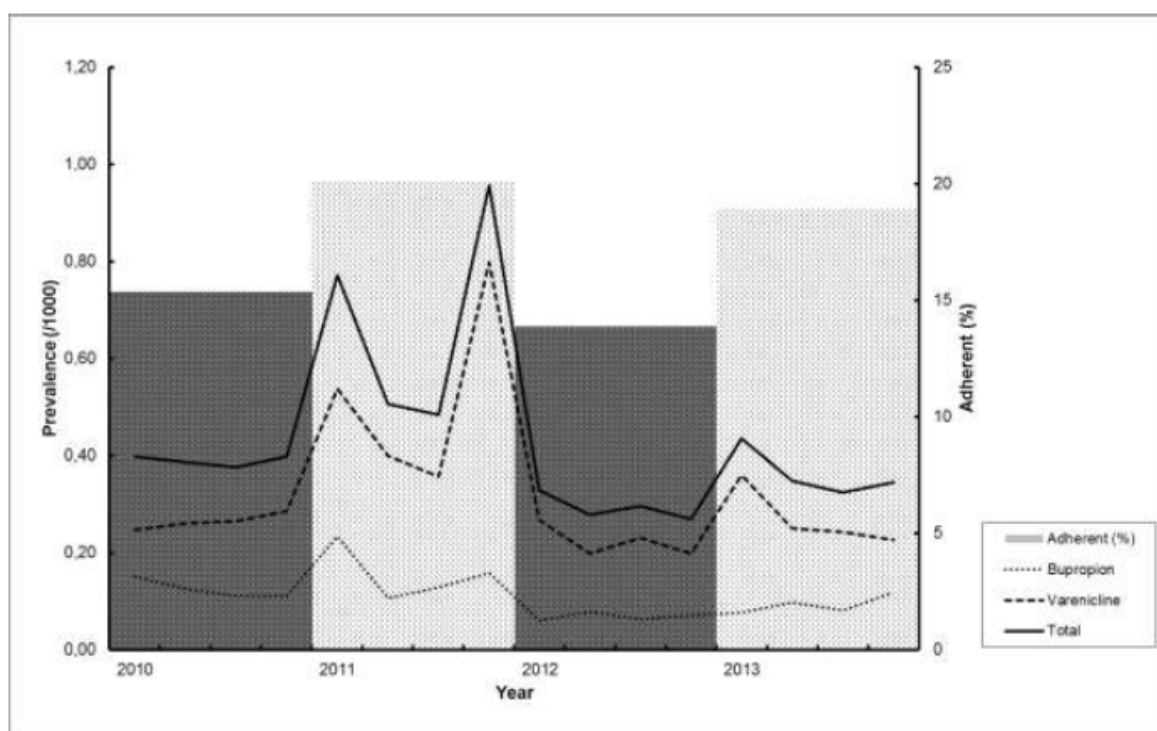


Figure 1. Prevalence of number of subjects that initiated pharmacologic smoking cessation therapy and adherence with smoking cessation medication over time: 2011 and 2013 (lightgrey) are the reimbursement periods, 2010 and 2012 (darkgrey) the non-reimbursement periods

On observe clairement une augmentation forte des prescriptions (remboursées) en 2011, qui s'effondrent en 2013, puis une légère reprise en 2013.

L'adhérence aux traitements (les barres gris foncé et gris clair sur le graphique), suit un schéma identique, avec une adhérence supérieure pendant les périodes de remboursement. L'adhérence au traitement est passée de 15,4% en 2010, à 20,1% en 2012 ($p=0,002$), puis de 13,9% en 2012, à 18,9% en 2013 ($p=0,008$). Concernant le critère secondaire d'évaluation, en 2010, 24% des patients ont renouvelé au moins 2 fois leur ordonnance, contre 28,1% en 2011 ($p=0,022$), et en 2012, 26,8% contre 31,4% en 2013 ($p=0,046$).

Pour le bupropion les chiffres correspondants d'adhérence sont de 24,3% en 2010, et 27,0% en 2011 ($p=0,433$), 28,1% en 2012, et 32,9% en 2013 ($p=0,322$), soit non significatifs. Mais pour la varénicline il y a un effet significatif, les chiffres sont de 11,1% en 2010, 18,0% en 2011 ($p<0,001$), et 9,5% en 2012, 14,0% en 2013 ($p=0,02$). Une régression logistique globale, en prenant les années sans remboursement (2010 et 2012) comme référence, montre une augmentation de l'adhérence au traitement lors des années avec remboursement : pour 2011 OR=1,39 (IC 95% 1,12-1,79), et pour 2013 OR=1,45 (1,10-1,95), p significatifs mais non précisés dans l'article.

Ces chiffres parlent d'eux-mêmes. Cependant, il y a une variable confondante qui n'a pas été prise en compte dans cette étude, et qui n'est même pas mentionnée dans l'article ni la discussion, c'est l'effet des campagnes anti-tabac, promouvant l'arrêt du tabac (l'interdiction de fumer dans les lieux publics étant déjà en place à l'époque, elle n'a pas pu interférer). Nous ne savons pas s'il y en a effectivement eu ou pas, mais s'il y en a eu de façon plus importante durant les périodes de remboursement, une part de l'effet observé pourrait être dû à ces campagnes, et pas uniquement au remboursement.

● Association entre durée du traitement et arrêt du tabac : résultats d'une enquête américaine.

Siahpush M et al. *BMJ Open*. 2015 Jan 13;5(1):e006229.

Article en libre accès: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/1/e006229.long>.

Comme le second article présenté dans cette Lettre, cette étude est basée sur les fumeurs ayant participé à une enquête sur l'utilisation du tabac (2010-2011) incluse dans une enquête plus large de la population (Current Population Survey, menée mensuellement par téléphone auprès des foyers américains). Les auteurs ont cherché à vérifier si la durée d'utilisation des traitements (médicaments prescrits et TNS sans ordonnance) avait une influence sur les chances d'arrêt du tabac, en contrôlant les variables de dépendance et socio-démographiques.

L'échantillon était constitué de fumeurs quotidiens ayant fait une tentative d'arrêt dans l'année écoulée, mais ayant échoué ($n=7304$), et d'ex-fumeurs qui étaient encore fumeurs quotidien 1 an avant l'enquête, considérés comme ayant réussi leur sevrage ($n=1769$). Ceux ayant arrêté récemment (au cours du mois précédent) étaient exclus ($n=322$). Ceux ayant utilisé à la fois un médicament prescrit et un TNS ont aussi été exclus de l'analyse, parce qu'en créant des sous-groupes par durée de traitement, les échantillons étaient trop faibles ($n=488$).

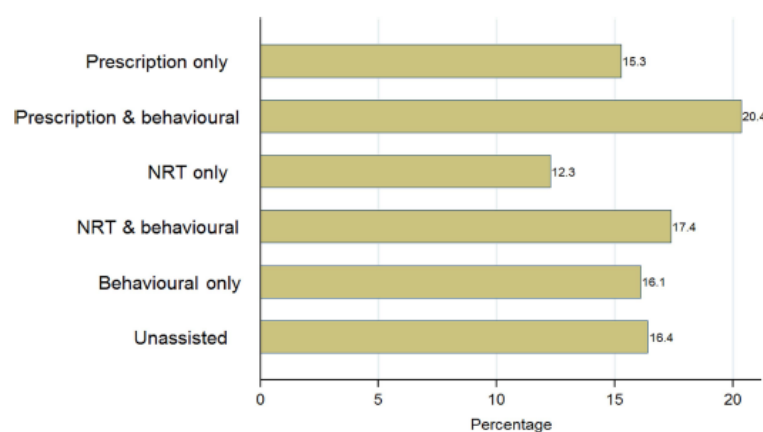
Les sous-groupes constitués à partir du questionnaire, et le pourcentage de fumeurs dans chaque catégorie étaient:

Moyen utilisé pour l'arrêt		Durée d'utilisation	
Médicament prescrits seulement	10%	Médicament ≥ 5 semaines	4,9%
Médicament prescrits et suivi comportemental	1,1%	Médicament 3-4 semaines	1,4%
TNS seulement	18,2%	Médicament 1-2 semaines	1,9%
TNS et suivi comportemental	2,5%	TNS ≥ 5 semaines	6,0%
Suivi comportemental seulement	1,3%	TNS 3-4 semaines	1,5%
Sans aide	66,7%	TNS 1-2 semaines	13,5%
		Suivi comportemental seulement	1,4%
		Sans aide	69,4%

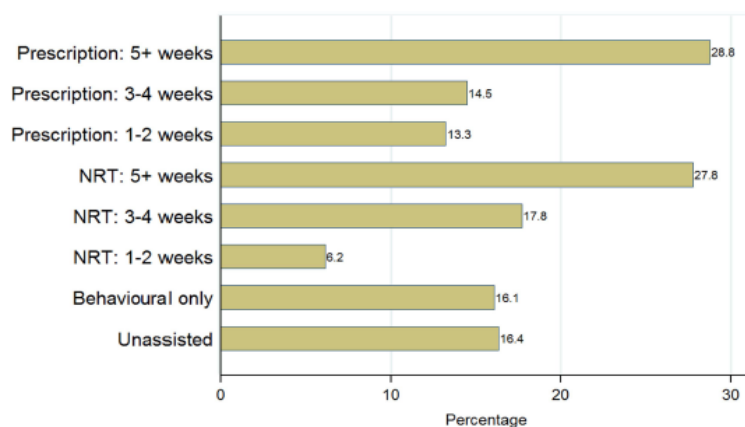
Alors, qu'un fumeur sur deux utilisant un médicament prescrit seul, le faisait pour une durée ≥ 5 semaines, ceux utilisant un TNS seul, l'utilisaient majoritairement entre 1 et 2 semaines.

Pour 54,4% de l'échantillon, le nombre de cigarettes fumées par jour était égal ou inférieur à 14.

Les données ont été analysées par régressions logistiques multivariées. Les résultats sous forme graphique parlent d'eux-mêmes (ajustés sur le nombre de cigarettes fumées par jour, le sexe, l'âge, l'ethnicité, l'éducation, l'emploi, et les revenus).



*Adjusted for the effect of daily cigarette consumption and sociodemographic covariates



*Adjusted for the effect of daily cigarette consumption and sociodemographic covariates

Cette étude est intéressante, car elle ne tient pas uniquement compte du moyen utilisé pour l'arrêt, ce qui est le cas de la majorité des études publiées, et trompeur, mais aussi de la durée du traitement. Elle montre clairement que l'efficacité est optimale lorsque le traitement, qu'il soit un médicament prescrit ou un TNS, est utilisé 5 semaines ou plus, et que lorsque le traitement est trop court les échecs sont nombreux.

• Arrêt du tabac confirmé par mesure de CO chez des vapoteurs recrutés en boutiques spécialisées.

Tackett AP et al. *Addiction*. 2015 Feb 10. doi: 10.1111/add.12878. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25675943>

Cette étude américaine a été réalisée chez des vapoteurs recrutés en boutiques (4 boutiques de cigarettes électroniques dans le Midwest des Etats-Unis). L'échantillon était de 215 vapoteurs adultes, dont 181 ont donné une mesure de CO expiré pour valider leur arrêt du tabac.

Les vapoteurs ont été recrutés dans 4 boutiques réparties entre urbaines, péri-urbaines et rurales, afin d'avoir une représentativité démographique. Tous les clients se voyaient proposer de remplir un questionnaire. La proportion de refus de participer n'a pas été mesurée, mais la majorité des clients ont accepté de répondre, et l'estimation du taux de rejet a été de 10%. L'échantillon a été recruté pendant 15 jours, en semaine (de 11h à 14h, et de 16h à 18h), répartis entre juin et août 2013. Dû à un mauvais fonctionnement du mesureur de CO, seulement 185 personnes (86%) sur les 215, ont pu être validées pour la mesure du CO (seules 4 personnes ont refusé la mesure de CO).

Le questionnaire comportait des questions sur l'âge, l'ethnicité, les revenus, l'emploi, et l'éducation. L'utilisation actuelle et passée de tabac et de cigarette électronique, ainsi que le nombre de tentatives d'arrêt du tabac d'au moins 24h, l'utilisation de traitements d'aide à l'arrêt (varénicline, bupropion, TNS), la dépendance (FTCD actuel, et FTCD modifié pour la cigarette électronique [CE]), la durée d'utilisation de la CE, les raisons de l'utilisation de la CE, la fréquence d'utilisation (estimation du nombre de bouffées par jour), la concentration en nicotine du liquide utilisé à l'initiation et au moment de l'enquête, le type de CE utilisé (cartouches jetables, réservoir réutilisable, ou autre), et les arômes de liquides préférés. Une question portait sur l'évaluation du risque perçu de la CE, du TNS, des médicaments d'aide à l'arrêt, et du tabac, et une autre portait sur les changements sur la santé perçus (toux, forme physique, odorat, goût). La mesure du CO ≤ 10 ppm était utilisée pour confirmer l'arrêt du tabac.

Sur les 215 participants (54,3% d'hommes, âge $36,23 \pm 12,97$ ans), 62% utilisaient la CE depuis 6 mois ou moins, en moyenne l'ensemble des participants l'utilisait depuis $7,4 \pm 8,2$ mois (de 0 jour, à 4,2 ans). La majorité des participants (77,9%) utilisaient des CE de dernières générations (réservoir réutilisable, MOD, c'est-à-dire une CE avec une batterie plus puissante à puissance variable), et seulement 11,5% utilisaient des «cigalikes», les CE de première génération. Certains (10,6%) utilisaient les deux types de CE. Seule une minorité (23,3%) a commencé la CE avec des «cigalikes», mais 91,4% (IC 95% 81,7-100) d'entre eux ont ensuite utilisé des CE de dernières générations.

La concentration médiane de nicotine utilisée dans les liquides était de 18 mg/ml, dont les arômes étaient principalement fruités (46,7%) ou gourmands (12,6% ; fruits à coque, tarte...). La dépendance à la CE, mesurée par le délai de la première bouffée de CE après le réveil, était de $1,93 \pm 1,01$ (IC 95% 1,79-2,08), soit une dépendance modérée. Parmi les participants, 86% ont indiqué avoir commencé la CE pour arrêter de fumer, les autres raisons évoquées étaient : pour le plaisir (5,7%), pour l'utiliser là où il est interdit de fumer (5,7%), et autres (pour toutes les raisons évoquées, au travail...) (2,4%). Sur une échelle de 0 à 10, les participants percevaient la CE (1,77) comme moins dangereuse pour la santé que le tabac (9,3 pour le tabac non-fumé, 9,6 pour les cigarettes), les médicaments d'aide à l'arrêt (5,4 pour le bupropion, 6,0 pour la varénicline), ou le TNS (3,8 pour les comprimés, 3,9 pour les gommes, 4,1 pour les patches) ($F(7,1448) = 197,23$; $p < 0,001$). Une majorité de participants (84,6%) ont indiqué une amélioration générale de santé, incluant une diminution de la toux (78,9%), une meilleure forme physique (58,1%), une amélioration de l'odorat (79,5%), et du goût (77,9%).

Le nombre de cigarettes de tabac fumées quotidiennement avant d'utiliser la CE était de $19,3 \pm 12,5$ et les fumeurs avaient en moyenne fait 6 tentatives d'arrêt d'au moins 24h précédemment. Sur les 181 participants ayant donné une mesure de CO, 123 (68%) ont déclaré avoir arrêté de fumer, confirmé chez 117 (66%) par la mesure du CO. Parmi ceux qui continuaient de fumer, le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement est passé de 22,1 à 7,5 ($p < 0,001$), et leur mesure moyenne de CO expiré était de $12,5 \pm 7,7$ ppm. Une régression logistique a permis de montrer que ceux qui vappaient depuis plus longtemps (OR=4,9 ; IC 95% 2,11-11,16 ; $p < 0,001$), qui utilisaient des CE de dernières générations (OR=3,1 ; 1,10-8,70 ; $p = 0,032$), et qui utilisaient des arômes autres que tabac ou menthol (les plus utilisés par les vapoteurs débutants) (OR=2,4 ; 1,07-5,53 ; $p = 0,035$), avaient plus de chances d'être abstinent du tabac. L'arrêt du tabac n'était pas lié au taux de nicotine dans les liquides utilisés (OR=0,70 ; 0,31-1,53 ; $p = 0,367$), ni à la raison de l'initiation à la CE (OR=0,81 ; 0,25-2,64 ; $p = 0,73$).

Bien que limitée par la taille de l'échantillon, et le mode de recrutement (échantillon non aléatoire, sur des tranches horaires spécifiques), cette étude de terrain montre que l'utilisation de la CE est principalement initiée pour l'arrêt du tabac, et qu'un pourcentage important des participants (66%) ont pu arrêter de fumer avec ce dispositif, et que ceux qui fument encore ont considérablement diminué leur consommation. Elle montre aussi que pour la réussite du sevrage, une utilisation sur une durée plus longue, avec des CE de dernières générations, et une diversité d'arômes autres que tabac, sont des facteurs favorisant l'arrêt du tabac.



Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence
www.treatobacco.net

congrès

9^e
EDITION

Congrès International d'Addictologie de l'ALBATROS

Mercredi 10, Jeudi 11 & Vendredi 12 JUIN 2015

Maison de la Mutualité - PARIS

"LES ADDICTIONS : AUJOURD'HUI ET DEMAIN"



Numéro de DPC : en cours

Tabac et Qualité de Vie

9^{ème} Congrès national
Société Française de Tabacologie

5 et 6 novembre 2015 - Toulouse

Centre de Congrès Pierre Baudis

11 esplanade Compans Caffarelli



<http://www.sft2015.com/>



Union • Liberté • Égalité • Fraternité
Ministère de l'Intérieur

Premier ministre

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

Flash info

INFOLETTRE N° 84 - 06 mars 2015

La situation du tabac au mois de janvier 2015

Le "tableau de bord" tabac mensuel de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies montre, par rapport à janvier 2014, que les ventes de tabac de janvier 2015 sont en repli pour les cigarettes (-2,5 %) mais progressent de 1,5 % pour le tabac à rouler. Comparées au mois précédent, ces ventes sont à nouveau en baisse tant pour les cigarettes (-6 %) que pour le tabac à rouler (-11%). Les ventes de traitement d'aide à l'arrêt reculent de 3,5 %, l'activité des consultations de tabacologie et le nombre d'appel traité par la ligne TIS étant eux aussi orientés à la baisse. La baisse de 13 % des appels est en partie compensée par les consultations du site Internet.

[Consulter le tableau de bord tabac](#)

<http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-tabac/>

[Vu sur le Net](#)

Quelques liens (cliquer sur le titre) qui vous mèneront vers des nouvelles qui ont fait la Une du net ce mois-ci.

[Premières données du Baromètre santé 2014](#)

[La mortalité due au tabac serait largement sous-estimée](#)

[Fumer ouvapoter : la révolution de la consommation du tabac et de la nicotine](#)

[Suède : la cigarette électronique est considérée comme un médicament](#)

[e-CIGARETTE: Permet-elle de sortir la société du tabac ? - Académie nationale de médecine](#)

[Le tabac restera un fléau mondial avec un nombre accru de fumeurs en Afrique](#)

[Loi santé : contre le tabac, le gouvernement met le paquet](#)

[Paquets de cigarettes neutres : l'hypocrisie nuit gravement à la santé](#)

[Le point de vue du CNCT sur le paquet neutre](#)

[Un supplément de Tobacco Control sur l'implémentation et l'évaluation du paquet neutre](#)

[Le lobby du tabac à l'assaut de la loi santé](#)

[Tabac. Feu vert des députés au paquet neutre mi-2016](#)

[Vers un monde sans tabac ?](#)

[Des experts défendent la cigarette électronique à une conférence anti-tabac](#)

[Fumer ou vapoter : la révolution de la consommation du tabac et de la nicotine](#)

[Tabac, alcool, drogues un peu, beaucoup... trop ?](#)

formations

L'IRAAT (Institut Rhône Alpes Auvergne de Tabacologie) organise différentes formations centrées sur la tabacologie dans la région Rhône Alpes Auvergne en 2015 (voir les annonces dans la Lettre de la SFT N°57 et 58).

et comme toujours !

Si vous avez des annonces (congrès, symposium, offre d'emploi...) à proposer pour cette lettre, merci de les adresser à Jacques Le Houezec jacques.lehouezec@amzer-glas.com