

• L'exposition des enfants à la fumée de leurs parents fumeurs et le risque d'allergies.

Thacher JD et al. Allergy. 2015 Oct 16. doi: 10.1111/all.12792. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26475651>

Cette étude est basée sur une cohorte suédoise de 4089 enfants nés à Stockholm entre 1994 et 1996. Deux mois (médiane) après la naissance de ces enfants, leur parents ont complété un questionnaire de base évaluant les expositions environnementales, le statut tabagique des parents, les caractéristiques résidentielles, le mode de vie, et les antécédents allergiques des parents. Les parents ont ensuite répondu à des questionnaires lorsque les enfants avaient 1, 2, 4, 8 et 16 ans, portant sur les symptômes d'asthme, de rhinite et d'eczéma des enfants, ainsi que sur leur statut tabagique actuel. Lors de ces différents questionnaires de suivi, les taux de réponse ont été élevés (respectivement de 94%, 91%, 84%, 82% et 78%). De plus, des échantillons sanguins ont été prélevés lorsque les enfants avaient 4, 8 et 16 ans, et des tests sérologiques d'allergies (IgE) ont été réalisés respectivement chez 2605 (63,7%), 2470 (60,4%) et 2547 (62,2%) enfants.

L'exposition fœtale au tabagisme maternel a été défini comme un tabagisme quotidien de la mère d'au moins 1 cigarette par jour à n'importe quel moment de la grossesse. L'exposition à la fumée de tabac post-natale a été définie comme un tabagisme maternel et/ou paternel quotidien d'au moins 1 cigarette par jour. Ces informations ont été recueillies lors du premier questionnaire de base. L'exposition à la fumée de tabac entre 1 et 16 ans a été définie comme un tabagisme maternel et/ou paternel quotidien d'au moins 1 cigarette par jour lors du questionnaire de suivi. La quantité de cigarettes fumées quotidiennement par les parents a aussi été collectée à chaque questionnaire de suivi. Pour catégoriser l'exposition tabagique (fœtale ou post-natale), le tabagisme de la mère ou du père ont été séparés en : 0 cigarette, 1 à 9 cigarettes/jour, ou 10 ou plus cigarettes/jour. Pour l'exposition fœtale le tabagisme de la mère était considéré dès l'instant qu'il avait eu lieu pendant au moins un trimestre de la grossesse.

Dans l'analyse finale, les données de 3316 enfants (dont au moins un échantillon sanguin était disponible) ont été analysées. Au total, 12,6% des enfants ont été exposés au tabagisme maternel in-utero, et 20,8% l'ont été durant leur enfance. Au cours du temps, le tabagisme parental a diminué, seulement 13,5% des enfants de 16 ans étaient toujours exposés.

Les taux de sensibilisation (tests sérologiques IgE) à n'importe quel allergène (respiratoire ou alimentaire) ont été de 24,1% à 4 ans, 34,8% à 8 ans et 45,9% à 16 ans. La prévalence de symptômes d'asthme, de rhinite ou d'eczéma à 16 ans ont été respectivement 6%, 26% et 9%. Mais lorsque les auteurs ont tenté d'isoler les facteurs liés à l'exposition à la fumée de tabac sur ces réactions allergiques, peu d'effets se sont révélés significatifs, et certains résultats paraissent même surprenant : les enfants à la fois exposés in-utero et pendant leur enfance ont moins de risque de sensibilisation aux allergènes extérieurs (plantes ou moisissures) que les enfants non exposés au tabagisme (OR=0,68 ; IC 95% 0,47-0,96) !

Par ailleurs, lorsque les auteurs ont tenté de mesurer un effet-dose de l'exposition au tabagisme parental, aucun effet significatif n'a été montré pour l'exposition in-utero, et ils n'ont trouvé d'associations significatives que lorsque le père fumait 10 cigarettes ou plus par jour, mais rien lorsque les deux parents fumaient. Cela laisse tout

de même un peu sceptique (voir tableau ci-dessous), et ne permet pas d'élaborer de conclusions solides.

Table 3 Associations between maternal smoking during pregnancy and parental smoking in infancy in relation to smoking intensity and overall risk of sensitization up to 16 years of age among children in the BAMSE birth cohort ($n = 3316$)*

	Maternal smoking during pregnancy	Parental smoking in infancy		
	Mother† OR (95% CI)	Mother‡ OR (95% CI)	Father‡ OR (95% CI)	Both Parents‡ OR (95% CI)
Any allergen§				
No smoking	Referent	Referent	Referent	Referent
Total of 1–9 cigarettes/day	1.04 (0.76–1.42)	1.43 (0.98–2.06)	0.87 (0.65–1.16)	0.96 (0.42–2.18)
Total of ≥10 cigarettes/day	1.02 (0.76–1.36)	1.21 (0.82–1.75)	1.36 (1.06–1.74)	1.71 (1.00–2.95)
P_{trend}	0.86	0.15	0.04	0.07
Indoor allergens¶				
No smoking	Referent	Referent	Referent	Referent
Total of 1–9 cigarettes/day	0.76 (0.51–1.16)	1.18 (0.74–1.87)	0.69 (0.47–1.01)	0.58 (0.17–1.96)
Total of ≥10 cigarettes/day	1.09 (0.76–1.55)	1.13 (0.71–1.80)	1.42 (1.05–1.91)	1.30 (0.67–2.53)
P_{trend}	0.96	0.49	0.10	0.63
Outdoor allergens**				
No smoking	Referent	Referent	Referent	Referent
Total of 1–9 cigarettes/day	0.88 (0.60–1.29)	1.13 (0.73–1.77)	0.77 (0.54–1.09)	0.96 (0.36–2.59)
Total of ≥10 cigarettes/day	1.00 (0.71–1.42)	0.99 (0.63–1.56)	1.04 (0.77–1.39)	1.24 (0.65–2.38)
P_{trend}	0.86	0.87	0.87	0.55
Food allergens††				
No smoking	Referent	Referent	Referent	Referent
Total of 1–9 cigarettes/day	0.90 (0.61–1.33)	1.09 (0.68–1.74)	1.01 (0.71–1.45)	0.64 (0.19–2.17)
Total of ≥10 cigarettes/day	0.93 (0.66–1.33)	1.16 (0.73–1.84)	1.61 (1.20–2.16)	1.70 (0.90–3.22)
P_{trend}	0.63	0.50	0.003	0.18

*Odds ratio (OR) and 95% confidence intervals (CI) obtained from generalized estimating equations (GEE).

†Adjusted for socioeconomic status, heredity, and postnatal smoking.

‡Adjusted for socioeconomic status, heredity, and smoking after infancy.

§Any inhalant and/or any food allergen positive.

¶Sensitization to cat, dog, horse, or mite.

**Sensitization to timothy, birch, mugwort, or mold.

††Sensitization to cow's milk, hen's egg, soy bean, peanut, cod fish, or wheat.

• Le tabagisme, actif ou passif, est un facteur de risque non négligeable pour la sclérose en plaques.

Hedström AK et al. *Mult Scler.* 2015 Oct 12. pii: 1352458515609794. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26459151>

Le tabagisme actif ou passif, à la fois en durée et en intensité, ont été associés au développement de la sclérose en plaques (Hedström et al. [2011](#), [2013](#)). Dans les études précédentes, les fumeurs ont été comparés à des non-fumeurs, cependant selon les auteurs cela ne suffit pas car l'exposition passive à la fumée est aussi un risque pour le développement de cette maladie, et ces études auraient donc sous-estimé le risque.

Cette étude cas-contrôles provient aussi de Suède. Elle comprend 2455 cas de sclérose en plaques et 5336 contrôles recrutés entre avril 2005 et décembre 2014. Le risque de développer une sclérose en plaques a été comparé dans différents groupes selon leur exposition à la fumée de tabac (non-fumeurs, fumeurs, exposés ou non à la fumée des autres). Les informations sur le tabagisme ont été obtenus par questionnaires, recueillant le statut tabagique présent et passé, la durée du tabagisme, le nombre de cigarettes fumées par jour, et le type de cigarettes. L'exposition à la fumée de tabac était évaluée en demandant aux sujets s'ils avaient été exposés à la fumée à la maison ou au travail.

Les données ont été analysées par régression logistique (rapport de cote ou OR et IC à 95%), soit en appariant ou non les cas et les contrôles. Les résultats présentés ne portent que sur les analyses sans appariement (les résultats étant sensiblement les mêmes, mais permettant de gagner en puissance statistique). Les données ont été ajustées selon l'âge, le sexe, le lieu de résidence, les origines ethniques, l'utilisation de snus et d'alcool. La consommation de tabac a été exprimée en paquets-année.

Les résultats (voir tableau ci-dessous) montrent que le risque de développer une sclérose en plaques augmente avec le degré d'exposition passive à la fumée et la quantité fumée pour les fumeurs. Les plus gros fumeurs exposés aussi à un fort degré d'exposition passive à la fumée présentent le plus fort risque, près de 3 fois supérieur aux non-fumeurs non exposés à la fumée (OR=2,7 ; IC 95% 2,0-3,8 ; $p<0,0001$). Des analyses supplémentaires ajustées sur le niveau socio-économique, le niveau d'éducation, l'IMC à l'adolescence, et les antécédents de mononucléose n'ont pas donné de résultats différents.

Table 2. Odds ratio (OR) with 95% confidence interval (CI) of developing MS for subjects with different combinations of smoke exposure, compared with never-smokers who have never been exposed to passive smoking.

Smoking (no. of pack years (p/y))	Passive smoking (years)	ca/co ^a	OR (95% CI) ^b	OR (95% CI) ^c	P value
0	0	698/1897	1.0 (reference)	1.0 (reference)	1.0 (reference)
0	Ever (1–20 years)	346/878	1.1 (1.0–1.3)	1.1 (1.0–1.3)	0.2
0	Ever (>20 years)	111/237	1.4 (1.1–1.8)	1.4 (1.1–1.8)	0.009
Ever (0–10 p/y)	0	431/839	1.4 (1.2–1.6)	1.6 (1.2–2.0)	0.0005
Ever (0–10 p/y)	Ever (1–20 years)	366/681	1.5 (1.3–1.8)	1.7 (1.3–2.3)	0.0003
Ever (0–10 p/y)	Ever (>20 years)	91/165	1.6 (1.1–2.0)	1.8 (1.3–2.6)	0.0006
Ever (>10 p/y)	0	94/164	1.8 (1.4–2.4)	2.0 (1.4–2.7)	<0.0001
Ever (>10 p/y)	Ever (1–20 years)	207/330	1.9 (1.6–2.3)	2.1 (1.6–2.8)	<0.0001
Ever (>10 p/y)	Ever (>20 years)	111/145	2.4 (1.8–3.2)	2.7 (2.0–3.8)	<0.0001

One pack year is the equivalent to smoking 20 cigarettes daily for one year.
^anumber of exposed cases and controls.
^badjusted for age, gender, residential area, and ancestry.
^cadjusted for age, gender, residential area, ancestry, snuff use, alcohol consumption habits and past/current smoking.

Au total, 20,4% des cas de sclérose en plaques dans la population seraient attribuables à l'exposition active ou passive à la fumée de tabac. Parmi les fumeurs, le tabagisme serait responsable de 33% des cas, et chez les non-fumeurs exposés à la fumée des autres, 12% des cas seraient attribuables à cette exposition.

Par ailleurs, il existe une interaction gène-environnement entre le tabagisme et le génotype HLA (antigènes des leucocytes humains, responsables des histocompatibilités) concernant le risque de développer une sclérose en plaques. Les auteurs ont donc fait des analyses plus approfondies en tenant compte du génotype des sujets. Parmi les sujets ayant le facteur de risque HLA-DRB1*15, mais manquant du facteur de risque HLA-A*02, 41% (de 23% à 55%) des cas de sclérose en plaques seraient attribuables au tabagisme (voir tableau ci-dessous).

Table 3. Odds ratio (OR) with 95% confidence interval (CI) of developing MS for ever smokers, compared with never smokers, among subjects with different combinations of HLA-DRB1*15 and HLA-A*02, together with the proportion of cases attributable to smoking (Excess Fraction (EF)).

HLA-DRB1*15	HLA-A*02	Smoking	ca/co ^a	OR ^b	EF
–	+	–	161/587	1.0 (reference)	
–	+	+	193/477	1.5 (1.2–2.0)	33 (17–50)
+	+	–	227/262	1.0 (reference)	
+	+	+	275/231	1.4 (1.1–1.8)	29 (9–44)
–	–	–	221/478	1.0 (reference)	
–	–	+	274/383	1.6 (1.3–2.0)	37 (23–50)
+	–	–	307/221	1.0 (reference)	
+	–	+	309/145	1.7 (1.3–2.2)	41 (23–55)

^anumber of exposed cases and controls.
^badjusted for age, gender, residential area, and ancestry, snuff use and alcohol consumption habits.

Selon les auteurs, l'impact de l'exposition à la fumée de tabac (active ou passive) sur le risque de développer une sclérose en plaques est important. Ils recommandent donc aux personnes ayant des cas de sclérose en plaques dans leur famille la plus grande précaution, tant concernant leur statut tabagique que l'exposition passive à la fumée de tabac, en particulier des enfants.

Ces résultats nécessiteraient une confirmation par des études prospectives (cohortes), bien plus fiables que les

études cas-témoins, et en contrôlant un certain nombre d'autres facteurs de risques possibles (infection par le virus Epstein-Barr, radiations ultraviolettes, vitamine D, entre autres, parmi les facteurs cités par les mêmes auteurs dans une revue récente, [Hedström et al. 2015](#)).

- **Le risque d'un lien entre exposition passive à la fumée de tabac et cancer du sein se précise.**

Macacu A et al. *Breast Cancer Res Treat.* 2015 Nov;154(2):213-24.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26546245>

Les résultats concernant le risque de développer un cancer du sein en fonction de l'exposition active ou passive à la fumée de tabac fait débat, car les études présentent des résultats variables. Les auteurs ont donc réalisé une méta-analyse sur des études cas-contrôles et des études de cohorte.

La recherche de la littérature a porté sur les études prospectives et rétrospectives (cas-contrôles). Pour les analyses statistiques, aucune distinction n'a été faite entre les différents paramètres représentant le risque (rapport de cote, risque relatif, taux d'incidence...), mais ils ont été transformés, ainsi que leur variance, en logarithme. Un risque relatif a ensuite été calculé (SRR, summary relative risk) en utilisant des modèles méta-analytiques à effet aléatoire. L'hétérogénéité entre les études a aussi été calculée.

Sur un total de 1639 articles trouvés, 274 ont été retenus et passés en revue, dont 188 ont été éliminés car ils ne remplissaient pas les critères d'éligibilité (manque d'information, biais de recrutement, faible taux de réponse...), laissant un total de 86 articles, dont 75 (31 études prospectives et 44 cas-contrôles) ont évalué le risque du tabagisme actif, et 31 (11 études prospectives et 20 cas-contrôles) celui du tabagisme passif (certaines études ont évalué les deux).

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous. Que ce soit le tabagisme actif des fumeuses, présent ou passé, ou l'exposition passive à la fumée de tabac des non-fumeuses, ces résultats montrent un risque faiblement mais significativement accru (sauf 1 cas, où l'intervalle de confiance passe par la valeur 1). Ces résultats montrent aussi que les études prospectives (P) sont plus robustes que les études rétrospectives (R)

Table 1 Summary of meta-analyses results, stratified by studies design and types of exposures

Meta-analysis	Number of studies	Studies design	Total number of cases	Summary relative risk	Confidence interval	Heterogeneity I^2 (%)
Active smoking exposure and breast cancer risk						
Ever active smoking	71	P & R	125,251	1.09	1.06–1.12	46
Ever active smoking	27	P	68,440	1.10	1.09–1.12	0
Ever active smoking	44	R	56,811	1.08	1.02–1.14	59
Current active smoking	49	P & R	103,893	1.11	1.06–1.16	56
Current active smoking	27	P	63,087	1.13	1.09–1.17	35
Current active smoking	22	R	40,806	1.08	0.97–1.20	69
Former active smoking	49	P & R	103,774	1.09	1.06–1.12	37
Former active smoking	27	P	62,968	1.09	1.06–1.12	25
Former active smoking	22	R	40,806	1.09	1.02–1.16	49
Passive smoking exposure and breast cancer risk						
Ever passive smoking	31	P & R	34,715	1.20	1.07–1.33	67
Ever passive smoking	11	P	18,022	1.07	1.02–1.13	1
Ever passive smoking	20	R	16,693	1.30	1.10–1.54	74

P prospective design and *R* retrospective design

Une méta-analyse temporelle cumulative présentée dans le même article (en partant des premières études, et en ajoutant progressivement les suivantes), il est mis en évidence que le risque de cancer du sein dû au tabagisme actif (présent ou passé) est démontré dès 1992 avec un risque relatif significatif de 1,10 (figure dans les données supplémentaires). Le risque relatif est resté stable depuis, mais l'intervalle de confiance s'est réduit grâce à l'accumulation des données. En se limitant aux études prospectives le risque n'est manifeste que depuis le début des années 2000, mais les données montre qu'il est retrouvé dans plusieurs pays (Amérique du Nord ou Europe),

aussi bien chez les femmes ménopausées que non-ménopausées, et dans les études ayant ajusté ou non en fonction de la consommation d'alcool.

On observe la même chose avec le tabagisme passif. Le risque de cancer du sein dû au tabagisme passif est mis en évidence en 2009 avec un risque relatif significatif de 1,10 (figure dans les données supplémentaires). Le risque relatif augmente depuis pour atteindre 1,2 en 2014, avec un intervalle de confiance se réduisant. En se limitant aux études prospectives le risque n'est manifeste que depuis la dernière étude de 2014.

Sur un échantillon de 12 études prospectives, l'effet de la durée du tabagisme actif a pu être calculé. En assumant une réponse linéaire, la pente de la droite de régression est de 1,005 (IC 95% ; 1,003-1,007), ce qui veut dire que le risque augmente de 0,5% par an (multiplié par 1,005), et que donc selon la durée du tabagisme, 10, 20 ou 30 ans, le risque croît respectivement de 5%, 10% et 16%.

Selon les auteurs, le nombre d'études prospectives estimant le risque de cancer du sein pour le tabagisme passif est trop faible pour pouvoir faire des analyses par sous-groupes, mais il est bien réel, même s'il reste faible comparé à d'autres maladies dues au tabagisme.

• L'arrêt du tabac améliore-t-il vraiment la santé mentale ?

Taylor G et al. *BMJ Open*. 2015 Oct 21;5(10):e008774.

Article en libre accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4620166/>

Dans une précédente méta-analyse, les auteurs ([Taylor et al. *BMJ*. 2014;348:g1151](#)) avaient montré que l'arrêt du tabac entraînait une amélioration de la santé mentale des fumeurs, comparé aux fumeurs qui continuent de fumer. Ils en ont donc conclu que c'était l'arrêt du tabac qui en était la cause (bien que les fumeurs prétendent souvent que fumer les aide à gérer le stress et leur apporte d'autres bénéfices en termes de santé mentale). A la suite de cet article, les auteurs ont reçu des critiques disant que ce phénomène pouvait être dû à des facteurs confondants liés au statut tabagique (entre ceux qui ont réussi à arrêter et les autres), non mesurés dans les études utilisées.

Afin de vérifier leur précédent résultat, les auteurs ont mené une analyse en utilisant une méthodologie d'appariement (propensity score matching ou PSM). Cela consiste à appairer chaque fumeur ayant arrêté de fumer, à un fumeur qui n'a pas réussi par un « score de propension » calculé à partir des caractéristiques des individus et qui permet d'avoir deux groupes strictement identiques sauf pour la variable pour laquelle on cherche une différence.

Les données analysées proviennent de 5 essais cliniques contrôlés et randomisés de réduction de consommation (fumeurs n'ayant pas l'intention d'arrêter de fumer) avec traitement nicotinique de substitution (TNS). Cela représente un total de 937 participants avec validation de l'arrêt à 6 et 12 mois (CO < 10 ppm). Parmi eux, 68 participants avaient arrêté de fumer et 589 étaient toujours fumeurs à 6 et 12 mois. La qualité de vie était mesurée dans ces essais cliniques par l'échelle RAND-36, similaire à l'échelle SF-36 (pour Short Form Survey). La santé mentale était évaluée par une sous-échelle de la RAND-36, dite de bien-être émotionnel, dont le score va de 0 à 100. Un score ≤ 38 indique un probable problème de santé mentale. Dans la population générale, la moyenne se situe à $70,4 \pm 22,0$.

Les résultats sont présentés dans les 2 figures ci-dessous.

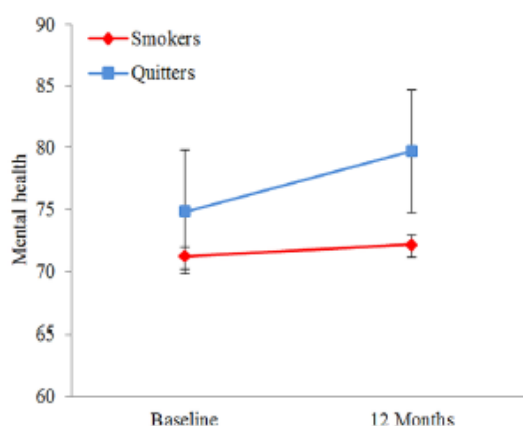


Figure 1 Unmatched groups' mental health scores M (SE) at baseline and follow-up.

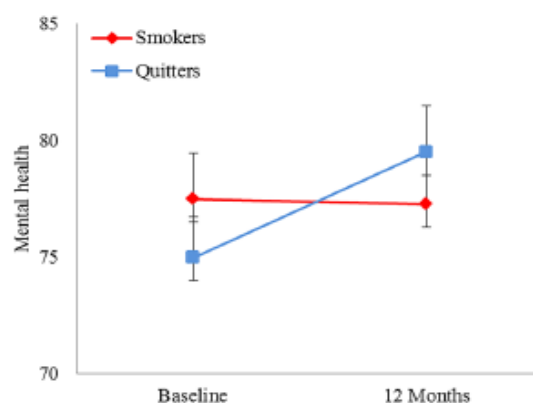


Figure 3 Matched groups' mental health scores M (SE) at baseline and follow-up.

Avant appariement (figure de gauche), le score de santé mentale a augmenté entre la ligne de base (où tout le monde fumait) et la mesure à 12 mois, avec une différence de 4,9 points (IC 95% ; 1,1 à 8,7) chez ceux ayant arrêté de fumer, et de 1,0 (-0,4 à 2,4) chez ceux qui continuaient de fumer. La différence entre les deux groupes, ajustée sur le score de base, était de 5,48 (1,62 à 9,35 ; $p < 0,001$). La différence restant statistiquement significative après ajustement sur le score au FTND, le traitement (actif ou placebo), l'âge, le sexe, et l'essai clinique (5 au total). Le modèle de régression linéaire concernant l'évolution de la santé mentale dans l'ensemble des participants donne un coefficient de régression (B) significatif de 0,54 (0,46 à 0,61 ; $p < 0,001$).

Après appariement par le score de propension (figure de droite), ceux ayant arrêté de fumer présentaient une augmentation de leur score de santé mentale de 4,5 (0,4 à 8,7), alors que ceux qui fumaient encore ont vu leur score diminuer légèrement, -0,2 (-4,8 à 4,3). La différence entre les deux groupes, ajustée sur le score de base, était de 3,37 (-2,15 à 8,90 ; $p = 0,229$), non significative. Le problème de cette approche par le score de propension est que cela peut réduire considérablement l'effectif étudié (faible nombre d'abstinents), et que la comparaison entre deux méthodes statistiques dans des groupes aux effectifs très inégaux n'est pas conseillée en général.

Les auteurs indiquent que la taille de l'effet mesuré est similaire à leur méta-analyse précédente, et aux effets mesurés des antidépresseurs sur l'anxiété et la dépression. Ils soulignent aussi que cet effet est supérieur à ce qui est considéré comme cliniquement significatif pour le bien-être émotionnel dans l'échelle RAND-36. Ils concluent que ces résultats convergent avec les données de la recherche montrant que l'arrêt du tabac dans la population générale et dans les populations psychiatriques peut être thérapeutique et en tout cas n'induit pas d'effets indésirables.

- **La cigarette électronique utilisée quotidiennement semble aider à arrêter de fumer, selon des données américaines.**

Delnevo CD et al. *Nicotine Tob Res.* 2015 Nov 2. pii: ntv237. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26525063>

Afin de savoir si la cigarette électronique aide les fumeurs à arrêter de fumer dans la population générale, il convient d'obtenir des données précises sur la fréquence d'utilisation de celle-ci ; certaines données récentes montrant que l'utilisation régulière est nécessaire.

Ces données proviennent de l'enquête nationale de santé américaine (NHISI) de 2014, première année où la mesure d'utilisation de la cigarette électronique a permis de classer les utilisateurs (population de 18 ans et plus) selon leur fréquence d'utilisation. Pour cela le questionnaire demandait « avez-vous déjà utilisé une cigarette électronique, même une seule fois ? » et « Utilisez-vous actuellement la cigarette électronique chaque jour, certains jours, ou pas du tout ? ». Ceux répondant non à la première question étaient considérés comme non utilisateurs, et ceux qui ont répondu oui, mais « pas du tout » à la seconde question étaient considérés comme ayant juste essayé. Le reste des répondants étaient classés en utilisateurs quotidiens ou occasionnels.

Trois régressions logistiques séparées ont été réalisées afin de déterminer les facteurs déterminant l'utilisation (« expérimentation », « utilisation actuelle » ou « utilisation quotidienne »). Les variables testées comprenaient l'âge, le sexe, l'ethnicité, la région d'habitation, et le statut tabagique. Le statut tabagique a été séparé en 6 catégories : fumeur quotidien actuel (12,8%), fumeur occasionnel actuel (3,9%), ex-fumeur ayant arrêté récemment (moins d'un an, 2,9%), ex-fumeur ayant arrêté depuis 2-3 ans (1,7%), ex-fumeur ayant arrêté depuis 4 ans ou plus (17,2%), et non-fumeurs (61,1%).

Globalement, 12,6% des adultes ont déclaré avoir déjà expérimenté la cigarette électronique, 3,7% l'utilisent actuellement, et 1,1% l'utilisent quotidiennement. Ceux l'ayant déjà essayé sont plutôt les hommes, les jeunes adultes (âgés de 18 à 24 ans), les « blancs », et ceux ayant déjà fumé. Ainsi, près de la moitié (49%) des fumeurs quotidiens de cigarettes ont déjà essayé une cigarette électronique, alors qu'ils sont 12,6% dans la population adultes américaines.

Alors que l'utilisation de la cigarette électronique « certains jours » est plus fréquente chez les fumeurs quotidiens et occasionnels, la plus forte prévalence de l'usage quotidien est trouvée parmi les ex-fumeurs qui ont arrêté de fumer dans l'année. Ceux-ci sont près de quatre fois plus susceptibles d'être des utilisateurs quotidiens de

cigarette électronique que les fumeurs actuels de cigarettes (13,0% vs 3,5%, respectivement).

Dans une régression logistique multivariée, l'âge, l'ethnicité, le statut tabagique et la région géographique étaient tous significativement liés au fait d'avoir essayé ou d'utiliser actuellement la cigarette électronique. Ainsi, les jeunes adultes, «blancs», fumeurs quotidiens, vivant dans l'Ouest américain étaient plus susceptibles d'avoir expérimenté ou d'utiliser actuellement la cigarette électronique que les autres groupes (voir le tableau ci-dessous).

Cependant, les variables démographiques rendant compte de l'utilisation changent lorsque l'utilisation quotidienne est examinée. Bien que l'utilisation actuelle était significativement moins fréquente parmi les adultes plus âgés par rapport aux plus jeunes, cette relation disparaît dans le modèle évaluant l'utilisation quotidienne. Ce sont les adultes plus âgés qui ont tendance à l'utiliser quotidiennement.

Par rapport aux fumeurs quotidiens, les ex-fumeurs sont moins enclins à l'avoir expérimenté ou l'utiliser couramment (certains jours ou chaque jour), mais cette tendance s'inverse pour l'utilisation quotidienne de cigarette électronique. En effet, la probabilité d'être un utilisateur quotidien est plus de quatre fois plus importante chez les ex-fumeurs récents que chez les fumeurs quotidiens (rapport de cote ajusté : AOR=4,33 [IC 95% ; 3,8-6,9 ; $p<0,001$]). Une relation similaire a été notée chez les ex-fumeurs ayant arrêté il y a 2-3 ans (AOR=1,96 [1,15-3,34 ; $p=0,01$]).

Table 2. Adjusted Odds Ratio of Ever, Current, and Daily Electronic cigarette (E-Cigarette) Use, 2014 National Health Interview Survey (n = 36 697)^a

	Ever		Current ^b		Daily	
	AOR ^c (95% CI)	P	AOR (95% CI)	P	AOR(95% CI)	P
Sex						
Male	1.1 (0.97–1.25)	.15	1 (0.79–1.27)	.98	1.02 (0.74–1.40)	.93
Female	1 [Reference]		1 [Reference]		1 [Reference]	
Age group						
18 to 24	1 [Reference]		1 [Reference]		1 [Reference]	
25 to 44	0.44 (0.33–0.58)	<.001	0.77 (0.53–1.12)	.17	1.6 (0.96–2.66)	.07
45 to 64	0.22 (0.16–0.29)	<.001	0.62 (0.43–0.91)	.01	1.59 (0.94–2.70)	.08
≥65	0.1 (0.07–0.13)	<.001	0.4 (0.26–0.60)	<.001	1.24 (0.69–2.21)	.47
Race/ethnicity						
White, NH	1 [Reference]		1 [Reference]		1 [Reference]	
Black, NH	0.37 (0.31–0.44)	<.001	0.42 (0.30–0.58)	<.001	0.34 (0.20–0.60)	<.001
Hispanic	0.54 (0.45–0.66)	<.001	0.58 (0.42–0.80)	<.001	0.42 (0.26–0.68)	<.001
Other, NH	0.58 (0.45–0.75)	<.001	0.69 (0.46–1.02)	.06	1.03 (0.51–2.10)	.93
Cigarette smoking status						
Daily smoker	1 [Reference]		1 [Reference]		1 [Reference]	
Some day smoker	0.68 (0.56–0.83)	<.001	0.91 (0.71–1.17)	.47	1.09 (0.64–1.85)	.76
Recent quitter—quit 1 year ago or less	0.8 (0.63–1.00)	.05	1.08 (0.81–1.42)	.61	4.33 (3.08–6.09)	<.001
Former smoker—quit 2 to 3 years ago	0.5 (0.38–0.64)	<.001	0.6 (0.41–0.89)	.01	1.96 (1.15–3.34)	.01
Former smoker—quit 4+ years ago	0.06 (0.05–0.08)	<.001	0.05 (0.03–0.09)	<.001	0.06 (0.03–0.12)	<.001
Never-smoker	0.03 (0.02–0.03)	<.001	0.02 (0.02–0.03)	<.001	0.02 (0.01–0.04)	<.001
Region						
Northeast	0.56 (0.46–0.68)	<.001	0.52 (0.38–0.71)	<.001	0.76 (0.43–1.34)	.35
Midwest	0.71 (0.60–0.85)	<.001	0.74 (0.55–1.00)	.05	0.75 (0.47–1.19)	.22
South	0.73 (0.62–0.87)	<.001	0.84 (0.65–1.10)	.2	0.93 (0.65–1.33)	.7
West	1 [Reference]		1 [Reference]		1 [Reference]	

CI = confidence interval; NH = non-Hispanic.

^aPrevalence estimates and logistic regression output used weighted data.

^bCurrently use e-cigarettes “every day” or “some days”.

^cAOR: adjusted odds ratio (adjusted for all variables displayed in table).

Il est à noter que l'utilisation ou l'expérimentation de la cigarette électronique sont très rares chez les ex-fumeurs qui ont arrêté il y a 4 ans ou plus (0,2% chaque jour, 0,6% certains jours, 3,5% seulement expérimenté), et chez les non fumeurs (0,1% chaque jour, 0,3% certains jours, 2,8% seulement expérimenté). Ce qui montre bien que la population cible, les fumeurs actuels, sont bien ceux qui l'utilisent le plus, et que les non-fumeurs et les ex-fumeurs anciens (qui ont arrêté de fumer alors que la cigarette électronique n'était pas encore aussi connue) sont peu attirés. Pour les non-fumeurs, même si le pourcentage est très faible, il conviendrait d'analyser les raisons pour lesquelles ils utilisent la cigarette électronique (curiosité, effet stimulant, éviter de commencer à fumer ?).

Les auteurs notent que la récente baisse significative de la prévalence du tabagisme aux États-Unis fait qu'il est peu probable que l'utilisation de la cigarette électronique ralentisse ou diminue l'arrêt du tabac chez les fumeurs,

et qu'il est plausible que son utilisation aide les fumeurs à arrêter de fumer, et certains, à demeurer ex-fumeur. Ils notent aussi que conformément aux études antérieures, les jeunes adultes sont ceux qui expérimentent le plus la cigarette électronique, par rapport aux adultes plus âgés. Cependant, l'utilisation quotidienne est sensiblement plus fréquente chez les personnes âgées de 25 à 64 ans, ce qui suggère que les raisons de son utilisation peuvent varier selon l'âge. Ces résultats confirment que l'expérimentation et l'utilisation occasionnelle sont plus courantes chez les fumeurs, mais révèlent que l'utilisation quotidienne est plus commune chez les adultes qui ont récemment arrêté de fumer.

N'ayant pas de données précises dans cette enquête sur le moment et les raisons de l'initiation à l'utilisation de la cigarette électronique, il n'est pas possible de déterminer si les ex-fumeurs récents l'ont utilisé pour arrêter de fumer (la causalité ne peut pas être établie). Ce type de question est nécessaire, ainsi que des études de cohorte, pour pouvoir répondre définitivement à cette question, ainsi qu'à l'utilisation mixte (pour réduire sa consommation de tabac).

- **La perception du risque relatif de la cigarette électronique par rapport au tabac a un impact sur son utilisation.**

Brose LS et al. *Drug Alcohol Depend.* 2015 Oct 22. pii:S0376-8716(15)01696-8. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.10.014. [Epub ahead of print]

Article en libre accès : <http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716%2815%2901696-8/abstract>

Dans le cadre de la réduction du risque tabagique, il est clair que la persistance de la consommation de produit fumé comporte un risque pour la santé supérieur à celui de la consommation de produits non fumés (même si ce risque n'est pas nul). Et que la perception du risque influence le comportement tabagique, ce qui a déjà été montré avec le traitement nicotinique de substitution (TNS) ou le tabac non fumé (Shiffman et al. 2008, O'Connor et al. 2007).

Cette étude avait trois objectifs. Premièrement, d'évaluer si la perception du risque relatif entre la cigarette électronique et les cigarettes de tabac avait changé dans une cohorte de fumeurs et d'ex-fumeurs britanniques entre 2012 et 2014. Deuxièmement, d'évaluer les facteurs prédictifs qui font que la cigarette électronique est perçue comme moins dangereuse que les cigarettes. Et troisièmement, d'évaluer si la perception du risque relatif en 2012, pouvait prédire l'utilisation de la cigarette électronique en 2013 chez les participants n'ayant pas essayé la cigarette électronique auparavant (après ajustement sur les données démographiques et le statut tabagique).

Les participants ont été recrutés parmi les Britanniques ayant participé à une enquête (dont ceux de la Smoking Toolkit Study de Robert West, qui ne porte que sur les Anglais). Un total de 6165 personnes ayant déclaré être fumeur au cours des 12 derniers mois étaient éligibles pour cette étude. La première vague de l'étude (novembre/décembre 2012) a obtenu 5000 répondants (représentativité de la population assurée par la méthode des quotas), dont 4553 ont déclaré avoir entendu parler de la cigarette électronique. Parmi ces derniers, 44,2% (n=2011) ont répondu à la seconde vague de l'enquête en décembre 2013, et 30,9% (n=947) à la troisième vague en décembre 2014. Après avoir éliminé les participants ayant déclaré à un moment ou à un autre ne pas être sûr de leur statut tabagique ou de l'utilisation de la cigarette électronique, l'échantillon final était de 1204 participants pour les objectifs 1 et 2, et de 1588 participants pour l'objectif 3.

Concernant le premier objectif (évolution de la perception du risque au cours du temps), la perception que le risque de la cigarette électronique était inférieur à celui des cigarettes était le fait de la majorité des répondants (voir graphique ci-dessous – Less harmful = moins dangereux).

Mais cette perception a évolué entre 2012 et 2014 ($p < 0,001$), ce qui n'était pas le cas entre 2012 et 2013 ($p > 0,99$), montrant que moins de fumeurs percevaient la cigarette électronique moins nocives (Less harmful) et plus de fumeurs percevaient la cigarette électronique comme au moins aussi dangereuse que les cigarettes (Equally harmful) en 2014 par rapport à 2012 (sans que les participants répondant « ne sait pas » [Don't know] ne change significativement).

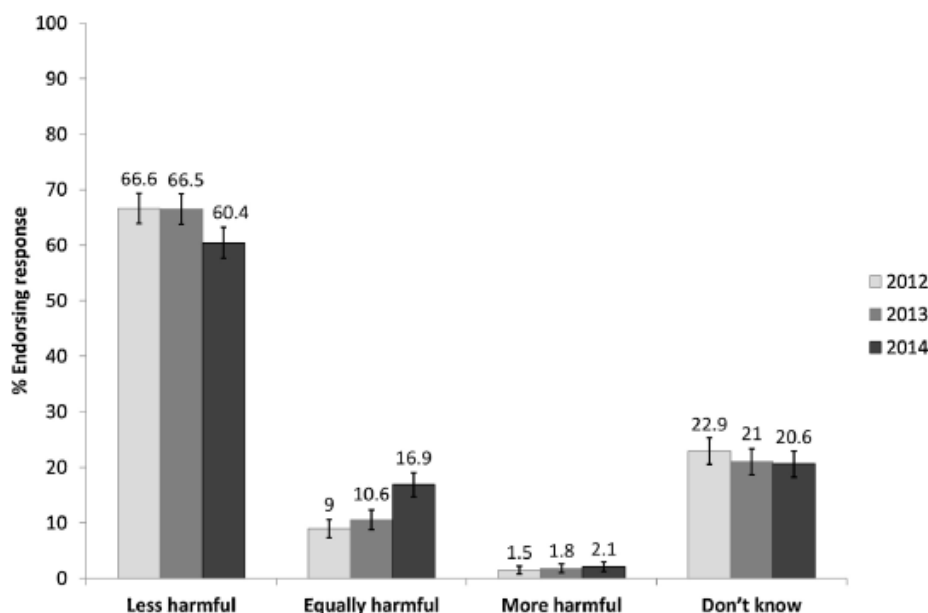


Fig. 1. Perceived harm of electronic cigarettes compared with cigarettes, n = 1204. Error bars: 95% confidence intervals using the Wilson procedure (Newcombe, 1998).

Concernant le second objectif (facteurs prédictifs de la perception du risque relatif), ceux qui durant la période de l'étude percevaient la cigarette électronique comme moins dangereuse en 2012 (OR=1,93 ; IC 95% 1,45-2,57 ; $p<0,001$) et en 2013 (OR=5,33 ; IC 95% 4,00-7,11 ; $p<0,001$), ceux qui avaient essayé la cigarette électronique en 2012 (OR=2,09 ; IC 95% 1,49-2,93 ; $p<0,001$) ou pendant l'étude (OR=1,78 ; IC 95% 1,27-2,51 ; $p=0,001$), et ceux ayant arrêté de fumer durant la période de l'étude (OR=1,53 ; IC 95% 1,06-2,220 ; $p<0,025$) étaient plus enclins à percevoir la cigarette électronique comme moins dangereuse que les cigarettes lors de la troisième vague en 2014. Lors de la troisième vague, ce sont les personnes de 55 ans et plus (comparé aux 18-24 ans) qui percevaient la cigarette électronique comme moins dangereuse que les cigarettes (OR=1,82 ; IC 95% 1,10-3,01 ; $p=0,02$).

Concernant le troisième objectif (facteurs prédictifs de l'utilisation), parmi ceux n'ayant pas utilisé la cigarette électronique en 2012, 23% l'avaient utilisé en 2013. Dans cette enquête l'utilisation entend n'importe quelle fréquence d'utilisation, mais pas l'expérimentation seulement (l'avoir juste essayé au moins une fois). La perception que la cigarette électronique était moins dangereuse que les cigarettes en 2012 était un facteur prédictif de son utilisation en 2013 (OR=1,39 ; 1,08-1,80 ; $p=0,011$). Parmi les facteurs prédictifs de l'utilisation en 2013, le fait d'être une femme (OR=1,55 ; 1,21-1,97 ; $p<0,001$) ou un fumeur (OR=2,61 ; 1,67-4,07 ; $p<0,001$) étaient significatifs (mais pas l'âge, le niveau d'éducation ou le niveau de revenus, par ailleurs le niveau de dépendance ou la quantité consommée n'ont pas été testées).

Les auteurs reconnaissent qu'une limitation à cette étude provient du nombre de perdus de vue relativement important (biais d'attrition), réduisant particulièrement l'échantillon des ex-fumeurs et de ceux qui ont rechuté. Par contre, le fait qu'il s'agisse d'une cohorte suivie sur 2 ans représente un avantage par rapport aux enquêtes ponctuelles. En 2014, 58% des fumeurs britanniques percevaient la cigarette électronique comme moins dangereuse que les cigarettes, cependant les données de la Smoking Toolkit Study (en Angleterre uniquement) de novembre 2014 et de mars 2015 a montré que seulement 44,1% des fumeurs perçoivent la cigarette électronique comme moins dangereuse que les cigarettes. Les auteurs s'inquiètent donc que ce changement de perception ne conduise les fumeurs à persister dans leur tabagisme plutôt que d'essayer la cigarette électronique. Si les fumeurs continuent d'arrêter de fumer cela n'est pas un problème, mais le risque est qu'ils continuent de fumer. Ceci a aussi été observé dans une enquête américaine (Biener et Hargraves, 2015) montrant que ceux qui percevaient la cigarette électronique comme présentant un danger pour la santé étaient retournés au tabac. En conclusion, les auteurs insistent sur le fait qu'une information claire et honnête doit être délivrée aux fumeurs et à la population en général afin d'éviter de perdre le potentiel de réduction du risque tabagique que représente la cigarette électronique. Les professionnels de santé sont en première ligne pour cela.

Nouvelle adresse internet de la Société Francophone de Tabacologie :

Société
Francophone
de **T**abacologie

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

offre d'emploi

L'équipe de tabacologie de l'Hôpital Tenon cherche un médecin tabacologue pour 4 vacations de consultation, à pourvoir dès Novembre 2015.

Le poste est proposé aux médecins thésés intéressés ou justifiant d'une expérience en tabacologie. L'activité est articulée autour de 3 axes principaux:

- consultations externes
- consultation de liaison
- participation aux activités du service : ateliers « prise en charge du tabac en périopératoire », « tabac et femmes enceintes » et « tabac au cours de l'hospitalisation en psychiatrie ».

Pour toute précision, vous pouvez contacter le Dr Anne-Marie Ruppert, responsable de l'unité :

anne-marie.ruppert@tnn.aphp.fr ; tél : 01 56 01 78 47 ; UF de tabacologie, Service de pneumologie, Hôpital Tenon, 75020 Paris.

congrès



Tabagisme, nicotine et maladies cardiovasculaires

Session commune Fédération Française de Cardiologie/Société Francophone de Tabacologie/SFC

Vendredi 15 Janvier 2016 - Salle 242 AB 08:30-10:00

Modérateurs : Nathalie WIRTH (Nancy) - Jean-Yves ARTIGOU (Paris)

08:30 - 08:50 : **Comment et pourquoi quantifier l'exposition à la fumée de tabac ?**

Laurence GALANTI- Yvoir, Belgique

08:50 - 09:10 : **Nicotine et sport : un produit dopant ? Etat des lieux**

Gérard MATHERN - Saint-Chamond

09:10 - 09:30 : **Tabagisme et insuffisance cardiaque**

Daniel THOMAS – Paris

09:30 - 09:50 : **L'e-cigarette: où en est-on ?**

Bertrand DAUTZENBERG – Paris

A vos agendas ...



JOURNEE REGIONALE DE TABACOLOGIE 2016
Le Jeudi 28 janvier à Rennes

Thème : TABAC et VIH

Maison des associations, esplanade Charles de Gaulle

Contact : @ tabacologie@chu-rennes.fr

Tel : 02 99 28 37 10



3 - 4 novembre 2016

Lille, France

www.csft2016.com

Société —
Francophone
de Tabacologie

*La Société Française de Tabacologie devient la Société Francophone de Tabacologie

[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.

[Tabac : l'Assemblée valide de justesse la création du paquet neutre](#)

[Médecins généralistes. "On peut conseiller la e-cigarette"](#)

[Loi Evin : les députés assouplissent les règles de publicité sur l'alcool](#)

[Contrebande de tabac: le Sénat augmente les sanctions](#)

[Tabac : la vente interdite dans les bars et discothèques](#)

(compte tenu de l'actualité suite aux attentats, peu d'articles ont été consacrés au tabac ce mois-ci)

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