

● Facteurs prédictifs de l'initiation tabagique.

Wellman RJ et al. Am J Prev Med. 2016 May 11. pii: S0749-3797(16)30094-0. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27180028>

L'initiation tabagique commence souvent précocement, et les facteurs qui conduisent à la dépendance à long-terme sont nombreux. Ce sont ces facteurs prédictifs de l'initiation tabagique que cette revue systématique a cherché à isoler, en prenant en compte les études prospectives publiées entre janvier 1984 et août 2015 chez les jeunes de moins de 18 ans.

Sur une base de plus de 4000 articles, 53 ont été inclus dans l'analyse, et ont permis d'identifier 98 facteurs prédictifs potentiels. Selon l'analyse, un risque supérieur d'initiation au tabagisme a été trouvé (dans au moins 4 études sur 53 pour chaque facteur) pour les facteurs suivants : l'âge et le niveau scolaire (plus on avance en âge, et plus on avance dans les classes), un faible niveau socio-économique, des performances scolaires médiocres, la recherche de sensations ou un comportement rebelle, l'intention de fumer dans le futur, la réceptivité aux promotions des produits du tabac, la susceptibilité à fumer (attitude positive envers le tabagisme), avoir des parents ou des amis fumeurs, voir des films où l'on fume. Au contraire, les facteurs protecteurs étaient d'avoir une bonne estime de soi et avoir une éducation stricte de la part de ses parents (exerçant un certain contrôle, opposé à permissif).

Les auteurs concluent que les facteurs de risque les plus robustes devraient être considérés lorsque l'on développe des interventions chez les jeunes pour éviter qu'ils ne commencent à fumer.

Eviter l'initiation tabagique a toujours emporté le soutien de nombreux acteurs du contrôle du tabac, même si l'urgence en termes de mortalité et de morbidité, comme l'ont souligné Sir Richard Doll et Sir Richard Peto, est d'obtenir l'arrêt chez les fumeurs établis. Il est difficile d'empêcher l'initiation chez les jeunes dans un monde où le tabac est facilement accessible, c'est surtout la dénormalisation du tabagisme qui pourra venir à bout de l'initiation chez les jeunes.

● Evaluation du modèle des 3 A d'Ottawa pour encourager l'arrêt du tabac en soins primaires.

Papadakis S et al. Ann Fam Med. 2016 May;14(3):235-43.

Article en libre accès : <http://www.annfammed.org/content/14/3/235.full.pdf+html>

Le modèle d'intervention des 3 A d'Ottawa pour encourager l'arrêt du tabac en soins primaires est basé sur la devise Ask, Advise, and Act (demander, conseiller et agir). Il s'agit d'une adaptation des 5 A (demander, conseiller, évaluer, aider et arranger un suivi) où les 3 derniers points sont réunis dans le « agir ». Cette étude a mesuré l'impact de ce modèle dans 32 cabinets/cliniques de l'Ontario (Canada) en utilisant deux échantillons transversaux de patients, l'un avant l'introduction de l'intervention, et un après. Pour analyser les effets, les auteurs ont utilisé un modèle d'analyse à 3 niveaux (le cabinet, le clinicien et le patient) afin d'examiner l'effet et les facteurs prédictifs de l'intervention des 3 A.

Au total, 481 cliniciens de soins primaires (infirmières et médecins), et plus de 3500 fumeurs ont participé à cette évaluation. Les taux d'utilisation des 3 A (en demandant aux fumeurs si le clinicien avait « demandé », «

conseillé » et « agit ») a fortement augmenté après la mise en place de l'intervention (Demander 55,3% vs. 71,3%, $p < 0,001$; Conseiller 45,5% vs. 63,6%, $p < 0,001$; Agir 35,4% vs. 54,4%, $p < 0,001$). Les rapports de cote ajustés (AOR) entre l'évaluation pré-post étaient de 1,94 (IC 95% 1,61-2,34) pour Demander, 1,92 (1,60-2,29) pour Conseiller et 2,03 (1,71-2,42) pour Agir. La qualité de la mise en place de l'intervention et la raison de la consultation des patients (ponctuel ou suivi vs. examen périodique) étaient corrélées à l'augmentation du taux d'utilisation de l'intervention. Cette étude ne s'est pas attachée aux résultats en termes d'abstinence, cela fera peut-être partie d'un autre article.

Table 4. Implementation of Ottawa Model for Smoking Cessation 10 Best Practices Before and After Intervention

	Before Intervention	After Intervention
Clinics with the OMSC 10 Best Practices implemented, by best practice, %		
1. Clinic task force formed	3.1	93.8
2. Clinic tobacco control protocol developed	0.0	96.9
3. Tobacco use queried and documented for all clinic patients	28.1	81.3
4. Training in tobacco dependence treatment offered to health care providers in last year	28.1	90.6
5. Staff trained and available to provide tobacco dependence treatment	59.4	96.9
6. Self-help materials readily available to patients, family members, and staff	68.8	90.6
7a. EMR or other real time prompt in place to inform clinician of patient smoking status	3.1	90.6
7b. EMR supports in place (smoking status identification, consult form, etc)	3.1	93.8
8. Process to follow-up tobacco users for at least 1 month after clinic visit in place	43.8	93.8
9. Process to evaluate quality or program implementation in place	3.1	71.9
10. Process to provide feedback to clinicians about performance in place	3.1	81.3
Average number of best practices implemented, No.	2.4	8.9
Clinics with 10 best practices implemented, %	0.0	59.3

EMR = electronic medical record; OMSC = Ottawa Model for Smoking Cessation.

Note: Based on data from 32 primary care practices.

Le tableau ci-dessus recense l'évolution de la mise en œuvre des composantes du modèle d'Ottawa dans les 10 meilleur(e)s cabinets/cliniques, entre avant (before intervention) et après (after intervention) la mise en œuvre (en %).

1. formation des intervenants
2. développement d'un protocole de contrôle du tabac
3. recherche du tabagisme documenté pour chaque patient
4. formation des professionnels de santé dans le traitement de la dépendance au tabac au cours de l'année passée
5. formation du staff
6. documentation d'auto-support disponible pour les patients
7. dossier patient informatisé incluant le statut tabagique
8. mise en place d'un suivi d'au moins 1 mois des fumeurs
9. mise en place d'un contrôle qualité de la délivrance de l'intervention
10. mise en place d'un retour aux cliniciens à propos du contrôle qualité

Les auteurs concluent que les taux d'utilisation de l'intervention dépendent de la qualité de la mise en place de l'intervention, puisqu'une mise en place de qualité a permis une plus forte utilisation de l'intervention.

● Analyse des données de l'Eurobaromètre 2014 concernant l'utilisation de la cigarette électronique dans les 28 Etats membres de l'UE.

Farsalinos KE et al. *Addiction*. 2016 Jun 24. doi: 10.1111/add.13506. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27338716>

L'Eurobaromètre est une enquête transversale réalisée sur un échantillon représentatif de la population des pays membres de l'Union européenne (UE) qui, entre autres sujets, s'intéresse au tabagisme (environ 1000 personnes sont interviewées en face à face par pays, 1009 en France en 2014). L'utilisation de la cigarette électronique (CE) a été introduite pour la première fois dans l'Eurobaromètre 2012, mais les questions posées lors de celui de 2014 (du 29 novembre au 8 décembre 2014) étaient particulièrement pertinentes et très détaillées, ce qui a permis de

faire une analyse secondaire beaucoup plus réaliste de l'utilisation de la CE dans la population de l'UE. Concernant l'utilisation de la CE, les questions ont permis de séparer l'utilisation vie entière (ever use), incluant l'utilisation actuelle (current use) ou passée (past use), et l'expérimentation passée (essayé au moins une fois mais plus maintenant). L'enquête a aussi demandé si les liquides utilisés contenaient ou non de la nicotine, et quel a été l'effet sur le statut tabagique des participants.

Sur un total de 27460 participants (après exclusion des réponses manquantes), les résultats montrent que 31,1% (IC 95% 30,0-32,2%) des fumeurs (n=7243), 10,8% (10,0-11,7%) des ex-fumeurs (n=5352, incluant ceux ayant arrêté avec la CE), et 2,3% (2,1-2,6%) des non fumeurs (n=14865) ont utilisé la CE (vie entière). Globalement, l'expérimentation passée était plus commune (7,2%) que l'utilisation actuelle (1,8%) ou l'utilisation passée (2,6%). Extrapolé à la population de l'UE, environ 48,5 millions de personnes ont utilisé la CE vie entière, dont 76,8% avec un liquide contenant de la nicotine. Seulement 1,3% (1,1-1,5%) des non fumeurs ont utilisé une CE avec nicotine, et seulement 0,09% (0,04-0,14%) de façon quotidienne.

Les données concernant l'arrêt du tabac sont présentées dans le tableau ci-dessous. Les données les plus pertinentes concernent les personnes utilisant la CE au moment de l'enquête (Current use), les données concernant l'utilisation passée (Past use) le sont un peu moins car elles concernent sans doute des personnes ayant utilisé principalement des CE de première génération (« cigalike », celles ressemblant à des cigarettes) moins efficaces que celles de seconde (type Ego à puissance fixe) ou de troisième génération (type Mods, avec puissance variable) qui ont commencé à apparaître sur le marché en 2013 et 2014.

Chez les utilisateurs actuels (current use), 35,1% ont déclaré (non validé par marqueur) avoir arrêté de fumer (sans précision de la durée de l'abstinence) grâce à la CE, et 32,2% ont déclaré avoir réduit leur consommation de tabac (non mesurée en nombre de cigarettes, malheureusement, un des rares défauts de ce questionnaire), alors que 30,8% n'ont pas réussi à arrêter ou ont rechuté. Extrapolé à la population de l'UE, 6,1 millions de fumeurs ont arrêté de fumer et 9,2 millions ont réduit leur consommation en utilisant la CE.

Table 2. Change in smoking status among current and former smokers who reported ever e-cigarette use in the European Union. Data are presented according to patterns of e-cigarette use and frequency of nicotine-containing e-cigarette use.

	Change in smoking status*				
	Quit smoking n=396	Quit but relapsed n=361	Reduced smoking n=600	Did not reduce smoking n=1288	Increased smoking n=107
	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
E-cigarette use n=2832					
Current use	35.1 (30.7-39.5)	11.6 (8.7-14.6)	32.2 (27.9-36.5)	19.2 (15.5-22.8)	0.5 (0.0-1.1)
Past use	14.3 (11.6-16.9)	22.0 (18.9-25.2)	26.3 (22.9-29.6)	30.4 (26.9-33.9)	6.0 (4.2-7.8)
Past experimentation	8.3 (7.0-9.6)	9.3 (8.0-10.7)	16.3 (14.5-18.0)	58.5 (56.1-60.8)	3.8 (2.9-4.7)
Total	14.0 (12.7-15.3)	12.7 (11.5-14.0)	21.2 (19.7-22.7)	45.5 (43.7-47.3)	3.8 (3.1-4.5)
Nicotine-containing e-cigarette use n=2249					
Daily	30.6 (27.1-34.0)	18.4 (15.5-21.3)	28.5 (25.1-31.9)	18.9 (15.9-21.8)	3.6 (2.2-5.0)
Occasional	8.9 (6.0-11.7)	17.8 (13.9-21.6)	33.3 (28.6-38.1)	35.9 (31.1-40.7)	2.4 (0.9-3.9)
Experimentation	6.4 (5.0-7.8)	8.8 (7.2-10.4)	13.8 (11.8-15.8)	62.7 (60.0-65.5)	3.7 (2.6-4.8)
Total	14.2 (12.8-15.7)	13.2 (11.8-14.7)	21.6 (19.9-23.3)	44.7 (42.7-46.8)	3.4 (2.7-4.2)

* 79 participants responded "Do not know" in the question about the change in smoking status and are not presented in this table.

Le fait d'avoir utilisé la CE vie entière est principalement confiné aux fumeurs actuels (OR=21,23 ; IC 95% 18,32-24,59 ; p<0,001) et aux ex-fumeurs (OR=6,49 ; 5,49-7,67 ; p<0,001), par rapport aux non fumeurs (référence).

● Comparaison de l'Eurobaromètre entre 2012 et 2014 concernant l'utilisation de la cigarette électronique dans 27 Etats membres de l'UE.

Filippidis FT et al. *Tob Control*. 2016 May 24. pii: tobaccocontrol-2015-052771.

doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052771. [Epub ahead of print]

Article en libre accès : <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2016/04/20/tobaccocontrol-2015-052771.long>

Cet article a comparé la variation d'utilisation vie entière de la cigarette électronique (CE), de la perception des dangers associés à l'utilisation de la CE, et des facteurs socio-démographiques liés à son utilisation entre les

Eurobaromètres de 2012 et 2014 (sur 27 Etats membres seulement puisque la Croatie n'était pas présente en 2012). Les échantillons analysés étaient de n=26751 pour 2012 et n=26792 pour 2014.

Les résultats montrent que la prévalence de l'utilisation de la CE vie entière est passée de 7,2% en 2012 à 11,6% en 2014 (Rapport de cote ajusté sur l'âge, le sexe, le statut tabagique, l'éducation, le lieu de résidence, la difficulté à payer ses factures, et les raisons avancées pour l'utilisation de la CE, ORa=1,91 ; 1,79-2,05 ; p non donné). La France est le pays où la CE était la plus utilisée en 2014 (21,3%, voir le tableau 1 dans l'article en libre accès).

La perception selon laquelle la CE serait dangereuse a considérablement augmenté entre 2012 et 2014 (27,1% des répondants vs. 51,6%, ORa=2,99 ; 2,89-3,10). Les chiffres correspondant pour la France étaient de 25,8% en 2012 et 59,9% en 2014, au Royaume-Uni ils étaient respectivement de 15,2% et 38,4%. Ce fait a aussi bien été montré dans le rapport du PHE d'août 2015 (voir [Lettre N°63](#), page 10). Selon les auteurs de cette étude cette augmentation de perception de dangerosité peut être liée à la position des professionnels de santé et des agences de santé publique.

Parmi ceux ayant déclaré avoir utilisé la CE vie entière en 2014, 15,3% étaient des utilisateurs actuels (18,9% en France et 26,5% au Royaume-Uni), et ceux qui ont déclaré avoir utilisé la CE pour arrêter de fumer étaient plus enclins à être des utilisateurs actuels (ORa=2,82 ; 1,99-3,99), par rapport à ceux ayant déclaré l'utiliser pour éviter les interdictions de fumer, ou parce qu'ils étaient attirés par le produit.

Il sera intéressant de voir les résultats des prochains Eurobaromètres afin de suivre cette évolution avec l'entrée en vigueur de la Directive européenne.

● Efficacité de la cigarette électronique pour l'arrêt du tabac : suivi d'une cohorte sur 2 ans.

Manzoli L et al. *Tob Control*. 2016 Jun 6. pii: tobaccocontrol-2015-052822. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052822. [Epub ahead of print]

Article en libre accès : <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2016/06/06/tobaccocontrol-2015-052822.long>

Nous avons parlé le mois dernier de la cohorte française, voici les résultats d'une cohorte italienne avec un suivi de 2 ans (cohorte prévue pour un suivi de 5 ans). Cette cohorte a suivi un groupe d'utilisateurs exclusifs de cigarette électronique (CE), un groupe de fumeurs exclusifs, et un groupe de vapofumeurs (utilisant la CE, mais fumant encore). Les résultats à 12 mois ont été publiés <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0129443.PDF> (article en libre accès).

A 1 an, 61,9% des 236 vapoteurs exclusifs lors de l'inclusion étaient toujours abstinents de tabac (abstinence de 30 jours non validée), 20,6% des 491 fumeurs et 22% des 232 vapofumeurs étaient abstinents (p<0,01 pour la comparaison des vapoteurs exclusifs par rapport aux fumeurs). Parmi les vapoteurs exclusifs à l'inclusion, 15,7% ont tout arrêté, 46,2% sont restés vapoteur exclusif, 10,6% sont devenus vapofumeurs et 27,5% ont rechapé dans le tabagisme. Parmi les fumeurs, 77,6% sont restés fumeurs, 13,7% ont arrêté de fumer, 6,9% sont devenus vapoteurs exclusifs et 1,8% vapofumeurs. Parmi les vapofumeurs, 11,6% ont arrêté de fumer, 10,3% sont devenus vapoteurs exclusifs, 24,6% sont restés vapofumeurs et 53,5% sont redevenus fumeurs exclusifs.

A 2 ans, 61,1% des 229 vapoteurs exclusifs lors de l'inclusion étaient toujours abstinents de tabac (abstinence de 30 jours non validée), 23,1% des 480 fumeurs et 26% des 223 vapofumeurs étaient abstinents (p<0,001 pour la comparaison des vapoteurs exclusifs par rapport aux fumeurs et par rapport aux vapofumeurs). Parmi les vapoteurs exclusifs à l'inclusion, 18,8% ont tout arrêté, 42,4% sont restés vapoteur exclusif, 38,9% sont devenus vapofumeurs ou ont rechapé dans le tabagisme. Parmi les fumeurs, 75,6% sont restés fumeurs, 17,5% ont arrêté de fumer, 5,6% sont devenus vapoteurs exclusifs et 1,3% vapofumeurs. Parmi les vapofumeurs, 14,3% ont arrêté de fumer, 14,3% ont tout arrêté, 11,7% sont devenus vapoteurs exclusifs et 57,4% sont redevenus fumeurs exclusifs.

A deux ans donc, 61% des vapoteurs exclusifs étaient abstinents de tabac, dont 42% sont restés vapoteurs. Au contraire, chez les vapofumeurs, 26% étaient abstinents de tabac, dont 11,7% sont devenus vapoteurs exclusifs, mais 57,4% ont rechapé dans le tabagisme. Il est donc primordial lorsque l'on utilise la CE d'arrêter le tabac le plus vite possible, il faut pour cela trouver le bon matériel et le bon dosage de nicotine pour rendre l'arrêt plus facile.

● Impact du tabagisme sur le pronostic du cancer du sein.

Persson M et al. Br J Cancer. 2016 Jun 9. doi: 10.1038/bjc.2016.174. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27280635>

Le lien entre tabagisme et pronostic dans le cancer du sein n'est pas clair. C'est pourquoi les auteurs ont réalisé une analyse des données disponibles dans une cohorte en population comprenant 1065 patientes présentant un cancer du sein primaire (sans autre cancer dans les 10 années précédentes) sans traitement pré-opératoire recrutées entre 2002 et 2012 en Suède (Lund). Le statut tabagique (mesuré par questionnaire lors de la visite pré-opératoire, puis à 3-6 mois, et à 1, 2, 3, 5, 7, 9 et 11 ans après l'opération) a été mis en relation avec les caractéristiques des patientes et de leur tumeur (type de tumeur), ainsi que du pronostic, dans différents groupes.

Lors de la visite pré-opératoire 21% des femmes fumaient. La médiane du temps de suivi a été de 5,1 ans. La majorité des patientes n'a pas changé de statut tabagique au cours du suivi. Moins de 1% des non-fumeuses (n=810) lors de la visite pré-opératoire ont déclaré fumer lors des visites à 3-6 mois ou à 1 an, et environ 10% des fumeuses (n=206) ont déclaré avoir arrêté de fumer lors des visites de suivi.

Globalement, chez les 1016 patientes incluses dans les analyses de survie (39 exclues pour carcinome *in situ*, 8 pour développement de métastases dans les 3 mois, 2 pour données tabagisme absentes avant opération), il n'y avait pas d'association entre tabagisme et le risque d'événements post-opératoires (rapport de risque ajusté, adjusted hazard ratio, HRa=1,45 ; IC 95% 0,95-2,20 ; non significatif). Par contre chez les 309 patientes de 50 ans et plus, traitées par des inhibiteurs des aromatasés (utilisé dans les cas de cancer du sein hormonodépendant, ou tumeur positive au récepteur à l'œstrogène et/ou à la progestérone), le tabagisme était significativement lié à une augmentation du risque d'événements post-opératoires (HRa=2,97 ; 1,44-6,13 ; p=0,005), une augmentation du risque de métastases distantes (HRa=4,19 ; 1,81-9,72 ; p=0,002) et une augmentation de la mortalité (HRa=3,52 ; 1,59-7,81 ; p=0,003). Au contraire, aucun risque supplémentaire dû au tabagisme n'a été détecté en cas de traitement au tamoxifène (aussi utilisé dans les cas de cancer du sein hormonodépendant).

Selon les auteurs, ces résultats sont importants car le tabagisme ne semble augmenter le risque post-opératoire (événements post-opératoires, métastases distantes et mortalité) que chez les patientes traitées par inhibiteurs des aromatasés pour cancer hormonodépendant. Si cela est confirmé, le statut tabagique devrait être pris en compte dans le choix de l'hormonothérapie.

● Efficacité à 2 ans d'un programme d'aide à l'arrêt lors d'une hospitalisation.

Mullen KA et al. Tob Control. 2016 May 25. pii:tobaccocontrol-2015-052728. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052728. [Epub ahead of print]

Article en libre accès: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2016/05/17/tobaccocontrol-2015-052728.full.pdf+html>

Cet article fait encore référence au modèle d'Ottawa (voir 2ème article de cette Lettre), en l'occurrence il s'agit d'une approche systématique du traitement de la dépendance au tabac à l'hôpital, développé dans 120 hôpitaux canadiens. Il s'agit de documenter le statut tabagique de chaque patient, et pour chaque fumeur délivrer un conseil bref et une pharmacothérapie, avec un suivi post-hospitalisation. Une étude a démontré son efficacité avec une abstinence à long-terme (6 mois, validé par CO dans un échantillon aléatoire) de 29% contre 18% avant la mise en œuvre de l'intervention (OR=1,71 ; IC 95% 1,11-2,64 ; p=0,02).

Cette étude a comparé 2 groupes recrutés dans des hôpitaux qui ont, au cours de celle-ci, mis en œuvre la nouvelle intervention. Un groupe a donc été recruté avant, et l'autre après la mise en place (en moyenne 1 an après le début de l'étude). Le groupe contrôle (avant la mise en œuvre) a reçu un traitement habituel (n=641), l'autre groupe (après la mise en œuvre) a reçu la nouvelle intervention (n=726). Les participants étaient des fumeurs de 17 ans et plus recrutés lors d'une admission à l'hôpital (14 hôpitaux ont participé). Une analyse de régression a été utilisée pour déterminer l'efficacité de l'intervention.

Le groupe ayant reçu la nouvelle intervention a présenté moins de ré-admissions (toutes causes confondues) et moins de visites aux urgences à tous les points temps.

La plus forte réduction de risque absolu (RRA) a été observé pour les ré-admissions dans les 30 jours (7,1% vs. 13,3%, RRA=6,1% ; IC 95% 2,9% à 9,3% ; p<0,001), à 1 an (26,7% vs. 38,4%, RRA=11,7% ; 6,7% à 16,6% ; p<0,001) et à 2 ans (33,6% vs. 45,2%, RRA=11,6% ; 6,5% à 16,8% ; p<0,001).

La plus forte réduction de risque absolu pour les visites aux urgences a été celle dans les 30 jours (16,4% vs. 20,9%, RRA=4,5% ; 0,4% à 8,7% ; p=0,03).

La réduction de mortalité n'était pas significative à 30 jours, mais elle l'était à 1 an (5,4% vs. 11,4%, RRA=6,0% ; IC 95% 3,1% à 9,0% ; p<0,001) et à 2 ans (7,9% vs. 15,1%, RRA=7,3% ; IC 95% 3,9% à 10,7% ; p<0,001).

Les chiffres sur la mortalité sont particulièrement impressionnants avec une réduction de 50% à 2 ans, surtout que dans une analyse post-hoc les auteurs ont contrôlé les antécédents de cancers sans que cela change les résultats (incidence similaire dans les deux groupes). Les auteurs concluent que l'adoption d'une telle intervention à l'échelle d'un pays pourrait réduire considérablement la mortalité et les coûts de soins de santé.

Cette étude devrait être utilisée par les décideurs de santé pour recommander très fortement sa mise en œuvre au niveau national et/ou régionale en profitant de l'aide que pourrait apporter la Société Francophone de Tabacologie.

● **Analyse des politiques de santé concernant la cigarette électronique.**

Brose LS et al. *Tob Control*. 2016 Jun 16. pii: tobaccocontrol-2016-052987. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-052987. [Epub ahead of print]

Article en libre accès : <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2016/06/16/tobaccocontrol-2016-052987.long>

Avec l'introduction de la Directive européenne sur les produits du tabac, la réglementation concernant la cigarette électronique (CE) va être renforcée. Cette réglementation ne fait pas consensus, en particulier en ce qui concerne la publicité et l'utilisation dans les lieux publics et de travail. Les uns jugeant que c'est une barrière à l'utilisation d'une solution de réduction des risques, les autres que cela pourrait amoindrir les effets des mesures de contrôle du tabac ([voir les conclusions du Sommet de la vape](#)).

Les données sont issues d'une enquête longitudinale (sur Internet) britannique commencée en 2012, en comparant les réponses aux questions en 2013 (seconde vague de l'enquête) et en 2014 (3ème vague). Les participants (n=1848) étaient des fumeurs (75%) et des ex-fumeurs (25%, ayant arrêté de fumer depuis moins d'un an), environ 13% utilisaient la CE quotidiennement. La méthode de régression multivariée a été utilisée pour analyser le changement en fonction du temps des réponses sur le soutien de la réglementation, et les liens entre ces changements et les variables démographiques (âge, sexe et niveau de revenus), le statut tabagique, l'utilisation de la CE, les connaissances sur la nicotine et la perception relative des dangers entre tabac et CE.

Une disponibilité identique ou supérieure de la CE par rapport au tabac était supportée par 79% des participants en 2013 et 76% en 2014. La publicité pour les produits du vapotage était supportée respectivement par 66% en 2013 et 56% en 2014. Aucune de ces différences n'était significative.

Le support des participants concernant l'utilisation de la CE dans les lieux publics ou de travail a diminué de façon significative, passant de 55% en 2013 à 45% en 2014

Par rapport aux ex-fumeurs, les fumeurs étaient plus en faveur de la publicité pour la CE (à condition qu'elle ne soit pas dirigée vers les jeunes), et de l'utilisation dans les lieux où il est interdit de fumer. Ceux qui étaient vapoteurs, ceux qui percevaient la CE comme moins nocive que les cigarettes et ceux qui pensaient que ce n'est pas la nicotine qui pose problème dans les maladies dues au tabagisme, étaient plus en faveur d'une réglementation moins stricte.

● **Débat : le besoin de revoir les thèmes du contrôle du tabac en fonction des risques associés aux produits.**

Kozlowski LT et Abrams DB. *BMC Public Health*. 2016 May 24;16(1):432.

Article en libre accès : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4878038/pdf/12889_Article_3079.pdf

Les thèmes qui ont guidé les efforts de contrôle du tabac ont évolué au cours des années. Utilisant l'exemple des USA, les auteurs montrent cette évolution.

Au milieu des années 1960, il était clairement dit que les cigarettes étaient la forme la plus dangereuse du tabac pour la santé, mais que le cigare, la pipe et les cigarettes légères avec une réduction des goudrons l'étaient moins. Dans les années 1980, le thème principal était que « les cigarettes tuent, et tuent plus de gens que l'héroïne, la cocaïne, l'alcool, le SIDA, le feu, les homicides les suicides et les accidents de la route combinés. » Vers l'année 2000, le mythe que les cigarettes légères étaient moins dangereuses a été abandonné, et les

déclarations selon lesquelles les cigares et le tabac non fumé étaient moins dangereux ont aussi été abandonnées, et ces produits ont été déclarés comme « n'étant pas une alternative moins dangereuse que les cigarettes. » En 2014, le rapport du Surgeon General a conclu que le plus grand danger pour la santé publique était bien les cigarettes et tous les produits fumés, mais que les preuves que le tabac non fumé ou la cigarette électronique étaient moins dangereux s'accumulaient, en particulier les données concernant le snus suédois.

Selon les auteurs, il est temps pour le mouvement du contrôle du tabac de faire plus de place à la notion de réduction du risque et de modifier son comportement vis à vis des produits à moindre risque (comme le snus ou la cigarette électronique) pour faire avancer la réglementation, les politiques de santé et la promotion de l'arrêt du tabac fumé. Ces mesures doivent être prises en maximisant le bénéfice et en minimisant les risques pour la santé publique. C'est selon eux, la seule façon de se débarrasser à jamais des produits combustibles et de prévenir la mort annoncée d'un milliard de fumeurs au cours de ce siècle.



treatobacco.net

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

Un nouvel article dans la section « Ask the Experts » Qu'est-ce que la cytosine ? a été mis en ligne sur le site.

Congrès

La Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe (SRNT Europe) aura son congrès annuel à Prague, République Tchèque, les 8-10 septembre 2016.

Visitez son site ici : <http://www.srnt-e2016.com/>



La Société Francophone de Tabacologie (SFT) a le plaisir de vous annoncer son 10^e Congrès qui se déroulera à Lille Grand Palais les 3 et 4 novembre 2016.

A l'occasion de ce 10^e Congrès, la SFT s'engage dans une réflexion approfondie sur le thème "La tabacologie sur mesure".

Ce congrès s'articulera autour de séances plénières, sessions parallèles (dont deux dédiées aux communications libres) et sessions posters.

3 - 4 novembre 2016
Lille, France

www.csft2016.com

Société
Francophone
de Tabacologie

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

inscrivez-vous en ligne et retrouvez le programme et des informations pratiques sur le site Internet du congrès :

<http://www.csft2016.com>

offres d'emploi

Appel à candidature :

Poste de Praticien Hospitalier Temps plein, pour prendre la direction de l'UCT du CHU de Caen. Poste ouvert pour psychiatre, addictologue, médecin généraliste ou médecin de spécialité, possesseur d'un DIU de Tabacologie et/ou ayant une expérience solide en tabacologie. Poste à pourvoir fin septembre 2016. L'équipe actuelle se compose de 2 médecins PH TP, d'une infirmière TP diplômée en tabacologie, de 0,2 ETP de diététicienne diplômée en tabacologie et de 0,2 ETP d'une psychologue clinicienne, d'une secrétaire médicale TP

Contact: lemaitre-b@chu-caen.fr

Vacations en Tabacologie :

Le Centre Hospitalier d'Argenteuil, 69 rue du Lieutenant Colonel Proudhon, 95100 ARGENTEUIL, recherche des médecins pour assurer des vacances en Tabacologie, mais également en Addictologie et Alcoologie, à partir de début juin. Les médecins intéressés peuvent contacter le Dr SOBANN Monique au 01 34 23 29 32 ou 33.

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

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

information

Le référentiel AFSOS « sevrage tabagique » mis à jour par le groupe de travail auquel la SFT a participé est en ligne sur le site public Oncologik, à l'adresse suivante :

http://www.oncologik.fr/index.php/Afsos:Sevrage_tabagique.



L'INCa a édité un fascicule Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer - Systématiser son accompagnement

[Téléchargement ici](#)



Le RESPADD organise, à l'automne 2016, trois colloques inter-régionaux « **Le pharmacien d'officine face aux addictions** » à destination des pharmaciens, des acteurs de l'addictologie et de ceux de la santé publique.

Ces trois manifestations, soutenues par la Direction Générale de la santé, s'inscrivent dans la continuité des actions que le RESPADD mène depuis près de dix ans en direction des pharmaciens d'officine qui ont abouti à l'édition du *Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine* et font suite à l'évaluation en 2015 de trois Programmes d'échange de seringues pharmacie.

Ne tardez pas à vous inscrire sur le site du RESPADD



Flash info

INFOLETTRE N° 127 - 18 mai 2016

Médecins ou infirmiers(res) du travail : devenez formateurs en prévention des conduites addictives en milieu professionnel

[PLUS D'INFORMATIONS](#)

[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.

[CNCT : dernières actus](#)

[La loi anti-tabac fait un flop en Grèce](#)

[Roland-Garros : les industriels du tabac condamnés](#)

[Paris, champion du commerce parallèle de tabac](#)

[Marché illégal du tabac : un rapport polémique sur la consommation](#)

[Le tabac ne nuit pas vraiment à la santé... d'un portefeuille boursier](#)

[Suisse : La loi sur les produits du tabac ne fait pas long feu](#)

[Le Global Forum on Nicotine à Varsovie](#)

[Cigarette : les fumeurs ne savent pas ce qu'ils fument](#)

[E-cigarette : 6 millions de fumeurs ont arrêté de fumer](#)

[Foot et tabac. Fumeuse alliance...](#)

[E-cigarette : que devient la fumée ?](#)

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