

- [E-coaching par email pour arrêter de fumer : des bons résultats... difficiles à pérenniser](#)

Effectiveness of a fully automated internet-based smoking cessation program: a randomized controlled trial (STAMP).

Nguyen T. et al. *Nicotine & Tobacco Research*. 23 janvier 2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29370407>

Facile à déployer et peu coûteux, l'accompagnement numérique à distance est un dispositif prometteur d'aide au sevrage tabagique, en complément des interventions plus classiques délivrées en face à face par un professionnel de santé. Mené par l'Inpes (devenu Santé publique France), l'essai Stamp avait pour objet d'évaluer l'intérêt d'un *e-coaching* par email dans l'aide au sevrage tabagique, avec un suivi d'un an. Pour ce faire, 2478 participants fumeurs ont été recrutés via le site Tabac Info Service et affectés aléatoirement à un bras *e-coaching* ou contrôle.

Dans le bras *e-coaching*, les participants recevaient une série d'environ 45 emails, envoyés automatiquement sur une période de trois mois avec une fréquence décroissante. Les messages étaient structurés selon le modèle des stades de changement établi par [Prochaska et Di Clemente en 1992](#). Ils contenaient des conseils et exercices destinés à favoriser la prise de décision, puis à maintenir la motivation lors de la phase de maintien du sevrage : messages d'encouragement, exercices de relaxation, bilan des économies réalisées... Dans le bras contrôle, les participants recevaient une [brochure numérique de 30 pages](#) conçue sur le même modèle.

Des bons résultats à 3 mois

La population d'étude reflétait la fréquentation du site Tabac Info Service : plutôt jeune (36 ans en moyenne), féminine (64,8 % de femmes) et éduquée (63,5 % de diplômés de l'enseignement supérieur). La quasi-totalité des sujets (96,9 %) fumaient quotidiennement et la plupart (57 %) avaient une motivation importante pour arrêter de fumer, auto-évaluée à 9 ou 10 sur une échelle de 0 à 10.

Le critère principal était l'abstinence ponctuelle à 7 jours. À l'analyse en intention de traiter (*voir tableau ci-dessous*), l'*e-coaching* apparaissait supérieur à la brochure numérique à court terme. Ainsi, 27,5 % (n = 342) des fumeurs du groupe *e-coaching* étaient abstinents à 3 mois de suivi, soit un gain de 24 % par rapport au groupe contrôle (OR = 1,24 ; IC 95 % 1,03 – 1,49). Mais cet effet ne se maintenait pas dans le temps : les taux d'abstinence décrochaient lentement et convergeaient pour atteindre environ 25 % à 6 mois et 21 % à 12 mois, sans différence significative entre les deux groupes.

Intent-to-Treat Analyses							
	E-coaching group N=1242	Booklet group N=1236	Chi-2			OR	
			DF	value	p	Value	95% CI
Cessation rate at 3 months	27.5% (N=342)	23.5% (N=290)	1	5.41	0.02	1.24	[1.03-1.49]
Cessation rate at 6 months	24.7% (N=307)	24.7% (N=305)	1	0.001	0.98	1.00	[0.83-1.20]
Cessation rate at 12 months	20.9% (N=259)	20.6% (N=254)	1	0.03	0.85	1.02	[0.84-1.24]

Taux d'abstinence tabagique à 7 jours dans les bras e-coaching et contrôle à 3, 6 et 12 mois de suivi.

Analyses en intention de traiter : tous les sujets des groupes initiaux de randomisation sont pris en compte.

La différence statistiquement significative est encadrée en rouge.

L'analyse per protocole (voir figure ci-dessous) a permis d'affiner les résultats. Pour les fumeurs ayant consulté leurs mails de façon assidue, la supériorité du e-coaching se maintenait à moyen terme : à 3 mois de suivi, avec un taux d'abstinence de 48,9 % (OR = 1,83 à 3 mois ; IC 95 % 1,44 – 2,34) mais aussi à 6 mois avec un taux de 46,1 % (OR = 1,39 ; IC 95 % 1,09 – 1,77). À 12 mois, en revanche, le taux d'abstinence s'effritait pour atteindre 41,8 % dans le groupe e-coaching et à 37,0 % dans le groupe contrôle, sans que cette différence n'apparaisse significative.

Per Protocol analyses							
	E-coaching group	Booklet group	Chi-2			OR	
			DF	value	p	Value	95% CI
Cessation rate at 3 months	48.9% (N=295/603)	34.3% (N=177/516)	1	24.37	<0.001	1.83	[1.44-2.34]
Cessation rate at 6 months	46.1% (N=265/575)	38.1% (N=193/507)	1	7.10	0.01	1.39	[1.09-1.77]
Cessation rate at 12 months ¹	41.8% (N=213/510)	37.0% (N=164/443)	1	2.23	0.14	1.22	[0.94-1.58]

Taux d'abstinence tabagique à 7 jours dans les bras e-coaching et contrôle à 3, 6 et 12 mois de suivi.

Analyses en per-protocole : seuls les patients ayant suivi le protocole jusqu'à son terme sont pris en compte.

Les différences statistiquement significatives sont encadrées en rouge.

« Ces résultats étaient cohérents avec ceux relevés dans la littérature : les outils numériques d'aide à l'arrêt du tabac peuvent être efficaces à court terme, notamment lorsqu'ils sont personnalisés et particulièrement interactifs », explique Viêt Nguyen-Thanh (Santé publique France), premier auteur de l'étude. « L'un des enjeux reste l'amélioration de l'observance, c'est-à-dire de l'utilisation optimale et assidue des aides proposées. »

L'efficacité de l'intervention dématérialisée étant démontrée à court terme, reste à en améliorer et pérenniser les résultats. L'application mobile Tabac Info Service (disponible sur [Android](#) et [iOS](#)), conçue dans le prolongement de ces travaux, vise à permettre un accompagnement personnalisé et maintenu dans le temps. Un essai contrôlé randomisé est en cours ([Cambon et al., 2017](#)) afin d'évaluer son efficacité par rapport à une prise en charge classique.

● Produits du tabac : des chiffres de mortalité actualisés

Association of Cigarette, Cigar, and Pipe Use With Mortality Risk in the US Population.

Christensen CH et al. *Jama Internal Medicine*, 19 février 2018.

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2672576>

Dans cette étude parue dans *Jama Internal Medicine*, les auteurs ont entrepris de compiler et mettre à jour les données de mortalité des produits du tabac sur une très vaste cohorte prospective longitudinale. Les 357 420 participants étaient issus de la cohorte américaine NMLS (*National Longitudinal Mortality Study*) et avaient rempli des questionnaires sur leur consommation de tabac de 1985 à 2011. Comme la mortalité du tabac intervient surtout entre 35 et 80 ans, les sujets en dehors de cette tranche d'âge ont été exclus.

L'usage de tabac était défini par la consommation de cigarettes, cigare ou pipe. Un sujet était considéré comme fumeur, actuel ou ancien, au-delà d'un seuil de 100 cigarettes fumées. La consommation de cigarette était également partagée entre les sexes (48 % d'hommes), mais ce n'est pas le cas des autres produits du tabac : les hommes représentaient 79 % des fumeurs exclusifs de cigare et 98 % des fumeurs exclusifs de pipe, avec une nette surreprésentation de classes sociales supérieures par rapport à la cigarette.

Mortalité doublée pour les fumeurs

Le modèle de régression était ajusté pour contrôler l'effet du sexe, du groupe ethnique, du niveau d'éducation et de l'année du sondage. Les résultats (*voir tableau ci-dessous*) montrent un risque de mortalité supérieur de 32 % pour les anciens fumeurs (HR ajusté = 1,32 ; IC 95 % 1,29 – 1,35) et pratiquement multiplié par deux pour les fumeurs actuels (HR ajusté = 1,98 ; IC 95 % 1,93 – 2,02), par rapport aux personnes n'ayant jamais fumé.

Les risques associés aux autres produits du tabac n'étaient significatifs à l'analyse multivariée que pour les consommateurs actuels de cigare, avec un sur-risque de mortalité de 20 % (HR ajusté = 1,20 ; IC 95 % 1,03 – 1,38). Les risques de mortalité spécifique liée au tabac sont détaillés ci-dessous pour chaque type de complication. Les effectifs étant parfois très faibles, les résultats non significatifs peuvent être dus à un simple manque de puissance statistique.

Table 2. All-Cause and Cause-Specific Mortality by Tobacco Use Status at Baseline, 1985-2011

Outcome	Never Tobacco Users (n = 203 071)	HR (95% CI)					
		Exclusive Cigarette		Exclusive Cigar		Exclusive Pipe	
		Former (n = 77 733)	Current (n = 66 665)	Former (n = 2398)	Current (n = 1139)	Former (n = 5237)	Current (n = 1177)
All cause							
Death, No.	21 672	15 409	13 280	249	178	220	142
Age-adjusted ^a	1 [Reference]	1.42 (1.39-1.45)	2.03 (1.99-2.08)	1.48 (1.31-1.66)	1.40 (1.21-1.62)	1.06 (0.93-1.21)	1.25 (1.06-1.48)
Multivariable ^b	1 [Reference]	1.32 (1.29-1.35)	1.98 (1.93-2.02)	1.11 (0.99-1.25)	1.20 (1.03-1.38)	0.87 (0.77-0.99)	1.09 (0.92-1.28)
All tobacco-related cancer							
Death, No.	2325	2522	3220	32	27	28	22
Age-adjusted	1 [Reference]	2.16 (2.04-2.29)	4.17 (3.95-4.40)	1.68 (1.20-2.35)	1.98 (1.38-2.86)	1.26 (0.89-1.78)	1.93 (1.28-2.90)
Multivariable	1 [Reference]	1.97 (1.86-2.09)	4.06 (3.84-4.29)	1.16 (0.83-1.63)	1.61 (1.11-2.32)	0.95 (0.67-1.34)	1.58 (1.05-2.38)
Lung cancer							
Death, No.	542	1216	2110	11	11	NA ^c	NA ^c
Age-adjusted	1 [Reference]	4.41 (3.99-4.88)	11.64 (10.59-12.79)	1.85 (0.96-3.56)	3.58 (2.04-6.26)	0.46 (0.14-1.48)	1.65 (0.67-4.09)
Multivariable	1 [Reference]	4.15 (3.75-4.59)	11.82 (10.73-13.03)	1.35 (0.70-2.61)	3.26 (1.86-5.71)	0.36 (0.11-1.17)	1.51 (0.61-3.74)
Oral cancer							
Death, No.	31	50	79	0	0	0	0
Age-adjusted	1 [Reference]	3.18 (1.97-5.14)	9.59 (6.22-14.77)	NA	NA	NA	NA
Multivariable	1 [Reference]	2.70 (1.66-4.39)	9.02 (5.78-14.09)	NA	NA	NA	NA
Circulatory							
Death, No.	8028	5324	4011	90	66	66	52
Age-adjusted	1 [Reference]	1.31 (1.27-1.36)	1.76 (1.70-1.83)	1.50 (1.23-1.82)	1.42 (1.12-1.81)	0.86 (0.68-1.09)	1.21 (0.92-1.60)
Multivariable	1 [Reference]	1.18 (1.14-1.22)	1.61 (1.54-1.67)	1.13 (0.93-1.38)	1.11 (0.87-1.42)	0.72 (0.57-0.92)	0.97 (0.74-1.28)

Outcome	Never Tobacco Users (n = 203 071)	HR (95% CI)					
		Exclusive Cigarette		Exclusive Cigar		Exclusive Pipe	
		Former (n = 77 733)	Current (n = 66 665)	Former (n = 2398)	Current (n = 1139)	Former (n = 5237)	Current (n = 1177)
Cardiovascular							
Death, No.	6142	4174	3199	72	53	51	46
Age-adjusted	1 [Reference]	1.17 (1.12-1.21)	1.39 (1.32-1.45)	1.56 (1.25-1.94)	1.24 (0.94-1.62)	1.37 (1.04-1.80)	1.14 (0.86-1.52)
Multivariable	1 [Reference]	1.11 (1.07-1.16)	1.44 (1.38-1.51)	0.89 (0.71-1.12)	1.14 (0.87-1.49)	0.92 (0.70-1.21)	0.96 (0.72-1.28)
Cerebrovascular							
Death, No.	1595	888	569	14	NA ^c	12	NA ^c
Age-adjusted	1 [Reference]	1.06 (0.98-1.16)	1.26 (1.14-1.38)	1.22 (0.75-1.98)	0.53 (0.22-1.27)	0.89 (0.53-1.49)	0.25 (0.07-0.95)
Multivariable	1 [Reference]	1.03 (0.95-1.12)	1.24 (1.12-1.36)	1.08 (0.66-1.75)	0.50 (0.21-1.22)	0.87 (0.52-1.47)	0.24 (0.06-0.91)
Respiratory							
Death, No.	998	1301	1394	12	NA ^c	14	NA ^c
Age-adjusted	1 [Reference]	2.60 (2.40-2.82)	5.03 (4.63-5.46)	1.59 (0.92-2.74)	1.48 (0.75-2.92)	1.63 (1.00-2.67)	0.87 (0.35-2.18)
Multivariable	1 [Reference]	2.46 (2.27-2.68)	5.54 (5.09-6.03)	1.13 (0.65-1.95)	1.45 (0.73-2.85)	1.25 (0.76-2.06)	0.85 (0.34-2.12)
COPD							
Death, No.	378	774	924	NA ^c	NA ^c	7	NA ^c
Age-adjusted	1 [Reference]	4.14 (3.67-4.68)	8.94 (7.93-10.08)	0.07 (0.00-4.68)	2.21 (0.89-5.47)	1.76 (0.81-3.80)	1.04 (0.27-4.10)
Multivariable	1 [Reference]	4.00 (3.54-4.53)	11.01 (9.72-12.46)	0.05 (0.00-3.19)	2.44 (0.98-6.05)	1.27 (0.58-2.75)	1.12 (0.29-4.40)
Diabetes							
Death, No.	811	492	317	11	6	6	8
Age-adjusted	1 [Reference]	1.21 (1.08-1.36)	1.25 (1.09-1.42)	1.69 (0.95-3.01)	1.32 (0.61-2.86)	0.50 (0.19-1.29)	1.91 (0.95-3.85)
Multivariable	1 [Reference]	1.18 (1.05-1.33)	1.18 (1.03-1.35)	1.42 (0.80-2.54)	1.18 (0.54-2.57)	0.49 (0.19-1.27)	1.79 (0.89-3.63)

Mortalités globales et spécifiques liées à l'usage de tabac entre 1985 et 2011.

COPD : chronic obstructive pulmonary disease (bronchite pulmonaire chronique obstructive, BPCO).

^a L'âge des participants a été choisi comme métrique de temps dans le modèle (régression de Cox).

^b Le modèle a été ajusté pour le sexe, le groupe ethnique (caucasien, noir, hispanique, autre), le niveau d'éducation (inférieur au lycée, diplômé du lycée, ayant fréquenté l'université, diplômé d'une licence ou plus), l'année de sondage (1985, 1993, 1996, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2006, 2007, 2008, 2010, 2011).

^c Les tailles d'échantillons ne sont pas mentionnées pour conserver la confidentialité des données.

La précision des questionnaires d'évaluation de la consommation a aussi permis aux auteurs de distinguer entre consommation quotidienne et occasionnelle. Les résultats (voir tableau ci-dessous) confirment la toxicité de la cigarette à faible dose : alors que les fumeurs quotidiens ont un risque de décès doublé (HR ajusté = 2,03 ; IC 95 % 1,99 – 2,08), ce sur-risque est déjà de 60 % pour les fumeurs occasionnels (HR ajusté = 1,60 ; IC 95 % 1,52 – 1,69). Les résultats non significatifs pour les autres produits du tabac peuvent être essentiellement dus à un manque de puissance statistique.

Table 3. All-Cause and Cause-Specific Mortality HRs by Current Tobacco Use Status, Daily, and Nondaily Use, 1985-2011

Outcome	Never Tobacco Users (n = 203 071)	HR (95% CI)					
		Exclusive Cigarette		Exclusive Cigar		Exclusive Pipe	
		Nondaily (n = 9414)	Daily (n = 57 251)	Nondaily (n = 608)	Daily (n = 531)	Nondaily (n = 78)	Daily (n = 1099)
All cause							
Death, No.	21 672	1337	11 943	36	142	7	135
Age-adjusted ^a	1 [Reference]	1.69 (1.60-1.79)	2.08 (2.03-2.13)	1.48 (1.31-1.66)	1.38 (1.17-1.63)	0.92 (0.45-1.88)	1.28 (1.08-1.52)
Multivariable ^b	1 [Reference]	1.60 (1.52-1.69)	2.03 (1.99-2.08)	1.12 (0.82-1.53)	1.22 (1.04-1.44)	0.64 (0.31-1.30)	1.13 (0.96-1.34)
All tobacco-related cancer							
Death, No.	2325	236	2984	NA ^c	NA ^c	0	22
Age-adjusted	1 [Reference]	2.46 (2.14-2.82)	4.40 (4.17-4.65)	1.60 (0.66-3.87)	2.09 (1.40-3.11)	NA	2.08 (1.38-3.13)
Multivariable	1 [Reference]	2.31 (2.01-2.65)	4.33 (4.09-4.58)	1.08 (0.45-2.61)	1.80 (1.20-2.69)	NA	1.75 (1.16-2.64)

Mortalités globales et spécifiques liées à l'usage de tabac entre 1985 et 2011 en fonction de la consommation, quotidienne ou occasionnelle (reproduction partielle).

^a L'âge des participants a été choisi comme métrique de temps dans le modèle (régression de Cox).

^b Le modèle a été ajusté pour le sexe, le groupe ethnique (caucasien, noir, hispanique, autre), le niveau d'éducation (inférieur au lycée, diplômé du lycée, ayant fréquenté l'université, diplômé d'une licence ou plus), l'année de sondage (1985, 1993, 1996, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2006, 2007, 2008, 2010, 2011).

• Une relation linéaire entre tabagisme pendant la grossesse et risque d'obésité chez l'enfant

Maternal smoking during pregnancy and offspring overweight: is there a dose-response relationship? An individual patient data meta-analysis

Albers et al., *International Journal of Obesity*, 28 février 2018

Lien de pré-publication : <https://www.nature.com/articles/s41366-018-0050-0>

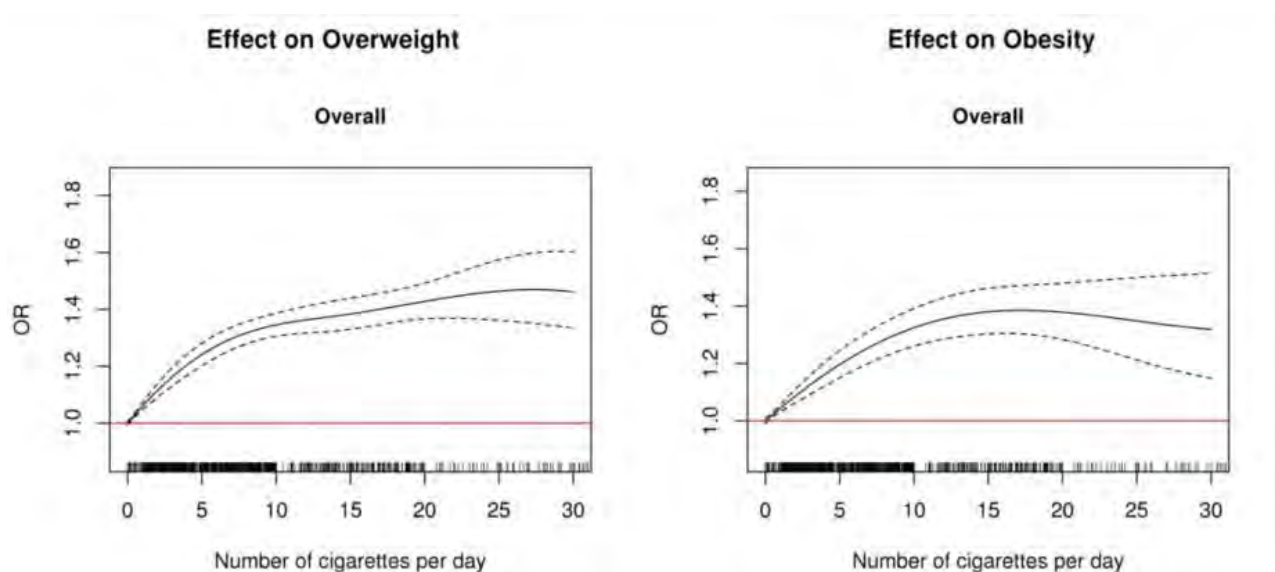
Fumer pendant la grossesse augmente le risque d'obésité chez le nouveau-né. Ce lien est désormais établi par plusieurs méta-analyses, avec un sur-risque d'obésité d'environ 50 % en cas de tabagisme maternel ([Rayfield & Plugge, 2016](#)). Dans cette étude à paraître dans *International Journal of Obesity*, le Dr Lucia Albers (université de Munich) et ses collègues ont cherché à établir si une relation linéaire existait entre la consommation de tabac de la mère et le surpoids de l'enfant. Pour ce faire, ils ont colligé les données individuelles issues de 16 précédentes études, conduites en Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Australie et Brésil.

L'ensemble des données colligées concernait 238 340 couples mère-enfant. Au total, 22 % des mères (n = 51 887) ont rapporté avoir fumé pendant leur grossesse, avec un nombre moyen de 11 cigarettes par jour (SD = 9). Parmi leurs enfants, chez qui l'IMC était évalué à partir de cinq ans, 18,5 % (n = 44 088) étaient en surpoids (IMC \geq 25, ce qui inclut les cas d'obésité) et 5 % (n = 12 081) étaient en situation d'obésité (IMC \geq 30).

Une relation dose-réponse linéaire avec seuil

Comparées aux non fumeuses, les mères fumeuses avaient un risque accru de 26 % d'avoir un enfant en surpoids (OR ajusté = 1,26 ; IC 95 % 1,22 – 1,29), sans effet particulier selon le sexe de l'enfant. Les facteurs de confusion contrôlés étaient le poids de la mère, l'allaitement au sein et le niveau d'éducation de la mère. Quant au risque d'avoir un enfant obèse, il était cohérent avec les études précédentes (OR ajusté = 1,46 ; IC 95 % 1,39 – 1,55). Une fois contrôlé le tabagisme du père pendant la grossesse, les OR étaient respectivement de 1,37 (IC 95 % 1,29 – 1,45) et 1,40 (IC 95 % 1,26 – 1,57).

Surtout, les auteurs ont pu analyser la relation entre le nombre de cigarettes fumées et le risque de surpoids, et montré l'existence d'une relation linéaire jusqu'au seuil de 10-15 cigarettes par jour (*voir figure ci-dessous*). Dans cet intervalle, chaque cigarette fumée était associée à un sur-risque de surpoids (obésité incluse) de 3 % (OR = 1,03 ; IC 95 % 1,02 – 1,03). Là encore, aucun effet relatif au sexe de l'enfant n'a été mis en évidence.



Relation entre nombre de cigarette par jour fumées par la mère et le risque de surpoids et d'obésité de l'enfant.

À gauche : effet sur le surpoids (obésité incluse). À droite : effet sur l'obésité.

Les lignes en trait continu figurent les OR et les lignes en trait discontinu l'intervalle de confiance à 95 %. Les traits verticaux sur l'axe des abscisses indiquent la densité des observations.

La relation entre l'exposition *in utero* au tabac et le risque de surpoids de l'enfant augmente très rapidement sur un mode linéaire entre 1 à 5 cigarettes par jour – ce qui évoque par exemple la relation entre l'exposition/consommation et le risque cardiovasculaire. Ce résultat renforce l'idée que le tabac entraîne déjà des risques considérables à faible dose, et ce quel que ce soit l'indicateur de santé.

Pour des consultations parentales communes

Il est bien établi que la consommation de tabac pendant la grossesse provoque des naissances prématurées et diminue le poids de naissance, même à faible consommation ([Berlin et al., 2017](#)). Pour comprendre comment ce résultat s'articule avec leurs propres travaux, les auteurs ont contrôlé le poids à la naissance et la prématurité à l'analyse multivariée, et montré que l'association positive entre tabagisme maternel et risque d'obésité de l'enfant s'en trouvait légèrement renforcée. D'où l'existence probable de deux mécanismes physiologiques distincts.

Pour les auteurs, l'existence d'une relation dose-réponse linéaire même à faible consommation pourrait également expliquer l'effet du tabagisme paternel sur le risque d'obésité ([Riedel et al., 2014](#)), qui serait dû à l'exposition de la mère à la fumée secondaire. Une conclusion qui milite pour la mise en place de consultations d'arrêt du tabac communes aux deux parents.

● Substitution nicotinique et grossesse : pas de hausse démontrée de la mortalité

Stillbirth among women prescribed nicotine replacement therapy in pregnancy: Analysis of a large UK pregnancy cohort.

Dhalwani et al. *Nicotine & Tobacco Research*, 31 janvier 2018

<https://academic.oup.com/ntr/advance-article/doi/10.1093/ntr/nty019/4831224>

L'emploi de traitements de substitution nicotinique (TSN) durant la grossesse pose question, au regard du manque de données sur la sécurité d'emploi et du risque fœtotoxique potentiel de la nicotine. Pour mieux évaluer ce risque en matière de mortalité (*stillbirths*), le Dr Nafeesa Dhalwani (université de Leicester) et ses collègues ont mené une étude transversale sur 220 630 femmes enceintes ayant accouché entre 2000 et 2013, issues de la cohorte britannique THIN (*The Health Improvement Network*).

Via un modèle de régression logistique, les auteurs ont mesuré les risques relatifs associés à l'exposition au tabac et aux TSN, par comparaison avec le groupe contrôle. L'exposition aux TSN a été évaluée sur la base du dossier médical des patientes. Une méthode plus fiable que l'auto-déclaration mais susceptible d'une sous-déclaration, ainsi que le reconnaissent ses auteurs : au Royaume-Uni, il est possible de se procurer des TSN en pharmacie ou via le Stop Smoking Services du NHS. L'exposition au tabac était quant à elle évaluée par auto-déclaration.

Plus de mortalité chez les fumeuses

Les résultats (*voir tableau ci-dessous*) évoquent un sur-risque de mortalité dans le groupe de fumeuses mais pas dans le groupe TSN. Ainsi, les femmes fumeuses avaient un sur-risque de 41 % (OR ajusté = 1,41 ; IC 95 % 1,13 – 1,77) lorsque le modèle était ajusté pour contrôler l'âge de la mère, son niveau socio-économique, son IMC avant grossesse et la présence d'un diabète. Bien que d'ampleur équivalente, le sur-risque associé aux substituts nicotiniques n'était quant à lui pas statistiquement significatif (OR ajusté = 1,35 ; IC 95 % 0,91 – 2,00).

Table 3. Absolute and Relative Risks of Stillbirth for NRT and Smoking Groups Compared With Controls

	Absolute risk of stillbirth		Unadjusted OR (95% CI)	p value	Adjusted OR (95% CI)*	p value
	n	%				
Control group	683	0,35	Reference		Reference	
NRT group	26	0,50	1.44 (0.97 to 2.14)	.069	1.35 (0.91 to 2.00)	.139
Smokers	96	0,52	1.52 (1.23 to 1.89)	<.001	1.41 (1.13 to 1.77)	.003

Risques absolus et relatifs de mortalité pour les groupes TSN et Fumeurs comparés au groupe contrôle.
CI : intervalle de confiance ; NRT : traitement de substitution nicotinique (nicotine replacement therapy).
* Ajusté pour l'âge de la mère, le niveau socio-économique, l'IMC pré-grossesse et l'existence d'un diabète.

Absence de preuve n'est pas nécessairement preuve d'absence. Le faible nombre de mortinaissances associées à l'emploi de TSN suggère un manque de puissance statistique et l'existence d'un sur-risque de faible ampleur ne peut être donc être exclu en l'état. Pour trancher la question, les auteurs annoncent la mise en œuvre d'une étude de plus grande ampleur, où l'usage de tabac et de substituts nicotiniques sera évalué tout au long de la grossesse et quantifié par un dosage des marqueurs d'exposition.

Des essais contrôlés randomisés britannique ([Coleman et al., 2012](#)) et français ([Berlin et al., 2014](#)) ont montré que les substituts nicotiniques n'étaient pas plus efficaces que des placebos chez la femmes enceinte. Toutefois, aucun effet indésirable supplémentaire n'a été détecté dans les groupes traités. Dans l'attente de données supplémentaires, les substituts nicotiniques sont plutôt à réserver aux femmes enceintes pour qui le soutien comportemental s'avèrerait insuffisant.

- Royaume-Uni : un appel à mieux informer les adolescents sur les effets du tabac

Harms of cigarette smoking: call to increase knowledge among children

Loneragan et al. *European Journal of Cancer Prevention*. 30 janvier 2018

<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=29384759>

Dans cette étude un peu informelle, le Dr Bradley Loneragan, oncologue à l'Imperial College de Londres, et ses collègues ont cherché à évaluer le niveau de connaissance des adolescents britanniques quant aux conséquences médicales du tabac. Pour cela, ils ont interrogé des élèves en provenance de deux établissements secondaires londoniens d'un bon niveau général. Une seule question, ouverte, leur était posée : « Quels sont les effets indésirables du tabac ? ».

Les 469 élèves interrogés avaient entre 11 et 17 ans, avec un âge moyen de 13,9 ans, et provenaient de deux établissements aux profils très différents. Le premier (JFS School) est un collège-lycée juif orthodoxe situé en banlieue résidentielle de Londres, public et peu sélectif (n = 181). Le second établissement (University College School) est un prestigieux lycée privé de la capitale, réservé aux garçons pour sa partie collège (n = 288). Les filles représentaient 41 % de l'ensemble des répondants.

Seul le cancer du poumon fait l'unanimité

L'analyse des résultats (*voir tableaux ci-dessous*) montre que la grande majorité (79 %) des adolescents interrogés avait intégré le lien entre tabac et cancer du poumon. Les autres cancers liés au tabac étaient en revanche peu identifiés : aucun n'était cité par plus de 10 % des répondants. Moins d'un tiers des répondants liait le tabac à un risque accru d'emphysème (27 %), de bronchite (21 %) ou de maladie cardiaque (21 %). Enfin, aucune autre complication du tabac n'a été spontanément mentionnée par plus de 10 % des sondés.

	Recognized effects of smoking		
	Female (n=191)	Male (n=276)	P-value*
Lung Cancer	158	212	0.135
Emphysema	40	87	0.010
Bronchitis	31	68	0.029
Throat Cancer	16	16	0.278
Mouth Cancer	14	21	0.910
Liver Cancer	12	7	0.044
Lung Disease	6	14	0.311
Stroke	4	0	0.016
Mouth Disease	4	0	0.016
Anaemia	3	2	0.382
Breast Cancer	2	3	0.967
Leukaemia	2	2	0.710
Asthma	2	2	0.710
Stomach Cancer	2	1	0.362
High Blood Pressure	2	0	0.088
Heart Attack	1	6	0.149
Tuberculosis	0	5	0.061
Kidney Cancer	0	4	0.095
Smoker's Cough	0	4	0.095
Blood Cancer	0	2	0.238
Chest Infections	0	2	0.238
Heart Failure	0	2	0.238
Tongue Cancer	0	0	0.000

Effets secondaires du tabac rapportés à raison par les élèves (N = 467) selon le sexe.

* Test du χ^2 de Pearson.

	Other health problems reported, not commonly associated with smoking**		
	Female (n=191)	Male (n=276)	P-value*
Brain Disease	12	4	0.005
Cirrhosis	8	4	0.066
Brain Cancer	0	4	0.095
Brain Damage	4	6	0.953
Carbon Monoxide Poisoning	0	2	0.238
Myeloma	2	0	0.088
Heart Cancer	0	4	0.095
Brain Tumour	2	0	0.088
Skin Cancer	2	0	0.088
Blood Poisoning	0	2	0.238

Effets secondaires du tabac rapportés à tort par les élèves (N = 467) selon le sexe.

* Test du χ^2 de Pearson.

** Bien que toutes les complications rapportées ne soient pas nécessairement sans lien avec le tabac, il s'agit soit de complications non établies, soit de maladies trop vagues pour constituer des réponses acceptables (ex : « maladie du cerveau »).

Ce bilan en demi-teinte montre qu'au-delà du cancer du poumon, la grande majorité des adolescents ignorent le vaste spectre des répercussions médicales du tabac. C'est particulièrement frappant pour le risque d'AVC, mentionné par seulement 2 répondants, alors que l'incongrue « maladie du cerveau » (« *brain disease* ») récoltait 16 suffrages. Les maladies respiratoires et pulmonaires liées au tabac étaient aussi mal identifiées.

D'après d'autres études plus qualitatives ([Hruba & Zaloudikova, 2010](#) ; [Schneider et al., 2010](#)), les adolescents évoquent principalement la santé, la forme physique et la beauté comme motivations pour arrêter de fumer. Les auteurs en appellent ainsi à intensifier la communication sur les effets du tabac en cohérence avec ces axes. « Nous pensons qu'associer le tabac à un grand nombre de maladies et d'effets négatifs visibles pourra avoir un effet dissuasif important vis-à-vis des adolescents », concluent-ils.

● Enquête Escapad 2017 : on est plus sérieux quand on a dix-sept ans

Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête Escapad 2017.

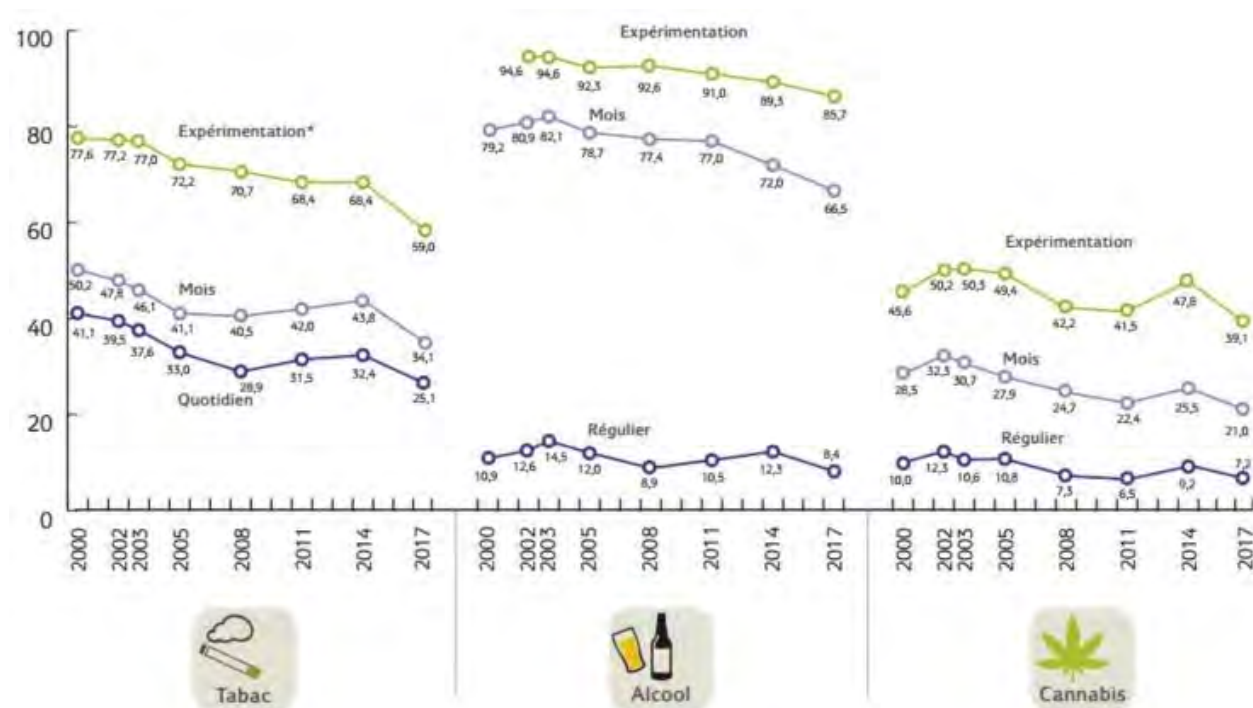
Tendances n° 123, OFDT, février 2018.

Article en libre accès : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2017-tendances-123-fevrier-2018/>

Tous les trois ans, l'enquête Escapad menée par l'Office français des drogues et des toxicomanies (OFDT) interroge les jeunes de 17 ans convoqués à la journée défense et citoyenneté (ex-JAPD), soit la quasi-totalité d'une classe d'âge. Les adolescents sont invités à rapporter leur consommation de tabac et de drogues en remplissant un questionnaire anonyme. Près de 240 000 adolescents ont ainsi été questionnés depuis la première édition d'Escapad, en 2000, ce qui permet un suivi précis des usages et de leur évolution.

Baisse historique de la consommation de tabac

Pour la première fois depuis dix ans, les indicateurs de consommation du tabac marquent un très net recul par rapport à l'enquête précédente (*voir figure ci-dessous*). En 2017, six adolescents sur dix disent avoir déjà essayé un produit du tabac, qu'il s'agisse de cigarettes en paquet ou à rouler, de cigarillos ou de cigares, soit une baisse de 9 points par rapport au niveau de 2014 (59,0 % vs 68,4 %). La baisse est moins marquée mais reste nette en matière de tabagisme quotidien : un quart des adolescents déclarent fumer tous les jours en 2017, contre un tiers en 2014 (25,1 % vs 32,4 %).

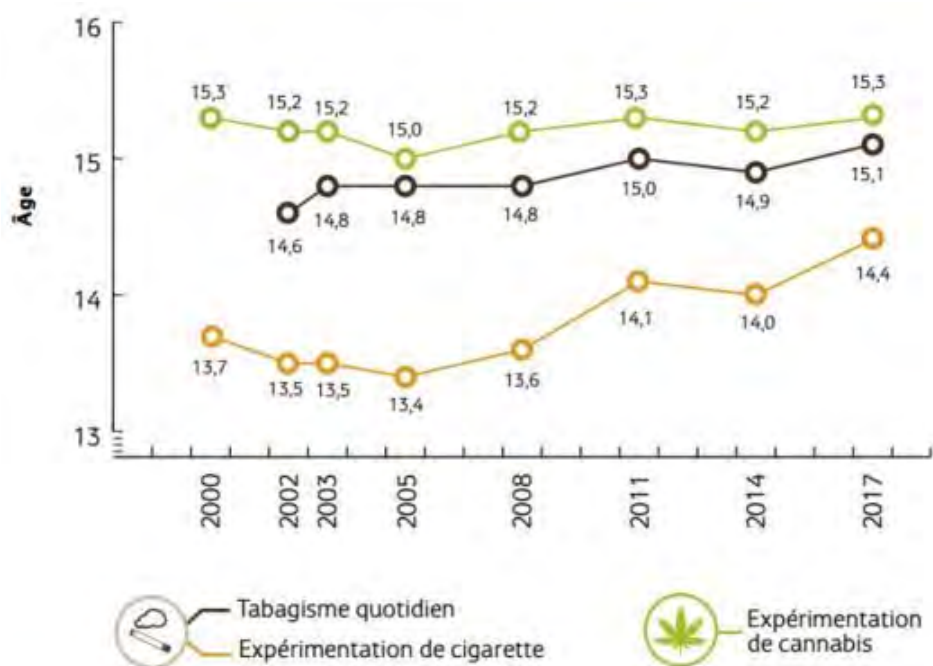


Évolution 2000-2017 des niveaux d'usage de tabac (cigarettes), boissons alcoolisées et cannabis à 17 ans (en %).

Expérimentation (en vert) : au moins un usage au cours de la vie. Usage dans le mois (en mauve) : au moins un usage au cours des 30 jours précédant l'enquête. Usage quotidien (en bleu) : au moins 10 usages dans les 30 jours précédant l'enquête.

La vape demeure quant à elle à un niveau stable : environ un jeune de 17 ans sur deux a déjà expérimenté la cigarette électronique, soit un niveau proche de celui de 2014 (52,4 % vs 53,3 %). L'expérimentation de l'e-cigarette s'est faite en moyenne à 15 ans et 5 mois, c'est-à-dire un an après l'expérimentation de cigarettes classiques. Dans leur grande majorité (71,3 %), les adolescents ayant expérimenté la vape avaient déjà fumé des cigarettes. Seuls 14,3 % ont commencé par la vape, et 14,5 % ont commencé les deux la même année, sans qu'il soit possible de distinguer si un usage a préexisté à l'autre.

Quant à l'âge d'expérimentation, il ne cesse d'augmenter (*voir figure ci-dessous*) – et ce, quel que soit le sexe. L'âge moyen de la première cigarette est désormais de 14,4 ans, contre 14,0 ans trois ans plus tôt. Il en va de même pour l'âge de la transition à un usage quotidien de cigarette, qui passe de 14,9 ans en 2014 à 15,1 ans trois ans plus tard. Seule ombre au tableau : le passage au tabagisme quotidien ne recule pas. Le délai moyen entre la première cigarette et un usage quotidien s'est resserré à 13 mois, contre 22 mois il y a dix ans.



Évolution de l'âge moyen de la première cigarette, du premier usage de cannabis et du tabagisme quotidien (en années).

Expérimentation de cannabis (en vert) : au moins un usage au cours de la vie. Tabagisme quotidien (en noir) : au moins 10 usages dans les 30 jours précédant l'enquête. Expérimentation de cigarette (en orange) : au moins un usage au cours de la vie.

Cette baisse de la consommation ne se limite pas au tabac : l'usage de cannabis marque aussi le pas. En 2017, près de quatre adolescents de 17 ans sur dix ont ainsi déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (39,1 %). Cette prévalence est la plus basse jamais enregistrée dans l'enquête Escapad : elle est inférieure de 9 points à celle de 2014 et de 11 points par rapport à 2002. La pratique de la pipe à eau est également en recul : la moitié (49,9 %) seulement des jeunes déclarent avoir déjà expérimenté la chicha ou le narguilé en 2017, contre les deux tiers (64,7 %) dans l'enquête précédente.

La question se pose des causes d'une telle diminution des usages. « *Les adolescents interrogés dans l'enquête Escapad 2017, majoritairement nés en 1999, appartiennent à une génération qui avait entre 9 et 10 ans au moment de la loi HPST qui a étendu l'interdiction de vente de tabac et d'alcool à l'ensemble des mineurs* », analysent les auteurs. Les jeunes interrogés ont donc vécu toute leur adolescence dans un contexte beaucoup moins permissif que leurs aînés. L'étude qualitative Aramis ([Obradovic, 2017](#)) confirme une forte dégradation de l'image du tabac auprès des jeunes, ainsi qu'un affaiblissement de la dimension sociale du tabagisme.

CONGRÈS



Le 12^e Congrès national de la SFT se tiendra du jeudi 29 au vendredi 30 novembre 2018.

Thème : La tabacologie au cœur de la santé

Lieu : Corum, Montpellier

Site du congrès : www.csft2018.com

Renseignements :

Carte Blanche

7, chemin En Barbaro, F-81710 Saïx

Tél. 33 (0)5 63 72 31 00

contact@csft2018.com

12^e EDITION

Congrès International d'Addictologie de l'ALBATROS

Mercredi 6, jeudi 7 et vendredi 8 juin 2018

PARIS

Les addictions : du défi de la prévention à l'innovation thérapeutique

www.congresalbatros.org

La 12^e édition du Congrès de l'ALBATROS aura lieu les mercredi 6, jeudi 7 et vendredi 8 juin 2018 au CAP 15 à Paris sur le thème :

"Les addictions : du défi de la prévention à l'innovation thérapeutique".

www.congresalbatros.org/programme-2018



Retrouvez la SFT au congrès Infogyn 2018 pour une session thématique femmes & tabac
Inscriptions bientôt disponibles [en ligne](#).



Congrès de la Nouvelle Société Française d'Athérosclérose
à Biarritz, du 20 au 22 juin 2018.

Vendredi 22 juin : journée commune NSFA-SFT

Les membres de la SFT qui souhaiteraient n'assister qu'à
cette journée pourront bénéficier d'une inscription à la
Journée, à tarif réduit (entre 80 et 100 euros).

Infos pratiques sur : nsfa.asso.fr

Vendredi 22 juin

9h00-11h15 Session VI Journée conjointe Société Francophone de Tabacologie - NSFA

9h00-9h30 "Polymorphismes des récepteurs à la nicotine et dépendance" **Uwe MASKOS**

9h30-9h50 "Tabac et diabète" **Vincent DURLACH**

9h50-10h10 "Tabac et lipides" **Michel FARNIER**

10h10-10h55 Pause, visites des posters et des expositions

10h55-11h25 "Cannabis et athéro-Thrombose" **Reto AUER**

11h25-12h25 Symposium PFIZER

12h25-14h00 Pause déjeuner, visites des posters et des expositions

14h00-15h30 Session parallèle VII NSFA/SFT actualités en tabaco -addictologique

14h00-14h20 "Tabac et thrombose et/ou Endothélium" **Eduardo ANGLES-CANO**

14h20-14h40 "Femme, tabagisme et risque CV" **Daniel THOMAS**

14h40-15h00 "Le contrôle du tabac" **Stephen LEQUET**

15h00-15h20 "Comment aborder un fumeur porteur d'une pathologie cardio-vasculaire" **Anne-Laurence Le FAOU**

14h00-15h30 Session parallèle VIII Hot topics

Communications orales sur sélection

15h30-16h00 Conférence Plénière "La cigarette électronique en 2018" **Ivan BERLIN**



Dear Colleagues and Friends,

It is a great pleasure for us to invite you to the **18th Annual Conference of the SRNT Europe** from **6 – 8 September 2018** in Munich, Germany.

ABSTRACT SUBMISSION

You can now submit an [abstract](#) for oral and/or poster presentation, symposia, transdisciplinary topical discussions and SRNT network meetings.

DEADLINES FOR SUBMISSIONS

- 11 March, 2018: deadline for submissions of symposia
- 8 April, 2018: deadline for submissions of oral/poster presentations and Transdisciplinary Topical Discussions (TTDs)

PROGRAMME

The SRNT Europe [scientific programme](#) will cover the broad range of disciplines involved.

This year's conference will be centered around the topic of smoking and other diseases, so we would very much appreciate contributions regarding to this relation.

REGISTRATION

The registration will open in Spring.

If you have questions we kindly ask you to check the [homepage](#) or directly contact the conference office via email srnt@eventlab.org or telephone +49 341 240596-64.

On behalf of the Organizing Committee we look forward to welcoming you to Munich in 2018!

INFORMATIONS


treatobacco.net

Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

<http://www.treatobacco.net/>

OFFRES D'EMPLOI

Médecin tabacologue à temps partiel (0,1 ETP) au service des consultations externes de l'Hôpital Stell à Rueil Malmaison (Hauts-de-Seine).

Contact :

Dr BOUKHSIBI Fatima, chef de pôle, fatima.boukhsibi@ch-rueil.fr

1 rue Charles Drot, 92500 Rueil-Malmaison

Le pôle addictions de Paul Guiraud recrute un médecin tabacologue à temps partiel

Pour son unité de consultations de tabacologie ouverte aux patients hospitalisés et suivis par le GH Paul Guiraud (établissement public de soins psychiatriques), ainsi qu'aux professionnels du site, le pôle recrute un médecin tabacologue à partir de septembre 2017.

Caractéristiques du poste :

Temps partiel : 30 %, soit 3 demi-journées

Lieu d'exercice : poste partagé entre le site de Villejuif et celui de Clamart

Consultations dédiées de tabacologie : dossiers cdtnet, COtesteur, prescription et/ou dispensation de TSN, autres prescriptions

Participation à des actions de prévention

Équipe : une infirmière et un psychiatre tabacologues réalisent également des consultations de tabacologie sur un temps partiel, et font partie par ailleurs de l'ELSA de l'établissement.

Profil du candidat :

Médecin formé en tabacologie

Expériences auprès des patients de psychiatrie bienvenues

Contacts :

Didier Touzeau, chef de pôle, didier.touzeau@gh-paulguiraud.fr, 06 08 51 10 14

Alice Deschenau, PH responsable de l'UF, alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr, 06 16 65 33 40

L'Unité de coordination de tabacologie de l'Hôpital Paul Brousse (Villejuif, Val-de-Marne) recherche un **médecin tabacologue** pour un poste de praticien attaché (2 vacations par semaine).

Prérequis : diplôme interuniversitaire de tabacologie.

Missions du poste : consultations externes (patients externes et personnels) ; liaison dans les services suivants : centre hépatobiliaire, service de cancérologie, service d'hépatogastroentérologie ; participation au staff mensuel de l'Unité ; informations du personnel médical et paramédical de l'établissement ; participation aux travaux de recherches de l'UCT.

L'UCT comprend un PH temps plein, deux praticiens attachés, une IDE tabacologue temps plein, une secrétaire temps plein, un temps psychologue. Ses missions sont : consultations externes ; liaison ; enseignements ; recherche. L'UCT est l'une des unités du département d'addictologie et de psychiatrie du Pr Benyamina. Le service d'addictologie (Centre d'enseignement, de recherche et de traitements des addictions - CERTA) prend en charge toutes les addictions avec ou sans produit, adolescents et adultes.

Contact :

Dr Patrick Dupont, Praticien hospitalier tabacologue, CERTA, APHP, GHU Paris Sud, Site Paul Brousse, 12, avenue P. Vaillant-Couturier, F-94800 Villejuif, Tél. 01 45 59 69 25, patrick.dupont@aphp.fr.

Poste de **tabacologue** (2 demi-journées) disponible à la Consultation de médecine du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (Paris) à partir du 1^{er} septembre 2017 pour cause de départ à la retraite.

Consultations d'aide au sevrage tabac (Drs Berlin, Zeganne et Iatchev, une IDE clinicienne en tabacologie Mme Pipon-Diakhaté, une diététicienne et une psychologue) et alcool (Drs Kosim et Pham) au sein d'une consultation polyvalente (médecine générale, médecine interne, rhumatologie, dermatologie, hépatogastrologie) partie prenante de l'UF d'addictologie (ELSA : Dr Edel, lits sevrage complexe : Dr Podevin et Pr Millet, UCT : Pr Dautzenberg).

Consultations mais aussi enseignement aux étudiants/stagiaires, participation aux activités transversales (Moi(s) sans tabac, projet pilote de repérage et substitution de tout patient hospitalisé...) et études.

Contact :

Dr Christian de Gennes, UF Consultation de Médecine (pôle 3I), GH Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, Tél. 01 42 17 62 61, christian.de-gennes@aphp.fr.

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

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

VU SUR LE NET

Quelques liens de nouvelles qui ont fait la une du net ce mois-ci.

[CNCT : dernières actus](#)

[Les traitements anti-tabac vont être remboursés comme n'importe quel médicament](#)

[Une étude dévoile que Netflix a un gros souci avec la cigarette](#)

[122 kilos de tabac de contrebande en provenance du Luxembourg saisis en Haute Saône](#)

[La finance commence à se détourner de l'industrie du tabac](#)

[La hausse du prix du tabac devrait rapporter 500 millions de plus à la Sécurité sociale](#)

[Tabac : les soirées de promotion illégales de Philip Morris à Paris](#)

[Tabac : l'Afrique doit redoubler d'efforts](#)

[Zimbabwe : le tabac refait recette](#)

[La bonne conscience des géants du tabac](#)

[Campagne anti-tabac : les jeunes parlent aux jeunes à Clermont-Ferrand](#)

CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser à Alice Deschenau :

alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr