

## ● Revue Cochrane : les substituts nicotiniques augmentent de moitié les chances d'arrêter de fumer

### Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation

Harmann-Boyce *et al.*, *Cochrane Review*, mai 2018

<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub5/abstract>

Une nouvelle revue Cochrane vient de paraître, afin d'évaluer l'efficacité des traitements de substitution nicotinique (TSN) dans l'aide au sevrage tabagique : gomme à mâcher, patchs à la nicotine, comprimés, sprays, inhalateurs... Les auteurs ont inclus 136 études dans leur méta-analyse, résultant de 35 ans de recherche. Seules étaient conservées les études comparant l'effet des TSN à un groupe contrôle (avec ou sans placebo), et bénéficiant d'au moins six mois de suivi. La plupart des études concernent la gomme (n = 56), dosée à 2 ou 4 mg de nicotine selon les protocoles, et les patchs (n = 51), généralement dosés à 15 mg sur 16 heures ou 21 mg sur 24 heures.

### + 50 % de sevrage à long terme

L'analyse principale portait sur 131 études et plus de 64 000 participants. Typiquement, la population était composée de sujets entre 40 et 50 ans, à parité sexuelle, fumeurs actifs avec une consommation d'au moins 15 cigarettes par jour (un paquet par jour en moyenne). Les critères de définition de l'abstinence à long terme étaient très variés : 66 % des études mesuraient une forme d'abstinence maintenue, et 29 % une abstinence ponctuelle à six mois ou plus. (Pour les autres, les critères d'abstinence étaient imprécis, ou toléraient même 2 ou 3 cigarettes par jour).

Dans cette population moyenne, l'analyse montre que les TSN augmentent de moitié le taux de sevrage tabagique à six mois ou plus (RR poolé = 1,55 ; IC 95 % 1,49 – 1,61). Le taux de sevrage spontané étant de 3 à 5 % en l'absence de prise en charge ([Hughes, 2003](#)), les substituts nicotiniques sont donc susceptibles d'augmenter ce taux de 2 ou 3 points. Un résultat modeste mais solide : les données sont largement convergentes ( $I^2 = 39\%$ ) et les analyses de sensibilité concluantes, d'où un niveau de preuve jugé élevé par les auteurs.

### Des thérapies fiables

Par ailleurs, l'efficacité relative des substituts nicotiniques s'avère peu sensible à l'intensité du soutien offert aux fumeurs désireux d'arrêter. Les TSN sont ainsi d'excellents compléments à une prise en charge annexe, de type soutien comportemental. Par ailleurs, les résultats par type de substitut nicotinique (*voir tableau ci-dessous*) tendent à montrer que la voie d'administration importe peu.

Au plan des effets indésirables, les auteurs notent des irritations cutanées avec les patchs et des ulcérations buccales avec les gommes et les comprimés. La méthodologie employée n'a pas permis de quantifier leur fréquence. En accord avec la littérature antérieure, ils relèvent que les effets de type « douleurs thoraciques et palpitations » sont deux fois plus fréquents sous TSN (OR poolé = 1,88 ; IC 95 % 1,37 – 2,57 ; 15 essais et 11 074 participants), mais restent rares (2,5 % des cas).

Type of NRT	RR	95% CI	I <sup>2</sup>	N of studies	N of participants Intervention/Control
Gum	1.49	1.40 to 1.60	40%	56*	10,596 / 11,985
Patch	1.64	1.53 to 1.75	24%	51	13,773 / 11,981
Inhalator	1.90	1.36 to 2.67	0%	4	490 / 486
Intranasal spray	2.02	1.49 to 2.73	0%	4	448 / 439
Tablets/lozenges	1.52	1.32 to 1.74	71%	8*	2326 / 2113
Oral spray	2.48	1.24 to 4.94	N/A	1	318 / 161
Choice of product	1.37	1.25 to 1.52	42%	7	4179 / 4109
Patch and inhalator	1.07	0.57 to 1.99	NA	1	136 / 109
Patch and lozenge	1.83	1.01 to 3.31	N/A	1	267 / 41
Patch and gum	1.15	0.64 to 2.06	50%	2	173 / 86
Patch, gum and lozenge	15.00	2.00 to 112.54	N/A	1	212 / 212

### **Efficacité des différentes formes de substituts nicotiques sur le taux d'abstinence à long terme.**

*Gum : gomme à mâcher ; tablets/lozenges : comprimés/pastilles ; choice of product : choix du produit laissé à la discrétion du patient ; N/A : non applicable.*

*\* Inclut une étude comptée double dans l'analyse.*

*L'indicateur I<sup>2</sup> mesure l'hétérogénéité entre les études : un I<sup>2</sup> élevé (supérieur à 50 %) invite à considérer avec prudence le RR poolé correspondant.*

Les auteurs se sont également penchés sur l'efficacité des TSN au sein de populations spécifiques. Chez les fumeurs en récidence, le manque de données empêche de conclure dans un sens ou dans l'autre. Les auteurs relèvent une étude ([Gourlay, 1995](#)) ayant montré une hausse de l'abstinence ponctuelle à 28 jours (RR = 2,49 ; IC 95 % 1,11 – 5,57).

### **Incertitude chez les femmes enceintes**

Chez les femmes enceintes, les études contrôlées randomisées suggèrent que les substituts nicotiques améliorent le taux d'abstinence au moment du péri-partum ou du post-partum (RR poolé = 1,32 ; IC 95 % 1,04 – 1,69 ; I<sup>2</sup> = 23 % ; 6 études et 2129 participantes). Mais ces résultats sont très fragiles : la revue Cochrane parue en 2015 sur le sujet ([Coleman et al., 2015](#)) relève que cet effet des TSN n'est plus significatif dès lors qu'on ne conserve que les études contre placebo (n= 4) dans l'analyse.

La première revue Cochrane sur les TSN date de 1996. Celle-ci a vocation à être la dernière, les auteurs estimant que « *la question de savoir si les TSN aident les gens à arrêter est définitivement réglée* » et que de futures recherches ont peu de chances de conduire à une révision de la taille d'effet observée. Les prochaines études Cochrane prendront le parti de s'intéresser à des questions subsidiaires telles que l'efficacité des dosages, la comparaison TSN vs autre pharmacothérapie d'aide au sevrage, ou encore l'effet des TSN sur les femmes enceintes et les adolescents.

## ● Arrêt du tabac en entreprise : l'incitation financière est un bon complément à l'aide au sevrage

### **A Pragmatic Trial of E-Cigarettes, Incentives, and Drugs for Smoking Cessation**

Halpern et al., *NEJM*, 23 mai 2018

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1715757>

La prévention du tabagisme en entreprise est bien implantée outre-Atlantique. La plupart des grandes entreprises américaines proposent ainsi des services d'aide à l'arrêt du tabac à leurs employés volontaires : chewing-gum, patches à la nicotine voire, dans la moitié des cas, des incitations financières. Dans cet essai contrôlé randomisé à vocation résolument pragmatique, Scott Halpern (université du Michigan) et ses collègues ont entrepris d'évaluer l'efficacité de ces différentes stratégies, sur plus de 6000 fumeurs travaillant dans 54 entreprises.

Sur les 6131 fumeurs contactés, 6006 ont accepté de participer à l'étude (âge médian 44 ans). Un quart d'entre eux souhaitaient arrêter de fumer immédiatement, 60 % l'envisageaient dans le futur, et 10 % n'avaient pas l'intention d'arrêter. L'objectif était d'atteindre un sevrage maintenu pendant six mois, confirmé à 1, 3 et 6 mois par un dosage des métabolites de la nicotine urinaire (ou un test sanguin pour les utilisateurs de patchs et de cigarettes électroniques).

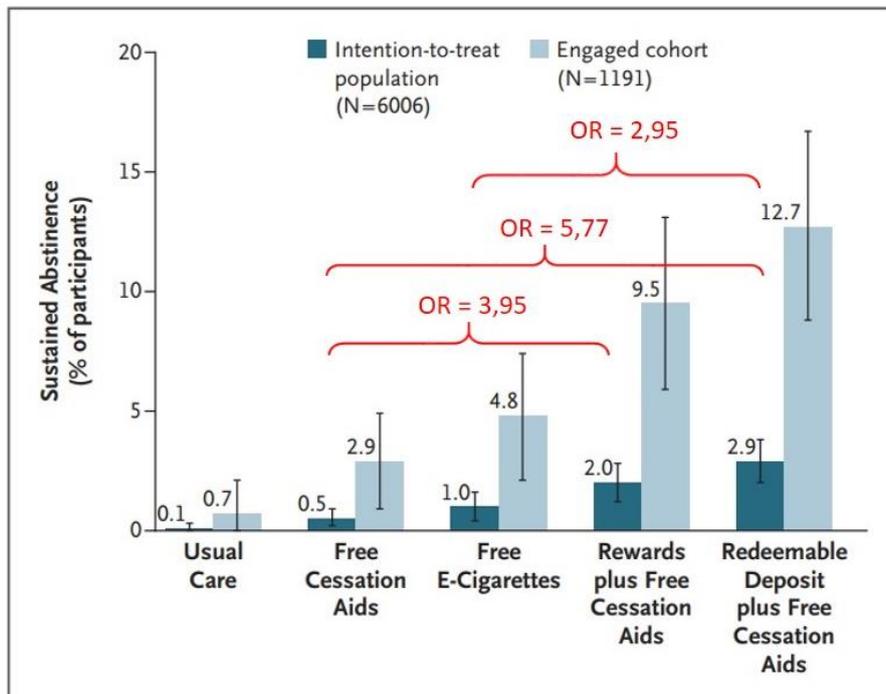
Dans le groupe contrôle, les participants bénéficiaient de la prise en charge la plus commune en entreprise : des informations d'aide à l'arrêt disponibles sur un site web + un service de suivi par SMS. Dans les quatre groupes intervention, cette prise en charge était complétée par les moyens suivants : des aides au sevrage fournies gratuitement (substituts nicotiques ou pharmacothérapie + cigarettes électroniques seulement en cas d'échec du sevrage) ; des cigarettes électroniques fournies gratuitement ; des aides au sevrage gratuites + une somme de 600 dollars versée au bout de six mois d'abstinence. Dans le cinquième et dernier groupe, l'incitation financière était graduelle, afin de maintenir la motivation au cours du sevrage : les versements avaient lieu à chaque étape en cas d'abstinence avérée, et retirés dans le cas contraire, pour un total de 600 dollars.

Dans l'ensemble, 1,3 % des participants recrutés (n = 80) ont réussi à arrêter de fumer durablement. La comparaison intergroupes montre des différences notables selon les méthodes employées (*voir figure ci-dessous*).

### **La compensation financière triple le taux d'abstinence**

Avec la prise en charge habituelle, qui a servi de base de comparaison, le taux d'abstinence maintenue à six mois était de 0,1 % (IC 95 % 0 – 0,3). Un seul participant de ce groupe a arrêté de fumer durablement, de sorte que l'efficacité de cette méthode apparaît comme à peu près nulle. La méthode la plus efficace combinait les aides au sevrage à la compensation financière, avec des taux d'abstinence de 2,0 % (IC 95 % 1,2 – 2,8) dans le groupe 4 (aides au sevrage + récompense différée) et de 2,9 % (IC 95 % 2,0 – 3,8) dans le groupe 5 (aides au sevrage + récompense graduelle).

La plupart des différences observées entre les groupes n'étant pas significatives, les conclusions de l'étude ne doivent pas être surestimées. Il apparaît en particulier que le fait de fournir gratuitement des cigarettes électroniques n'améliorait pas significativement l'abstinence. En revanche, l'ajout d'une incitation financière semble avoir au moins triplé le taux d'abstinence par rapport aux seules aides au sevrage classiques : OR = 3,95 (IC 95 % 1,77 – 8,84) en cas de récompense financière différée et OR = 5,77 (IC 95 % 2,66 – 12,5) en cas de récompense graduelle. Le mode de versement de cette incitation n'a pas eu d'influence significative.



### Abstinence maintenue à six mois après la date de sevrage programmée.

*Usual care* : prise en charge habituelle (site web, suivi sms) ; *free cessation aids* : aides au sevrage ; *rewards + free cessation aids* : incitation financière en cas d'objectif réussi + aides au sevrage gratuites ; *redeemable deposit + free cessation aids* : incitation financière graduelle + aides au sevrage gratuites.

La population initiale (n = 6006) est composée des volontaires de l'étude, et la cohorte engagée (n = 1191) des participants s'étant connectés au moins une fois sur le site web pendant l'essai.

Les taux d'abstinence de la population initiale (analyse en intention-de-traiter) sont en bleu sombre, et ceux de la cohorte initiale (analyse per protocole) en bleu clair. Les barres figurent les intervalles de confiance à 95 %.

La figure a été modifiée afin de mettre en évidence les comparaisons statistiquement significatives en intention-de-traiter et les odds ratio associés (en rouge).

L'étude est également assortie d'un volet médico-économique (voir tableau ci-dessous). Il montre que la méthode la plus complète (aides au sevrage + compensation financière) est logiquement la plus coûteuse : elle représente de 73 à 100 dollars par participant, contre 40 dollars pour les aides au sevrage seules. En revanche, cette méthode est la plus efficiente au plan médico-économique : il en coûte environ 3500 dollars par sevrage réussi, soit deux fois moins que les aides au sevrage seules.

**Table 3.** Average Cost among All Participants and Cost per Successful Quit.\*

Trial Group	Average Cost across Participants‡	Cost per Successful Quit
	U.S. \$ (95% CI)	U.S. \$
Usual care‡	0.82 (0.29–1.67)	700.00
Free cessation aids	39.55 (26.76–56.30)	7,797.52
Free e-cigarettes	54.01 (36.09–77.82)	5,416.33
Rewards	72.65 (51.94–98.85)	3,623.13
Redeemable deposit	100.96 (76.82–128.80)	3,461.47

### Coût moyen pour l'ensemble des participants et coût par sevrage obtenu.

\* Le coût de prise en charge prend en compte les informations (site web), les tests sanguins et urinaires (et les compensations afférentes), le prix des substituts nicotiques, des médicaments d'aide au sevrage tabagique et des cigarettes électroniques fournis gratuitement aux participants.

‡ Un seul participant a arrêté de fumer dans le groupe « prise en charge habituelle ».

## ● Le tabac responsable de 66 000 cancers par an en France

### Cancers attributable to tobacco smoking in France in 2015

Cao et al., *European Journal of Public Health*, mai 2018

<https://academic.oup.com/eurpub/advance-article-abstract/doi/10.1093/eurpub/cky077/4993388>

Cette étude, pilotée par le Centre international de recherche sur le cancer de l'OMS et financée par l'INCa, visait à évaluer la fraction des cancers attribuables au tabac dans la population adulte française. Pour ce faire, les auteurs se sont fondés sur les risques relatifs de cancers évalués en population américaine, sur une cohorte de 1,2 million d'adultes suivis entre 1982 et 2002 (Cancer Prevention Study II). Les RR correspondants s'échelonnent de 1,2 pour le cancer colorectal à 21,3 pour le cancer du poumon (*voir tableau ci-dessous*).

Cancer site	ICD10	Relative risk (95% CI)		Reference
		Males	Females	
Oral cavity & pharynx	C01-14	10.9	5.1	US Surgeon General's report 2004 <sup>3</sup>
Oesophagus	C15	6.8	7.8	US Surgeon General's report 2004 <sup>3</sup>
Stomach	C16	2.2 (1.8-2.7)	1.5 (1.2-1.9)	Ezzati et al. 2005 <sup>14</sup>
Colon-rectum	C18-20	1.2 (1.0-1.6)	1.3 (1.0-1.7)	Hannan et al. 2009 <sup>16</sup>
Liver	C22	2.3 (1.5-3.8)	1.5 (0.8-2.7)	Ezzati et al. 2005 <sup>14</sup>
Pancreas	C25	2.2 (1.7-2.8)	2.2 (1.8-2.8)	Ezzati et al. 2005 <sup>14</sup>
Larynx	C32	14.6	13.0	US Surgeon General's report 2004 <sup>3</sup>
Lung	C33-34	21.3 (17.7-25.6)	12.5 (10.9-14.3)	Ezzati et al. 2005 <sup>14</sup>
Cervix	C53		1.5 (0.9-2.6)	Ezzati et al. 2005 <sup>14</sup>
Ovary (mucinous)	C56.9		2.1 (1.7-2.7)	Jordan et al. 2006 <sup>15</sup>
Kidney	C64-66, C68	2.5 (1.8-3.6)	1.5 (1.0-2.1)	Ezzati et al. 2005 <sup>14</sup>
Urinary bladder	C67	3.0 (2.1-4.3)	2.4 (1.5-4.1)	Ezzati et al. 2005 <sup>14</sup>
Acute myelogenous leukaemia	C92.0	1.9 (1.3-2.9)	1.2 (0.8-1.8)	Ezzati et al. 2005 <sup>14</sup>

### Risques relatifs de mort par cancer retenus pour l'étude.

*Liver : foie ; lung : poumon ; cervix : col de l'utérus ; kidney : rein ; urinary bladder : vessie ; acute myelogenous leukaemia : leucémie aiguë myéloïde.*

*Les RR concernent les risques des fumeurs actuels par rapport aux personnes n'ayant jamais fumé.*

La part attribuable au tabac dans la mortalité par cancer a été estimée en deux volets. Le premier, classique, a consisté à comparer la mortalité réelle par cancer au sein de la population française à celle obtenue sous l'hypothèse d'une population entièrement composée de non-fumeurs.

### Un cancer sur cinq imputable au tabac

Dans l'ensemble, le tabagisme actif était responsable de 66 150 nouveaux cas de cancers pour l'année 2015, soit 19 % de l'incidence totale chez les adultes (*voir tableau ci-dessous*). Les résultats sont très contrastés selon les sexes : la part attribuable au tabac dans les cancers est de 28 % chez les hommes, contre seulement 8 % chez les femmes.

Dans la moitié des cas, les cancers liés au tabac sont localisés au niveau du poumon (fraction attribuable de 88 % chez les hommes et 63 % chez les femmes). Les autres cancers les plus fréquemment liés au tabac sont les cancers du larynx (FA 84 % chez les hommes et 68 % chez les femmes), les cancers ORL (80 % et 42 %) et de l'œsophage (69 % et 45 %).

Cancer site		Males	Females	Total
Lung	Observed	29 097	11 353	40 450
	Tob. Attrib.	25 494	7192	32 686
	PAF (%)	88	63	81
Oral cavity & pharynx	Observed	10 193	3060	13 253
	Tob. Attrib.	8177	1281	9458
	PAF (%)	80	42	71
Bladder	Observed	10 307	2237	12 544
	Tob. Attrib.	4046	287	4333
	PAF (%)	39	13	35
Oesophagus	Observed	4509	1108	5617
	Tob. Attrib.	3101	497	3598
	PAF (%)	69	45	64
Kidney	Observed	8020	4072	12 092
	Tob. Attrib.	2940	314	3254
	PAF (%)	37	8	27
Larynx	Observed	3025	415	3440
	Tob. Attrib.	2547	281	2828
	PAF (%)	84	68	82
Liver	Observed	7359	1713	9072
	Tob. Attrib.	2500	117	2617
	PAF (%)	34	7	29
Colon & rectum	Observed	21 824	17 822	39 646
	Tob. Attrib.	1838	771	2608
	PAF (%)	8	4	7
Pancreas	Observed	5748	5554	11 302
	Tob. Attrib.	1778	749	2527
	PAF (%)	31	13	22
Stomach	Observed	4745	2423	7168
	Tob. Attrib.	1388	145	1533
	PAF (%)	29	6	21
Acute myelogenous leukaemia	Observed	1527	1364	2891
	Tob. Attrib.	334	55	389
	PAF (%)	22	4	13
Cervix	Observed		2863	2863
	Tob. Attrib.		265	265
	PAF (%)		9	9
Mucinous ovary	Observed		306	306
	Tob. Attrib.		54	54
	PAF (%)		18	18
Total	Observed (All Sites)	190 254	155 919	346 173
	Tob. Attrib.	54 142	12 008	66 150
	PAF (%)	28	8	19

**Nombre total estimé et fraction attribuable de cancers liés au tabac au sein de la population française de plus de 30 ans, pour l'année 2015.**

*Liver* : foie ; *lung* : poumon ; *cervix* : col de l'utérus ; *kidney* : rein ; *urinary bladder* : vessie ; *acute myelogenous leukaemia* : leucémie aiguë myéloïde.

*Observed* : incidence réelle ; *Tob. attrib* : nombre de cancers imputables au tabac ; *PAF* : fraction attribuable.

L'emploi de données épidémiologiques américaines en population française est la principale limitation de cette étude. Elle suppose notamment que les facteurs de risque de cancer chez les non-fumeurs soient analogues aux États-Unis et en France. Pour évaluer cette hypothèse, les auteurs ont mené une analyse de sensibilité sur la base de données européennes. Les résultats suggèrent que les fractions attribuables estimées de certains cancers, notamment l'œsophage, sont sujettes à caution.

Dans un second volet, les auteurs ont entrepris d'estimer la mortalité attribuable au tabagisme passif à domicile. (Faute de données, le tabagisme passif sur le lieu de travail et dans les lieux publics n'a pu être pris en compte.) Au total, le tabagisme passif à domicile pouvait être tenu pour responsable de 178 cas de cancers du poumon en 2015 : 36 chez les hommes et 142 chez les femmes. Du fait des hypothèses retenues (temps de latence de 10 ans, exposition calculée sur des données récentes...), il s'agit là d'une estimation basse.

## ● Les lois anti-tabac permettent bien de réduire le risque cardiovasculaire

### Longitudinal Associations of SmokeFree Policies and Incident Cardiovascular Disease

Mayne *et al.*, *Circulation*, mai 2018

<http://circ.ahajournals.org/content/early/2018/05/03/CIRCULATIONAHA.117.032302.long>

Les interdictions de fumer dans les lieux publics et sur le lieu de travail (« *smoke-free policies* ») ont entraîné une diminution des accidents cardiovasculaires aux États-Unis, comme dans les autres pays ayant mis en place ce type de mesure. Les études épidémiologiques qui le montrent ont une forte validité écologique, mais elles n'ont pu contrôler tous les facteurs de confusion possibles. Cette étude d'association vise à y remédier, en croisant des informations sur le lieu d'habitation des participants et le risque d'événement cardiovasculaire.

Les auteurs ont analysé les données de la cohorte américaine Cardia (*Coronary Artery Risk Development in Young Adults*), qui compte plus de 5000 jeunes adultes recrutés en 1985 dans quatre grandes villes américaines (Birmingham, Chicago, Minneapolis, Oakland). Du fait de la mise en place progressive et décentralisée des lois anti-tabac aux États-Unis, les participants se sont trouvés confrontés aux interdictions à des moments divers, en fonction de leur lieu de résidence. Au total, 3783 participants ont été inclus dans l'analyse (35 ans d'âge moyen à l'inclusion) et suivis sur une durée médiane de 20 ans, de 1995 à 2015.

En première analyse, les interdictions de fumer étaient liées à un risque largement minoré, aussi bien dans les restaurants (HR = 0,60) et les bars (HR = 0,55) que sur le lieu de travail (HR = 0,45). Les auteurs ont employé quatre modèles de régression linéaire afin de contrôler les facteurs de confusion possibles. Le modèle le plus complet contrôlait les caractéristiques sociodémographiques des participants, leurs facteurs de risque cardiovasculaires, les éventuelles restrictions d'accès au tabac (taxe sur les cigarettes et interdiction effective de fumer au bureau) et les caractéristiques du lieu de résidence (ville de résidence et taux de pauvreté).

### - 40 % d'événements cardiovasculaires

La réduction du risque cardiovasculaire résistait bien à l'ajustement (*voir tableau ci-dessous*). Dans le modèle contrôlant le maximum de variables, l'interdiction de fumer était liée à une réduction de 25 % du risque cardiovasculaire pour les restaurants (HR ajusté = 0,75 ; IC 95 % 0,49 – 1,15) et les bars (HR ajusté = 0,76 ; IC 95 % 0,47 – 1,24), et de presque 50 % dans le cas du lieu de travail (HR ajusté = 0,54 ; IC 95 % 0,34 – 0,86). Les risques ajustés n'étaient pas tous significatifs dans ce modèle, mais il ne s'agit là que d'un manque marginal de puissance statistique. De fait, les résultats restaient significatifs dans les modèles d'ajustement intermédiaire.

Après ajustement pour l'ensemble des facteurs de confusion listés, les lois interdisant de fumer dans les lieux publics et au travail étaient globalement liées à une réduction du nombre d'événements cardiovasculaires d'environ 40 % (HR ajusté = 0,58 ; IC 95 % 0,33 – 1,00). Le principal facteur de confusion pertinent et non contrôlé par cette étude était le niveau de pollution. Ces résultats, combinés aux précédentes études épidémiologiques de portée plus écologique, confirment l'efficacité des lois anti-tabac dans la prévention cardiovasculaire.

Incident Cardiovascular Disease	HR (95% CI)				
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Association of living in an area with:					
Restaurant smoke-free policy (vs not)	0.60 (0.42–0.85)	0.58 (0.40–0.84)	0.65 (0.45–0.93)	0.66 (0.44–0.97)	0.75 (0.49–1.15)
Bar smoke-free policy (vs not)	0.55 (0.39–0.78)	0.62 (0.44–0.88)	0.67 (0.47–0.95)	0.65 (0.43–0.99)	0.76 (0.47–1.24)
Workplace smoke-free policy (vs not)	0.45 (0.31–0.64)	0.50 (0.35–0.72)	0.55 (0.38–0.79)	0.51 (0.34–0.78)	0.54 (0.34–0.86)
All 3 policies (vs none)	0.40 (0.27–0.59)	0.40 (0.26–0.61)	0.46 (0.30–0.69)	0.49 (0.30–0.79)	0.58 (0.33–1.00)

### Association entre les lois d'interdiction de fumer et le risque cardiovasculaire aux États-Unis, entre 1995 et 2015 (N = 3783).

\* Les événements cardiovasculaires retenus étaient l'infarctus du myocarde (fatal ou non), le syndrome coronaire aigu ST-, l'AVC et l'insuffisance cardiaque congestive.

† L'exposition d'un participant à une loi d'interdiction de fumer était définie comme positive lorsque celui-ci résidait dans un état, un comté ou une localité où l'interdiction était appliquée à 100 %. Il s'agit d'une variable dépendant du temps.

‡ Les résultats sont issus de modèles à risques proportionnels de Cox avec covariable dépendant du temps. Le modèle 1 n'est pas ajusté. Le modèle 2 contrôle les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, groupe ethnique, niveau d'éducation, revenu du foyer et statut marital, ces deux dernières variables dépendant du temps). Le modèle 3 contrôle, en plus du modèle 2, les facteurs de risque cardiovasculaires (IMC dépendant du temps, activité physique totale, hypertension, diabète, dyslipidémie, nombre moyens de cigarettes fumées par jour, consommation d'alcool). Le modèle 4 contrôle, en plus du modèle 3, l'existence d'une taxe sur le tabac dans l'état de résidence (dépendant du temps) et, dans le cas d'une interdiction légale de fumer sur le lieu de travail, si le participant a fait état d'une interdiction effective. Le modèle 5 contrôle, en plus du modèle 4, le centre de recueil de données Cardia dont relève le participant (dépendant du temps) et le taux de pauvreté dans l'aire urbaine du participant.

## ● Tabagisme et cancer du poumon : un risque important même 25 ans après le sevrage

### Lifetime Smoking History and Risk of Lung Cancer: Results From the Framingham Heart Study

Tindle et al., *Journal of the National Cancer Institute*, mai 2018

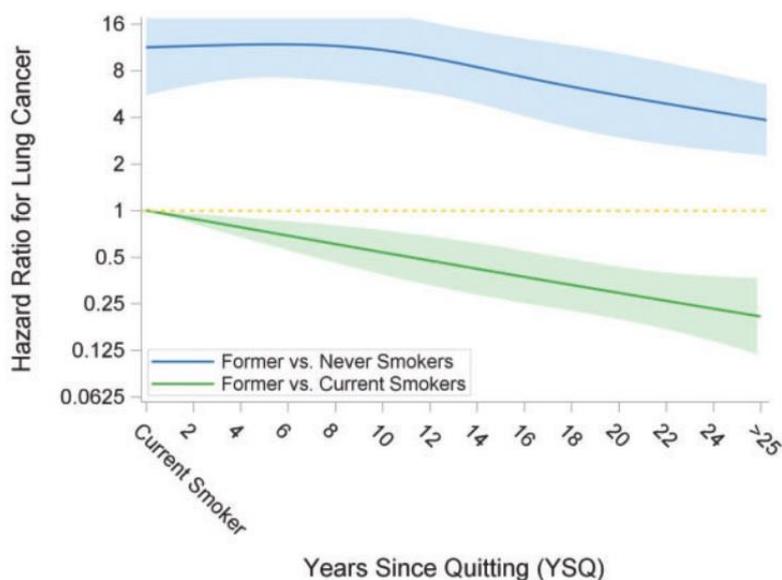
<https://academic.oup.com/jnci/advance-article-abstract/doi/10.1093/jnci/djy041/4996947>

Chez les anciens fumeurs, le risque résiduel de cancer du poumon n'est pas bien connu à très long terme. Or les recommandations américaines conseillent de ne plus dépister au-delà de 15 ans après l'arrêt du tabac, afin de maintenir une balance bénéfices-risques favorable au regard du risque de surtraitement et de cancer radio-induit. Cette étude vise à explorer le risque résiduel au-delà de 15 ans de sevrage, et à interroger la pertinence d'un tel seuil.

Les auteurs ont recueilli les données issues de deux cohortes américaines, la Framingham Heart Study Original (N = 3905) et la Offspring (N = 5002), âgées en moyenne de 50 et 36 ans. L'analyse était restreinte aux participants cumulant au moins 21,3 paquets-années, qu'ils soient fumeurs actuels ou anciens fumeurs, avec un suivi médian de 28,7 ans. Un total de 284 cas de cancer du poumon a été diagnostiqué au sein des deux cohortes, essentiellement (à 92,7 %) chez ces « gros fumeurs ».

### Bénéfice immédiat au sevrage

À l'analyse multivariée, les participants ayant arrêté de fumer depuis moins de cinq ans avaient un risque de cancer du poumon inférieur de 40 % à celui des fumeurs actuels (HR ajusté = 0,61 ; IC 95 % 0,4 – 0,93). À l'arrêt du tabac, le sur-risque par rapport aux fumeurs persistants décroissait de façon exponentielle (*voir figure ci-dessous, à échelle logarithmique*), ce qui illustre les bénéfices immédiats du sevrage tabagique.



### Risque de cancer du poumon chez les fumeurs actuels et les non-fumeurs en fonction de la durée de sevrage.

*Hazard ratio for lung cancer : HR pour le cancer du poumon ; current smoker : fumeur actuel ; years since quitting : années écoulées depuis l'arrêt du tabac.*

*En bleu : anciens fumeurs vs non-fumeurs. En vert : anciens fumeurs vs fumeurs actuels.*

*Le modèle employé est une régression non linéaire ajustée pour l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la décennie du diagnostic, et la consommation d'alcool. L'analyse se limite aux anciens fumeurs cumulant au moins 21,3 paquets-années.*

Par rapport aux non-fumeurs, le sur-risque de cancer du poumon reste en revanche pratiquement stable les dix premières années après le sevrage, aux alentours HR = 12. Ce n'est qu'à compter de la dixième année de sevrage que le risque amorce une diminution très progressive. Le risque de cancer chez les anciens « gros fumeurs » reste encore 6 fois supérieur à la normale entre 15 et 24 ans après l'arrêt du tabac (HR ajusté = 5,88 ; IC 95 % 3,19 – 10,83) et 4 fois supérieur au-delà de 25 ans (HR ajusté = 3,85 ; IC 95 % 1,80 – 8,26).

### **Vers un dépistage au-delà de 15 ans aux États-Unis ?**

Cette décroissance très lente n'est pas sans conséquence sur le dépistage. Les auteurs ont calculé que 41 % des cancers du poumon chez les anciens fumeurs se déclareraient plus de 15 ans après l'arrêt du tabac. Il s'ensuit que le seuil de 15 ans au-delà duquel le dépistage n'est pas remboursé aux États-Unis n'est peut-être pas justifié, bien que les auteurs appellent à conduire d'autres études avant d'envisager une remise en question.

En France, la Haute autorité de santé s'est récemment prononcée ([HAS, 2016](#)) contre un dépistage ciblé du cancer du poumon par tomodensitométrie à rayons X, estimant que les données scientifiques étaient insuffisantes – seul l'essai américain NSLT démontre un bénéfice ([Bach et al., 2012](#)) – et son coût trop élevé. Ces conclusions s'appuient sur des prémisses jugées comme discutables par certains experts, telles que la possibilité restreinte de traiter les cancers détectés à un stade précoce, la difficulté à définir une population cible ou l'existence de complications graves, voire mortelles, liées à l'exploration d'anomalies non cancéreuses identifiées au scanner.

---

## CONGRÈS



Le 12<sup>e</sup> 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](http://www.csft2018.com)

Renseignements :

Carte Blanche

7, chemin En Barbaro, F-81710 Saix

Tél. 33 (0)5 63 72 31 00

[contact@csft2018.com](mailto:contact@csft2018.com)



Retrouvez la SFT au congrès Infogyn 2018, qui se tiendra du 4 au 6 octobre 2018 à Pau, pour une session thématique femmes & tabac. Inscriptions [disponibles en ligne](#).



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.

#### 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 [is available online](#).

If you have questions we kindly ask you to check the [homepage](#) or directly contact the conference office via email [srnt@eventlab.org](mailto: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!*

Tab'Actu

**10<sup>ème</sup>**  
**Rencontre**  
**annuelle**

**6 Décembre 2018**

**Domaine de l'Asnée**  
Salle Rome

**VILLERS-lès-NANCY**  
11 rue de Laxou – 54 600

CHRU DE NANCY  
Unité de Coordination de Tabacologie  
Bâtiment des spécialités médicales Philippe Carton  
Rue de Maréchal - 54 511 Vandœuvre-de-Nancy  
Tél. : 03 83 15 34 08 Fax : 03 83 15 35 41  
e-mail : a.spinosa@chru-nancy.fr

10<sup>e</sup> rencontre annuelle de l'AALT, l'Association des  
acteurs lorrains en tabacologie

Le 6 décembre 2018

Contact :

TEL : 03 83 15 34 08 - FAX : 03 83 15 35 41  
MEL : a.spinosa@chru-nancy.fr

---

## **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](mailto:fatima.boukhsibi@ch-rueil.fr)

1 rue Charles Drot, 92500 Rueil-Malmaison

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'hépto-gastroentérologie ; 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](mailto:patrick.dupont@aphp.fr).

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

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

---

## INFORMATIONS

La *Revue de pneumologie clinique* vient de publier un numéro spécial « Tabacologie », coordonné et préfacé par Bertrand Dautzenberg. Plusieurs membres de la SFT ont collaboré à la mise en œuvre de ce numéro, [disponible en ligne](#).

---

## VU SUR LE NET

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

### CNCT : dernières actus

[Le tabac mis au ban des parcs de Strasbourg](#)

[Le protocole contre la contrebande de tabac en vigueur en septembre](#)

[Tabac, alcool, malbouffe, obésité... 40% des cancers seraient évitables en France](#)

[670 kg de tabac à Narguilé saisis dans une laverie de Creil](#)

[Santé. Les enfants, premières victimes de l'industrie du tabac](#)

[Grâce aux jeux olympiques, Tokyo va interdire le tabac dans les bars et les restaurants](#)

[Cigarette : les taux de goudron et de nicotine bien supérieurs à ceux affichés](#)

[A Caen, 1000 cigarettes électroniques pour lutter contre le tabac en prison](#)

---

## CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser à Alice Deschenau : [alice.deschenau@gh-paulquiraud.fr](mailto:alice.deschenau@gh-paulquiraud.fr)