

● Le tabagisme maternel double le risque de mort subite du nourrisson

Maternal Smoking Before and During Pregnancy and the Risk of Sudden Unexpected Infant Death

Anderson *et al.*, *Pediatrics*, avril 2019.

<https://pediatrics.aappublications.org/content/early/2019/03/07/peds.2018-3325..info>

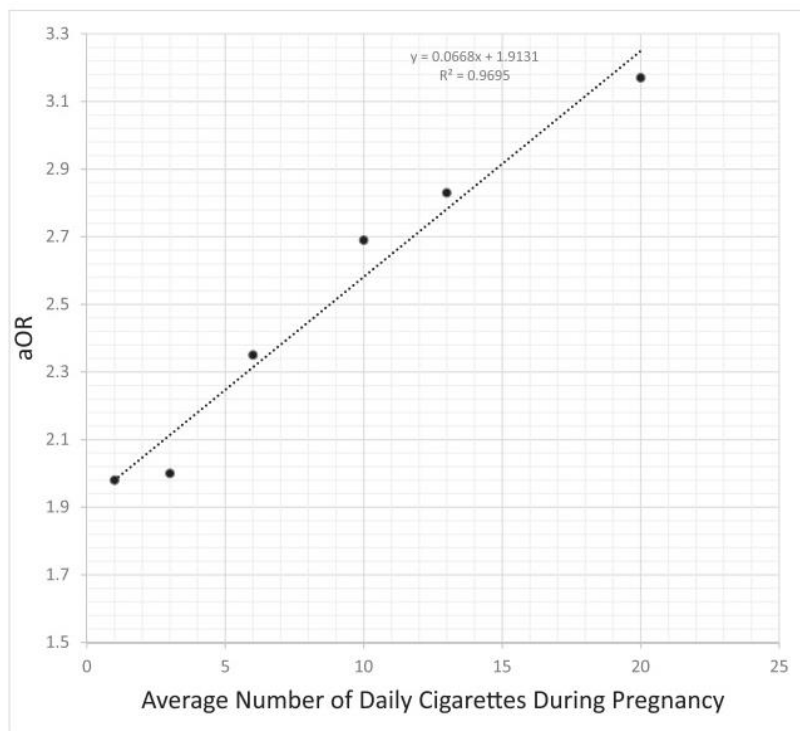
Le tabagisme maternel accroît le risque de mort subite du nourrisson (MSN) au point qu'il est considéré comme l'un des principaux facteurs de risque évitables en la matière. Cette étude de cohorte d'une ampleur inédite vise à préciser, et surtout quantifier, ce lien. Réalisée auprès des Centers for Disease Control (CDC), elle agrège l'ensemble des données de natalité de la population américaine entre 2007 et 2011, soit plus de 20 millions de naissances et 19 127 cas de MSN identifiés. Le tabagisme maternel et son ampleur ont été recueillis sur un mode déclaratif.

Dans le modèle ajusté, le tabagisme maternel était associé à un risque doublé de MSN (OR ajusté = 1,98 ; IC 95 % 1,73 – 2,28) dès la consommation de 1 cigarette par jour. Le sur-risque entretient une relation linéaire à la consommation ($OR \text{ ajusté} = 1,91 + 0,07 \times N_{\text{cig./j}}$), avec un effet de plafond au-delà de 20 cigarettes par jour (*voir tableau ci-dessous et figure en page suivante*). Doublé à faible consommation, le risque est multiplié par trois chez les mères ayant une consommation de tabac modérée ou élevée.

No. Daily Cigarettes	Odds Ratio	95% CI	
		Lower Bound	Upper Bound
0	1	—	—
1	1.98	1.73	2.28
3	2	1.8	2.22
6	2.35	2.11	2.56
10	2.69	2.5	2.98
13	2.83	2.43	3.24
20	3.17	2.87	3.51

Régression logistique de risque de mort subite du nourrisson en fonction de la consommation tabagique moyenne de la mère pendant la grossesse.

Le modèle a été ajusté pour le groupe ethnique des parents, leur âge, le statut marital de la mère, son niveau d'éducation, la parité de la naissance, le nombre de consultations en obstétrique, la durée de la grossesse (en semaines), le type d'accouchement (voie basse ou césarienne), le sexe de l'enfant et son poids de naissance.



Risque de mort subite du nourrisson en fonction du tabagisme de la mère.

En abscisse : consommation tabagique moyenne de la mère pendant la grossesse (cig./j) ; en ordonnée : OR ajusté.

Pour conforter ces données déjà très probantes, les auteurs ont mesuré l'effet de l'arrêt du tabac pendant la grossesse. Par rapport aux mères ayant continué à fumer tout au long de leur grossesse (55 % de l'échantillon), celles ayant réduit leur consommation (24 % de l'échantillon) au cours des deux premiers trimestres connaissaient un risque réduit de MSN (OR ajusté = 0,88 ; IC 95 % 0,79 – 0,98). Ce risque était encore plus faible pour celles (20 %) ayant réussi à arrêter de fumer durant la même période (OR ajusté = 0,77 ; IC 95 % 0,67 – 0,87).

Par ailleurs, le risque était logiquement croissant selon que les mères étaient : fumeuses avant la grossesse et pas après (OR ajusté = 1,47 ; IC 95 % 1,16 – 1,87), non fumeuse avant la grossesse mais fumeuses pendant (OR ajusté = 2,22 ; IC 95 % 1,15 – 4,29), fumeuses aussi bien avant que pendant la grossesse (OR ajusté = 2,52 ; IC 95 % 2,25 – 2,83).

800 décès par an aux US

Tous ces éléments suggèrent fortement une relation de cause à effet entre la consommation de tabac et le risque de mort inexpliquée du nourrisson. Sous cette hypothèse, les auteurs estiment que 22 % des cas de MSN aux États-Unis sont causés par le tabac, ce qui représente environ 800 décès par an.

Le meilleur prédicteur du risque de MSN était le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement au cours des trois trimestres de grossesse. Il en résulte qu'une femme qui fume 20 cigarettes par jour pendant le premier trimestre puis réduit sa consommation de moitié pour le reste de sa grossesse prend autant de risques qu'une femme qui fume 13 cigarettes par jour tout au long de sa grossesse.

La nature des mécanismes physiopathologiques en jeu dans la MSN n'est pas bien connue, mais plusieurs travaux suggèrent que la nicotine ou d'autres composants du tabac altèrent le fonctionnement des neurones sérotoninergiques du tronc cérébral, notamment impliqués dans la respiration, le sommeil et la régulation du système nerveux autonome.

● Enquête Escapad : le risque suicidaire associé au tabagisme régulier

Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011.

Janssen et al., *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, février 2019.

Accès libre : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/pdf/2019_3-4_6.pdf

L'enquête Escapad, menée tous les ans en France métropolitaine lors de la Journée défense et citoyenneté, permet d'obtenir des informations sur la santé des adolescents français (17 ans en moyenne) et leur consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis et autres), sur la base d'un questionnaire anonyme auto-administré. Ce volet de l'enquête s'est penché sur le risque suicidaire et les facteurs associés, sur la base de deux indicateurs, introduits à partir de 2011 dans le questionnaire : les tentatives de suicide et les pensées suicidaires.

D'après les résultats de l'enquête 2017, plus d'un cinquième des adolescents interrogés présentaient un syndrome dépressif (évalué sur la base de l'[Adolescent Depression Rating Scale](#)), modéré pour 16,6 % et sévère pour 4,5 % d'entre eux. Par ailleurs, les adolescents étaient 11,4 % à avoir eu des pensées suicidaires (PS) dans les 12 derniers mois et 2,9 % à déclarer avoir déjà fait une tentative de suicide (TS) ayant conduit à une hospitalisation (*voir tableau ci-dessous*). Dans les deux cas, la prévalence était environ deux fois supérieure chez les filles, qui sont également les seules à connaître une progression significative des taux de PS et de TS entre 2011 et 2017.

Pensées suicidaires (année)	Ensemble	Garçons	Filles	Sex-ratio	p
2011	10,7	7,8	13,7	1,75	0,0001
2014	10,4	7,5	13,3	1,77	0,0001
2017	11,4	8,2	14,8	1,80	0,0001
$\Delta_{2011,2014}$ - p value	0,2219	0,3742	0,3725		
$\Delta_{2014,2017}$ - p value	0,0001	0,0335	0,0005		
$\Delta_{2011,2017}$ - p value	0,0044	0,2051	0,0063		
Tentatives de suicide (vie)	Ensemble	Garçons	Filles	Sex-ratio	p
2011	2,3	1,3	3,3	2,66	0,0001
2014	2,7	1,7	3,8	2,24	0,0001
2017	2,9	1,5	4,3	2,89	0,0001
$\Delta_{2011,2014}$ - p value	0,0014	0,0037	0,0566		
$\Delta_{2014,2017}$ - p value	0,3333	0,1571	0,0344		
$\Delta_{2011,2017}$ - p value	0,0001	0,0708	0,0001		

Pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les adolescents français de 17 ans (en %)

Les auteurs ont ensuite analysé les différents facteurs associés aux indicateurs du risque de suicide renseignés par les adolescents. À l'analyse bivariée (sans contrôle des autres facteurs potentiels), l'adolescent à risque suicidaire se démarque par les traits suivants :

- c'est une fille ;
- qui a redoublé ;
- atteint de dépression sévère ou modérée ;
- vivant dans une famille de catégorie très modeste
- en surpoids ou en insuffisance pondérale ;
- vivant dans une famille monoparentale ou recomposée ;
- consommant régulièrement du tabac, de l'alcool, du cannabis, d'autres drogues.

L'analyse multivariée (voir tableau ci-dessous) montre que les PS et les TS sont associés de façon majeure à un état dépressif modéré ou sévère chez l'adolescent. Parmi les autres facteurs de risque indépendants, on note une famille monoparentale ou recomposée, une situation scolaire dégradée chez les garçons et le fait, pour les filles, d'appartenir à une catégorie socioprofessionnelle très favorisée. Ce dernier résultat, qui contrevient fortement aux attentes des chercheurs, masque peut-être l'existence de variables confondues. Quant à l'association entre l'indice de masse corporelle et le taux de PS/TS, bien que présente à l'analyse bivariée, elle disparaît lorsque sont pris en compte les autres facteurs.

Variables	Catégories	TS vie – OR (IC95%)			PS année – OR (IC95%)				
		Garçons		Filles	Garçons		Filles		
Redoublement	N'a pas redoublé	1,00		1,00	1,00		1,00		
	A redoublé	1,44 (1,09-1,91)	*	1,74 (1,46-2,08)	***	1,02 (0,90-1,16)	ns	1,14 (1,02-1,28)	*
Situation scolaire	Enseignement général ou technique	1,00		1,00	1,00		1,00		
	Apprentissage	1,45 (0,97-2,17)	ns	1,59 (1,15-2,19)	**	0,87 (0,70-1,08)	ns	1,27 (1,00-1,60)	ns
	Hors système scolaire	2,82 (1,87-4,23)	***	2,29 (1,68-3,11)	***	1,24 (0,95-1,60)	ns	1,05 (0,81-1,38)	ns
Famille	Nucléaire	1,00		1,00	1,00		1,00		
	Recomposée	1,43 (0,93-2,20)	ns	1,90 (1,50-2,41)	***	1,34 (1,10-1,62)	**	1,27 (1,09-1,48)	**
	Monoparentale	1,76 (1,30-2,37)	***	1,67 (1,39-2,01)	***	1,37 (1,19-1,56)	***	1,27 (1,14-1,43)	***
Dépression	Non	1,00		1,00	1,00		1,00		
	Modérée	3,11 (2,29-4,21)	***	2,40 (2,00-2,89)	***	6,04 (5,31-6,88)	***	4,25 (3,82-4,72)	***
	Sévère	5,47 (3,51-8,53)	***	4,68 (3,73-5,86)	***	15,57 (12,68-19,13)	***	14,12 (12,2-16,34)	***
Indice de masse corporelle	Corpulence normale	1,00		1,00	1,00		1,00		
	Insuffisance pondérale	1,45 (0,73-2,92)	ns	1,35 (0,82-2,22)	ns	1,37 (1,00-1,88)	ns	1,01 (0,72-1,41)	ns
	Surpoids	1,25 (0,89-1,76)	ns	1,35 (1,09-1,69)	**	1,11 (0,95-1,30)	ns	1,33 (1,16-1,53)	***
Catégorie socio-professionnelle	Très favorisé	1,00		1,00	1,00		1,00		
	Favorisé	0,92 (0,53-1,58)	ns	1,08 (0,75-1,55)	ns	0,72 (0,57-0,89)	**	0,88 (0,73-1,08)	ns
	Intermédiaire	0,68 (0,39-1,19)	ns	1,01 (0,71-1,44)	ns	0,69 (0,56-0,86)	**	0,95 (0,78-1,15)	ns
	Modeste	0,67 (0,39-1,13)	ns	0,94 (0,67-1,33)	ns	0,72 (0,58-0,89)	**	0,94 (0,78-1,13)	ns
	Très modeste	1,17 (0,65-2,10)	ns	1,17 (0,79-1,74)	ns	0,64 (0,49-0,83)	**	1,04 (0,83-1,30)	ns
Tabac	Non quotidien	1,00		1,00	1,00		1,00		
	Quotidien	1,68 (1,22-2,32)	**	2,64 (2,20-3,16)	***	1,04 (0,89-1,21)	ns	1,29 (1,15-1,45)	***
Alcool	Non régulier	1,00		1,00	1,00		1,00		
	Régulier	2,21 (1,61-3,04)	***	1,41 (1,06-1,87)	*	1,15 (0,97-1,37)	ns	1,55 (1,27-1,90)	***
Cannabis	Non régulier	1,00		1,00	1,00		1,00		
	Régulier	0,77 (0,51-1,15)	ns	1,39 (1,06-1,82)	*	1,00 (0,80-1,23)	ns	1,22 (0,98-1,51)	ns
Autres illicites	Pas d'autre(s) substance(s) illicite(s)	1,00		1,00	1,00		1,00		
	Autre(s) substance(s) illicite(s)	2,74 (1,82-4,12)	***	1,95 (1,46-2,62)	***	1,84 (1,45-2,34)	***	1,70 (1,35-2,16)	***

Facteurs associés aux tentatives de suicide (TS) ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie et les pensées suicidaires (PS) au cours des 12 derniers mois chez les adolescents français de 17 ans

Les associations significatives à l'analyse multivariée figurent en gras.

*** p < 0,001 ; ** p < 0,01 ; * p < 0,05 ; ns : non significatif.

Les indicateurs du risque suicidaire étaient par ailleurs fortement associés à l'existence de conduites addictives. On relève ainsi une association entre le taux de TS et le tabagisme régulier chez les garçons (tabagisme quotidien vs non quotidien ; OR ajusté = 1,68 ; IC 95 % 1,22 – 2,32) et de façon plus marquée chez les filles (tabagisme quotidien vs non quotidien ; OR ajusté = 2,46 ; IC 95 % 2,20 – 3,16). Les pensées suicidaires dans l'année écoulée étaient aussi associées à la consommation quotidienne de tabac, mais cette relation n'était significative que chez les filles (OR ajusté = 1,29 ; IC 95 % 1,15 – 1,45).

Le lien entre risque suicidaire et consommation de cannabis était moins évident à l'analyse, puisque la seule association significative portait sur le taux de TS des garçons (consommation régulière de cannabis vs non régulière ; OR ajusté = 1,39 ; IC 95 % 1,06 – 1,82). Elle était en revanche très nette dans le cas d'usage de drogues (consommation de substances illicites vs pas de consommation) avec des taux de TS et de PS multipliés par deux chez les deux sexes.

Améliorer le dépistage du risque suicidaire

Ces résultats suggèrent que les usages fréquents ou réguliers de substances sont des indicateurs de fragilité chez l'adolescent, dont il faut tenir compte pour faciliter le dépistage du risque suicidaire. C'est notamment le cas chez les filles, chez qui le risque suicidaire est en hausse. La France est d'ailleurs au-dessus de la moyenne européenne, aussi bien pour le taux de suicide des adolescents que pour la consommation de substances psychoactives ([du Roscoät et al., 2016](#)).

Les substances psychoactives sont souvent consommées pour gérer les états dépressifs et anxieux, en particulier lorsque les autres mécanismes sont jugés inefficaces. « *Cette stratégie de gestion du stress (stress coping theory) est souvent associée à des évènements de vie négatifs, auxquels s'ajoutent une socialisation avec des pairs préalablement usagers ou démontrant une attitude bienveillante à l'égard de ces usages* », précisent les auteurs dans leur discussion. Elle peut aussi être l'expression d'une impulsivité, trait qui favorise aussi bien les conduites addictives que les comportements suicidaires.

• [iQOS : un effet sur les cellules bronchiques comparable à la cigarette](#)

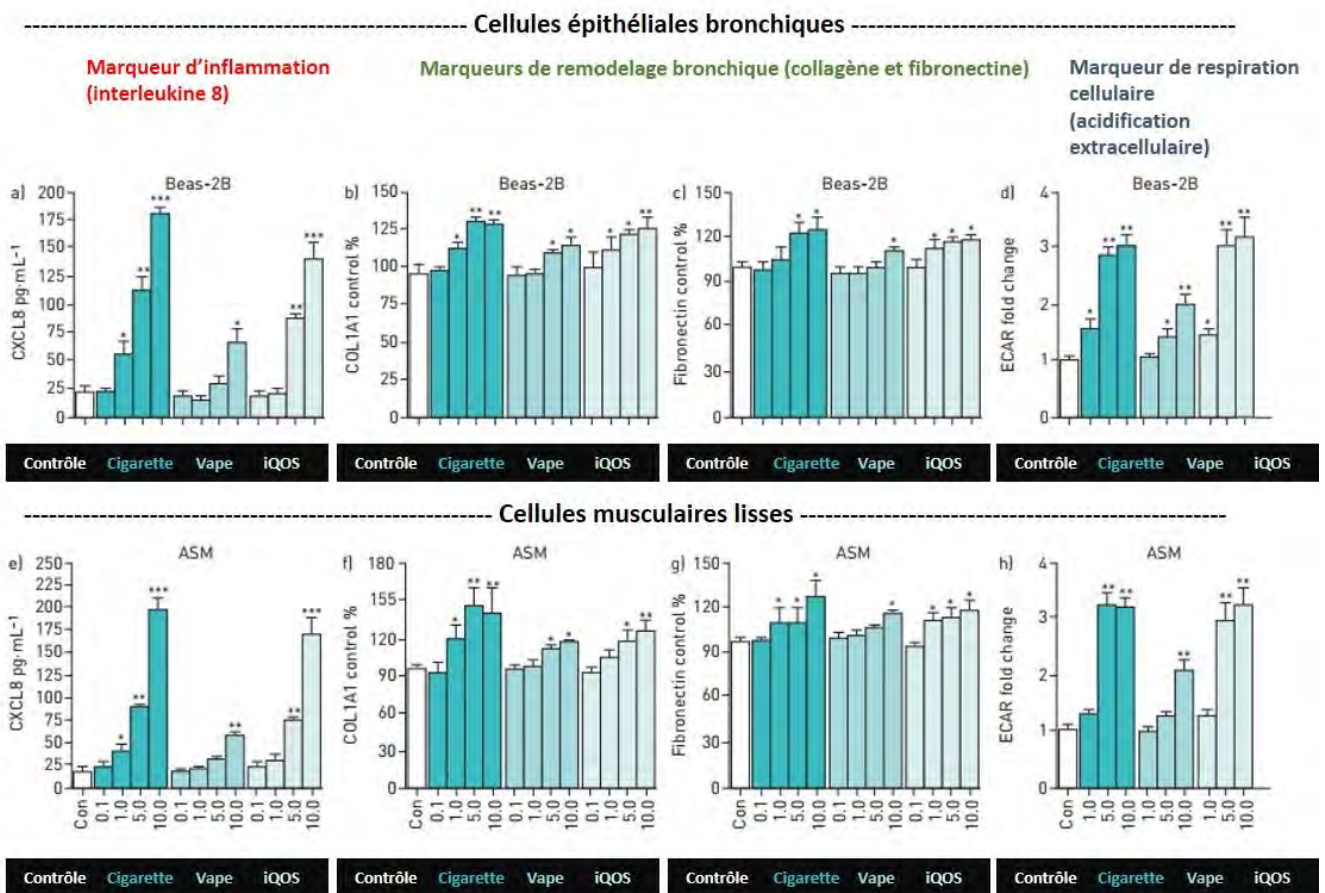
IQOS exposure impairs human airway cell homeostasis: direct comparison with traditional cigarette and e-cigarette.

Sohal et al., *ERJ Open Research*, février 2019.

En accès libre : <https://openres.ersjournals.com/content/5/1/00159-2018>

Cette étude a été conduite par une équipe de chercheurs indiens et australiens indépendants de l'industrie du tabac, et a donné lieu à une publication dans *ERJ Open Research*, la revue en *open access* de la Société européenne de pneumologie. Les chercheurs ont analysé *in vitro* l'effet d'une exposition prolongée (72 heures) de cellules des voies respiratoires à un aérosol de tabac chauffé (I Quit Ordinary Smoking, iQOS), par comparaison avec la vape (3^e génération, e-liquide 1,2 % nicotine) et la cigarette (Marlboro rouge, 1,4 mg nicotine).

Les études indépendantes ont montré que l'iQOS pouvait produire des taux élevés de composés carbonylés (formaldéhyde, acétaldéhyde, acroléine...) présents dans la fumée de cigarette et toxiques pour les bronches ([Farsalinos et al., 2018](#)). Pour mettre en évidence cet effet, les chercheurs ont étudié plusieurs marqueurs cellulaires et biochimiques liés à la pathogénèse des infections respiratoires liées au tabac, sur deux types de culture : des cellules de l'épithélium bronchique et des cellules du muscle lisse des bronches. Les résultats figurent ci-dessous.

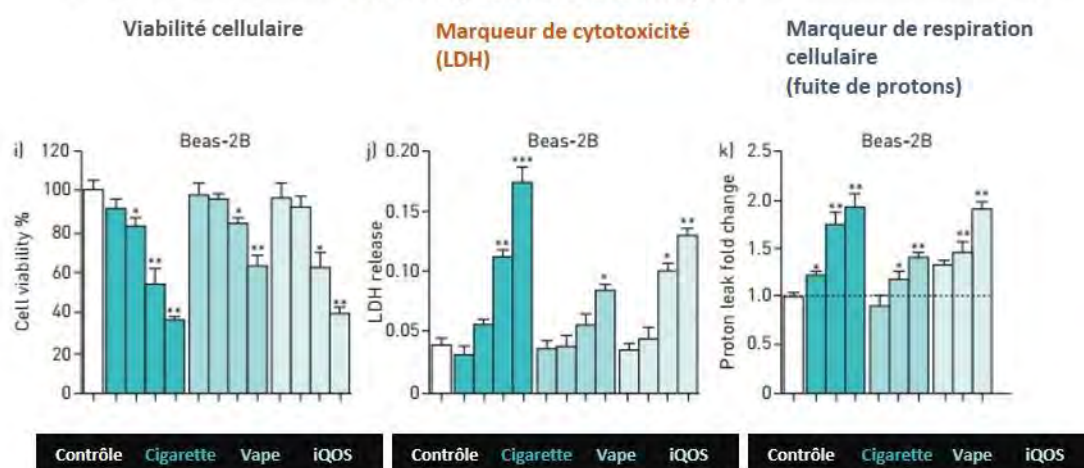


Effets de la cigarette, vape et iQOS sur les cellules des voies aériennes (adapté depuis Sohal et al., 2019)

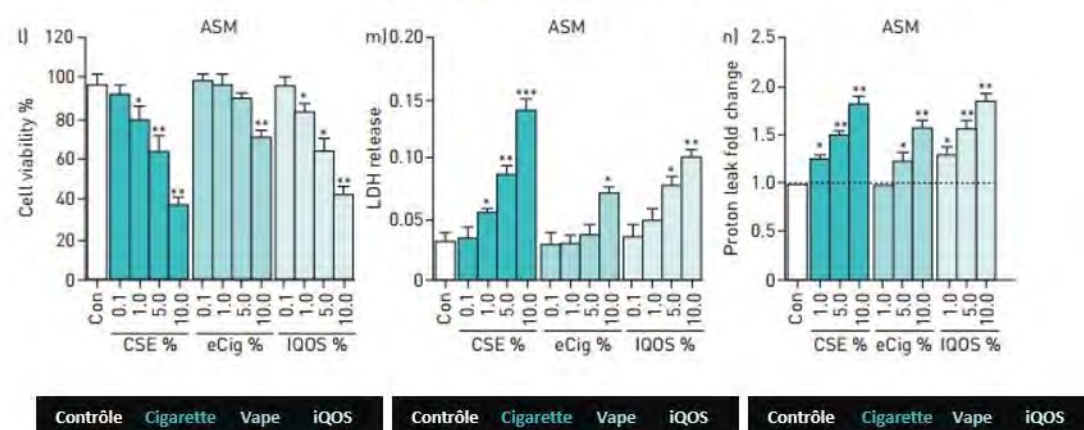
CXCL8 : interleukine 8 ; COL 1A1 : collagène 1a1 ; ECAR fold change : changement d'acidité extracellulaire.

* $p < 0,05$ pour la comparaison avec les cellules contrôle ; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Cellules épithéliales bronchiques



Cellules musculaires lisses



Effets de la cigarette, vape et iQOS sur les cellules des voies aériennes (adapté depuis Sohal *et al.*, 2019)

Cell viability : viabilité cellulaire ; LDH release : libération de lactate déshydrogénase ; proton leak fold change : fuite de proton (magnitude).

* $p < 0,05$ pour la comparaison avec les cellules contrôle ; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Les tests *in vitro* ont montré que l'exposition à l'iQOS avait un effet similaire à la fumée de cigarette et l'aérosol de vape au regard de plusieurs facteurs cellulaires et moléculaires :

- la production d'interleukine 8 (recruteur des neutrophiles) dans l'épithélium bronchique, un des marqueurs de l'inflammation chronique dans l'asthme et la BPCO ;
- la production accrue par l'épithélium de protéines constitutives de la matrice extracellulaire (collagène 1 et fibronectine), qui participe à l'obstruction des voies aériennes et favorise la transition épithélio-mésenchymateuse ;
- la respiration (mesurée via la glycolyse et la fuite de proton) des cellules musculaires lisses, en lien avec à l'hypertrophie-hyperplasie du muscle lisse dans l'asthme ([Trian *et al.*, 2007](#)).

Ces éléments évoquent le remodelage des voies aériennes par épaissement de la paroi bronchique et réorganisation de la matrice extracellulaire observé dans les pathologies respiratoires chroniques les plus fréquentes, comme la BPCO et l'asthme. « Ces données suggèrent qu'à l'instar des cigarettes électroniques et des cigarettes traditionnelles, l'exposition à l'iQOS contribue à une altération des fonctions mitochondriales capable d'accentuer l'inflammation et le remodelage des voies aériennes et de favoriser l'apparition d'un cancer bronchique (via la transition épithélio-mésenchymateuse) comme observé chez les fumeurs », résumant les auteurs.

Une conclusion qui demanderait bien sûr à être validée au moyen d'études cliniques.

● Le tabagisme sévère altère la perception des formes et des couleurs

Visual impairments in tobacco use disorder

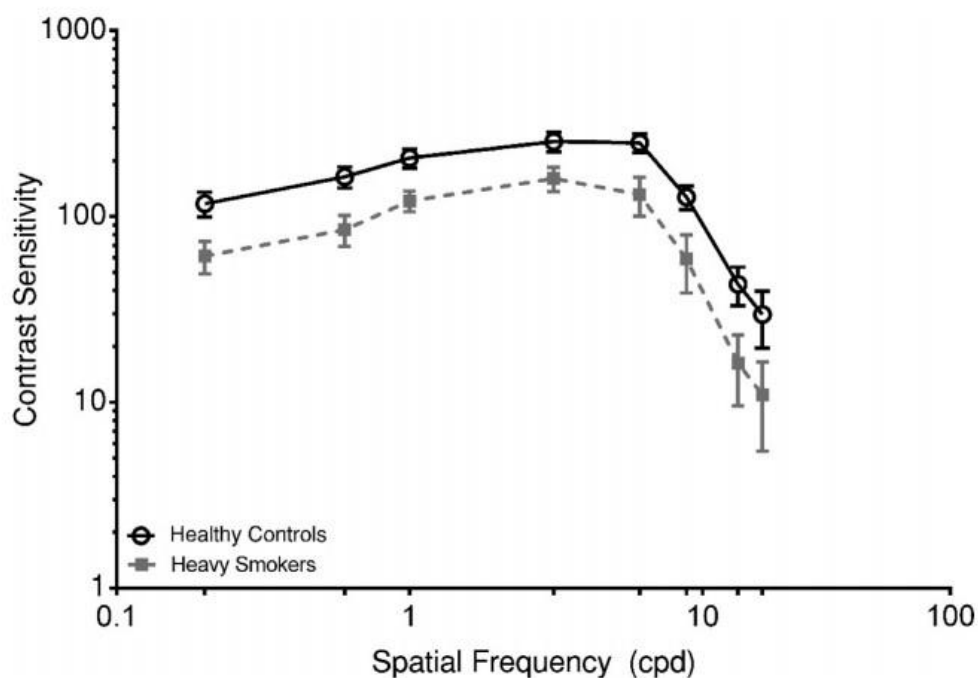
Fernandes *et al.*, *Psychiatry Research*, janvier 2019.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016517811832078X>

Cette étude de recherche en neurosciences vise à confirmer l'effet du tabagisme sur la perception visuelle, en matière de contraste et de perception des couleurs. Les auteurs, des universités Rutgers (États-Unis) et de João Pessoa (Brésil), ont sélectionné 63 sujets fumeurs (âge moyen 34,7 ans) et 71 contrôles (âge moyen 33,5 ans), dont deux-tiers d'hommes environ. Les participants avaient une vue normale, éventuellement après correction, et pas de maladie neurologique ou cardiovasculaire. Les sujets fumeurs avaient une dépendance au tabac au sens du DSM-5, matérialisée par une consommation quotidienne de plus de 20 cigarettes et un score au test de Fagerström de 8 ou plus.

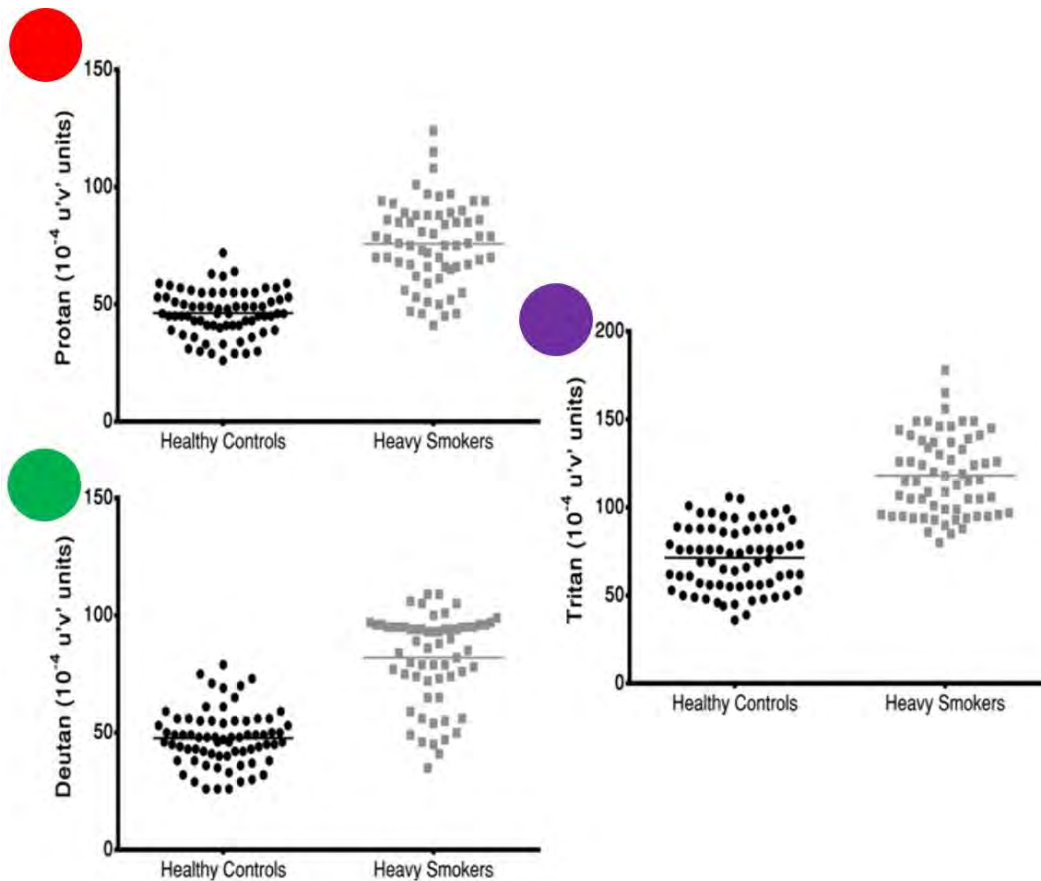
Les sujets ont passé deux tests visuels. Le premier, de sensibilité aux contrastes, nécessite de distinguer des images striées de bandes noires et blanches (dits « patches de Gabor ») de finesse variable sur un fond gris homogène, ce qui rend leur détection ardue voire impossible. Le second, le Cambridge Colour Test employé pour dépister le daltonisme, consiste à identifier des motifs colorés, de diamètre et luminance variés, sur un fond de couleur proche et dans un temps imparti.

Les résultats figurent ci-dessous.



Résultat au test de perception des contrastes

Ce graphique représente les courbes de sensibilité aux contrastes en fonction de la fréquence spatiale des motifs (cpd) chez les sujets sains (noir) et fumeurs (gris). Les barres verticales représentent les écarts-types.



Résultat au test de perception des couleurs (adapté de Fernandes *et al.*, 2019)

Les axes dit Protan, Deutan et Tritan représentent respectivement la capacité à percevoir le rouge (et la couleur complémentaire vert-bleu), le vert (et la couleur complémentaire magenta) et le violet (et la couleur complémentaire jaune vert).

Les sujets sains figurent en noir et les sujets fumeurs en gris. Les barres horizontales représentent les moyennes au sein de chaque distribution.

Dans l'ensemble, ces données témoignent du fait que les grands fumeurs possèdent une moins bonne perception des contrastes et une discrimination des couleurs moins efficace que les sujets sains. Pour les auteurs, cet impact du tabagisme sur la vision est lié à la présence, dans le cortex visuel primaire et les voies visuelles, de récepteurs nicotiniques. D'autres phénomènes liés à la consommation de tabac, tels que la dégénérescence maculaire, le vieillissement du cristallin et l'inflammation de l'œil (uvéite), pourraient jouer un rôle facilitateur.

● Tabagisme maternel : une vue synthétique des risques pour l'enfant

Impact of maternal smoking on early childhood health: a retrospective cohort linked dataset analysis of 697 003 children born in Scotland 1997–2009

Lawder *et al.*, *BMJ Open*, mars 2019.

En accès libre : <https://bmjopen.bmj.com/content/9/3/e023213>

Cette étude de cohorte écossaise est exceptionnelle de par l'étendue des données qu'elle intègre, qui lui permet d'étudier le lien entre le tabagisme maternel avec un grand nombre de pathologies. Sur près de 700 000 enfants nés entre 1997 et 2009, elle répertorie toutes les admissions hospitalières jusqu'en 2012. Les mères se répartissaient entre non fumeuses (56 %), anciennes fumeuses (9 %) et fumeuses actuelles (23 %) à la suite de leur première visite de suivi de grossesse, le statut tabagique étant inconnu dans 12 % des cas.

Les résultats en matière de mortalité infantile figurent ci-dessous.

Outcome/smoking status at booking	Infant having perinatal or mortality outcome			All infants (N)	Crude OR	Adjusted* OR	PAF (%)
	N	Column %	Row %				
Neonatal mortality†	1843	100.0	0.3	697003	HR (95% CI)	HR (95% CI)	
Never smoked	789	42.8	0.2	391861	1.00 (reference)	1.00 (reference)	6.7
Current smoker	503	27.3	0.3	159819	1.56 (1.40 to 1.75)	1.32 (1.17 to 1.49)	
Former smoker	105	5.7	0.2	59326	0.88 (0.72 to 1.08)	0.82 (0.66 to 1.00)	
Unknown/missing	446	24.2	0.5	85997	2.58 (2.30 to 2.90)	2.01 (1.75 to 2.30)	
Postneonatal mortality‡	1074	100.0	0.2	697003			
Never smoked	383	35.7	0.1	391861	1.00 (reference)	1.00 (reference)	22.3
Current smoker	444	41.3	0.3	159819	2.85 (2.48 to 3.27)	2.18 (1.87 to 2.53)	
Former smoker	72	6.7	0.1	59326	1.24 (0.97 to 1.60)	1.16 (0.90 to 1.49)	
Unknown/missing	175	16.3	0.2	85997	2.08 (1.74 to 2.49)	1.88 (1.54 to 2.29)	
Small for gestational age§, ¶	56588	100.0	8.4	676095			
Never smoked	22535	39.8	5.8	391068	1.00 (reference)	1.00 (reference)	27.5
Current smoker	24863	43.9	15.6	159433	3.02 (2.96 to 3.08)	2.67 (2.62 to 2.73)	
Former smoker	3826	6.8	6.5	59203	1.13 (1.09 to 1.17)	1.03 (0.99 to 1.06)	
Unknown/missing	5364	9.5	8.1	66391	1.44 (1.39 to 1.48)	1.31 (1.26 to 1.35)	
Premature delivery¶, **	40492	100.0	6.0	677449			
Never smoked	19855	49.0	5.1	391748	1.00 (reference)	1.00 (reference)	8.8
Current smoker	12396	30.6	7.8	159761	1.58 (1.54 to 1.61)	1.41 (1.37 to 1.44)	
Former smoker	3002	7.4	5.1	59308	1.00 (0.96 to 1.04)	0.93 (0.89 to 0.97)	
Unknown/missing	5239	12.9	7.9	66632	1.60 (1.55 to 1.65)	1.49 (1.44 to 1.54)	

Mortalité périnatale et retard de croissance en fonction du statut tabagique de la mère

PAF : fraction attribuable de la population ; SIMD : Scottish Index of Multiple Deprivation (indice de précarité).

* Ajusté pour : l'âge de la mère, le sexe de l'enfant, l'indice de précarité du foyer (SIMD), les statuts socio-économiques de la mère et du père, la parité de la naissance, le mode de délivrance et le pays de naissance.

† Mortalité néonatale, définie par un décès du nourrisson dans les 28 premiers jours.

‡ Mortalité post-néonatale, définie par un décès de l'enfant entre 28 jours et un an après la naissance.

§ Faible poids pour l'âge gestationnel : sous le 10^e centile.

¶ Donnée inconnue et exclue à l'analyse.

** Poids du bébé en-dessous de 37 semaines d'âge gestationnel.

À l'analyse multivariée, le tabagisme maternel était associé à une hausse de 32 % du risque de mortalité néonatale (HR ajusté = 1,32 ; IC 95 % 1,17 – 1,49) et de 118 % du risque de mortalité post-néonatale (HR ajusté = 2,18 ; IC 95 % 1,87 – 2,53). Les nourrissons de mères fumeuses avaient un risque accru de 167 % de poids faible pour leur âge gestationnel (HR ajusté = 2,67 ; IC 95 % 2,62 – 2,67) et de 141 % de prématurité (HR ajusté = 1,41 ; IC 95 % 1,37 – 1,44).

Les autres affections favorisées par le tabagisme sont résumées ci-dessous.

Suivi de 0 à 1 an

Infections aiguës des voies respiratoires basses et hautes	Admission for specified outcome			Infants at risk (N)	Crude HR HR (95% CI)	Adjusted* HR HR (95% CI)	PAF (%)
	N	Column %	Row %				
	18541	100.0	2.7	697003			
Never smoked	9573	51.6	2.4	391861	1.00 (reference)	1.00 (reference)	6.7
Current smoker	5537	29.9	3.5	159819	1.43 (1.38 to 1.48)	1.29 (1.25 to 1.34)	
Former smoker	1484	8.0	2.5	59326	1.02 (0.97 to 1.08)	0.97 (0.92 to 1.03)	
Unknown/missing	1947	10.5	2.3	85997	0.93 (0.89 to 0.98)	0.89 (0.84 to 0.93)	
Asthma	606	100.0	0.1	697003			
Never smoked	242	39.9	0.1	391861	1.00 (reference)	1.00 (reference)	21.9
Current smoker	248	40.9	0.2	159819	2.51 (2.10 to 3.00)	2.15 (1.80 to 2.57)	
Former smoker	46	7.6	0.1	59326	1.25 (0.91 to 1.72)	1.18 (0.86 to 1.62)	
Unknown/missing	70	11.6	0.1	85997	1.33 (1.02 to 1.73)	1.29 (0.99 to 1.69)	
Bronchiolitis	20399	100.0	2.9	697003			
Never smoked	9499	46.6	2.4	391861	1.00 (reference)	1.00 (reference)	10.1
Current smoker	6861	33.6	4.3	159819	1.79 (1.73 to 1.84)	1.43 (1.38 to 1.48)	
Former smoker	1534	7.5	2.6	59326	1.07 (1.01 to 1.13)	1.03 (0.97 to 1.08)	
Unknown/missing	2505	12.3	2.9	85997	1.21 (1.16 to 1.27)	1.15 (1.09 to 1.21)	

Suivi de 1 à 5 ans

Infections aiguës des voies respiratoires basses et hautes	Admission for specified outcome			Infants at risk (N)†	Crude HR HR (95% CI)	Adjusted* HR HR (95% CI)	PAF (%)
	N	Column %	Row %				
	38074	100.0	5.7	662454			
Never smoked	20976	55.1	5.6	373436	1.00 (reference)	1.00 (reference)	-0.2
Current smoker	9408	24.7	6.2	151010	1.09 (1.07 to 1.12)	0.99 (0.97 to 1.02)	
Former smoker	3482	9.1	6.1	56645	1.09 (1.06 to 1.13)	1.04 (1.00 to 1.08)	
Unknown/missing	4208	11.1	5.2	81363	0.95 (0.92 to 0.98)	0.90 (0.87 to 0.94)	
Asthma	6943	100.0	1.0	679588			
Never smoked	3436	49.5	0.9	382327	1.00 (reference)	1.00 (reference)	7.1
Current smoker	2164	31.2	1.4	156123	1.51 (1.43 to 1.59)	1.29 (1.22 to 1.37)	
Former smoker	608	8.8	1.0	58025	1.16 (1.07 to 1.27)	1.10 (1.00 to 1.20)	
Unknown/missing	735	10.6	0.9	83113	1.04 (0.96 to 1.12)	1.01 (0.92 to 1.10)	
Bronchiolitis	3689	100.0	0.6	660119			
Never smoked	1855	50.3	0.5	373219	1.00 (reference)	1.00 (reference)	4.0
Current smoker	1078	29.2	0.7	149609	1.45 (1.34 to 1.56)	1.16 (1.08 to 1.25)	
Former smoker	287	7.8	0.5	56561	1.02 (0.90 to 1.15)	0.98 (0.87 to 1.11)	
Unknown/missing	469	12.7	0.6	80730	1.18 (1.06 to 1.30)	1.11 (1.01 to 1.24)	
Smoking status at first booking	N	Column %	Row %	All infants (N)	Crude HR	Adjusted* HR	
Méningite bactérienne	1251	100.0	0.2	697003	HR (95% CI)	HR (95% CI)	PAF (%)
Never smoked	525	42	0.1	391861	1.00 (reference)	1.00 (reference)	11.8
Current smoker	450	36	0.3	159819	2.09 (1.84 to 2.37)	1.49 (1.30 to 1.71)	
Former smoker	125	10	0.2	59326	1.57 (1.29 to 1.91)	1.35 (1.11 to 1.64)	
Unknown/missing	151	12	0.2	85997	1.34 (1.11 to 1.60)	1.29 (1.06 to 1.57)	
Otite aiguë et chronique et mastoïdite	8879	100.0	1.3	697003			
Never smoked	4866	55	1.2	391861	1.00 (reference)	1.00 (reference)	1.7
Current smoker	2148	24	1.3	159819	1.05 (1.00 to 1.11)	1.07 (1.02 to 1.14)	
Former smoker	755	9	1.3	59326	1.02 (0.94 to 1.10)	1.01 (0.94 to 1.10)	
Unknown/missing	1110	13	1.3	85997	1.10 (1.03 to 1.18)	1.13 (1.06 to 1.22)	
Dysplasie broncho-pulmonaire	358	100.0	0.1	697003			
Never smoked	141	39	0.0	391861	1.00 (reference)	1.00 (reference)	10.1
Current smoker	109	30	0.1	159819	1.90 (1.48 to 2.44)	1.50 (1.15 to 1.96)	
Former smoker	22	6	0.0	59326	1.03 (0.66 to 1.61)	0.90 (0.57 to 1.42)	
Unknown/missing	86	24	0.1	85997	2.79 (2.13 to 3.65)	3.21 (2.45 to 4.22)	
Fracture des os longs	5757	100.0	0.8	697003			
Never smoked	3156	55	0.8	391861	1.00 (reference)	1.00 (reference)	-1.5
Current smoker	1466	25	0.9	159819	1.11 (1.04 to 1.18)	0.94 (0.88 to 1.01)	
Former smoker	532	9	0.9	59326	1.11 (1.01 to 1.21)	1.06 (0.96 to 1.16)	
Unknown/missing	603	10	0.7	85997	0.93 (0.85 to 1.02)	0.92 (0.83 to 1.01)	

Maladies de l'enfant associées à un sur-risque lié au tabagisme maternel (adapté de Lawder *et al.*, 2019)

* Ajusté pour : l'âge de la mère, le sexe de l'enfant, l'indice de précarité du foyer (SIMD), les statuts socio-économiques de la mère et du père, la parité de la naissance, le mode de délivrance, le mode d'allaitement à 6-8 semaines et le pays de naissance.

Les HR ajusté significatifs au plan statistique ont été encadrés en rouge.

CONGRÈS



CSFT 2019

13e congrès de la Société Francophone de Tabacologie Tous égaux face au tabac ?

21 au 22 novembre 2019

Palais des congrès d'Ajaccio



<http://www.csft2019.fr/>

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Hôpitaux universitaires Paris-Sud
Antoine Béclère, Bichat, Necker-Enfants Malades


www.congresalbatros.org

13^e Congrès International d'Addictologie de l'ALBATROS

13th International Congress of Addictology

Mercredi 5, jeudi 6 & vendredi 7 juin 2019
Brongniart Event Center / PARIS

PRÉ-PROGRAMME

« Les addictions : un défi pour la société, la science et la politique »
"Addictions: a Challenge to Society, Science and Policy"

Avec le parrainage de



<http://www.congresalbatros.org>

VU SUR LE NET

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

CNCT : dernières actus

Dont : Le tabac « chauffé », cheval de Troie de l'industrie du tabac

Tabac : les couples qui arrêtent ensemble ont plus de chances de réussir

Arrêt du tabac, polyarthrite moins douloureuse

La cigarette électronique n'amène pas les jeunes vers le tabac, selon une étude

Journée mondiale sans tabac 2019

Tabac À Marseille, interdiction de fumer sur la plage de la Pointe-Rouge cet été

Regardez la nicotine s'introduire dans un neurone

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

L'unité de coordination de tabacologie du **CHU de Grenoble** recherche un **médecin tabacologue (praticien attaché) à mi-temps** pour de la consultation, participation aux enseignements universitaires, recherche.

Contact : Aline Noblet
Sage-femme tabacologue
Unité de coordination de tabacologie
06 16 58 68 78

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

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

CONTACT

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