

- [Les facteurs associés à l'arrêt du tabac chez les fumeurs exclusifs et ceux utilisant la cigarette électronique et la cigarette conventionnelle](#)

Valter R, Guyonvarch O, Allagbe I, Le Faou AL. *Factors associated with smoking cessation in exclusive smokers and dual users of e-cigarette and conventional cigarettes from CDTnet registry.* Prev Med. 2023 Aug ;173:107585. Doi : 10.1016/j.ypmed.2023.107585. Epub 2023 Jun 22. PMID : 37355101.

La double utilisation de cigarettes électroniques et de cigarettes conventionnelles peut constituer une transition vers l'arrêt du tabac. Toutefois, le maintien de ce double usage peut accroître les conséquences liées au tabagisme si le comportement tabagique persiste. Dans cette étude, les auteurs souhaitent justement comprendre les caractéristiques des dual-users et explorer les facteurs associés à leur abstinence maintenue un mois par rapport aux fumeurs exclusifs chez une population de fumeurs reçus en consultation de tabacologie en France (CDT).

Les auteurs ont étudié rétrospectivement 5 116 fumeurs ayant assisté à au moins deux visites enregistrées entre 2015 et 2018 dans le registre national en ligne des consultations de tabacologie *CDTnet*, renseigné par 114 CDT. Ils ont comparé les fumeurs exclusifs et les dual-users appariés selon l'âge, le sexe, le statut professionnel et le niveau d'éducation, d'une part sur les antécédents médicaux et d'autre part, sur les caractéristiques tabagiques et le taux de sevrage. L'abstinence tabagique maintenue au moins un mois au cours du suivi a été évaluée entre les deux groupes par la mesure du CO expiré lors de chaque visite de suivi. Les données comprenaient des informations sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le statut d'emploi, ainsi que l'origine de la consultation (auto-référée, référée par des professionnels de santé ou par la famille/amis). Les antécédents médicaux tels que les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires et les antécédents de dépression et d'anxiété, ont également été documentés. Ces données étaient vérifiées par le personnel des CDT avant d'être enregistrées dans *CDTnet*.

L'étude comparait les données de 2 575 patients qui ont déclaré fumer tout en utilisant également une cigarette électronique, avec 2 541 fumeurs exclusifs (Tableau 1). Un patient sur deux était de sexe féminin (53 %) et l'âge moyen était de 47 ans (écart type, SD : 13). Dans l'ensemble de la population, l'origine de la consultation de tabacologie différait de manière significative entre les fumeurs exclusifs et les *dual-users*, ces derniers étant moins souvent adressés par un professionnel de santé ($p < 0,001$).

Table 1. Characteristics of exclusive smokers and dual users of electronic and conventional cigarettes attending French smoking cessation services at baseline

Characteristics	Overall N = 5 116	Exclusive smokers 2 541 N (%)	Dual users 2 575 N (%)	p-value
Sex				0.8
Female	2 724 (53)	1 349 (53)	1 375 (53)	
Male	2 392 (47)	1 192 (47)	1 200 (47)	
Age				0.6
45 - 54	48 (0.9)	24 (0.9)	24 (0.9)	
12 - 17	153 (3.0)	79 (3.1)	74 (2.9)	
18 - 24	737 (14)	385 (15)	352 (14)	
25 - 34	1 100 (22)	547 (22)	553 (21)	
35 - 44	1 491 (29)	737 (29)	754 (29)	
55 - 64	1 162 (23)	552 (22)	609 (24)	
≥ 65	425 (8.3)	215 (8.5)	209 (8.1)	
Education				0.6
No diploma	996 (19)	476 (19)	520 (20)	
Low-level vocational education	1 351 (26)	676 (27)	675 (26)	
Secondary school	1 058 (21)	534 (21)	524 (20)	
Higher education	1 711 (33)	855 (34)	856 (33)	
Employment status				>0.9
Unemployed/Social allowances	2 875 (56)	1 437 (57)	1 438 (56)	
Employed	617 (13)	317 (12)	330 (13)	
Retired	1 283 (25)	632 (25)	651 (25)	
Inactive/Trainee/Student	311 (6.1)	155 (6.1)	156 (6.1)	
Origin of the consultation				<0.001
Referred by health professionals	2 085 (41)	1 102 (43)	983 (38)	
Self-referred	2 708 (53)	1 293 (51)	1 415 (55)	
Referred by family and friends	323 (6.3)	146 (5.7)	177 (6.9)	
Cardiovascular risk factors	1 770 (35)	837 (33)	933 (36)	0.014
Cardiovascular diseases	942 (18)	443 (17)	499 (19)	0.7
Respiratory diseases	1 472 (29)	657 (26)	815 (32)	<0.001
Smoking-related cancers¹	378 (7.4)	168 (6.6)	210 (8.2)	0.040
History of depression	1 268 (25)	597 (23)	671 (26)	0.037
Symptoms of depression	1 337 (26)	665 (26)	672 (26)	>0.9
Symptoms of anxiety	1 697 (33)	797 (31)	900 (35)	0.007
Psychotropic medication use	1 250 (24)	553 (22)	697 (27)	<0.001
Alcohol misuse	519 (10)	256 (10)	263 (10)	>0.9
Cannabis use in the previous year	715 (14)	337 (13)	378 (15)	0.2
Opioid substitution treatment	82 (1.6)	35 (1.4)	47 (1.8)	0.2
Tobacco				
Smoking in the house	1 876 (37)	788 (31)	1 088 (42)	<0.001

Other smokers at home	1 256 (25)	537 (21)	719 (28)	<0.001
Set intention for consultation				<0.001
Information / no response given	1 498 (29)	879 (35)	619 (24)	
Smoking cessation	3 000 (59)	1 392 (55)	1 608 (62)	
Smoking reduction	427 (8.3)	202 (7.9)	225 (8.7)	
Maintenance of cessation	191 (3.7)	68 (2.7)	123 (4.8)	
Number of prior attempts to quit				0.14
0	1 680 (33)	841 (33)	839 (33)	
1 - 3	2 415 (47)	1 169 (46)	1 246 (48)	
> 3	1 021 (20)	531 (21)	490 (19)	
Number of cigarettes smoked per day				0.2
0 - 20	3,214 (63)	1,611 (63)	1,603 (62)	
21 - 40	1 407 (28)	702 (28)	705 (27)	
≥ 41	495 (9.7)	228 (9.0)	267 (10)	
Heaviness of Smoking Index				0.003
Low dependence (0 - 1)	697 (14)	377 (15)	318 (12)	
Moderate dependence (2 - 4)	2 007 (39)	1 017 (40)	990 (38)	
High dependence (5 - 6)	2 412 (47)	1 147 (45)	1 267 (49)	
Intention to quit				<0.001
Low to moderate motivation	3 099 (61)	1 626 (65)	1 473 (58)	
High motivation	1 929 (38)	872 (35)	1 057 (42)	
Level of confidence to quit				0.2
Low (0 - 4)	1 478 (29)	725 (29)	753 (29)	
Moderate (5 - 6)	1 967 (39)	965 (38)	1 021 (40)	
High (7 - 10)	1 652 (32)	851 (33)	801 (31)	
Smoking cessation medication				<0.001
No pharmacotherapy	905 (18)	403 (16)	502 (19)	
Transdermal nicotine patches	1 281 (25)	499 (20)	782 (30)	
Oral nicotine substitute	596 (12)	322 (13)	274 (11)	
NRT Combination	2 169 (42)	1 235 (49)	934 (36)	
Varenicline	130 (2.5)	61 (2.4)	69 (2.7)	
Varenicline and NRT	35 (0.7)	21 (0.8)	14 (0.5)	
Number of follow-up consultations				0.036
1 - 3	3 335 (65)	1 618 (64)	1 717 (67)	
4 - 6	1 015 (20)	539 (21)	476 (18)	
≥ 7	766 (15)	384 (15)	382 (15)	
Smoking status at follow-up				0.9
No difference since baseline	1 353 (26)	662 (26)	691 (27)	
Smoking abstinence	1 899 (37)	946 (37)	953 (37)	
Smoking reduction	1 864 (36)	933 (37)	931 (36)	

1. Lung cancer, otorhinolaryngological cancer, bladder cancer
NRT - Nicotine replacement therapy

Tableau 1. Caractéristiques des fumeurs exclusifs et des dual-users de cigarettes électroniques et conventionnelles fréquentant les CDT

Figure 1. Flow-chart of the selected patients.

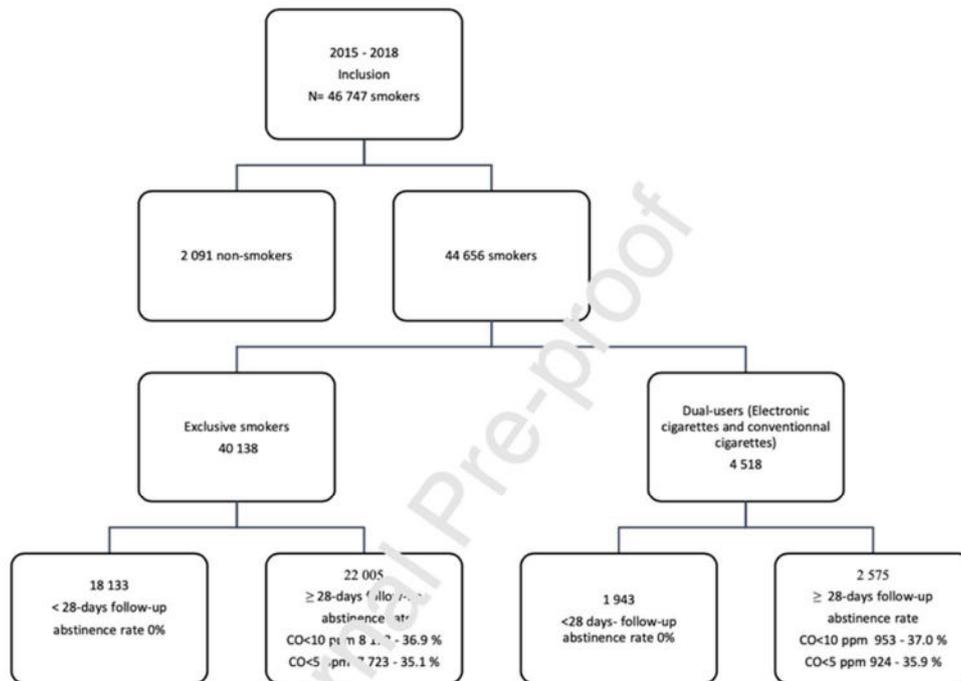


Figure 1. Organigramme de la population d'étude et taux de sevrage à un mois validé par la mesure de CO expiré (seuils de 10 ppm et de 5 ppm)

Les fumeurs exclusifs et les dual-users avaient des taux d'abstinence similaires (37 %). En effet, grâce à une analyse de sensibilité, les auteurs ont observé des taux de sevrage similaires entre les deux groupes (dans les groupes appariés, dans la cohorte non appariée ($p = 0,9$) et dans la cohorte non appariée avec un seuil de CO de 5 ppm ($p = 0,4$). Par rapport aux fumeurs exclusifs, les dual-users utilisateurs présentaient plus de comorbidités et un niveau de dépendance à la nicotine plus élevé (tableau 1).

Figure 2. Adjusted odds ratio and 95% confidence intervals for smoking cessation (B).

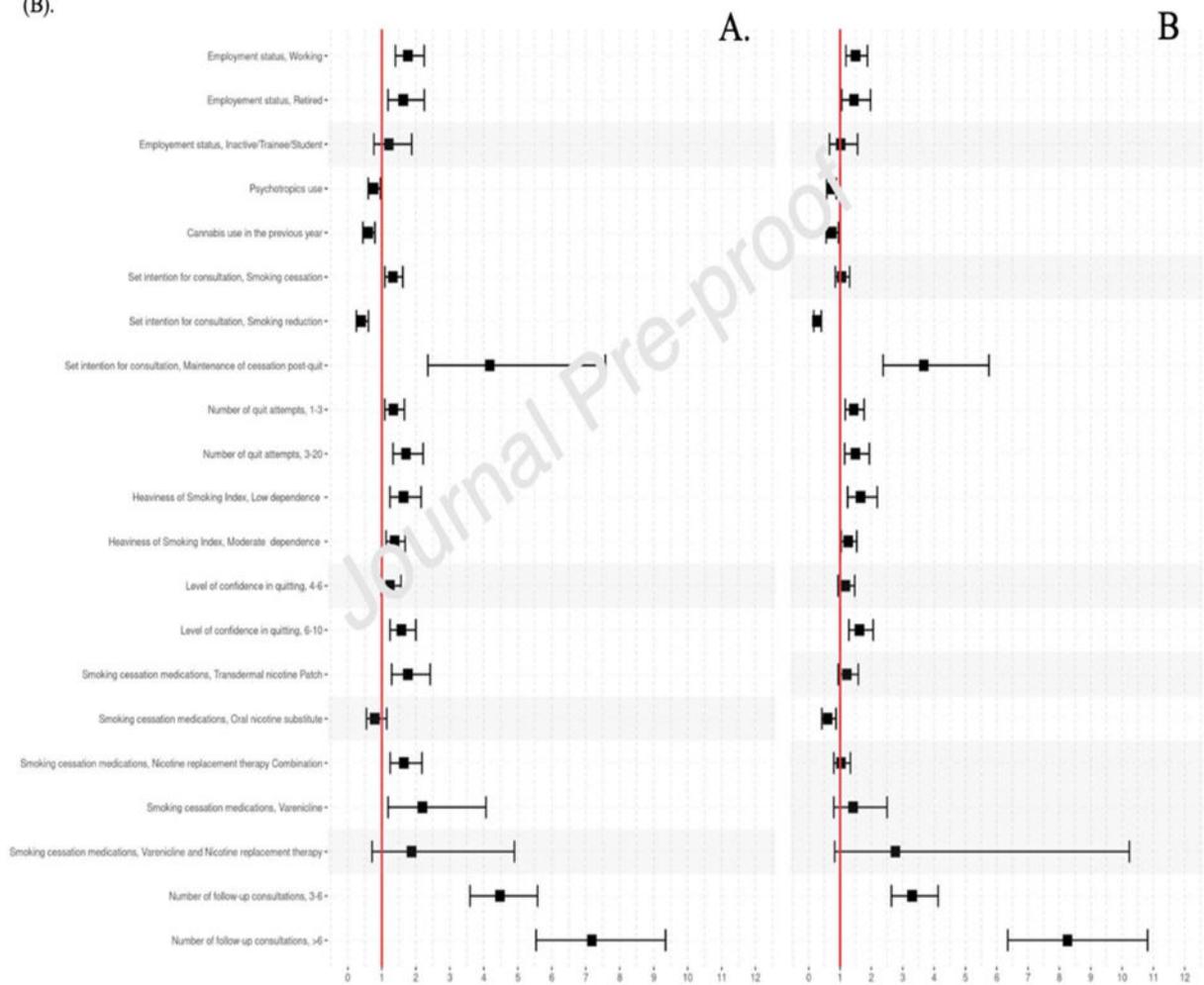


Figure 2. Rapports des cotes ajustés et intervalles de confiance à 95 % pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs exclusifs (A) et les dual-users (B).

Les associations avec l'arrêt du tabac étaient significativement positives chez les dual-users pour les situations suivantes : être employé plutôt que chômeur (OR = 1,49, IC [1,19, 1,88], $p < 0,001$) ou retraité plutôt que chômeur (OR = 1,49, IC [1,19, 1,88], $p < 0,001$) (Figure 2). De même, le désir de maintenir l'arrêt du tabac par rapport à la recherche d'informations ou à l'absence d'intention de consulter (OR = 3,67, IC [2,37, 5,75], $p < 0,001$), avoir déjà tenté d'arrêter par rapport à n'avoir jamais essayé d'arrêter (par exemple, pour 1 à 3 tentatives antérieures, OR = 1,43, IC [1,16, 1,77], $p < 0,001$), avoir une faible dépendance à la nicotine par rapport à une forte dépendance à la nicotine (OR = 1,65, IC [1,24, 2,19], $p < 0,001$), avoir un niveau élevé de confiance pour arrêter (échelle de 7 à 10) par rapport à un faible niveau de confiance (échelle de 0 à 4) (OR = 1,62, IC [1,28, 2,05], $p < 0,001$), et bénéficier de plus de 3 consultations de suivi par rapport à 1 à 3 consultations de suivi (par exemple, OR = 3,30, IC [2,64, 4,13], $p < 0,001$ pour 3-6 consultations).

Les conclusions de cette étude suggèrent que les dual-users cherchant de l'aide pour arrêter de fumer en CDT semblent bénéficier d'un accompagnement équivalent à celui des fumeurs exclusifs pour atteindre l'abstinence, malgré un niveau plus élevé de dépendance à la nicotine et de comorbidités. Des recherches supplémentaires, notamment qualitatives, sont nécessaires chez ce groupe spécifique de fumeurs afin de proposer des interventions adaptées pour arrêter de fumer.

- [Les effets aigus sur la santé des produits du tabac chauffé : analyse comparative avec les cigarettes traditionnelles et les cigarettes électroniques chez les jeunes adultes](#)

Majek P, Jankowski M, Brożek GM. Acute health effects of heated tobacco products: comparative analysis with traditional cigarettes and electronic cigarettes in young adults. ERJ Open Res 2023; 9: 00595-2022 [DOI: 10.1183/23120541.00595-2022].

Les produits du tabac chauffé (PTC) ont été conçus pour délivrer de la nicotine en chauffant le tabac au lieu de le brûler. Les effets aigus sur la santé de l'utilisation de PTC sont-ils différents de ceux provoqués par la cigarette ou les cigarettes électroniques ? C'est l'objet de cette étude menée par Majek P. et al.

La composition chimique des aérosols générés lors de l'utilisation de PTC pourrait provoquer des effets sur la santé similaires à ceux de la cigarette. Cependant, en raison de la prévalence croissante de la consommation de PTC et du nombre limité de données scientifiques sur leurs conséquences sur la santé, l'évaluation de l'impact des PTC sur la santé constitue un nouveau défi de Santé publique. Ainsi, dans cette étude, les auteurs ont pour objectif d'examiner les effets aigus sur la santé des systèmes respiratoire et cardiovasculaire lors de l'utilisation des PTC et de les comparer avec les effets aigus sur la santé provoqués par le tabagisme ou l'utilisation d'e-cigarettes.

Il s'agissait d'une étude interventionnelle incluant 160 jeunes adultes polonais, dont 75 femmes (46,9 %) et 85 hommes (53,1 %), avec un âge médian de 23 ans (quartile 1 (Q1) 21 ans ; quartile 3 (Q3) 26 ans). Les participants ont été répartis en 4 groupes en fonction de leur statut de fumeur autodéclaré au moment de l'étude : les fumeurs exclusifs de cigarettes traditionnelles (groupe T, n = 40), les fumeurs exclusifs de PTC (groupe H, n = 40), les utilisateurs exclusifs de cigarettes électroniques (groupe E, n = 40) et les non-fumeurs, définis comme jamais-fumeurs (groupe C (témoin), n = 40) (Tableau 1).

TABLE 1 Demographic and anthropometric characteristics by study group						
	Overall	H group	T group	E group	C group	p-value
Subjects, n	160	40	40	40	40	
Male, n (%)	85 (53.1)	18 (45)	18 (45)	20 (50)	19 (52.5)	0.9 [#]
Female, n (%)	75 (46.9)	22 (55)	22 (55)	20 (50)	21 (47.5)	
Age, median (Q1; Q3), years	23 (21; 26)	24 (23; 26.5)	23 (21; 24.5)	21 (20; 22)	25.5 (22; 28)	<0.01 [#]
Height, mean±SD, m	1.7±0.1	1.7±0.1	1.8±0.1	1.7±1.9	1.7±0.1	0.4 [†]
Weight, mean±SD, kg	71.5±15.2	70.8±13.4	71.9±15.4	72.8±15.1	70.6±17.1	0.9 [†]

H group: heated tobacco product users; T group: traditional cigarette smokers; E group: e-cigarette users; C group: control group; Q1, Q3: quartiles 1 and 3. [#]: Chi-squared test; [†]: Kruskal-Wallis; [‡]: one-way ANOVA.

Tableau 1. Caractéristiques démographiques et anthropométriques par groupe d'étude

Les auteurs ont analysé 7 paramètres : la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la saturation en oxygène, la fraction expirée du monoxyde d'azote (FeNO), la concentration de monoxyde de carbone, la température de l'air expiré ainsi que la spirométrie. Ces mesures ont été effectuées 3 fois : initialement, immédiatement après l'exposition et après 30 minutes.

TABLE 2 Changes in exhaled nitric oxide fraction (F_{ENO}), temperature of exhaled air, carbon monoxide in exhaled air, oxygen saturation, systolic and diastolic blood pressure and heart rate after exposure to traditional cigarettes, heated tobacco products, e-cigarettes and after exposure simulation

Group	A. Baseline values	B. Post-exposure values I	C. Post-exposure values II	p-value	p-value A vs B [#]	p-value A vs C [#]	p-value B vs C [#]
F_{ENO} (ppb)							
H group	12.8±5.5	11.2±5.3	14.3±6.2	<0.01 [#]	<0.01	<0.01	<0.01
T group	10.3±5.7	9.5±6.3	12.7±7.8	<0.01 [#]	0.1	<0.01	<0.01
E group	16.9±6.5	14.2±6.8	17.3±7.1	<0.01 [#]	<0.01	0.4	<0.01
C group	13.2±5.9	13.1±5.8		0.7 [*]			
Temperature of exhaled air (°C)							
H group	34.1±0.7	34.2±0.5	34.2±0.5	0.1 [#]	0.09	0.1	0.9
T group	34.1 (33.6; 34.4)	34.3 (33.7; 34.5)	34.4 (34.1; 34.6)	0.03 [§]	0.05	0.02	0.7
E group	34.2 (33.9; 34.5)	34.3 (34.1; 34.6)	34.4 (33.8; 34.6)	<0.01 [§]	<0.01	<0.01	0.7
C group	34.0 (33.6; 34.4)	34.1 (33.7; 34.4)		0.3 [†]			
Exhaled carbon monoxide (ppm)							
H group	4 (3; 5)	4 (3; 5.5)	4 (3; 7)	0.07 [§]	0.1	0.2	0.9
T group	6 (4; 10)	11 (8; 15)	9 (7; 14)	<0.01 [§]	<0.01	<0.01	0.02
E group	3 (2; 4)	3 (2; 4)	3 (3; 4)	0.9 [§]	0.8	0.9	0.9
C group	3 (2; 5.5)	3 (2.5; 5)		0.4 [†]			
Oxygen saturation (%)							
H group	99 (98; 99)	98 (97; 99)	98 (97; 99)	0.049 [§]	0.1	0.05	0.8
T group	98 (98; 99)	98 (98; 99)	98 (97; 99)	0.1 [§]	0.4	0.08	0.3
E group	99 (98; 100)	98 (98; 99)	98 (97; 99)	0.1 [§]	0.4	0.08	0.3
C group	98.5 (98; 99)	99 (98; 99)		0.4 [†]			
Heart rate (beats per min)							
H group	74.9±12.0	87.5±12.6	73.9±9.6	<0.01 [#]	<0.01	0.8	<0.01
T group	79.3±12.2	93.7±15.1	80.5±11.9	<0.01 [#]	<0.01	0.7	<0.01
E group	79.6±11.6	89.9±13.9	80.4±12.0	<0.01 [#]	<0.01	0.5	<0.01
C group	76.9±10.2	72.7±10.5		<0.01 [*]			
Systolic blood pressure (mmHg)							
H group	120.3±13.4	129.3±17.2	120.7±14.5	<0.01 [#]	<0.01	0.8	<0.01
T group	125.4±13.0	133.0±13.2	123.7±12.0	<0.01 [#]	<0.01	0.3	<0.01
E group	126.1±14.2	134.3±13.2	128.4±12.4	<0.01 [#]	0.01	0.3	0.1
C group	122.5±11.0	117.4±13.8		0.01 [*]			
Diastolic blood pressure (mmHg)							
H group	76.3±10.9	81.7±10.4	76.3±11.0	<0.01 [#]	<0.01	0.9	<0.01
T group	80.5±8.5	84.8±8.9	79.0±8.6	<0.01 [#]	0.01	0.2	0.01
E group	74.6±10.6	80.4±8.0	77.1±8.6	0.01 [#]	0.01	0.1	0.09
C group	78.0±7.0	74.6±9.2		0.01 [*]			

Data are presented as mean±SD or median (quartile 1; quartile 3). H group: heated tobacco product users; T group: traditional cigarette smokers; E group: e-cigarette users; C group: control group. #: *post hoc* tests; #: one-way ANOVA with repeated measurements; *: t-test for repeated measurements; §: Friedman ANOVA; †: Wilcoxon signed-ranked test.

Tableau 2. Modifications de la fraction d'oxyde nitrique expirée (FENO) voir plus haut, de la température de l'air expiré, du monoxyde de carbone dans l'air expiré, de la saturation en oxygène, de la pression artérielle systolique et diastolique et de la fréquence cardiaque après exposition aux cigarettes traditionnelles, aux produits du tabac chauffé, aux cigarettes électroniques et après simulation d'exposition.

Les différences de fréquence cardiaque, de pression artérielle systolique et de pression artérielle diastolique étaient statistiquement significatives dans tous les groupes entre le premier et le deuxième examen (Tableau 2).

Au sein de chaque groupe de fumeurs, les auteurs ont observé une diminution de la FENO à la valeur post-exposition I suivie d'une augmentation à la valeur post-exposition II. Toutefois, cela n'était statistiquement significatif que pour les catégories H et E. Il n'y avait aucun changement dans la FENO dans le groupe C ($p = 0,7$) et une légère mais statistiquement significative augmentation de la température de l'air expiré a été observée dans les groupes T et E. Dans les deux cas, l'augmentation était progressive, montrant les valeurs les plus élevées dans les 30 minutes suivant l'utilisation d'une cigarette/e-cigarette (groupe T : à partir de 34,1°C (Q1 33,6°C ; Q3 34,4°C) à 34,4°C (Q1 34,1°C ; Q3 34,6°C), $p=0,02$; Groupe E : 34,2°C (Q1 33,9°C ; Q3 34,5°C) à 34,4°C (Q1 33,8°C ; Q3 34,6°C), $p<0,01$). Il y a eu une augmentation significative ($p<0,01$) de CO expiré dans le groupe T, de 6 ppm (Q1 4 ppm ; Q3 10 ppm) à 11 ppm (Q1 8 ppm ; Q3 15 ppm) immédiatement

après avoir fumé avec une lente diminution 30 min après jusqu'à 9 ppm (Q1 7 ppm ; Q3 14 ppm), sans revenir à la valeur de base ($p < 0,01$).

Concernant la spirométrie, de légères différences ont été constatées chez les utilisateurs de cigarette électronique où l'on observe une augmentation de la CVF de $4,8 \pm 1,1$ à $4,7 \pm 1,2$ L ($p = 0,02$) et augmentation du VEMS de $3,9 \pm 0,8$ à $3,8 \pm 0,9$ L, $p = 0,01$. Dans le reste des groupes, aucun changement n'a été constaté. (Tableau 3)

Table III. Changes in the spirometry results after exposure to a traditional cigarette, HTPs, e-cigarette and simulation of exposure							
Variable	I. Baseline values, mean \pm SD	II. Post-exposure values I, mean \pm SD	III. Post-exposure values II, mean \pm SD	p	p I-II*****	p I-III*****	p II-III*****
HTP users, n=40							
FVC [l]	4.8 \pm 0.9	4.7 \pm 0.9	4.7 \pm 1.0	0.1 ***	0.6	0.1	0.5
FEV1 [l]	3.9 \pm 0.7	3.9 \pm 0.7	3.8 \pm 0.8	0.3 ***	0.9	0.4	0.2
FEV1/FVC	0.8 \pm 0.7	0.8 \pm 0.7	0.8 \pm 0.5	0.2 ****	0.7	0.8	1.0
PEF [l/s]	7.9 \pm 1.8	7.7 \pm 1.8	7.7 \pm 2.0	0.3 ***	0.4	0.3	1.0
MEF75 [l/s]	6.9 \pm 1.6	6.7 \pm 1.3	6.7 \pm 1.7	0.5 ***	0.6	0.5	1.0
MEF50 [l/s]	4.6 \pm 1.1	4.6 \pm 1.1	4.5 \pm 1.3	0.8 ***	1.0	0.8	0.8
MEF25 [l/s]	1.8 \pm 0.6	2.0 \pm 0.6	2.0 \pm 0.7	0.05 ***	0.2	0.3	1.0
Traditional smokers, n=40							
FVC [l]	5.1 \pm 1.1	5.0 \pm 1.2	4.9 \pm 1.1	0.2 ***	0.6	0.2	0.8
FEV1 [l]	4.1 \pm 0.9	4.1 \pm 0.9	4.1 \pm 0.9	0.4 ***	0.5	0.4	1.0
FEV1/FVC [%]	0.8 \pm 0.1	0.8 \pm 0.1	0.8 \pm 0.1	0.7 ***	1.0	0.8	0.7
PEF [l/s]	7.7 \pm 2.0	7.9 \pm 2.1	8.0 \pm 2.2	0.5 ***	0.7	0.5	1.0
MEF75 [l/s]	7.0 \pm 1.9	7.0 \pm 1.8	7.1 \pm 2.1	0.5 ***	0.8	0.9	0.5
MEF50 [l/s]	4.8 \pm 1.4	4.8 \pm 1.3	4.7 \pm 1.3	0.3 ***	1.0	0.5	0.4
MEF25 [l/s]	2.1 \pm 0.7	2.0 \pm 0.6	2.1 \pm 0.7	0.4 ***	0.4	0.7	0.9
E-cigarette users, n=40							
FVC [l]	4.8 \pm 1.1	4.7 \pm 1.1	4.7 \pm 1.2	0.02 ***	0.3	0.02	0.4
FEV1 [l]	3.9 \pm 0.8	3.9 \pm 0.8	3.8 \pm 0.9	0.01 ***	0.5	0.01	0.2
FEV1/FVC [%]	0.8 \pm 0.1	0.8 \pm 0.1	0.8 \pm 0.1	0.5 ***	1.0	0.6	0.6
PEF [l/s]	7.7 \pm 1.9	7.7 \pm 1.8	7.6 \pm 1.9	0.6 ***	1.0	0.7	0.7
MEF75 [l/s]	6.7 \pm 1.5	6.9 \pm 1.6	6.7 \pm 1.7	0.7 ***	0.8	1.0	0.7
MEF50 [l/s]	5.0 \pm 1.3	4.7 \pm 1.2	4.7 \pm 1.2	0.04 ***	0.1	0.06	0.9
MEF25 [l/s]	2.2 \pm 0.6	2.1 \pm 0.6	2.1 \pm 0.9	0.1 ***	0.4	0.7	0.9
Control group, n=40							
FVC [l]	4.7 \pm 1.1	4.7 \pm 1.0	-	0.4 *	-	-	-
FEV1 [l]	3.8 \pm 0.8	3.8 \pm 0.8	-	0.8 *	-	-	-
FEV1/FVC [%]	0.8 \pm 0.1	0.8 \pm 0.1	-	0.1 **	-	-	-
PEF [l/s]	8.0 \pm 2.2	8.1 \pm 2.1	-	0.3 *	-	-	-
MEF75 [l/s]	6.8 \pm 1.9	6.8 \pm 1.8	-	0.9 *	-	-	-
MEF50 [l/s]	4.4 \pm 1.3	4.4 \pm 1.3	-	1.0 *	-	-	-
MEF25 [l/s]	1.9 \pm 0.7	1.8 \pm 0.8	-	1.0 *	-	-	-

Tableau 3. Modifications des résultats de spirométrie après exposition à une cigarette traditionnelle, aux HTP, e-cigarette et simulation d'exposition

Les résultats de cette étude suggèrent que l'utilisation régulière de PTC pourrait augmenter le risque de maladies respiratoires et cardiovasculaires chroniques. En effet, l'utilisation de PTC a provoqué des effets immédiats sur la santé respiratoire et cardiovasculaire des participants. Après 5 minutes d'exposition, les auteurs ont notamment observé une diminution significative des niveaux d'oxyde nitrique expiré dans les 3 groupes ainsi qu'une augmentation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle. Bien que cette étude soit précurseur sur le sujet, les auteurs évoquent quelques limites dans cette étude car la population étudiée est limitée avec seulement 40 participants par groupe. Aussi, les participants ont été répartis en groupes selon leur propre déclaration d'usage quotidien de tabac et celle-ci pouvait différer entre les participants.

- [Grande-Bretagne : les associations entre la prévalence du tabagisme et du vapotage, les caractéristiques d'utilisation des produits et les diagnostics de santé mentale](#)

Taylor E., Brose L.S., McNeill A. et al. Associations between smoking and vaping prevalence, product use characteristics, and mental health diagnoses in Great Britain: a population survey. *BMC Med* 2023; 21:211

D'après les dernières données disponibles, les taux de prévalence de maladies et de décès liés au tabagisme sont nettement plus élevés chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Le vapotage pourrait aider certaines personnes à arrêter de fumer, mais il y a très peu d'années de recul sur le vapotage. Dans cette étude, Taylor E. et al ont évalué les caractéristiques et la prévalence de la consommation de tabac et/ou du vapotage chez les personnes avec ou sans diagnostic de troubles mentaux.

Les auteurs ont étudié la prévalence du tabagisme, du fait d'être ex-fumeur, du vapotage et du double usage ainsi que les caractéristiques des personnes avec ou sans antécédents de trouble mental unique ou multiple, et avec ou sans épisode de détresse psychologique modérée ou grave au cours du dernier mois. L'étude incluait un total de 27 437 adultes britanniques éligibles, interrogés entre octobre 2020 et avril 2022. Les données sont issues d'une enquête transversale de personnes âgées de plus de 16 ans en Angleterre, en Écosse et au Pays de Galles.

Afin de recueillir toutes les données, des entretiens téléphoniques ont été menés avec chaque numéro de téléphone fixe et mobile éligible en Grande-Bretagne. Les participants n'ayant pas répondu aux questions sur la santé mentale (n = 134) ou ayant répondu « ne sait pas » ou « préfère ne pas dire » (n = 822) ont été exclus. Les personnes n'ayant pas répondu sur leur statut de fumeur (n = 259) par exemple ou sur leur statut socio-économique (n=1943), ont également été exclus ainsi que toutes les personnes fumant exclusivement des produits du tabac (pipes, cigares, chicha) autres que des cigarettes (n=464). Pour les analyses sur le vapotage, les personnes n'ayant pas précisé le type de produit de vapotage utilisé ont été exclues également. Des régressions multinomiales ont analysé les associations entre la prévalence du tabagisme, du vapotage et du double usage, les caractéristiques du tabagisme/vapotage et les antécédents d'un trouble mental unique ou multiple et d'une détresse psychologique modérée ou grave, ajustés en fonction de l'âge, du sexe et du statut socio-économique.

L'âge moyen des participants de l'étude était de 49 ans (ET=18,5) avec une répartition hommes/femmes globalement similaire. Il y avait légèrement plus de personnes issues de milieux socio-économiques plus élevés (54,4 %) que de milieux socio-économiques plus faibles (45,6 %). La majorité (69,6%) des participants n'ont signalé aucun antécédent de troubles mentaux contre 13,6 % ayant rapporté des antécédents d'un trouble mental et 16,8 % des antécédents de multiples troubles mentaux.

Table 2 Associations between smoking, vaping and dual use status and mental health conditions and psychological distress, unweighted (N=27,437)

	No history of MHC ^d			One MHC ^d			Two or more MHCs ^d			No/low past month distress ^e			Moderate past month distress ^e			Serious past month distress ^e		
	% (95% CI)	% (95% CI)	AOR (95% CI)	p	% (95% CI)	AOR (95% CI)	p	% (95% CI)	AOR (95% CI)	p	% (95% CI)	AOR (95% CI)	p	% (95% CI)	AOR (95% CI)	p		
Smoking^a																		
Never smoker	74.8 (74.1–75.5)	12.4 (12.0–13.0)	1	Ref	12.8 (12.3–13.3)	1	Ref	74.4 (73.8–75.1)	21.5 (20.9–22.1)	1	Ref	4.1 (3.8–4.4)	1	Ref				
Ex-smoker	66.1 (65.0–67.2)	15.5 (14.7–16.3)	1.51 (1.39–1.64)	<.001	18.4 (17.5–19.3)	1.81 (1.67–1.97)	<.001	73.6 (72.7–74.6)	21.4 (20.5–22.3)	1.22 (1.13–1.31)	<.001	5.0 (4.5–5.5)	1.50 (1.30–1.74)	<.001				
Current smoker	55.7 (54.2–57.2)	15.0 (13.9–16.1)	1.62 (1.46–1.81)	<.001	29.3 (27.9–30.7)	2.51 (2.28–2.75)	<.001	57.1 (55.7–58.6)	29.9 (28.5–31.3)	1.53 (1.40–1.67)	<.001	13.0 (12.0–14.0)	2.97 (2.59–3.42)	<.001				
Vaping^b																		
Non-vaper	71.0 (69.0–73.0)	13.5 (12–15)	1	Ref	15.5 (13.9–17.1)	1	Ref	72.7 (72.2–73.2)	22.2 (20.3–24.1)	1	Ref	5.1 (4.1–6.1)	1	Ref				
Current vaper	51.1 (50.5–51.7)	15.5 (15.1–15.9)	1.28 (1.11–1.48)	.001	33.4 (32.8–34.0)	1.66 (1.47–1.87)	<.001	57.0 (54.7–59.2)	29.6 (29–30.2)	1.16 (1.03–1.31)	.015	13.4 (13.0–13.8)	1.58 (1.33–1.88)	<.001				
Dual use^c																		
Dual user	49.0 (45.8–52.2)	14.2 (12–16.6)	1	Ref	36.8 (33.7–39.9)	1	Ref	52.2 (48.9–55.5)	31.4 (28.4–34.4)	1	Ref	16.4 (14.0–18.8)	1	Ref				
Exclusive Vaper	52.9 (49.8–56)	16.7 (14.4–19.0)	1.01 (0.77–1.32)	.965	30.4 (27.6–33.2)	0.78 (0.63–0.97)	.028	74.7 (74.2–75.3)	28.1 (25.3–30.9)	0.78 (0.63–0.97)	.025	10.6 (8.7–12.5)	0.61 (0.45–0.83)	.001				
Exclusive Smoker	57.5 (55.8–59.2)	15.3 (14.1–16.5)	0.85 (0.68–1.07)	.172	27.2 (25.7–28.7)	0.67 (0.56–0.80)	<.001	58.5 (57.8–59.2)	29.5 (27.9–31.1)	0.87 (0.73–1.04)	.133	12.0 (10.9–13.1)	0.74 (0.59–0.94)	.013				
Never/ex-smoker/vaper	72.9 (72.3–73.5)	13.3 (12.9–13.7)	0.58 (0.47–0.71)	<.001	13.8 (13.4–14.2)	0.31 (0.26–0.36)	<.001	74.7 (74.1–75.3)	21.2 (20.7–21.7)	0.60 (0.51–0.70)	<.001	4.1 (3.8–4.4)	0.26 (0.21–0.33)	<.001				

^a Analyses were adjusted for age, sex, SES, vaping status

^b Analyses were adjusted for age, sex, SES, smoking status

^c Analyses were adjusted for age, sex, SES.

^d Multinomial regression set 'No history of MHC' as the reference group

^e Multinomial regression set 'No/Low past month distress' as the reference group

Tableau 2. Associations entre le tabagisme, le vapotage et le double usage et les problèmes de santé mentale et la détresse psychologique, non pondérés (N = 27 437)

Comparativement aux personnes qui n'avaient jamais fumé, celles qui fumaient actuellement étaient plus susceptibles de déclarer des antécédents d'un seul (12,5 % contre 15,0 %, AOR = 1,62, IC à 95 % = 1,46–1,81, p < 0,001) ou de plusieurs troubles mentaux (12,8 % contre 29,3 %, AOR=2,51, IC à 95 %=2,28-2,75, p<0,001). Comparés aux non-vapoteurs (NV), les vapoteurs actuels étaient plus susceptibles de déclarer des antécédents de trouble mental unique (13,5 % chez les NV contre 15,5 % respectivement, AOR=1,28, IC à 95 % = 1,11 à 1,48, p < 0,001) ou plusieurs troubles mentaux (15,5 % chez les NV contre 33,4 %, AOR = 1,66, IC à 95 % = 1,47 à 1,87, p < 0,001) (Tableau 2).

Table 4 Associations between vaping characteristics and mental health conditions and past month psychological distress among current vapers, unweighted (n=1534)

	No history of a MHC ^a		One MHC ^a		Two or more MHCs ^a		No/low distress ^b		Moderate distress ^b		Serious distress ^b	
	% (N)	% (N)	AOR (95% CI)	% (N)	AOR (95% CI)	% (N)	% (N)	AOR (95% CI)	% (N)	AOR (95% CI)	% (N)	AOR (95% CI)
Frequency of vaping												
Daily	50.0 (579)	16.5 (191)	1	33.5 (387)	1	58.6 (677)	27.9 (323)	1	13.5 (157)	1		
Non-daily	54.9 (293)	13.1 (70)	0.81 (0.59–1.11)	32.0 (171)	0.83 (0.65–1.08)	53.6 (286)	33.7 (180)	1.35 (1.06–1.73)	12.7 (68)	0.96 (0.67–1.37)		
Vaping sessions per day (daily vapers only N=1042)												
12+ times a day	48.0 (179)	18.2 (68)	1	33.8 (126)	1	61.1 (228)	29.5 (110)	1	9.4 (35)	1		
5–11 times a day	50.6 (214)	16.8 (71)	0.84 (0.55–1.29)	32.6 (138)	0.71 (0.50–1.01)	56.7 (240)	27.7 (117)	1.02 (0.71–1.45)	15.6 (66)	1.57 (0.95–2.62)		
1–4 times a day	51.7 (186)	14.2 (51)	0.73 (0.46–1.16)	34.1 (123)	0.70 (0.48–1.02)	57.9 (209)	26.6 (96)	0.88 (0.60–1.28)	15.5 (56)	1.29 (0.75–2.22)		
Device type												
Mod	52.5 (171)	13.5 (44)	1	34.0 (111)	1	61.3 (200)	27.0 (88)	1	11.7 (122)	1		
Pod	53.8 (91)	12.7 (30)	0.94 (0.56–1.58)	33.5 (79)	0.89 (0.59–1.33)	56.2 (132)	27.2 (64)	1.15 (0.76–1.73)	16.6 (390)	1.51 (0.85–2.66)		
Tank	50.2 (483)	17.8 (172)	1.36 (0.93–2.00)	32.0 (308)	0.98 (0.72–1.33)	58.5 (563)	28.9 (278)	1.07 (0.79–1.45)	12.6 (122)	1.11 (0.71–1.73)		
Disposable	55.2 (91)	8.4 (14)	0.62 (0.32–1.21)	36.4 (60)	0.69 (0.43–1.08)	40.6 (67)	43.6 (72)	1.70 (1.07–2.68)	15.8 (260)	1.30 (0.69–2.46)		
Currently using nicotine e-liquid												
No	50.5 (97)	15.6 (30)	1	33.9 (65)	1	58.5 (113)	26.5 (51)	1	15.0 (29)	1		
Yes	51.7 (774)	15.4 (231)	1.06 (0.67–1.68)	32.9 (492)	0.9 (0.63–1.29)	56.7 (850)	30.2 (452)	1.19 (0.81–1.73)	13.1 (196)	0.78 (0.48–1.24)		
Nicotine concentration (vapers current using nicotine only =1370)												
20mg+	48.3 (72)	12.8 (19)	1	38.9 (58)	1	41.6 (62)	31.6 (47)	1	26.8 (40)	1		
12–19 mg	49.7 (188)	19.0 (72)	1.6 (0.87–2.96)	31.3 (118)	1.08 (0.67–1.72)	55.0 (208)	32.2 (122)	1.16 (0.71–1.87)	12.8 (48)	0.65 (0.36–1.18)		
7–11mg	46.9 (82)	14.2 (25)	1.09 (0.53–2.24)	38.9 (68)	1.22 (0.71–2.07)	59.1 (411)	27.3 (48)	0.75 (0.42–1.31)	13.6 (24)	0.53 (0.26–1.06)		
1–6mg	51.6 (354)	14.9 (102)	1.17 (0.65–2.11)	33.5 (230)	1.12 (0.73–1.72)	59.9 (411)	29.5 (202)	0.82 (0.52–1.28)	10.6 (73)	0.40 (0.23–0.70)		
Don't know	68.9 (84)	11.4 (14)	0.68 (0.31–1.48)	19.7 (24)	0.51 (0.28–0.95)	59.5 (72)	28.9 (35)	1.14 (0.63–2.05)	11.6 (14)	0.63 (0.29–1.37)		

All analyses were adjusted for age, sex, SES and smoking status

Bold denotes p < .05

^a Multinomial regression set 'No history of MHC' as the reference group^b Multinomial regression set 'No/Low past month distress' as the reference group

Tableau 4. Associations entre les caractéristiques de vapotage et les problèmes de santé mentale et la détresse psychologique du mois dernier chez les vapoteurs actuels, non pondérées (n = 1 534)

Les dual-users étaient plus susceptibles de signaler des antécédents de plusieurs troubles mentaux (36,8 %), que les fumeurs exclusifs (27,2 %) et vapoteurs exclusifs (30,4%) (tous p < 0,05). Des associations similaires ont été signalées pour les personnes souffrant de détresse psychologique modérée ou grave. Aussi, fumer des cigarettes à rouler et fumer davantage étaient associés à des antécédents de troubles mentaux simples ou multiples. Il n'y avait aucune association entre les caractéristiques de vapotage et les antécédents de troubles mentaux. La fréquence de vapotage, le type d'appareil utilisé et la concentration de nicotine différaient selon la détresse psychologique. (Tableau 4).

Les auteurs concluent que le tabagisme, le vapotage et le double usage étaient considérablement plus élevés chez les personnes ayant des antécédents de troubles mentaux, en particulier chez les participants ayant plusieurs troubles et éprouvant une détresse au cours du dernier mois en comparaison de ceux n'ayant jamais eu de troubles mentaux.

- [Évaluation de l'efficacité et de la tolérance de la cytisinicline pour l'arrêt du tabac lorsqu'elle est administrée pendant 6 ou 12 semaines par rapport à un placebo](#)

Rigotti NA, Benowitz NL, Prochaska J et al. Cytisinicline for Smoking Cessation. A Randomized Clinical Trial JAMA. 2023;330(2):152-160. doi:10.1001/jama.2023.10042

La cytisinicline (cytisine) est un alcaloïde d'origine végétale (isolé directement de la plante Cytisus Laburnum et de ses graine) et qui, comme la varénicline, se lie sélectivement aux récepteurs nicotiques α4β2 de l'acétylcholine, qui interviennent dans la dépendance à la nicotine. Cette molécule n'est pas encore autorisée aux Etats-Unis mais l'est déjà dans certains pays européens pour aider à arrêter de fumer. En revanche, son schéma posologique traditionnel et sa durée de traitement peuvent ne pas être optimaux.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'efficacité et la tolérance de la cytisinicline pour l'arrêt du tabac lorsqu'elle est administrée dans le cadre d'un nouveau schéma posologique basé sur la pharmacocinétique pendant 6 ou 12 semaines en comparaison au placebo. Pour ce faire, les auteurs ont mené un essai

randomisé en double aveugle, contrôlé par placebo, en trois groupes (ORCA-2) qui compare deux durées de traitement à la cytisinicline (6 ou 12 semaines) par rapport à un placebo, et comprenant un suivi de 24 semaines.

Menée aux États-Unis, dans 17 sites, d'octobre 2020 à décembre 2021, l'étude inclut un total de 810 fumeurs quotidiens qui souhaitent arrêter de fumer. Les adultes âgés de 18 ans ou plus étaient éligibles s'ils fumaient actuellement 10 cigarettes ou plus par jour, avaient expiré du monoxyde de carbone (CO) dans l'air supérieur ou égal à 10 ppm et étaient prêts à fixer une date pour arrêter de fumer (tableau 1 et figure 1).

Table 1. Baseline Characteristics of Study Participants by Treatment Group

Demographic	Cytisinicline for 12 wk (n = 270)	Cytisinicline for 6 wk (n = 269)	Placebo (n = 271)
Age, mean (SD), y	53.3 (11.6)	52.2 (11.2)	52.0 (12.0)
Sex, No. (%)			
Male	135 (50.0)	121 (45.0)	112 (41.3)
Female	135 (50.0)	148 (55.0)	159 (58.7)
Race, No. (%) ^a			
American Indian/ Alaska Native	1 (0.4)	2 (0.7)	1 (0.4)
Asian	1 (0.4)	1 (0.4)	1 (0.4)
Black or African American	48 (17.8)	40 (14.9)	42 (15.5)
Native Hawaiian or Other Pacific Islander	1 (0.4)	1 (0.4)	2 (0.7)
White	216 (80.0)	222 (82.5)	221 (81.5)
Other	3 (1.1)	3 (1.1)	4 (1.5)
Hispanic ethnicity, No. (%)	23 (8.5)	26 (9.7)	19 (7.0)
Tobacco use, mean (SD)			
Duration of smoking, y	37.0 (12.9)	36.3 (12.7)	36.5 (12.6)
Cigarettes per day in the past 30 d	19.4 (7.2)	19.4 (7.3)	19.4 (7.7)
Expired air carbon monoxide, ppm	26.4 (14.5)	26.3 (14.7)	26.6 (13.8)
Fagerstrom Test for Nicotine Dependence score ^b	5.6 (1.9) [n = 269]	5.5 (1.8) [n = 267]	5.6 (1.7)
Quitting history			
Prior quit attempts, median (IQR)	4 (2-6)	4 (3-6)	4 (2-6)
Prior cessation medication used, No. (%)			
Nicotine replacement product	174 (64.4)	167 (62.1)	171 (63.1)
Varenicline	127 (47.0)	113 (42.0)	114 (42.1)
Bupropion	57 (21.1)	40 (14.9)	56 (20.7)
Prior cessation behavioral support used, No. (%) ^c	30 (11.1)	25 (9.3)	23 (8.5)
Comorbidities			
Hospital Anxiety and Depression Scale total score, mean (SD) ^d	5.5 (4.5)	5.4 (3.7)	5.5 (4.2)

^a Race and ethnicity were assessed by a participant's response to a fixed-category question.

^b Fagerstrom Test for Nicotine Dependence¹⁷ is a 6-item self-administered scale with a range of scores 0 to 10. Higher scores indicate greater physical dependence on nicotine, which is associated with less success achieving abstinence during a quit attempt.

^c Includes counseling support received in person, by phone, or via web.

^d Hospital Anxiety and Depression Scale¹⁸ is a 14-item self-administered scale, with a range of scores 0 to 42. Higher scores indicate more symptoms of anxiety and depression.

Tableau 1. Caractéristiques de base des participants à l'étude par groupe de traitement

Figure 1. Screening, Randomization, and Follow-Up of Trial Participants in the Study of Cytisine for Smoking Cessation in Adults Who Smoked

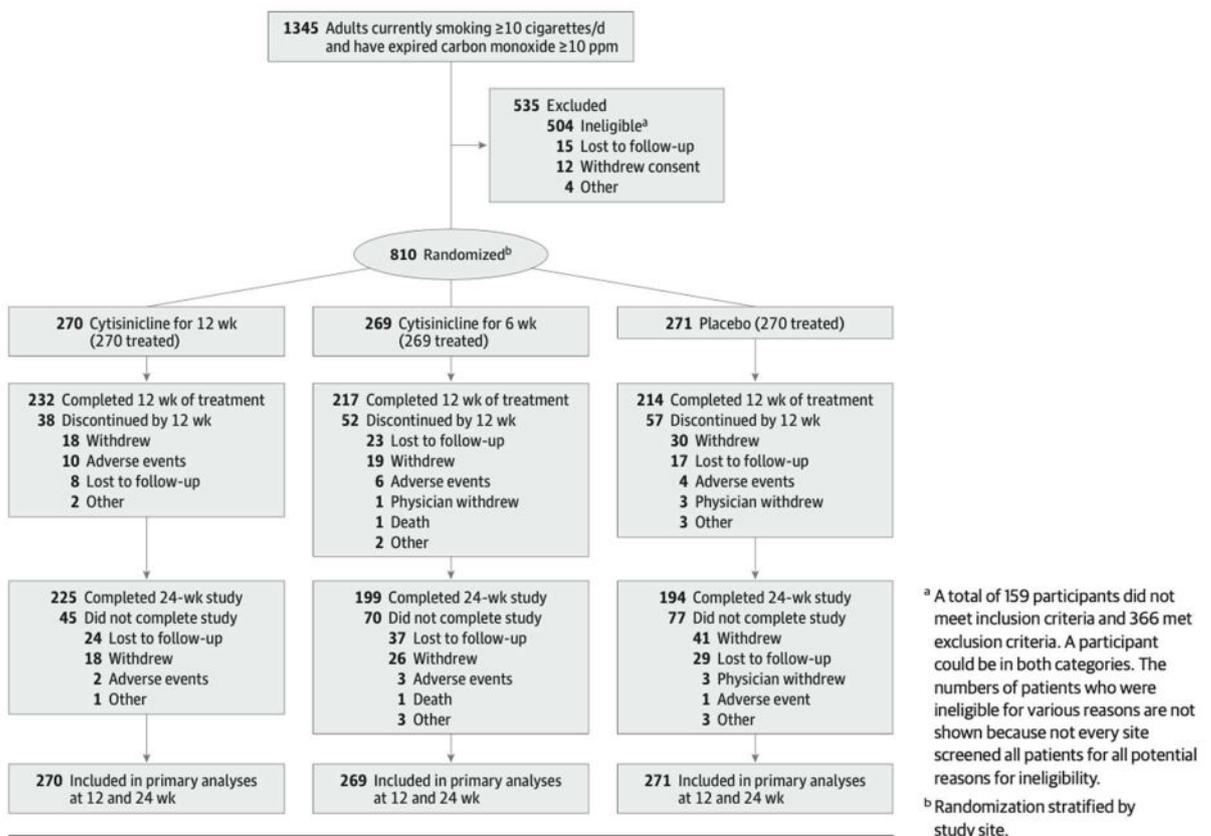


Figure 1. Dépistage, randomisation et suivi des participants à l'étude sur la cytisine pour l'arrêt du tabac chez les adultes fumeurs

Deux critères principaux ont été retenus pour évaluer l'efficacité de la cytisine contre le placebo dans l'arrêt du tabac. Le premier concernait l'abstinence continue pendant les 4 dernières semaines du traitement de 6 semaines (semaines 3 à 6), et le second pendant les 4 dernières semaines du traitement de 12 semaines (semaines 9 à 12). Le succès était défini comme l'un des critères principaux atteignant des critères statistiques, même si des visites manquées étaient autorisées. Un critère secondaire mesurait l'abstinence jusqu'à la semaine 24, avec des exigences spécifiques pour les groupes de traitement de 6 et 12 semaines. Un troisième critère évaluait la rechute entre les semaines 6 et 24 pour ceux ayant maintenu l'abstinence des semaines 3 à 6, avec possibilité de passer au placebo à la semaine 6 ou de continuer la cytisine jusqu'à la semaine 12. D'autres critères comprenaient l'abstinence ponctuelle vérifiée sur 7 jours de la semaine 2 à la semaine 24, et l'exploration des variations d'effet selon les caractéristiques de base. L'envie de fumer était mesurée par le QSU-brief aux visites de la semaine 0 et des semaines 1 à 6. En matière de tolérance, les résultats incluent les problèmes graves et non liés au traitement, ainsi que les changements significatifs des signes vitaux, des tests de laboratoire ou des électrocardiogrammes.

Les individus ont été exclus s'ils utilisaient des produits du tabac autres que des cigarettes (pipe, cigares, tabac sans fumée, narguilé), des cigarettes électroniques, des médicaments pour arrêter de fumer (bupropion, varénicline, nortriptyline, produit de substitution de la nicotine) ou de la marijuana (fumée ou vapotée) dans les 28 jours avant la randomisation ou s'ils avaient prévu de les utiliser pendant l'étude.

Parmi les 810 participants randomisés (âge moyen : 52,5 ans ; 54,6 % de femmes ; moyenne de 19,4 cigarettes fumées quotidiennement), 618 (76,3 %) ont achevé l'essai. Comparé au placebo, le traitement de 6 semaines avec la cytisine a montré des taux d'abstinence continue significativement plus élevés : 25,3 % contre 4,4 % pour les semaines 3 à 6 (rapport de cotes [OR] : 8,0 [IC à 95 % : 3,9-16,3] ; P < 0,001) et 8,9 % contre 2,6 %

pour les semaines 3 à 24 (OR : 3,7 [IC 95 % : 1,5-10,2] ; P = 0,002). Pour le traitement de 12 semaines avec la cytisinicline par rapport au placebo, les taux d'abstinence continue étaient également significativement plus élevés : 32,6 % contre 7,0 % pour les semaines 9 à 12 (OR : 6,3 [IC à 95 % : 3,7-11,6] ; P < 0,001) et 21,1 % contre 4,8 % pour les semaines 9 à 24 (OR : 5,3 [IC à 95 % : 2,8-11,1] ; P < 0,001).

Les auteurs concluent que les programmes de cytisinicline de 6 et 12 semaines, associés à un soutien comportemental, ont montré leur efficacité pour l'arrêt du tabagisme et ont été bien tolérés, ouvrant ainsi de nouvelles options de traitement pour la dépendance à la nicotine.

- [Les nicopouches : Un défi pour la prévention du tabagisme chez les jeunes](#)

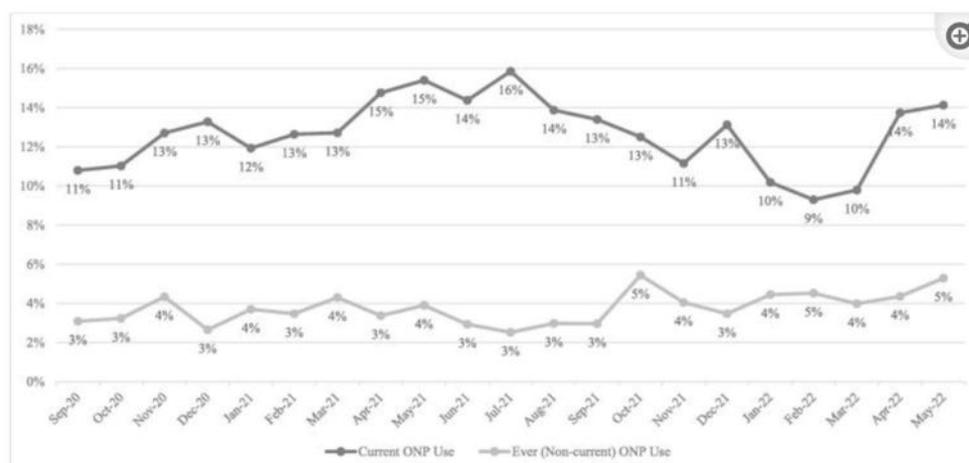
Patel M, Kierstead EC, Kreslake J, Schillo BA. Patterns of oral nicotine pouch use among U.S. adolescents and young adults. *Prev Med Rep.* 2023 May 12;34:102239. doi: 10.1016/j.pmedr.2023.102239. PMID: 37228836; PMCID: PMC10203764.

Les pouches ou nicopouches gagnent en popularité chez les adolescents et les jeunes adultes mais leurs effets sont encore mal connus. Des études sont nécessaires afin de mieux comprendre les caractéristiques des utilisateurs de sachets de nicotine buccale et les tendances d'utilisation au fil du temps.

La présente étude a pour objectif de comprendre les évolutions de l'usage des sachets de nicotine par voie orale au cours d'une période de 2 ans au sein d'un échantillon jeunes américains se base sur les données les plus récentes pour présenter un aperçu des caractéristiques démographiques et des habitudes de consommation de tabac de cette population. Les données de cette étude ont été obtenues à partir d'une enquête de suivi en ligne, nationale et continue, menée chaque semaine auprès d'environ 315 participants uniques (âgés de 15 à 24 ans). Patel M. et al ont analysé l'utilisation actuelle et passée de ces sachets chez la population interrogée de septembre 2020 à mai 2022, en examinant les caractéristiques démographiques et les habitudes de consommation de tabac des utilisateurs actuels et passés. Les utilisateurs actuels et passés de sachets de nicotine orale étaient plus fréquemment âgés de 21 ans et plus (62 % et 51 % respectivement) que les non-utilisateurs (37 %) et plus souvent de sexe masculin (59 % et 64 % respectivement) que les non-utilisateurs (50 %). Sur le plan financier, les utilisateurs actuels étaient plus susceptibles de ne couvrir que leurs dépenses de base (40 %) ou de ne pas les couvrir du tout (11 %) par rapport aux non-utilisateurs (30 % et 9 % respectivement). De plus, 35 % des utilisateurs passés ont déclaré ne couvrir que leurs dépenses de base, tandis que 13 % n'ont pas couvert leurs dépenses de base.

Les auteurs ont observé que 73% de ceux qui utilisent actuellement des sachets et 33 % de ceux qui en avaient déjà utilisé, déclarent fumer des cigarettes au moment de l'étude. Selon eux, l'utilisation actuelle de sachets de nicotine par voie orale est restée stable au fil du temps, avec des taux augmentant de 11 % à 14 % de septembre 2020 à mai 2022. L'utilisation non actuelle a également augmenté de 3 % en septembre 2020 à 5 % en mai 2022 (Figure 1).

Fig. 1



Current and non-current ever oral nicotine product use September 2020- May 2022 (N = 25,944).

Figure 1. Utilisation actuelle et non actuelle de produits à base de nicotine par voie orale de septembre 2020 à mai 2022 (N = 25 944).

Pour évaluer l'utilisation actuelle des sachets de nicotine par voie orale, les auteurs ont mené des analyses bivariées sur un sous-échantillon de données recueillies au cours des 6 derniers mois, de décembre 2021 à mai 2022 (n = 7 832). De décembre 2021 à mai 2022, 16 % des participants avaient déjà utilisé des sachets de nicotine et 12 % en utilisaient actuellement. Les participants qui utilisaient au moment de l'étude, des sachets de nicotine buccale, étaient plus susceptibles d'être âgés de 21 ans ou plus, d'être de sexe masculin et à revenus plus faible. Les différences significatives dans les caractéristiques liées à l'utilisation des sachets ont été évaluées à l'aide du test du Chi carré de Pearson, avec des valeurs p globales indiquant les différences significatives. Toutes les analyses ont été pondérées en fonction de la population interrogée pour refléter la représentativité.

Les résultats de l'étude suggèrent que de nombreux jeunes fumeurs de cigarettes utilisent simultanément des pouches. Les auteurs ont également examiné l'utilisation actuelle et antérieure chez les répondants interrogés entre septembre 2020 et mai 2022 pour évaluer les tendances sur la période de 2 ans (n = 25 944), et les résultats indiquent des taux stables d'utilisation de sachets de nicotine buccale au fil du temps chez les adolescents et les jeunes adultes.

[Les recommandations de lecture du comité](#)

- N'hésitez pas à consulter régulièrement la [plateforme d'information Génération Sans Tabac](#)
- [Isaora Rivierez \(2023\). Les sorties du tabagisme, un état de la littérature en sciences sociales, Paris, OFDT, 40 p.](#)

Une revue de la littérature en sciences sociales très complète qui examine les enquêtes sur les approches et les praticiens impliqués dans le sevrage tabagique ainsi que les travaux étudiant l'influence des facteurs socio-économiques dans la persistance du tabagisme et/ou la réussite du sevrage.

- [Akter S, Islam MR, Rahman MM, et al. Evaluation of Population-Level Tobacco Control Interventions and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2023;6\(7\):e2322341. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.22341](#)

Cette méta-analyse intéressante examine les liens entre les politiques anti-tabac au sein des populations et les résultats positifs en matière de santé (maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques et affections périnatales).

CONGRÈS



17e Congrès national de la Société Francophone de Tabacologie

23-24 novembre 2023.

Palais des congrès d'Issy, Issy-les-Moulineaux.

[http://societe-francophone-de-tabacologie.fr/congres/
contact@societe-francophone-de-tabacologie.fr](http://societe-francophone-de-tabacologie.fr/congres/contact@societe-francophone-de-tabacologie.fr)



Info-Gyn : 5-7 octobre 2023, Pau (64) :

Session proposée par la Société Francophone de Tabacologie
Tabac et santé environnementale Président : Gilles Grangé ; Modératrice : Cathy MEIER

- Le tabac, une pollution environnementale largement sous-estimée. Charles SULTAN - Montpellier
- Écologie et tabacologie : même combat. Olivier GALERA - Toulouse
- Le tabac et les enfants. Cathy MEIER - Pau
- Le tabagisme ultra passif. Gérard PEIFFER - Metz

Avec un atelier sur l'Entretien Motivationnel par A. Dansou



Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie : Journée de l'AALT – Jeudi 12 octobre 2023, Villers les Nancy (54)

Les exposés aborderont l'actualité en tabacologie d'une part sur le plan clinique et d'autre part sur le plan de la prévention en particulier dans le cadre du contrôle du tabac.

Les orateurs experts dans leurs domaines aborderont ces thématiques avec un temps important laissé aux échanges directs.

Programme : <https://sway.office.com/zPAfEcyFTMkJIA0F?ref=Link>

Inscriptions jusqu'au 25 septembre 2023

Renseignements : Tél : 03 83 15 34 08 - Mél : a.spinosa@chru-nancy.fr



L'Association Francophone des Infirmières en Tabacologie et Addictologie (AFIT&A) : 23ème Rencontre Nationale le vendredi 13 octobre 2023, Reims (51)

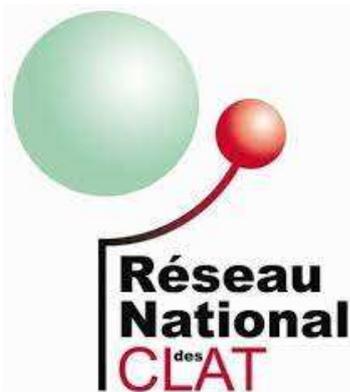
L'AFIT&A vous propose de se retrouver le 13 octobre 2023 pour une journée axée sur deux thèmes principaux mais avec des intérêts transversaux : une matinée consacrée à « Tabagisme et Diabète » et l'après-midi orienté sur les « Méthodes alternatives en Tabacologie/Addictologie ». Une actualisation et/ou un renforcement des connaissances d'un côté et la découverte de nouveaux outils de l'autre.

Programme et inscriptions : <http://association-infirmiere-tabacologie.fr/index.php>



CNCF (Collège National des Cardiologues Français) du 18 au 20 octobre 2023, Marseille (13) :

Atelier de sevrage tabac (Daniel Thomas, Olivier Stora)
Informations : <https://cncf.eu/congres-cncf-marseille-2023/>



L'aide au sevrage tabagique dans les CLAT, comment la réaliser en pratique ? **Les 13 et 14 novembre 2023, en distanciel**

Responsable scientifique : M. Frédéric DEBLAY, Professeur à la Faculté de médecine, maïeutique et sciences de la santé, Pôle de Pathologie-thoracique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Coordinateur pédagogique :

M. Philippe FRAISSE, Coordonnateur du Réseau national des Centres de lutte antituberculeuse, CLAT Alsace Nord.

Courriel : philippe.fraisse.tuberculose@gmail.com

M. Jean PERRIOT, Médecin Chef de Service, Service des Interventions Sanitaires-Dispensaire Emile ROUX, Conseil Départemental du Puy-de-Dôme.

Personnes concernées :

Cette formation s'adresse aux professionnels des Centres de lutte antituberculeuse et aux tabacologues.

Durée : 2 jours (enseignement à distance)

En2023 Stage1-Réf. : JLE23-1407A du 13 novembre2023 au 14 novembre 2023

En2024 Stage1-Réf. : JLE24-1407A du 12 novembre2024 au 13 novembre 2024

Renseignements et inscriptions : Joëlle LABARRE

Tél : 03 68 85 49 23 Sauf le vendredi après-midi - j.labarre@unistra.fr



Présentation du travail du groupe SFT-SFD lors des journées d'endocrinologie, les 17 et 18 novembre 2023, Paris :

Informations : <https://www.sfendocrino.org/inscription-aux-42emes-journees-nicolas-gueritee/>



28èmes journées de la SFNV, du 15 au 17 novembre 2023, Grand Palais de Lille (59) :

Session commune SFNV- SFT

Vendredi 17 Novembre 2023 de 14h à 14h45 : AVC chez le fumeur Modérateurs : Philippa LAVALLEE (Paris) et Daniel THOMAS (Paris)

- Résultat de l'enquête SFNV : Philippa LAVALLEE (Paris)
- Quel risque d'AVC chez le fumeur ? : Yannick BÉJOT (Dijon)
- Sevrage tabagique après un AVC : Daniel THOMAS (Paris)

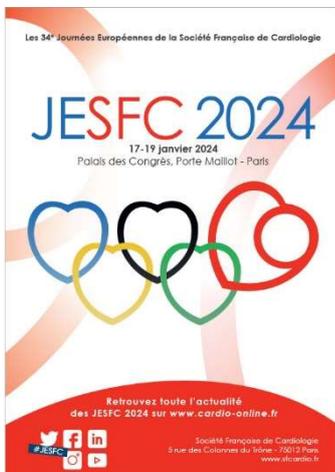


Congrès de Psychiatrie, du 29 novembre au 2 décembre 2023, Lyon (69):

Atelier DPC organisé par la SFT « La défumée tabaco-cannabique chez le patient atteint de trouble schizophrène » le mercredi 29 novembre A.DESCHENAU M. MALECOT, M. UNDERNER.

Il n'est pas utile d'être inscrit au congrès pour participer à cet atelier DPC.

Si vous êtes intéressés pour vous inscrire à cet atelier, merci d'envoyer un mail au Dr Malécot : mmalecot@saintjosephsaintluc.fr qui vous précisera les modalités d'inscription.



Session commune « SFC-SFT » : « Le tabac : comment éteindre l'incendie ? », le 19 janvier 2024 – lors des Journées Européenne de la Société Française de Cardiologie.

Rappel du contenu de cette session :

COLSOU Marie-Louise	Orateur	Tabac, vapotage et endothélium	08:30 - 08:45
THOMAS Daniel	Orateur	Nouveaux produits du tabac et de la nicotine	08:45 - 09:00
PEIFFER Gérard	Orateur	Savoir parler au fumeur	09:00 - 09:15
DILLINGER Jean-Guillaume	Orateur	Cannabis et coronaire	09:15 - 09:30

OFFRES D'EMPLOI

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

<http://societe-francophone-de-tabacologie.fr/emplois/>

CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser au Dr Didier Touzeau :

didier.touzeau@gmail.com

contact@societe-francophone-de-tabacologie.fr