

- **France : Les déterminants de l'arrêt du tabac et de la rechute sont-ils différents entre les hommes et les femmes ?**

Manns A et al. Do Determinants of Smoking Cessation and Relapse Differ between Men and Women? Data from a French National Study, Substance Use & Misuse Online ahead of print DOI: 10.1080/10826084.2023.2267106, <https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2267106>

Le tabagisme entraîne plus de 8 millions de décès par an dans le monde. Heureusement, la lutte antitabac a progressé ces dernières années et souligne la nécessité d'un soutien médical pour réussir à arrêter de fumer en combinant le soutien comportemental et la pharmacothérapie. A ce jour, malgré quelques différences bien documentées dans le comportement tabagique, la compréhension des différents prédicteurs de succès du sevrage tabagique chez les femmes et les hommes reste assez limitée.

Si plusieurs études démontrent des inégalités sociales dans le sevrage tabagique tant chez les hommes que chez les femmes, il y a très peu de données sur les différences des déterminants de l'arrêt du tabac entre les deux sexes. De manière générale, le sevrage tabagique aurait des taux inférieurs chez la femme que chez l'homme, en raison de la prise de poids et de la dépression, tous deux plus fréquents chez les femmes. Cependant, toutes les études ne sont pas concordantes à ce sujet. Manns A et al. ont analysé les données de DePICT (Description des Perceptions, Images et Comportements liés au Tabagisme), une enquête nationale française menée auprès d'adultes, incluant 2 377 fumeurs réguliers et anciens fumeurs. Les auteurs ont notamment vérifié si les principaux facteurs du sevrage tabagique différaient selon le sexe. Ils ont également étudié les facteurs associés à une tentative d'arrêt infructueuse ou réussie. La réussite de l'arrêt du tabac a été mesurée à l'aide d'analyses de régression logistique multinomiale stratifiées par sexe.

Selon les auteurs, les femmes et les hommes partagent certains facteurs favorables au sevrage tabagique. Ils observent notamment pour les deux sexes, l'absence de consommation de cannabis, le fait de vivre dans un foyer non-fumeur et l'importance accordée au fait d'être non-fumeur. Cependant, pour ce qui est de l'utilisation de cigarette électronique, de la consommation d'alcool faible à modérée, de l'initiation précoce au tabagisme ou du niveau d'études supérieures, ces déterminants étaient associés à un moindre taux de sevrage tabagique chez les femmes uniquement. (Tableau 3)

Table 3. Multivariate multinomial analysis (or, 95% CI) among women (n=1040, weighted percentages).

Characteristic		Adjusted Odds Ratio [95% CI]		
		No successful quit attempt; (n=545, 52.37%)	Smoking relapse: (n=331, 31.82%)	Successful quit attempt: (n=164, 15.80%)
Cannabis use (12 months)	Yes vs. No	REF	1.11 [0.66-1.88]	0.09 [0.02-0.46]
Lifetime e-cigarette use	Yes vs. No	REF	0.63 [0.45-0.87]	0.24 [0.16-0.37]
Alcohol use	At least 2/week vs at most 4/ month	REF	0.48 [0.32-0.72]	0.50 [0.28-0.88]
Number of cigarettes/days	≥10 cig/day vs. 0-9 cig/day	REF	0.60 [0.42- 0.84]	1.11 [0.69-1.79]
Lifetime use of nicotine replacement products	No vs. Yes	REF	0.81 [0.55-1.18]	0.91 [0.55-1.52]
Environmental tobacco exposure	Lone living	REF	REF	REF
	No	REF	1.80 [1.22-2.65]	3.20 [1.97-5.21]
	Partner is a smoker	REF	1.85 [1.25-2.74]	0.99 [0.54-1.82]
	Living with a smoker	REF	1.33 [0.77-2.31]	1.37 [0.60-3.11]
Age of regular smoking initiation	>17 years vs. ≤17 years	REF	0.71 [0.51-0.98]	0.51 [0.33-0.79]
Importance given to not smoking	Important vs not	REF	0.93 [0.67-1.29]	4.57 [2.68-7.77]
Proportion of friends who smoke	some or none vs. most are smokers	REF	1.54 [1.04-2.30]	1.57 [0.89-2.77]
Proportion of smoking family members	some or none vs. most are smokers	REF	0.77 [0.55-1.09]	1.49 [0.94-2.38]
Friend's opinion on smoking	Neutral vs acceptable	REF	1.03 [0.67-1.56]	1.50 [0.81-2.79]
	Inacceptable vs acceptable	REF	1.40 [0.87-2.27]	1.25 [0.62-2.52]
Family's opinion on smoking	Neutral vs acceptable	REF	0.88 [0.51-1.50]	0.99 [0.48-2.04]
	Inacceptable vs acceptable	REF	1.10 [0.66-1.84]	0.67 [0.33-1.38]
Sociodemographic characteristics				
Age	18-24 years	REF	REF	REF
	25-34 years	REF	4.83 [2.19-10.68]	3.95 [1.52-10.29]
	35-44 years	REF	15.56 [7.11-34.04]	4.27 [1.64-11.09]
	45-54 years	REF	12.21 [5.63-26.49]	4.03 [1.57-10.35]
	≥55 years	REF	15.89 [6.93-36.45]	3.60 [1.31-9.87]
Level of education	<High school degree	REF	REF	REF
	≥2 years post-secondary	REF	1.64 [1.08-2.49]	2.27 [1.25-4.14]
	≥ 3 years post-secondary	REF	2.13 [1.32-3.45]	5.02 [2.57-9.77]
Currently working	Yes vs No	REF	1.26 [0.89-1.79]	1.30 [0.79-2.13]
Year of investigation	2017 vs. 2016	REF	0.86 [0.63-1.17]	1.02 [0.68-1.54]

Tableau 3. Analyse multinomiale multivariée (IC à 95 %) chez les femmes

Pour les hommes en revanche, c'est l'absence d'utilisation de substituts nicotiniques, le fait d'avoir des membres de la famille qui fument, l'opinion de la famille sur le tabagisme ou leur travail, qui étaient associés à l'arrêt du tabac. (Tableau 4)

Table 4. Multivariate multinomial analysis (or, 95% CI) among men (n=1338, weighted percentages).

Characteristic		Adjusted Odds Ratio [95% CI]		
		No successful quit attempt; (n=860, 64.29%)	Smoking relapse: (n=272, 20.31 %)	Successful quit attempt: (n=206, 15.40%)
Cannabis use (12 months)	Yes vs. No	REF	0.48 [0.31-0.72]	0.37 [0.21-0.67]
Lifetime e-cigarette use	Yes vs. No	REF	1.07 [0.79-1.44]	0.69 [0.48-1.00]
Alcohol use	At least 2/week vs at most 4/ month	REF	1.29 [0.95-1.74]	1.16 [0.80-1.69]
Number of cigarettes/days	≥10 cig/day vs. 0-9 cig/day	REF	0.57 [0.39-0.82]	0.92 [0.58-1.47]
Lifetime use of nicotine replacement products	No vs. Yes	REF	0.87 [0.62-1.22]	0.61 [0.41-0.90]
Environmental tobacco exposure	Lone living	REF	REF	REF
	No	REF	0.65 [0.45-0.94]	2.49 [1.65-3.77]
	Partner is a smoker	REF	0.72 [0.47-1.09]	0.54 [0.29-1.01]
	Living with a smoker	REF	0.98 [0.63-1.51]	0.22 [0.09-0.53]
Age of regular smoking initiation	>17 years vs. ≤17 years	REF	0.88 [0.66-1.19]	1.29 [0.89-1.86]
Importance given to not smoking	Important vs not	REF	1.29 [0.95-1.76]	9.37 [5.61-15.64]
Proportion of friends who smoke	some or none vs. most are smokers	REF	1.37 [0.93-2.02]	1.50 [0.90-2.53]
Proportion of smoking family members	some or none vs. most are smokers	REF	1.41 [1.03-1.94]	1.55 [1.04-2.31]
Friend's opinion on smoking	Neutral vs acceptable	REF	0.82 [0.55-1.22]	0.53 [0.33-0.86]
	Inacceptable vs acceptable	REF	0.81 [0.50-1.31]	0.49 [0.28-0.86]
Family's opinion on smoking	Neutral vs acceptable	REF	0.85 [0.55-1.32]	2.26 [1.27-4.00]
	Inacceptable vs acceptable	REF	0.93 [0.60-1.45]	1.18 [0.68-2.06]
Sociodemographic characteristics				
Age	18-24 years	REF	REF	REF
	25-34 years	REF	3.13 [1.44-6.81]	1.11 [0.47-2.62]
	35-44 years	REF	6.24 [2.89-13.46]	1.69 [0.72-3.97]
	45-54 years	REF	3.25 [1.48-7.15]	1.57 [0.65-3.75]
	≥55 years	REF	5.03 [2.16-11.73]	1.87 [0.72-4.87]
Level of education	<High school degree	REF	REF	REF
	≥2 years post-secondary	REF	1.08 [0.75-1.58]	1.11 [0.68-1.79]
	≥ 3 years post-secondary	REF	0.95 [0.60-1.52]	1.70 [0.98-2.95]
Currently working	Yes vs No	REF	1.30 [0.92-1.84]	1.86 [1.20-2.89]
Year of investigation	2017 vs. 2016	REF	0.74 [0.55-1.00]	0.91 [0.64-1.30]

Tableau 4. Analyse multinomiale multivariée (IC à 95 %) chez les hommes

Toujours chez les hommes, les opinions neutres ou négatives des proches sur le fait de fumer ou de vivre avec un fumeur étaient souvent associées à l'arrêt du tabac.

Ainsi, Manns et al. relèvent des différences importantes entre les déterminants du sevrage tabagique selon le sexe, notamment sur le plan éducatif et social et soulignent l'intérêt de développer des interventions adaptées tenant compte de ces différences de genre dans d'arrêt du tabac.

- **Une étude coréenne sur le tabagisme et les conséquences cardiovasculaires après une intervention coronarienne percutanée**

Ki YJ et al. Smoking and cardiovascular outcomes after percutaneous coronary intervention: a Korean study, *European Heart Journal* 2023;44:4461-72, <https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/42/4461/7282349>

C'est bien connu, le tabagisme et les maladies cardiovasculaires ne font pas bon ménage. Parmi les adultes âgés de 30 à 44 ans décédés d'une cardiopathie ischémique, plus d'un tiers des décès était attribué au tabac. Les auteurs souhaitent évaluer ici, l'impact du tabagisme et de son arrêt après une revascularisation coronaire percutanée sur les événements cardiovasculaires.

Bien que plusieurs études aient analysé l'impact du tabagisme sur les résultats cliniques des patients ayant subi une revascularisation coronaire, il n'y a pas encore d'études de population à grande échelle sur ce sujet. De plus, dans la majorité des études précédentes, les changements des habitudes tabagiques des patients avant et après la procédure n'ont pas été pris en compte. L'impact de l'arrêt du tabac après une revascularisation coronaire percutanée (RCP) n'a donc jamais été étudié à part entière. Ainsi, l'objectif de Ki YJ et al. était d'observer les effets du statut tabagique avant et après une RCP sur les résultats cliniques à long terme.

Les auteurs ont analysé une base de données démographiques à grande échelle du système national coréen d'assurance maladie couvrant 97 % de la population coréenne. Parmi les 360 379 patients ayant subi une RCP entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2016, 88 413 ont passé des examens de santé réguliers dans l'année suivant la RCP de référence. Pour éviter toute confusion avec des maladies préexistantes, ceux qui ont eu des antécédents d'accident vasculaire cérébral dans l'année de la RCP (n = 8247) ou les patients qui ont subi une nouvelle RCP avant le premier bilan de santé régulier (n = 2777) ont été exclus par les auteurs. Après avoir également exclu les patients pour lesquels il manquait des données sur la consommation de tabac (n = 2 918), la population étudiée était finalement composée de 74 471 individus. Les participants ont été classés comme non-fumeurs, anciens fumeurs et fumeurs actuels, en fonction de leur statut tabagique lors du premier bilan de santé effectué dans l'année suivant la RCP. Le critère de jugement principal était la survenue d'un événement cardiovasculaire et/ou d'un événement indésirable cardiaque et cérébro-vasculaire majeur (MACCE), critère composite comprenant les décès toutes causes, un infarctus du myocarde, une revascularisation coronaire ou un AVC.

D'après les résultats, au cours d'un suivi de 4 années, les fumeurs avant la RCP, présentaient un taux de MACCE 19,8 % plus élevé que les non-fumeurs [rapport de risque ajusté (aHR) 1,198 ; intervalle de confiance (IC) à 95 % 1,137–1,263] et les ex-fumeurs avaient tendance à avoir un taux comparable à celui des non-fumeurs (aHR 1,036 ; IC à 95 % 0,992–1,081). (Tableau 2) mais une mortalité supérieure aux non-fumeurs et à peu de chose près, similaire aux fumeurs.

Table 2 Hazard ratios and 95% confidence intervals of MACCE, all-cause mortality, myocardial infarction, stroke, and revascularization by smoking status

	Events (n)	Follow-up duration (person-years)	Incidence rate (per 1000 person-years)	Unadjusted HR (95% CI)	Multivariable model 1 HR (95% CI)	Multivariable model 2 HR (95% CI)	IPW-adjusted HR (95% CI)
MACCE							
Non-smokers	6713	124 017	54.130	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Ex-smokers	5217	102 482	50.907	.936 (.902–.970)	1.035 (.991–1.080)	1.036 (.992–1.081)	1.084 (1.047–1.123)
Current smokers	2478	42 157	58.781	1.078 (1.030–1.129)	1.226 (1.164–1.292)	1.198 (1.137–1.263)	1.191 (1.138–1.245)
Death							
Non-smokers	2177	139 304	15.628	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Ex-smokers	1382	114 914	12.026	.774 (.723–.828)	1.090 (1.008–1.178)	1.080 (.999–1.168)	1.354 (1.271–1.441)
Current smokers	781	47 554	16.423	1.060 (.977–1.150)	1.658 (1.513–1.817)	1.606 (1.465–1.760)	1.660 (1.540–1.790)
Myocardial infarction							
Non-smokers	612	137 805	4.441	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Ex-smokers	626	113 226	5.529	1.242 (1.111–1.389)	1.216 (1.065–1.388)	1.155 (1.011–1.318)	1.099 (.983–1.228)
Current smokers	367	46 668	7.864	1.768 (1.554–2.013)	1.721 (1.482–1.998)	1.560 (1.343–1.812)	1.557 (1.367–1.772)
Stroke							
Non-smokers	1197	136 648	8.760	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Ex-smokers	660	113 422	5.819	.665 (.605–.731)	.960 (.857–1.074)	.954 (.852–1.068)	.949 (.866–1.041)
Current smokers	332	46 885	7.081	.810 (.717–.915)	1.263 (1.101–1.449)	1.225 (1.068–1.406)	1.176 (1.049–1.317)
Revascularization							
Non-smokers	4159	126 221	32.950	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)
Ex-smokers	3663	103 738	35.310	1.060 (1.014–1.108)	1.019 (.966–1.074)	1.028 (.975–1.084)	1.018 (.975–1.064)
Current smokers	1630	42 706	38.168	1.142 (1.078–1.209)	1.090 (1.022–1.163)	1.078 (1.010–1.150)	1.043 (.985–1.105)

CI, confidence interval; HR, hazard ratio; IPW, inverse probability-weighted; MACCE, major adverse cardiovascular and cerebrovascular events. Multivariable model 1: HRs are adjusted for age, sex, hypertension, diabetes mellitus, dyslipidaemia, body mass index, social income, regular exercise, and alcohol drinking status. Multivariable model 2: HRs are adjusted for age, sex, hypertension, diabetes mellitus, dyslipidaemia, body mass index, social income, regular exercise, alcohol drinking status, myocardial infarction, heart failure, aspirin, clopidogrel, potent P2Y12 inhibitors, and statin. IPW model: weights are calculated by age, sex, hypertension, diabetes mellitus, dyslipidaemia, body mass index, social income, regular exercise, alcohol drinking status, myocardial infarction, heart failure, aspirin, clopidogrel, potent P2Y12 inhibitors, and statin.

Tableau 2. Risques relatifs et intervalles de confiance à 95 % pour le MACCE, la mortalité toutes causes confondues, l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral et la revascularisation selon le statut tabagique.

Pour déterminer les effets de l'arrêt du tabac après une RCP, les auteurs ont analysé les données de 31 887 patients ayant réalisé un bilan de santé pré et post-RCP. Les personnes ayant consommé moins de 20 paquets-années [PA] avaient tendance à avoir un taux de MACCE comparable à celui des non-fumeurs persistants. Cependant, le taux de personnes ayant arrêté de fumer avec une exposition cumulée ≥ 20 paquets-années était comparable à celui des fumeurs persistants [aHR (IC à 95 %) pour <10 PA, 1,182 (0,971–1,438) ; 10 à 20 PA 1,114 (0,963 à 1,290) ; 20 à 30 PA 1,206 (1,054 à 1,380) ; ≥ 30 PA 1,227 (1,113–1,352) ; fumeurs persistants 1,223 (1,126–1,328), comparés aux non-fumeurs persistants]. Toutefois, les auteurs font état de quelques limites dans cette analyse, comme la garantie d'objectivité des réponses de patients notamment concernant le statut et la quantité de tabagisme, issues de questionnaires auto-déclarés. Ou encore, le fait que pour étudier l'impact de l'arrêt du tabac après une RCP, la sous-population analysée incluant 31 887 patients, avait des caractéristiques de base différentes de l'ensemble de la population étudiée.

En conclusion, selon l'analyse de Ki YJ et al., le tabagisme est associé à un risque plus élevé d'événements cardiovasculaires chez les patients ayant bénéficié d'une RCP. Par ailleurs les fumeurs ayant arrêté de fumer après une RCP et qui fumaient moins de 20 PA avaient un risque comparable à celui de ceux n'ayant jamais fumé mais une mortalité supérieure.

- **Tabagisme passif et risque de maladie pulmonaire obstructive chronique**

Chen P et al. Secondhand Smoke Exposure and the Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis, International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2023;18 1067–1076 , <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37309392/>

De nombreuses études démontrent que le tabagisme actif a un impact important sur l'incidence de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Pourtant, il y a assez peu d'études qui s'intéressent aux effets du tabagisme passif sur la BPCO.

L'exposition à la fumée secondaire constitue l'un des polluants de l'air intérieur les plus courants dans de nombreuses régions. Cette fumée est composée d'un mélange de plus de 4 000 composants dont de nombreuses substances cancérigènes et éléments toxiques pour le système respiratoire. Pourtant très peu d'études ont analysé les effets du tabagisme passif sur la BPCO.

Les auteurs ont mené une revue systématique et une méta-analyse avec l'objectif d'étudier l'association entre les effets spécifiques de l'exposition à la fumée secondaire et le risque de BPCO. Pour y parvenir, trois bases de données différentes (PubMed, Embase et Web of Science) ont été consultées. Après avoir évalué la qualité de l'étude, des analyses stratifiées ont été réalisées en fonction de la région, du sexe et de la durée d'exposition. Les Q et I² de la Cochrane ont été utilisés pour l'évaluation de l'hétérogénéité.

Au total, ce sont 15 études dont 6 études transversales, 6 études cas-témoins et 3 études de cohorte, totalisant 25 592 participants qui ont été étudiées dans cette méta-analyse. Les auteurs démontrent que l'exposition à la fumée secondaire était associée à un risque accru de BPCO (OR : 2,25, IC 95 % : 1,40-3,62, I² = 98 %, p < 0,01 pour l'hétérogénéité basée sur un modèle d'analyse à effets aléatoires) (Figure 2).

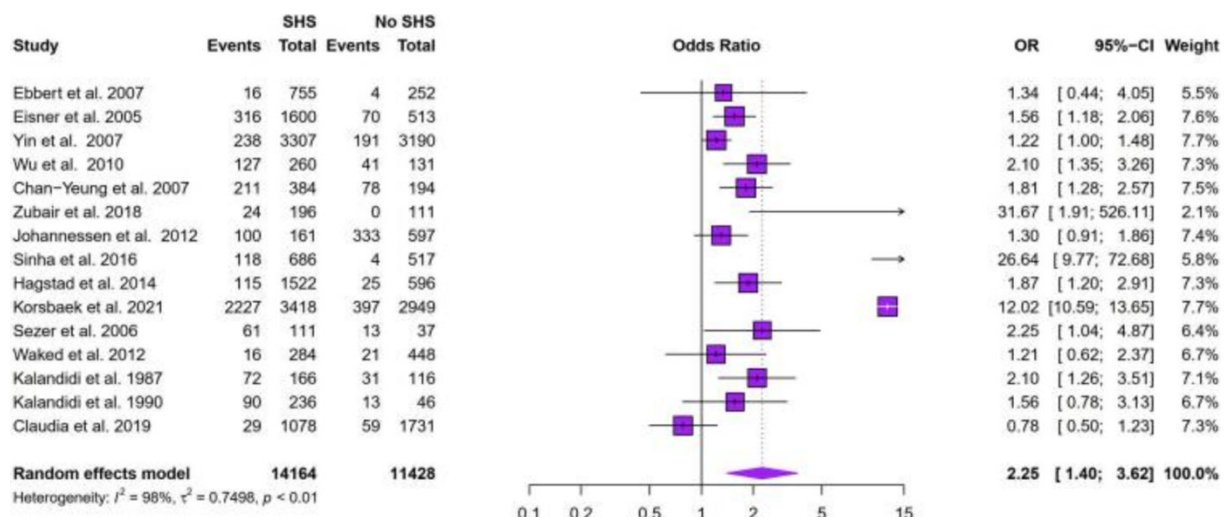


Figure 2. Forest plot de la méta-analyse de la prévalence de la BPCO chez les personnes exposées au tabagisme passif.

Cela a été plus particulièrement observé chez les patients ayant une exposition longue de plus de 5 ans, avec un OR de 4,38 (IC à 95 % : 1,28-15,00, I² = 89 %, p < 0,01 pour l'hétérogénéité basée sur un modèle d'analyse à effets aléatoires). Selon les auteurs, l'exposition au tabagisme passif augmenterait le risque de BPCO chez les deux sexes, avec une homogénéité des études plus importante chez les femmes (odds ratio (OR): 2.02, 95% CI: 1.52–2.67, I² = 0%, p = 0.89) que chez les hommes (odds ratio (OR): 5.27, 95% CI: 1.01–27.36, I² = 91%, p < 0.01).

Les résultats suggèrent ainsi que comme l'exposition au tabagisme actif, l'exposition au tabagisme passif est associée au risque de BPCO, en particulier chez les personnes exposées pendant une longue période.

- **Connaissances, attitudes et pratiques des professionnels de santé primaire sur le tabagisme et le sevrage tabagique chez les personnes âgées en France**

Gautier S et al. Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals regarding smoking and smoking cessation among the elderly in France. *Tob. Prev. Cessation* 2023;9(October):32, <https://doi.org/10.18332/tpc/173401>

En France, comme pour la population générale, le tabagisme demeure l'une des principales causes de décès évitables au sein de la population âgée. Cette étude examine les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé de soins primaires concernant le tabagisme et le sevrage tabagique chez les personnes âgées en France.

Environ 70% de la surmortalité liée au tabagisme concerne les personnes âgées de plus de 60 ans. A titre de comparaison, à l'âge de 70 ans, 81% des hommes non-fumeurs et 87% des femmes non-fumeuses sont encore en vie, contre 55 % des hommes fumeurs et 68% des femmes fumeuses. C'est respectivement 26 points et 19 points de différence, entre hommes et femmes fumeurs et non-fumeurs. L'objectif de Gautier S et al. a été d'explorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des professionnels de santé de soins primaires concernant le tabagisme et le sevrage tabagique chez les personnes âgées en France.

Les auteurs ont mené une étude transversale impliquant 300 professionnels de soins primaires comprenant des médecins généralistes, des infirmiers et des pharmaciens en Ile-de-France. La collecte de données s'est déroulée par le biais d'entretiens téléphoniques réalisés en septembre et octobre 2019 et sur la base d'un questionnaire axé sur les connaissances, les attitudes et les pratiques cliniques liées à la dépendance au tabac chez les personnes âgées. Les réponses ont été notées en fonction de l'exactitude des connaissances et de la pertinence des attitudes et des pratiques.

Les professionnels de santé interrogés étaient majoritairement des femmes (57,7%), avec un âge moyen de 53,0 ans et la plupart d'entre eux étaient des non-fumeurs ou d'anciens fumeurs (85,3 %).

Concernant les connaissances, 66,7 % des professionnels de santé pensaient que les fumeurs plus âgés avaient des taux de sevrage tabagique plus faibles que la population générale et seulement 64,3 % savaient qu'il était préconisé de prescrire un traitement de substitution nicotinique aux personnes âgées. A propos de leur attitude, les scores étaient en moyenne de 8,8/12, les pharmaciens obtenant les scores les plus élevés avec 9,9 et les infirmières les plus faibles avec 8.2. Enfin, pour ce qui est des pratiques de soins, les scores étaient en moyenne de 2,8/7, les médecins obtenant les scores les plus élevés avec 3,8 et les pharmaciens les plus bas avec 1,9 (Tableau 3).

Table 3. Univariate analysis of total, knowledge, attitudes and practices scores of primary healthcare professionals interviewed regarding smoking and smoking cessation among people aged >65 years, CAPZEROTABAC Survey, Ile-de-France, 2019

Variable	Knowledge		Attitudes		Practices	
	mean (SD) [Range]	p	mean (SD) [Range]	p	mean (SD) [Range]	p
Profession		<0.001 ^a		<0.001 ^b		<0.001
Nurses	6.6 (1.6) [2–10]		8.2 (2.5) [2–12]		2.7 (2) [0–6]	
Pharmacist	7.3 (1.4) [5–10]		9.9 (1.9) [2–12]		1.9 (1.9) [0–6]	
Physicians	6.2 (1.8) [1–10]		8.4 (3.1) [1–12]		3.8 (2.4) [0–7]	
Sex		0.915 ^c		0.026 ^d		0.862
Male	6.7 (1.8) [1–10]		9.2 (2.5) [1–12]		2.9 (2.3) [0–7]	
Female	6.7 (1.6) [1–10]		8.6 (2.7) [1–12]		2.8 (2.2) [0–7]	
Working in a socially disadvantaged area		0.688		0.597		0.084
No	6.7 (1.7) [1–10]		8.9 (2.6) [1–12]		2.7 (2.2) [0–7]	
Yes	6.8 (1.4) [3–10]		9.2 (2.3) [2–12]		3.5 (2.2) [0–6]	
Complementary training		0.186		0.004		0.008
No training	6.7 (1.8) [1–10]		8.6 (2.7) [1–12]		2.6 (2.2) [0–7]	
At least one training	6.9 (1.4) [3–10]		9.6 (2.1) [2–12]		3.4 (2.2) [0–7]	
Tobacco use status		0.109		0.026		0.224
Non-smoker (never smoke or former smoker)	6.8 (1.7) [1–10]		9 (2.6) [1–12]		2.9 (2.3) [0–7]	
Smoker	6.3 (1.7) [2–9]		8 (2.9) [2–12]		2.4 (2.1) [0–6]	
	Correlation	p	Correlation	p	Correlation	p
Age	-0.260	<0.001 ^e	-0.052	0.373 ^f	0.119	0.040

a ANOVA. b Kruskal-Wallis. c Student. d Mann-Whitney. e Pearson. f Spearman.

Tableau 3. Analyse univariée des scores totaux, des connaissances, des attitudes et des pratiques des professionnels soins de santé primaires interrogés sur le tabagisme et l'arrêt du tabac chez les personnes âgées de > 65 ans, Enquête CAPZEROTABAC, Ile-de-France, 2019

Ces résultats rassurants révèlent que les professionnels de santé en soins primaires ont une bonne connaissance de la prise en charge de la dépendance tabagique chez les personnes âgées et la considèrent comme faisant partie leur mission. Cependant, leur confiance en leurs capacités doit être renforcée. Les auteurs préconisent une amélioration des pratiques par le biais d'une éducation et d'une formation qui renforceront les connaissances, mais aideront aussi à changer les perceptions et les pratiques dans la prise en charge du sevrage tabagique chez les personnes âgées.

- **Passage de la cigarette au vapotage de nicotine chez les jeunes adultes**

Sanford BT et al. Shift From Smoking Cigarettes to Vaping Nicotine in Young Adults. JAMA Intern Med. Published online November 13, 2023. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5239. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2811339?guestAccessKey=218ca01d-cd48-4054-bf37-a6c2910f2df6>

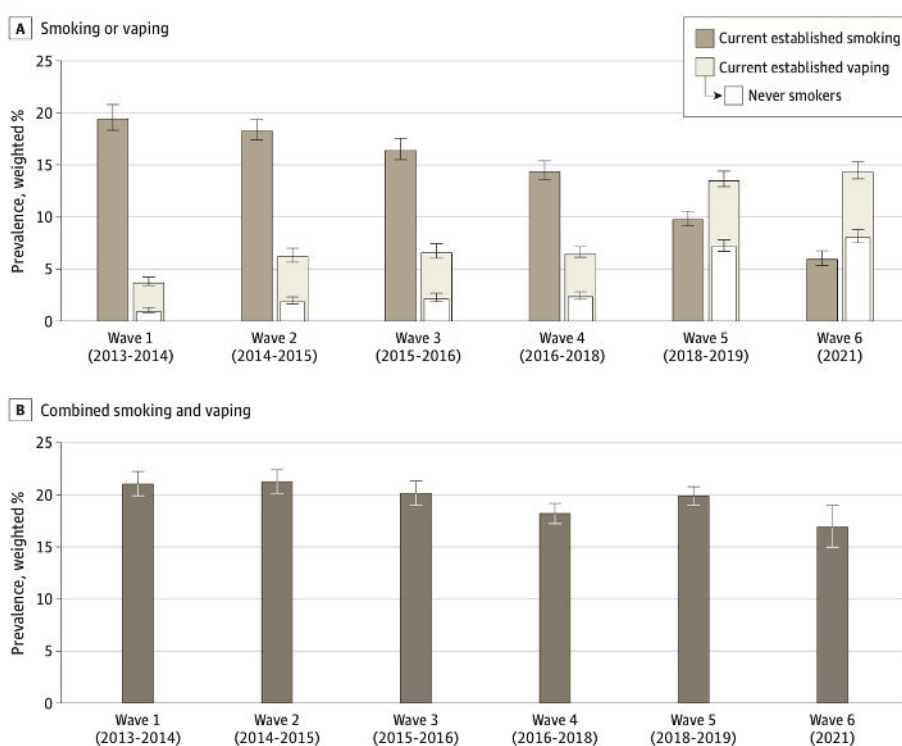
Si la prévalence du tabagisme diminue depuis ces dernières années, le vapotage de nicotine, lui, a considérablement augmenté, en particulier chez les jeunes adultes. Sanford BT et al. analysent les tendances de la consommation de tabac chez les jeunes adultes au fil du temps.

Les auteurs ont analysé les données de l'étude PATH (Population Assessment of Tobacco and Health) de la Food and Drug Administration des États-Unis, une enquête longitudinale représentative à l'échelle nationale (menée du 12 septembre 2013 au 30 novembre 2021). Les données sur la démographie (âge, sexe, origine ethnique, niveau d'éducation et revenu), ou encore les données sur l'usage du vapotage

et du tabagisme ont été recensées pour tous les participants adultes inclus dans au moins une des vagues de l'enquête. Les analyses statistiques comprenaient des statistiques descriptives (fréquences pondérées par vague) et des modèles longitudinaux pour les jeunes adultes (âgés de 18 à 24 ans) utilisant des équations d'estimation généralisées pondérées.

Les modèles incluaient les principaux effets sur le sexe, l'origine ethnique, le niveau d'éducation et le revenu. Tous les modèles ont été ajustés en fonction du temps (mois médian de collecte de données de la vague 1 [0, 12, 24, 38, 60 et 87 mois, respectivement, pour les vagues 1 à 6]). Les interactions ont été intégrées dans les modèles initiaux, déterminant si l'utilisation variait selon l'origine ou le sexe, au fil du temps. Les modèles finaux ont été choisis par sélection rétrospective (p bilatéral $< 0,05$). Les interactions ont d'abord été considérées pour la suppression, puis les effets principaux ont été considérés pour la suppression un par un, et le modèle a été réajusté jusqu'à ce que toutes les valeurs de p restantes soient inférieures au niveau nominal.

Figure. Prevalence of Current Established Smoking and Vaping Among US Young Adults Aged 18 to 24 Years



La prévalence du tabagisme et du vapotage chez les jeunes adultes américains âgés de 18 à 24 ans

La prévalence de jeunes adultes ayant déjà fumé dans leur vie a diminué de 53,2 % (vague 1) à 35,2 % (vague 6), tandis que la prévalence de l'usage de la cigarette électronique a augmenté de 32,0 % (vague 1) à 52,7 % (vague 6). La prévalence du tabagisme actuel a diminué de 19,6 % (vague 1) à 6,1 % (vague 6), tandis que le vapotage actuel a augmenté de 3,8 % (vague 1) à 14,5 % (vague 6). La prévalence de ceux qui vapotent actuellement et qui n'ont jamais été des fumeurs confirmés est passée de 1,1 % (vague 1 ; 27,9 % du vapotage établi) à 8,1 % (vague 6 ; 56,2 % du vapotage établi). Le taux d'usage quotidien de la cigarette électronique est passé de 1,2 % (vague 1) à 8,3 % (vague 6) (cf. Figure ci-dessus). Les deux modèles ont retenu toutes les variables démographiques comme effets principaux. Les taux de vapotage établis et ajustés ont augmenté au fil du temps pour les deux sexes, mais les taux ont commencé à être plus élevés et ont augmenté moins rapidement pour les hommes que pour les femmes. Les taux de tabagisme ajustés ont diminué avec le temps ($\beta = -0,08$, $F = 31,47$, $P < 0,001$).

Selon les auteurs, les cigarettes électroniques émettent des niveaux inférieurs de substances toxiques et pourraient entraîner une réduction des méfaits à l'échelle de la population, mais elles ne sont pas sans risques. En effet, le vapo-fumage encore élevé devrait faire l'objet de recommandations car aucun

bénéfice sur la santé n'a été démontré à ce jour. La recherche devrait viser à réduire davantage la prévalence du tabagisme et à créer des traitements pour les utilisateurs de cigarettes électroniques souhaitant aussi arrêter complètement la nicotine.

Nos suggestions de lecture

- **Tabac et maladie pulmonaire obstructive chronique**

WHO tobacco knowledge summaries. Tobacco and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 14 November 2023, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084452>

Il s'agit du 8^{ème} résumé de connaissances sur le tabac de l'OMS. Son but ? Résumer les preuves actuelles sur l'association entre le tabagisme et la bronchopneumopathie obstructive chronique. Ce document vise à impliquer davantage les professionnels de la santé, en particulier les pneumologues, dans la lutte contre le tabagisme et la prévention de ces effets néfastes sur la santé.

- **Essai croisé randomisé en double aveugle sur les effets de la stimulation magnétique transcrânienne Hyperdirect Pathway theta Burst sur le contrôle inhibiteur, l'envie et le tabagisme chez les adultes dépendants à la nicotine**

Upton S et al. Effects of Hyperdirect Pathway Theta-Burst Transcranial Magnetic Stimulation on Inhibitory Control, Craving, and Smoking in Adults with Nicotine Dependence: A Double-Blind Randomized Crossover Trial *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging* 2023; 8:1156–1165, <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2023.07.014>.

Nouvelle étude sur l'efficacité de la stimulation intracrânienne, comparant la stimulation continue et la stimulation intermittente. Les deux semblent diminuer le craving et l'usage du tabac mais sans différence significative entre les deux. Les auteurs préconisent des études complémentaires, en particulier comparatives avec un groupe avec stimulation factice.

- **Une étude de cohorte prospective sur le tabagisme exclusif par la pipe à eau et le risque de cancer du nasopharynx chez les hommes vietnamiens**

Nguyen TJ et al. Exclusive waterpipe smoking and the risk of nasopharynx cancer in Vietnamese men, a prospective cohort study, *Scientific Reports* 2023; 13:13237, <https://doi.org/10.1038/s41598-023-40253-y>

Outre la cigarette, la forme la plus courante de tabagisme, il y a peu de preuves concernant le risque de cancer du nasopharynx induit par la chicha. Cette étude montre une association positive entre l'utilisation de la chicha et la mortalité par cancer du nasopharynx.

- **Immunologie dans la BPCO et utilisation de cigarettes combustibles et de produits du tabac chauffés**

Blach J et al. Immunology in COPD and the use of combustible cigarettes and heated tobacco products, *European Journal of Medical Research* 2023;28:397, <https://doi.org/10.1186/s40001-023-01374-2>

Cet article résume les connaissances actuelles sur les cigarettes combustibles et les produits du tabac alternatifs tels que les produits du tabac chauffés dans la BPCO. L'article se concentre principalement sur les aspects immunologiques de la BPCO et l'influence des produits du tabac sur l'immunologie des

tissus pulmonaires. Même si le tabac chauffé semble avoir moins d'effets délétères que la cigarette combustible, les auteurs insistent sur le fait que l'on manque d'études à long terme et que tout produit du tabac a un impact négatif sur le tissu pulmonaire par le biais notamment de l'inflammation. Ils insistent sur le fait que la majorité de ces études viennent de l'industrie du tabac, avec un biais très significatif déjà mis en évidence dans une autre analyse des études sur le tabac chauffé (Braznell S et al. *Critical appraisal of interventional clinical trials assessing heated tobacco products: a systematic review. Tob Control. 2022. <https://doi.org/10.1136/tc-2022-057522>.*)

- **Quelles sont les méthodes d'arrêt du vapotage par les adolescents utilisateurs de cigarettes électroniques aux États-Unis ?**

Dai HD et al. *Adoption of Vaping Cessation Methods by US Adolescent E-Cigarette Users. Pediatrics. 2023;152(5): e2023062948, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37781732/>*

Nombreux sont les adolescents américains, utilisateurs de cigarettes électroniques qui ont l'intention d'arrêter de vapoter ou qui ont tenté d'arrêter. Cependant, la science ignore les méthodes adoptées pour y parvenir. Les auteurs envisagent dans cette analyse, les méthodes les plus courantes. Les plus utilisés sont le soutien des parents, le soutien des amis, Internet, et une application mobile. C'est une question qui va se poser avec tous les adolescents qui seront devenus dépendants de la nicotine avec les puffs.

- **La baisse de la prévalence du tabagisme chez les jeunes du secondaire entre 1991 et 2022 est-elle compromise par les cigarettes électroniques ?**

Delnevo CD et al. *Dramatic Reductions in Cigarette Smoking Prevalence among High School Youth from 1991 to 2022 Unlikely to Have Been Undermined by E-Cigarettes Int. J. Environ. Res. Public Health 2023, 20, 6866. <https://doi.org/10.3390/ijerph20196866>*

L'usage de la cigarette électronique chez les jeunes les incite-t-elle à commencer à fumer ? Cette étude répond à cette question et examine les tendances du tabagisme chez les jeunes du secondaire de 1991 à 2022 à l'aide de plusieurs bases de données américaines. Les auteurs concluent que la préoccupation concernant une augmentation potentielle de la consommation de cigarettes chez les adolescents suite à l'introduction des cigarettes électroniques sur le marché américain au début des années 2010 n'est pas étayée par ces données. Mais qu'il n'est pas possible de démontrer une relation causale entre cette introduction de la cigarette électronique et la diminution du tabagisme chez ces jeunes américains.

- **Des preuves sur les dommages biologiques causés par la cigarette électronique**

Hamann SL et al. *Electronic Cigarette Harms: Aggregate Evidence Shows Damage to Biological Systems. Int. J. Environ. Res. Public Health 2023;20: 6808. <https://doi.org/10.3390/ijerph20196808>*

Les preuves des effets délétères des cigarettes électroniques sur de nombreux critères intermédiaires et marqueurs biologiques se sont révélées lentement et sont à présent documentées dans de nombreuses études à travers le monde. Les auteurs détaillent les dangers potentiels des cigarettes électroniques notamment sur le cerveau, le cœur ou bien encore les poumons en fonction de ces critères intermédiaires et marqueurs.

- **Une analyse longitudinale chez les adultes néo-zélandais sur les effets du vapotage sur l'adoption et l'arrêt du tabagisme**

Mason A et al. *Effects of vaping on uptake and cessation of smoking: Longitudinal analysis in Aotearoa New Zealand adults.* *Drug Alcohol Rev.* 2023;42:1587-94, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37368846/>

À l'échelle mondiale, l'utilisation des cigarettes électroniques est en constante augmentation. Même si le vapotage est potentiellement moins nocif que le tabac et peut aider les fumeurs à arrêter de fumer, il est également possible que le vapotage conduise au tabagisme. L'étude actuelle vise à déterminer la prévalence du vapotage et du tabagisme en Nouvelle-Zélande, et à explorer l'association possible entre le statut tabagique et l'utilisation de l'e-cigarette. Ils concluent que dans ce pays le vapotage semble être tout aussi susceptible d'avoir un effet de passerelle vers le tabagisme que d'avoir un effet sur l'arrêt du tabac.



Congrès Gyn Caraïbes, du 16 au 19 janvier 2024, Au Gosier (Guadeloupe).

Sébastien FLEURY (Toulouse) et Cathy MEIER (Pau) animeront un atelier sevrage tabac/cannabis le mercredi 17.01, de 08h30 à 10h.

Retrouvez le programme et les informations complémentaires en suivant [ce lien](#).



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



Zoom partie sur le thème des traitements pharmacologiques du sevrage tabagique par l'ANSM, le 06 février 2024, de 18h à 19h.

- Substituts nicotiniques :
 - Point sur le cadre des AMM européennes et les prérequis pour faire évoluer les AMM
- Cytisine / actualités

- Actualités du bupropion et de la varénicline
- Recommandations

Malak ABOU TAAM, PharmD, Cheffe de Pôle
Ainsi que son équipe
 Direction Médicale Médicament 2
 Pôle Antalgie Anesthésie Rhumatologie Médicaments des Addictions
 ANSM

Informations pratiques de connexion à venir

Le FARES organise des webinaires de tabacologie interactifs à destination des professionnels de santé. Des accréditations sont prévues pour les médecins belges qui participent en direct. Il n'y a pas d'accréditation dans le cas d'un visionnage en différé (replay).



Conditions d'inscription : Webinaires gratuits, ouverts aux étudiants en tabacologie, tabacologues certifiés, aux membres de la Société Francophone de Tabacologie (SFT) ainsi qu'à ceux de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). Sauf mention contraire, tous les webinaires se déroulent via la plateforme Zoom.

Webinaires à venir :

Le FARES a le plaisir de vous convier à un **webinaire qui vous présentera les 4 mémoires lauréats 2023 de la formation en tabacologie.**

Celui-ci sera organisé le **samedi 27 janvier 2024 de 9h00 à 11h00**

9h00 à 9h30	Étude de l'influence du télétravail et de son intensité sur la consommation tabagique et les habitudes de fume du télétravailleur fumeur.
9h30 à 10h00	La motivation à l'arrêt tabagique et la conscience environnementale
10h00 à 10h30	Quelle place pour l'abord de l'aide au sevrage tabagique dans la pratique clinique de l'onco-psychologue ?
De 10h30 à 11h00	Introduction du test Heaviness of Smoking Index (HSI) lors du triage infirmier dans les services d'urgences du Groupe santé CHC : intérêt et faisabilité.

Modératrice : Professeure Laurence Galanti, médecin biologiste, tabacologue - Institut de recherche Santé et Société, UCL

Conditions d'inscription : Webinaire accessible gratuitement, ouvert aux étudiants en tabacologie, aux tabacologues certifiés, aux membres de la Société Francophone de Tabacologie (SFT) ainsi qu'à ceux de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) et à tout professionnel de santé, de l'éducation ou du social intéressé par le thème proposé.

Inscription obligatoire via le lien Zoom : [Inscription](#)

Samedi 3 février 2024 : La gestion du tabagisme dans ma commune. Comment agir dans une approche de promotion de la santé pour tous ?

Oratrices : Noémie ANRYS, Chargée de projets en promotion de la santé ; et Sophie PIERARD, Coordinatrice milieux de vie et territoires.

Modération : à venir

Ce webinaire présentera l'accompagnement de projets de gestion du tabagisme, la mise à disposition d'outils et l'organisation de modules de formation destinés à soutenir la démarche de projet ainsi que des exemples concrets pour illustrer les projets/actions mis en place.

Plus d'infos à venir prochainement

Samedi 10 février 2024 : Écoles et prévention du tabagisme : Impact et mise en œuvre des politiques scolaires en matière de tabac pour prévenir le tabagisme chez les jeunes et les inégalités sociales de tabagisme.

Oratrice : Nora MÉLARD, Docteure en sciences de la santé publique, Institut de recherche santé et société (IRSS), UCLouvain et Experte tabac à la Fondation contre le cancer

Modération : à venir

Le tabagisme chez les jeunes diminue mais reste préoccupant, surtout dans les familles plus défavorisées, ce qui accroît les inégalités de santé. Des politiques ont été mises en place pour dénormaliser la consommation de tabac, notamment avec l'interdiction de fumer dans les écoles. Il n'est toutefois pas certain qu'elle décourage réellement les jeunes de commencer à fumer, en particulier en raison de sa mise en œuvre. Cette présentation montrera les résultats et les conclusions d'une thèse de doctorat sur les politiques scolaires en matière de tabac dans un échantillon d'une trentaine d'écoles de différents pays Européens.

Plus d'infos à venir prochainement

Samedi 23 mars 2024 : Pratique des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) appliquées en tabacologie

Orateurs : Martial BODO & Raphaël GODINNE

Modération : à venir

Plus d'infos à venir prochainement

Samedi 6 avril 2024 : Entretien motivationnel - 4ème opus : évolution ou révolution ?

Orateur : Jacques DUMONT, Maître de conférences à la Faculté de Médecine de l'ULB, formateur et superviseur en entretien motivationnel, président d'honneur de l'AFDEM

Modération : à venir

À l'occasion de la sortie de la 4ème édition (la précédente datait de 2012) il vous est proposé de se pencher sur l'évolution de cette approche aujourd'hui enseignée dans toutes les formations médicales et para médicales, pas uniquement dans le contexte de la tabacologie.

Samedi 13 avril 2024 : Cas cliniques de tabacologie en lien avec les nouveaux usages

Orateur : Adrien MEUNIER, infirmier et tabacologue

Modération : à venir

Plus d'infos à venir prochainement

Samedi 1er juin 2024 : Diététique et tabacologie

Orateur : Louis ENGELS, diététicien et tabacologue ; et un-e représentant-e de la SSMG

Modération : à venir

Plus d'infos à venir prochainement

Samedi 15 juin 2024 : Pratique de la thérapie ACT en tabacologie

Orateur : Gérald MAES, psychologue et tabacologue

Modération : à venir

Plus d'infos à venir prochainement

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 à contact@societe-francophone-de-tabacologie.fr