

• Quel est le meilleur âge pour arrêter de fumer ? Le plus tôt c'est le mieux

Association Between Smoking, Smoking Cessation, and Mortality by Race, Ethnicity, and Sex Among US Adults.
Thomson B, Emberson J, Lacey B et coll. *JAMA Netw Open.* 2022;5(10):e2231480.
doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.31480

Selon une nouvelle étude menée aux Etats-Unis et publiée dans le JAMA Network Open, les fumeurs qui ont arrêté de fumer avant l'âge de 35 ans ont présenté une "inversion complète du risque" par rapport aux personnes qui continuent à fumer.

Les chercheurs ont également quantifié les avantages de l'arrêt du tabac pour les plus de 35 ans. Le risque supplémentaire de décès associé au tabagisme était réduit de :

- 90 % pour les personnes qui ont arrêté de fumer avant l'âge de 45 ans ;
- 66 % pour les personnes qui ont arrêté de fumer entre 45 et 64 ans.

Ce travail, mené aux Etats-Unis, avait pour objet de quantifier l'association entre le tabagisme, l'arrêt du tabac et la mortalité par ethnie et sexe afin de déterminer si les dangers du tabagisme et les avantages de l'arrêt du tabac variaient d'un groupe à l'autre.

551 388 réponses de participants ayant répondu aux questionnaires entre 1997 et 2019 ont été analysées. L'âge moyen (écart-type) au moment du recrutement était de 48,9 (15,3) ans ; 307 601 (55,8 %) des personnes participantes étaient des femmes, 87 207 (15,8 %) des Hispaniques, 75 545 (13,7 %) des Noirs non hispaniques, 355 782 (64,5 %) des Blancs non hispaniques, et 32 854 (6,0 %) d'ethnies autres qu'hispaniques.

74 870 décès ont été relevés parmi les participants âgés de 25 à 89 ans pendant le suivi (36 792 [49,1 %] chez les hommes ; 38 078 [50,9 %] chez les femmes). Le risque relatif de mortalité toutes causes confondues (RR) pour le tabagisme actif - par rapport au tabagisme passif – était égal à 2,80 (IC 95 %, 2,73-2,88) pour l'ensemble des participants. Les RR étaient similaires selon le sexe mais variaient selon l'origine ethnique : Hispanique, 2,01 (IC 95 %, 1,84-2,18) ; Noir non hispanique, 2,19 (IC 95 %, 2,06-2,33) ; Blanc non hispanique, 3,00 (IC 95 %, 2,91-3,10) ; et autre ethnie non hispanique, 2,16 (IC 95 %, 1,88-2,47).

Par comparaison des personnes qui ont arrêté de fumer avant l'âge de 45 ans et de celles n'ayant jamais fumé, les RR de mortalité toutes causes confondues étaient de 1,15 (IC 95 %, 1,03-1,28) chez les Hispaniques, de 1,16 (IC 95 %, 1,07-1,25) chez les Noirs non hispaniques, de 1,11 (IC 95 %, 1,08-1,15) chez les Blancs non hispaniques et de 1,17 (IC 95 %, 0,99-1,39) chez les autres non hispaniques.

Les fumeurs actifs étaient donc deux fois plus susceptibles de mourir de quelque cause que ce soit au cours de l'étude que le groupe que les chercheurs ont appelé "jamais fumeur", défini comme ayant fumé moins de 100 cigarettes au cours de leur vie.

Les chercheurs ont constaté que les avantages de l'arrêt du tabac en termes de réduction du risque de décès sont comparables dans tous les groupes démographiques.

Parmi les anciens fumeurs de chaque groupe ethnique - qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes - l'arrêt du tabac était associé à des réductions d'environ 80 % de la surmortalité associée à la poursuite du tabagisme. Ces associations étaient généralement cohérentes pour les décès par cancer, par maladie cardiovasculaire et par maladie des voies respiratoires inférieures.

Pour les auteurs, ce travail pourrait contribuer à guider les efforts d'arrêt du tabagisme, car si celui-ci a diminué à l'échelle nationale, cette réduction s'est révélée variable selon les groupes démographiques, le taux d'abandon étant par ailleurs systématiquement plus faible chez les fumeurs noirs et hispaniques que chez les fumeurs blancs non hispaniques.

Figure 1. All-Cause Mortality Rate Ratios (RRs) by Age at Quitting Smoking and by Sex Compared With Never and Current Smoking Among Individuals at Risk Aged 25 to 89 Years

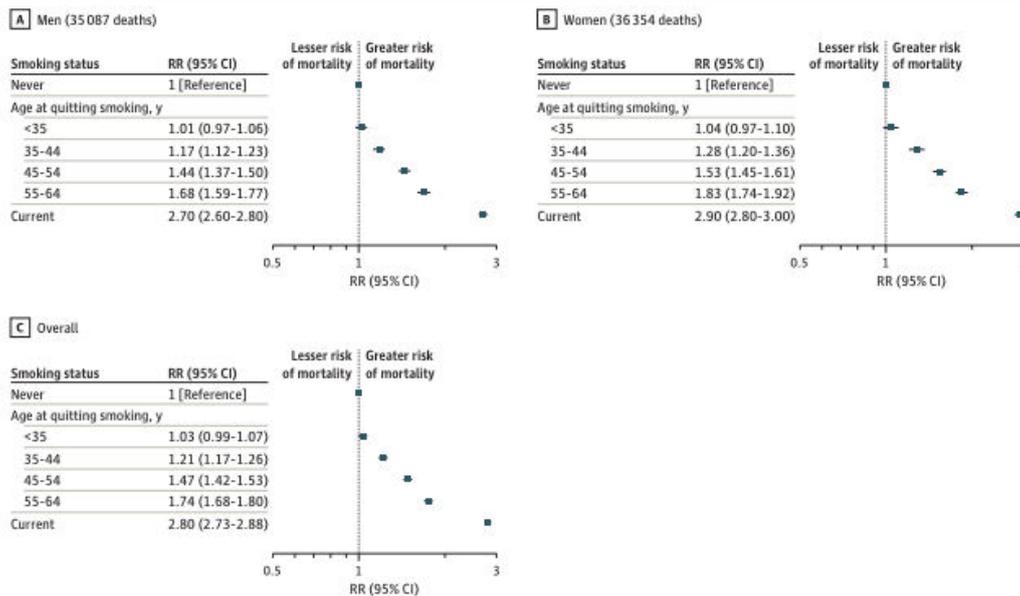


Figure 2. All-Cause Mortality Rate Ratios (RRs) by Age at Quitting Smoking and by Race and Ethnicity Compared With Never and Current Smoking Among Individuals at Risk Aged 25 to 89 Years

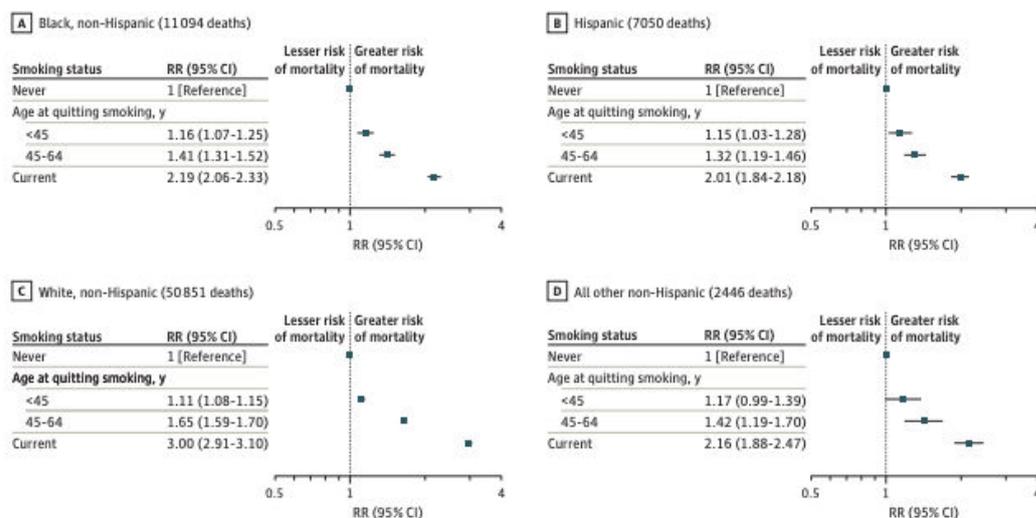


Figure 1. Ratios des taux de mortalité toutes causes confondues (RR) en fonction de l'âge au moment de l'arrêt du tabac et du sexe, par rapport à l'absence de tabagisme et au tabagisme actuel chez les personnes à risque âgées de 25 à 89 ans

Figure 2. Ratios des taux de mortalité toutes causes confondues (RR) selon l'âge au moment de l'arrêt du tabac et selon l'origine ethnique, par rapport au fait de n'avoir jamais fumé et au fait de fumer actuellement, chez les personnes à risque âgées de 25 à 89 ans.

- [La Chine devra bientôt faire face aux conséquences du tabagisme massif](#)

Tobacco smoking and risks of more than 470 diseases in China: a prospective cohort study. Chan K, Wrigth N, Xiao D et coll. *Lancet Public Health* 2022; 7: e1014–26

Alors que le nombre de fumeurs n'augmente plus – il aurait même tendance à baisser - dans les pays à hauts revenus, la situation est passablement différente en Chine. Une étude publiée dans le *Lancet Public Health* a mis au jour un risque accru pour 56 maladies et 22 causes de décès associées au tabac.

Les autorités de santé chinoises ne sont pas au bout de leurs peines en matière d'éducation à la santé, en particulier en ce qui concerne les effets néfastes du tabagisme. Déjà, en 2020, 1 million de décès annuellement liés au tabac ont été recensés dans le pays. Et ce chiffre devrait régulièrement augmenter si aucune politique de prévention n'est mise en place. C'est ce que constate le travail de Ka Hung Chang et coll., rendant donc souhaitable un effet de détonateur des résultats peu encourageants de cette nouvelle étude sino-britannique. Il ressort notamment de ce travail que de nombreux Chinois restent convaincus que le tabagisme est moins nocif pour les personnes d'origine asiatique que pour les autres. Ils pensent en outre qu'arrêter de fumer après de nombreuses années risque de les exposer à des problèmes de santé, revendiquant au passage une dimension culturelle existentielle du tabac en Chine.

L'étude portait sur 512 726 adultes originaires de dix régions urbaines ou rurales de l'ensemble de la Chine, recrutés entre 2004 et 2008 (210 201 hommes et 302 525 femmes). Parmi eux, 32,4 % (74,3 % des hommes contre seulement 3,2 % des femmes) avaient été des fumeurs réguliers à un moment ou un autre de leur vie. Au cours d'une période de suivi médiane de 11 ans, les auteurs ont enregistré environ 48 869 décès (9,5 %), 5 252 (1 %) perdus de vue et 1,4 million de nouveaux événements pathologiques dans la tranche d'âge 35-84 ans (selon la classification CIM-10).

Cette vaste analyse recèle des conclusions marquantes. Tout d'abord, alors que la prévalence et l'intensité du tabagisme étaient beaucoup plus faibles chez les femmes que chez leurs homologues masculins, le risque de graves maladies pulmonaires était comparable dans les deux sexes – la preuve, d'après les auteurs, que les femmes fumeuses seraient particulièrement vulnérables aux méfaits du tabac en comparaison avec les hommes et contrairement à une idée reçue.

Par ailleurs, l'équipe s'est penchée sur près de 85 causes de décès et 480 pathologies. Les auteurs ont pu associer le tabagisme à un risque accru de 22 causes de décès (17 chez les hommes et 9 chez les femmes) et de 56 maladies distinctes (50 chez les hommes, 24 chez les femmes), touchant à tous les systèmes de l'organisme. En comparaison avec des personnes n'ayant jamais fumé, les hommes présentaient ainsi un risque accru d'environ 10 % de développer une maladie quelconque (HR : 1,09 ; IC 95 % : 1,08-1,11), avec des extrêmes allant de 6 % pour le diabète (HR : 1,06 [1,02-1,09]) à 216 % pour le cancer du larynx (HR : 3,16 [1,98-5,05]). En comparaison avec les femmes, les hommes faisaient des séjours à l'hôpital plus fréquents et plus prolongés en raison d'une maladie pulmonaire ou d'un cancer.

	Number of diseases		Number of cases		Positive associations without FDR adjustment		Inverse associations without FDR adjustment		Positive associations with FDR adjustment		Inverse associations with FDR adjustment	
	Incidence	Death	Incidence	Death	Incidence	Death	Incidence	Death	Incidence	Death	Incidence	Death
I: Infectious and parasitic	21	4	28 572	624	3	1	0	0	1	0	0	0
II: Neoplasms	72	22	59 716	15 811	18	9	0	0	14	7	0	0
III: Blood and immune-related	7	1	6146	90	0	0	1	0	0	0	0	0
IV: Endocrine, nutritional, and metabolic	13	2	47 809	1397	5	0	0	0	3	0	0	0
V: Mental and behavioural	12	4	8109	140	0	0	2	0	0	0	0	0
VI: Nerve-related	21	3	23 065	375	1	1	1	1	0	0	1	0
VII: Eye and adnexa	24	NA*	43 182	NA*	2	NA*	1	NA*	2	NA*	1	NA*
VIII: Ear and mastoid process	5	NA*	7317	NA*	0	NA*	0	NA*	0	NA*	0	NA*
IX: Circulatory	41	19	279 306	19 836	14	9	1	0	10	8	1	0
X: Respiratory	21	10	175 637	4564	14	5	1	0	14	5	1	0
XI: Digestive	51	3	132 817	1038	10	1	4	0	5	1	1	0
XII: Skin and subcutaneous tissue	11	1	12 273	29	2	0	1	0	0	0	0	0
XIII: Musculoskeletal	34	1	99 111	125	1	0	5	0	0	0	2	0
XIV: Genitourinary	54	2	78 577	552	2	0	5	0	0	0	0	0
XV: Pregnancy-related	6	1	3745	1	1	0	0	0	0	0	0	0
XVIII: Other symptoms, signs, and abnormal findings	35	3	87 254	831	10	2	0	0	7	1	0	0
XIX: Injury, poisoning, and other external causes	38	1	41 073	79	4	0	0	0	0	0	0	0
XX: External causes	10	8	3894	3268	0	0	1	1	0	0	0	0
Total	476	85	1 137 603	48 760	87	28	23	2	56	22	7	0

FDR=false discovery rate. ICD-10=International Classification of Diseases, 10th revision. NA=not applicable. *No eligible endpoint for analysis.

Table 2: Number of morbidity and mortality events by ICD-10 chapter and their overall significant associations with ever-regular smoking, for men and women combined

Morbidité et mortalité selon le codage CIM-10 et association avec le tabagisme non régulé, hommes et femmes confondus

Les auteurs ont également fait mention de l'effet délétère d'un environnement urbain, où les fumeurs réguliers semblaient commencer à fumer plus tôt et consommer davantage de cigarettes que dans les régions plus isolées. Chez les urbains, on constate un risque de décès plus élevé (HR : 1,50 [1,42-1,58] par rapport aux personnes habitant en zone rurale versus HR : 1,25 [1,20-1,30]. Ce constat se vérifiait tout particulièrement chez les personnes qui avaient commencé à fumer avant l'âge de 18 ans, avec un HR = 2,06 [1,89-2,24] pour les décès de toutes causes et un HR = 1,32 [1,27-1,37] pour l'incidence d'une maladie en lien avec le tabac.

Au total, 19,6% des décès masculins (24,3% des hommes résidant en milieu urbain et 16,2% des hommes résidant en milieu rural) et 2,8% des décès féminins ont été attribués au tabagisme régulier. D'où l'urgence de mettre en place des politiques de prévention agressives pour limiter le prix grandissant à payer par les populations dans les années à venir.

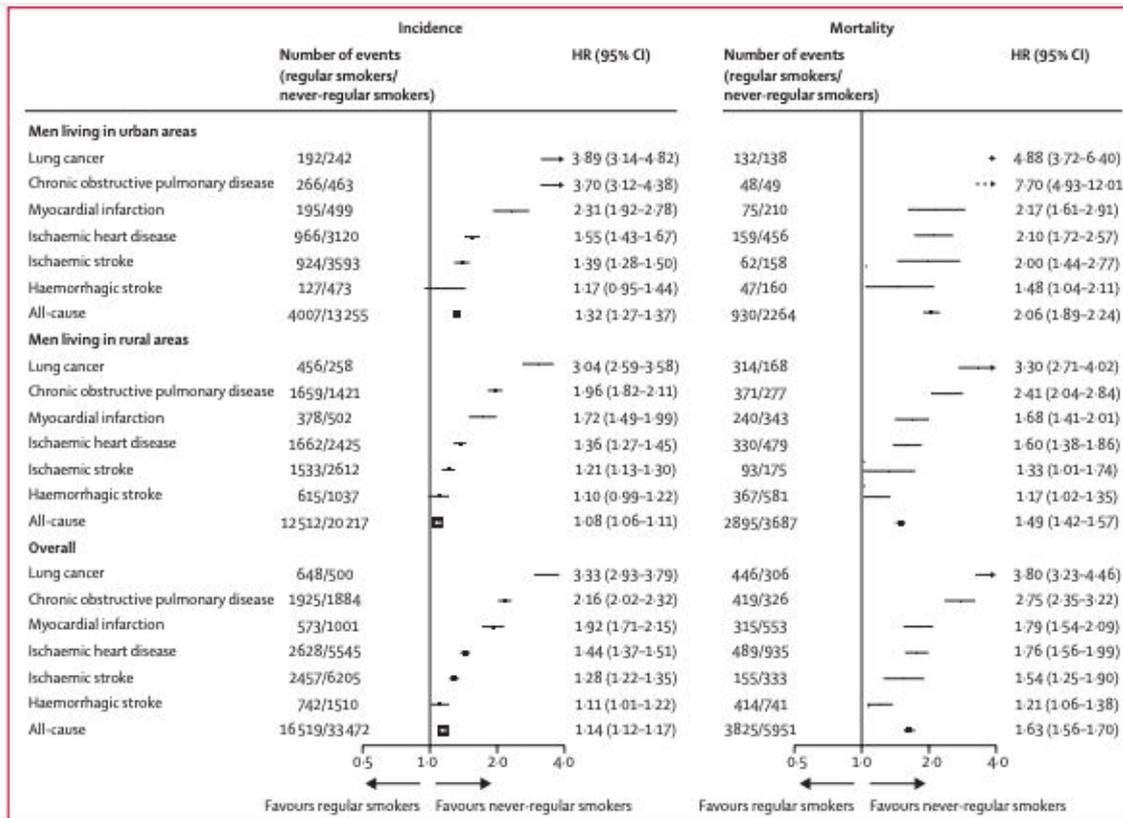


Figure 2: Adjusted HRs for risks of selected major disease incidence and mortality in men who started smoking before age 18 years. HRs were stratified by age-at-risk (5-year groups), sex, and study area and were adjusted for education and alcohol drinking. All analyses were restricted to age-at-risk range of 35-84 years. The solid boxes represent HRs, with the size inversely proportional to the variance of the logarithm of the HR, and the horizontal lines represent 95% CIs. The dashed line indicates that the lower 95% CI is beyond the upper limit of the x-axis. HR=hazard ratio.

HR ajustés pour les risques d'incidence de certaines maladies majeures et de mortalité chez les hommes ayant commencé à fumer avant l'âge de 18 ans.

- [Tabac et psoriasis : un lien qui se confirme](#)

Alcohol Consumption and Smoking in Relation to Psoriasis. A Mendelian Randomization Study. Wei J, Zhu J, Xu H et coll. *The British Journal of Dermatology.* 2022;187(5):684-691.

Une étude publiée dans le British Journal of Dermatology tendrait à prouver qu'il existe un lien entre tabagisme et psoriasis. Cette maladie inflammatoire chronique complexe à médiation immunitaire de la peau et des articulations concerne environ 2 % de la population mondiale. Parmi les facteurs de risque potentiels et modifiables de la maladie, la consommation d'alcool et le tabac a été mise en avant, sans néanmoins de preuve formelle, en dehors d'études observationnelles sensibles aux facteurs de confusion non contrôlés. En outre, les auteurs de l'étude insistent sur d'autres facteurs de confusion potentiels, tels que la dépression, qui augmente à la fois le risque de tabagisme et de psoriasis.

Compte tenu de la faiblesse des études observationnelles régulières, on ne sait toujours pas si l'association entre la consommation d'alcool et le tabagisme et la survenue d'un psoriasis reflète une véritable causalité ou si elle est confondue. La randomisation mendélienne (RM) offre un moyen, en utilisant des variantes génétiques comme variables instrumentales, de déduire l'effet causal entre l'exposition et le résultat, car la variation génétique est fixe et attribuée de manière aléatoire au cours de la méiose, et elle n'est pas affectée par les facteurs environnementaux, ce qui minimise les risques de confusion potentiels et la causalité inverse.

Les auteurs ont utilisé des données de variables génétiques pour la consommation d'alcool (n = 941 280), l'initiation au tabagisme (n = 1 232 091), le nombre de cigarettes par jour (n= 337 334) et le sevrage tabagique (n = 547 219), obtenues auprès du consortium GSCAN (Sequencing Consortium of Alcohol and Nicotine use). Les résultats de la GWAS (Genome Wide Association Study ou étude d'association pangénomique) pour le tabagisme à vie (n = 462 690) ont été recueillis via des échantillons de la UK Biobank. Les statistiques retenues pour l'analyse du psoriasis ont été obtenues à partir d'une méta-analyse de huit cohortes de patients (soit 19 032 + 4 510 cas et 286 769 + 212 242 témoins).

Les auteurs affirment qu'il existe des corrélations génétiques entre le tabagisme et le psoriasis. La RM a révélé un effet causal de l'initiation au tabagisme [odds ratio (OR) 1,46, intervalle de confiance à 95 % (IC) 1,32-1,60], du nombre de cigarettes par jour (OR 1,38, IC à 95 % 1,13-1,67, p = 0,001) et du tabagisme au cours de la vie (OR 1,96, IC à 95 % 1,41-2,73) sur le psoriasis. En outre, un effet causal suggestif de l'arrêt du tabac sur le psoriasis a été observé (OR 1,39, IC 95 % 1,07-1,79, p = 0,012). Les auteurs n'ont pas retenu de relation causale entre la consommation d'alcool et le psoriasis. Les associations inverses n'étaient pas statistiquement significatives.

Par quel biais le tabac pourrait-il majorer le risque de survenue du psoriasis ? En favorisant le stress oxydatif et la production de radicaux libres (aussi impliqués dans la dysfonction endothéliale et l'athérosclérose), ainsi qu'en raison de l'impact des composants des cigarettes sur le système immunitaire (voies MAPK, NF-κB JAK-STAT et cytokines TNF alpha, IL-1β, IL-6 et IL-23). Enfin, un effet direct de la nicotine sur les cellules dendritiques des plaques psoriasiques semble possible.

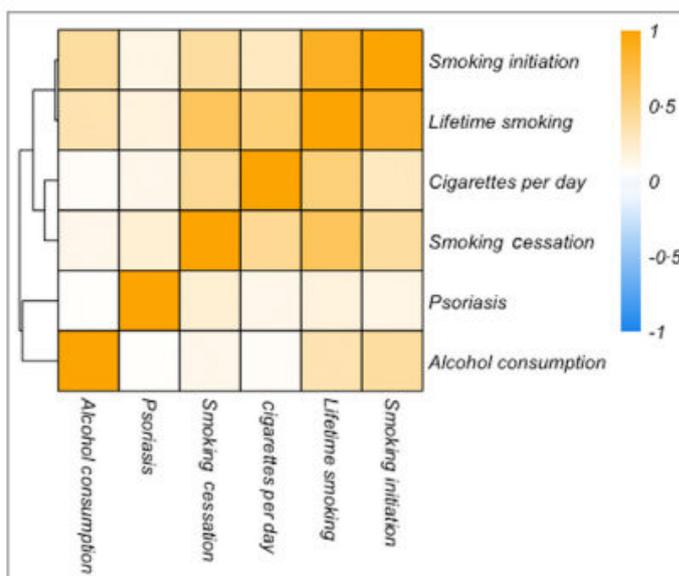


Figure 2 Heat map of genetic correlation (linkage disequilibrium score regression). Blue boxes indicate negative correlation; orange boxes, positive genetic correlation. Distance on cluster dendrogram measures the similarity between traits. Correlation values including P between alcohol consumption as well as smoking and psoriasis are presented in Table S1 (see Supporting Information).

Carte thermique de la corrélation génétique (régression du score de déséquilibre de liaison). Les cases oranges, une corrélation génétique positive. La distance sur le dendrogramme des clusters mesure la similarité entre les traits.

- [Seul l'arrêt du tabac et non une baisse permet de prévenir le risque de démence](#)

Association of Changes in Smoking Intensity With Risk of Dementia in Korea. Jeong S, Park J, Yoo J *et coll.* *JAMA Netw Open.* 2023;6(1):e2251506. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.51506

Résultat paradoxal pour une étude menée en Corée : par rapport au tabagisme actif, l'arrêt du tabac permet de limiter le risque de démence, alors que la baisse du nombre de cigarettes par jour est associée à une majoration du risque de maladie d'Alzheimer et de démence vasculaire.

Les chercheurs, dirigés par l'auteur principal Dong Wook Shin (Séoul, République de Corée), ont souhaité étudier l'impact des modifications de l'intensité du tabagisme sur le risque de démence. Pourquoi cet angle d'étude ? Parce que plusieurs études d'observation ont rapporté que l'arrêt du tabac est associé à un risque plus faible de démence. Cependant, aucune étude n'avait examiné l'association entre le changement de l'intensité du tabagisme et le risque de démence.

La cohorte comprenait 789 532 adultes (96 % d'hommes, âge moyen de 52 ans) vivant en Corée et ayant subi des examens de santé bisannuels (2009 et 2011). N'étaient inclus que les participants qui présentaient un statut tabagique actif lors du premier examen de santé et ayant été suivis jusqu'à la fin de 2018. L'analyse statistique a été réalisée entre juillet et décembre 2021.

Le changement de l'intensité du tabagisme par rapport à la situation de départ a été défini de comme suit : les abandons (arrêt du tabac), les réducteurs I (diminution du nombre de cigarettes fumées par jour de ≥ 50 %), les réducteurs II (diminution du nombre de cigarettes fumées par jour de 20 à 50 %), les « mainteneurs » (maintien [diminution ou augmentation] du nombre de cigarettes fumées par jour de moins de 20 %) ou les « augmenteurs » (augmentation du nombre de cigarettes fumées par jour de ≥ 20 %).

La plupart des participants avaient fumé pendant plus de 20 ans (80 %). Lors de l'examen de 2011, environ 15 % avaient arrêté de fumer, 22 % avaient réduit leur consommation de tabac et 16 % avaient augmenté leur consommation de cigarettes.

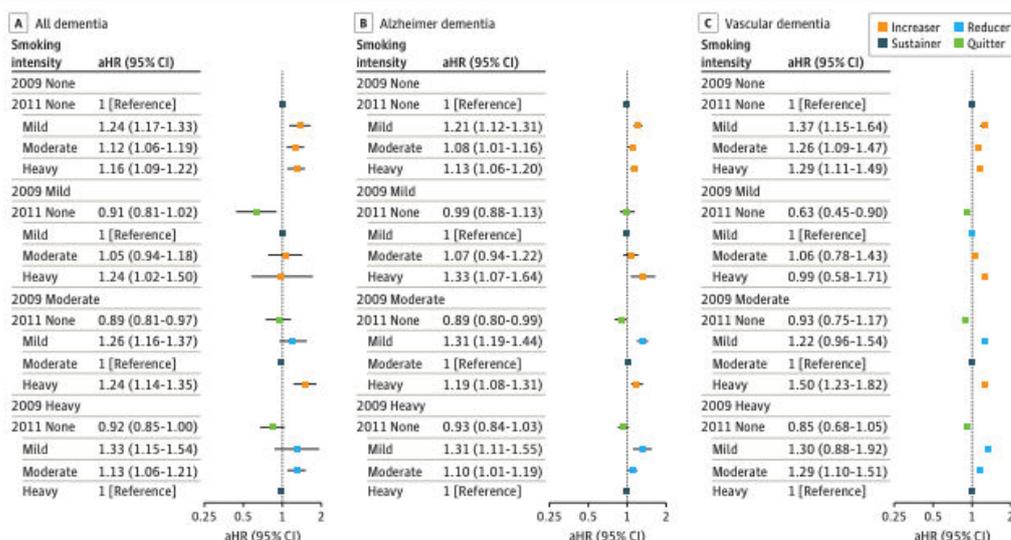
Au cours d'un suivi médian de 6,3 ans, 11 912 cas de démence ont été recensés : 8 800 cas de maladie d'Alzheimer (MA) et 1 889 cas de démence vasculaire (DVA).

L'arrêt du tabac a été associé à une diminution du risque de démence (diminution de 8 % pour toutes les démences, de 6 % pour la maladie d'Alzheimer et de 16 % pour la démence vasculaire) par rapport à une intensité de tabagisme soutenue.

Ce résultat est conforme aux études précédentes, qui ont également montré que l'arrêt du tabac était associé à une diminution du risque de démence, notent les chercheurs.

L'intérêt de l'arrêt du tabac sur le risque de démence était plus marqué dans les groupes d'âge plus jeunes mais pas dans les groupes plus âgés - ce qui suggère que l'arrêt du tabac à un âge plus jeune comporte plus d'avantages que l'arrêt du tabac à un âge plus avancé.

Figure. Association Between Categorical Change in Smoking Intensity and Risk of Dementia



Association entre les changements de catégorie dans l'intensité du tabagisme et le risque de démence

De façon surprenante, en particulier par rapport au tabagisme soutenu, la réduction de la consommation de cigarettes était associée à un risque accru de toutes les démences - un risque accru de 25 % chez les personnes ayant diminué de 50 % ou plus du nombre de cigarettes fumées par jour et un risque accru de 6 % chez les personnes ayant diminué de 20 à 50 % le nombre de cigarettes fumées par jour.

L'une des explications possibles de ce résultat est le phénomène du "malade qui arrête de fumer". Une réduction ou un arrêt du tabagisme pourrait suggérer des changements de comportement vers un mode de vie sain en raison de préoccupations de santé.

Le tabagisme compensatoire chez les réducteurs est une autre explication possible. Les réducteurs pourraient inhaler profondément pour maintenir leur taux de nicotine, annulant ainsi tout bénéfice potentiel pour la santé.

Les limites de l'étude incluent le manque d'informations sur le niveau d'éducation ou le niveau d'apolipoprotéine E ε4, qui peuvent être associés au risque de démence, ainsi que le manque d'informations sur le tabagisme passif, le type de tabac utilisé et la durée de l'arrêt du tabac.

De plus, le suivi relativement court de 6 ans peut ne pas être suffisant pour élucider complètement les associations entre les changements dans le tabagisme et le risque de démence.

● Un lien entre tabac et fractures ostéoporotiques chez l'homme

Smoking and fracture risk in men: a meta-analysis of cohort studies, using both frequentist and Bayesian approaches.

Xu Y, Bao Y, Wang M *et coll.* *Scientific Reports* (2022)12:9270. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-13356-1>.

Arrêter de fumer pourrait réduire de manière significative le risque de fractures chez les hommes, indique une méta-analyse américaine utilisant une approche bayésienne (déductive) et une approche fréquentiste (inductive).

Hommes et femmes sont-ils inégaux face aux maladies induites par le tabac ? La réponse semble positive dans différents domaines. Mais qu'en est-il du risque de fragilité osseuse, majoré avec le tabagisme mais qui concerne principalement les femmes du fait de l'ostéoporose post-ménopausique ?

La méta-analyse de Yingke Xu et coll. a inclus 27 études de cohorte qui ont examiné l'association entre le tabagisme et le risque de fracture de la hanche chez les hommes. Les deux approches, la fréquentiste (RR : 1,37 ; IC 95% : 1,22-1,53) et la bayésienne (RR : 1,36 ; IC 95% : 1,22-1,53), ont montré une association significative. Malgré l'hétérogénéité des études incluses, le risque de fracture de hanches est plus élevé chez les fumeurs comparé au non fumeur. L'association s'est maintenue dans toutes les analyses de sensibilité avec différents critères d'inclusion pré-spécifiés, dans plusieurs analyses de sous-groupes et dans une analyse après exclusion de deux études particulières/importantes.

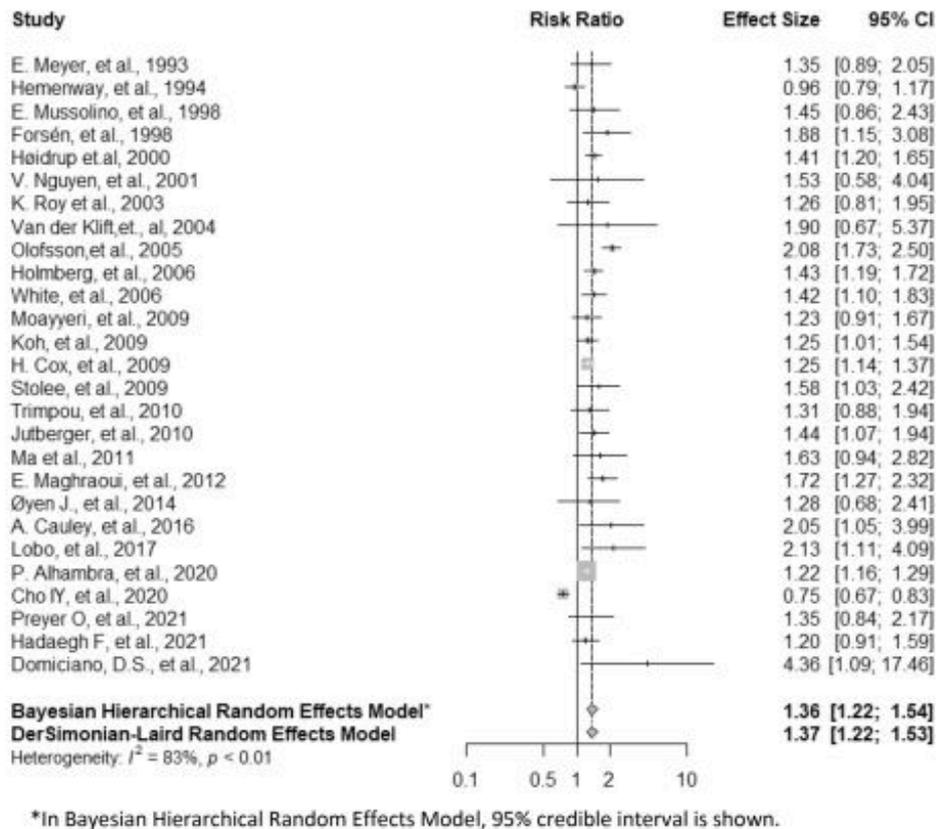


Figure 2. Effects of smoking on the risk of fracture combined, and all eligible studies combined by using frequentist and Bayesian approaches (CI, confidence interval). *In Bayesian Hierarchical Random Effects Model, 95% credible interval is shown.

Effets du tabagisme sur le risque de fracture combinés, et toutes les études éligibles combinées en utilisant des approches fréquentiste et bayésienne

Des résultats similaires ont été observés dans le groupe comportant un échantillon de grande taille ($\geq 10\,000$ participants) et dans le groupe comportant un échantillon de petite taille ($< 10\,000$ participants) ; le RR groupé s'établissait à 1,23 (intervalle de confiance à 95 %, 1,07-1,41) et à 1,56 (intervalle de confiance à 95 %, 1,37-1,78), respectivement. Avec la méthode bayésienne, la taille de l'effet était de 1,23 (intervalle crédible à 95 %, 1,05 - 1,45) pour le groupe à grand échantillon et de 1,57 (intervalle crédible à 95 %, 1,35 - 1,82) pour le groupe à petit échantillon.

Studies included	No. of reports	R.R. (95% CI)	Heterogeneity		
			Q	P-value	I ² , %
All studies	27	1.37 (1.22, 1.53)	148.75	< 0.0001	83
Studies reported R.R./H.R	24	1.38 (1.27, 1.50)	54.46	0.0002	57.8
Studies with medical record/hospital database	24	1.33 (1.20, 1.49)	141.37	< 0.0001	83.7
Studies using hip fracture as outcome	13	1.46 (1.24, 1.72)	37.05	0.0002	67.6
Studies included participants 60+ years only	8	1.48 (1.27, 1.73)	4.22	0.75	0
Studies using vertebral fracture as outcomes	4	1.48(1.28, 1.72)	1.83	0.61	0

Table 2. Risk of fracture associated with smoking in studies with different inclusion criteria. The frequentist approach and random-effect model were used for analysis unless noted otherwise.

Risque de fracture associé au tabagisme dans des études comportant des critères d'inclusion différents. L'approche fréquentiste et le modèle d'erreur aléatoire ont été utilisés pour l'analyse, sauf indication contraire.

Comment le tabagisme affecte-t-il le risque de fracture ? Il est ici postulé que le tabagisme réduit la densité osseuse. Après tout, une faible densité osseuse est la principale cause des fractures ostéoporotiques. La nicotine et le cadmium présents dans la fumée de cigarette ont un impact sur les cellules osseuses. En outre, le tabagisme réduit les niveaux de vitamine D et ces personnes présentent un risque plus élevé de fractures. Un autre argument découle du fait que le tabagisme est un facteur de risque de blessures et d'accidents, et donc de fractures. Comme démontré dans d'autres études sur le tabagisme et ses effets négatifs pour la santé, l'arrêt du tabac peut apporter des bénéfices et avoir dès lors un impact sur la santé publique.

PUBLICATIONS

- [CBD : l'Académie de médecine met en garde contre les effets indésirables d'un produit à la mode](#)

Cannabidiol : ce que vous devez oser demander et savoir <https://www.academie-medecine.fr/cannabidiol-ce-que-vous-devez-osser-demander-et-savoir/>

Le cannabidiol (CBD) : que faut-il retenir ? Alvarez J.C. *et coll. Tox Anal Clin*, 2022, 34, p. 211-214

Preliminary data on the potential of unintentional antidoping rule violations by permitted cannabidiol (CBD) use. Mareck U. *et al. Drug Test Anal*, 2021, 13, p. 539-549

Le cannabidiol ou CBD, a connu une percée très récente sur le marché français. Cette substance revendiquée comme favorisant le « bien-être » pourrait être consommée sans effets indésirable. Pas si sûr pour l'Académie de médecine, qui a publié une mise au point sur ce produit.

Parmi les nombreux cannabinoïdes dérivés d'un même précurseur, le cannabigérol (CBG), que l'on retrouve dans le chanvre (*Cannabis sativa*), le CBD tient une place à part. Contrairement au THC (tétrahydrocannabinol), qui est un psychotrope, le CBD n'est pas doté d'effet addictif. Ce n'est pas non plus une substance dopante et il ne relève ni de la réglementation des stupéfiants, ni de celle des psychotropes. Cependant, le THC est toujours présent dans les préparations commerciales de cannabidiol, même si sa proportion doit être inférieure à 0,3 % du produit. Il est donc possible d'être testé positif au THC après une prise de cannabidiol, lors d'une pratique sportive ou de la conduite routière.

L'Académie souligne qu'il n'existe, à ce jour, aucune preuve d'un intérêt thérapeutique du cannabidiol, à quelques exceptions près, dont un médicament, l'Epidiolex[®], contenant exclusivement du cannabidiol pur, destiné à certaines formes d'épilepsie pharmacorésistante et relevant de la réglementation des substances vénéneuses. Les autres produits contenant du cannabidiol ne peuvent donc pas revendiquer une allégation thérapeutique.

Le cannabidiol, qui peut être consommé sous forme de gouttes huileuses, vapoté ou fumé, est doté d'effets indésirables dont la fréquence augmente avec la dose et le nombre de prises quotidiennes : troubles digestifs, toxicité hépatique, somnolence, fatigue. Il existe aussi un risque d'interaction médicamenteuse avec de nombreux médicaments, dont pour certains une augmentation de leurs concentrations sanguines.

C'est pour l'ensemble de ces raisons que l'Académie recommande que les usagers soient informés que, si leur dose de cannabidiol consommée dépasse 50 mg/j, la prise doit être précédée par la recherche préalable de possibles interactions médicamenteuses avec d'éventuels traitements en cours, avec l'aide de leur médecin ou de leur pharmacien.

Plus généralement, l'Académie recommande d'améliorer l'information des usagers sur les emballages des produits non pharmaceutiques contenant du cannabidiol. Elle préconise également d'harmoniser la réglementation et les conditions d'accès à ces produits, très diversifiés. Enfin elle souhaite que des recherches soient menées à partir de l'hypothèse d'une incitation comportementale à l'usage de la cigarette (tabac ou cannabis) par une consommation de cannabidiol fumé.

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Consultez les références des publications des membres de la SFT sur notre site :
<http://societe-francophone-de-tabacologie.fr/articles-scientifiques/>

Et envoyez les vôtres au Dr Didier Touzeau : didier.touzeau@gmail.com !

INFORMATIONS

MOOC – Tabac : arrêtez comme vous voulez !

Grâce au soutien du Fonds de lutte contre les addictions (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie), la Société Francophone de Tabacologie (SFT) propose la rediffusion du MOOC « Tabac, arrêtez comme vous voulez ! », financé par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du programme d'Investissements d'avenir portant la référence ANR-15-IDFN-0003.

Ce Massive Open Online Course (cours en ligne ouvert pour tous – entièrement gratuit !) a été réalisé par le Dr Anne-Laurence Le Faou – Présidente de la SFT.

Le MOOC – à travers des cours, des ateliers en groupe et du matériel pédagogique à disposition – permettra de renforcer les connaissances des soignants.

Depuis 2016, de nombreux soignants ont le droit de prescrire des substituts nicotiques (infirmiers, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, kinésithérapeutes). Une formation est cependant indispensable pour accompagner le fumeur et réaliser cette prescription dans les conditions optimales.

Sept semaines de formation à raison de 2 heures par semaine au maximum à organiser selon vos souhaits sont proposées sur la plateforme **Pédagogie Numérique en Santé** :

<https://www.pns-mooc.com/fr/mooc/18/presentation>

Alliance contre le Tabac

La SFT est membre de l'ACT. Vous pouvez retrouver toutes les informations sur le site web :

<https://alliancecontreletabac.org>

CONGRÈS



Congrès 2023 de la Société Francophone du Diabète

21-24 mars 2023.

Parc des expositions, Montpellier.

Session SFT/SFD – Tabagisme et diabète : connaissances actuelles et recommandations de la SFD et de la SFT le 24 mars

<https://www.congres-sfd.com>



MAT'AB – Maternité sans tabac

Arrêt du tabac chez la femme enceinte. Incertitudes et acquis en 2023

23 mars 2023.

Domaine Rockefeller, Lyon.

<https://www.iraat.fr/matab>



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/>



Les webinaires du FARES les samedis, de 9h00 à 11h00 :

18 mars 2023 - Poly-Addictions et accompagnement en groupe – Docteur Denis Jacques

Inscription obligatoire via le lien Zoom :

https://us06web.zoom.us/meeting/register/tZEvcOioqjktG9Fa_4W5s_grbBKWQC1HxqKV

1er avril 2023 - Les nouveaux produits du tabac : PUFF, pouches de nicotine, Snus et autres produits considérés comme similaires – Monsieur Adrien Meunier

13 mai 2023 - Prescription multidisciplinaire et complémentarité pharmacien, médecin généraliste et tabacologue – Mesdames Bénédicte Giroul et Dolores Corso ainsi qu'un représentant de la SSMG

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