

● Impact de l'âge d'initiation du tabagisme sur la morbidité et la mortalité aux USA.

Choi SH & Stommel M. Am J Prev Med. 2017 Feb 3. pii:S0749-3797(16)30690-0. doi: 10.1016/j.amepre.2016.12.009. [Epub ahead of print] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28169018>

Au niveau mondial, 18,7% des adolescents de 13 à 15 ans sont fumeurs (ont fumé une cigarette ou utilisé du tabac sous une autre forme au cours du mois écoulé). Aux USA, plus de 3200 adolescents commencent à fumer régulièrement chaque jour, et plus de 700 d'entre eux deviennent dépendants et fument régulièrement. En moyenne ils commencent à fumer à 15,3 ans (14,1 ans en France [selon la dernière enquête ESCAPAD de 2011](#)) et deviennent fumeur quotidien à 18,2 ans.

Cette étude est basée sur les données de l'enquête de santé américaine (National Health Interview Survey) entre 1997 et 2005. Il s'agit d'enquêtes transversales et non de cohorte. Les données ont ensuite été croisées avec le registre des décès, avec un suivi jusqu'au 31 décembre 2011. Les variables dépendantes étaient la morbidité liée au tabagisme et la mortalité toutes causes. La variable indépendante était l'âge d'initiation au tabagisme. L'analyse a porté sur les fumeurs et ex-fumeurs (en déclaratif, pas de marqueurs biologiques) de 30 ans et plus au moment de l'enquête (n=90278, avec une population estimée à 73,4 millions). L'analyse a été faite par régression logistique (en ajustant sur l'âge, le sexe, l'éducation, les revenus, l'ethnicité, le statut marital, l'activité physique, la consommation d'alcool, l'IMC, la consommation de tabac en paquet-années pour les fumeurs, et la durée de l'abstinence pour les ex-fumeurs) pour le lien entre tabagisme et maladies, et par modèles de risque proportionnel de Cox pour la mortalité.

Parmi la population de fumeurs américains, 7,3% ont commencé à fumer avant 13 ans, 11,0% entre 13 et 14 ans, 24,2% entre 15 et 16 ans, 24,5% entre 17 et 18 ans, 14,5% entre 19 et 20 ans, et 18,5% à 21 ans ou plus. Plus l'âge d'initiation est précoce, plus le risque de maladies dues au tabagisme est élevé. Pour ceux ayant commencé à 17 ans ou plus, l'élévation de risque n'est plus significative, sauf chez les ex-fumeurs pour les maladies respiratoires.

Selon l'analyse des données retenues pour cette étude, pour les fumeurs actuels ayant commencé à fumer avant l'âge de 13 ans, le risque est significativement augmenté pour les maladies cardiovasculaires ou métaboliques (OR=1,67 ; IC 95% 1,45-1,92 ; p< 0,00005), les maladies respiratoires (OR=1,79 ; IC 95% 1,55-2,07 ; p< 0,05) et les cancers (OR=2,1 ; IC 95% 1,60-2,76 ; p< 0,05).

Pour les ex-fumeurs les risques respectifs sont : maladies cardiovasculaires ou métaboliques (OR=1,38 ; IC 95% 1,17-1,62 ; p< 0,05), maladies respiratoires (OR=1,89 ; IC 95% 1,64-2,18 ; p< 0,05) et cancers (OR=1,44 ; IC 95% 1,17-1,79 ; p< 0,05).

Le risque de mortalité toutes causes est aussi plus élevé chez les fumeurs actuels (OR=1,18 ; IC 95% 1,04-1,33 ; p< 0,05) et les ex-fumeurs (OR=1,19 ; IC 95% 1,08-1,31 ; p< 0,05). Il ne devient non significatif que pour les fumeurs actuels ayant commencé à fumer à partir de 19 ans et plus, et pour les ex-fumeurs ayant commencé à fumer à partir de 15 ans et plus.

Il est intéressant de noter que le risque de mortalité toutes causes chez les fumeurs actuels est peu significatif lorsque l'on se base sur la consommation en paquet-années (OR=1,01 ; IC 95% 1,00-1,01 ; p< 0,05), ce qui

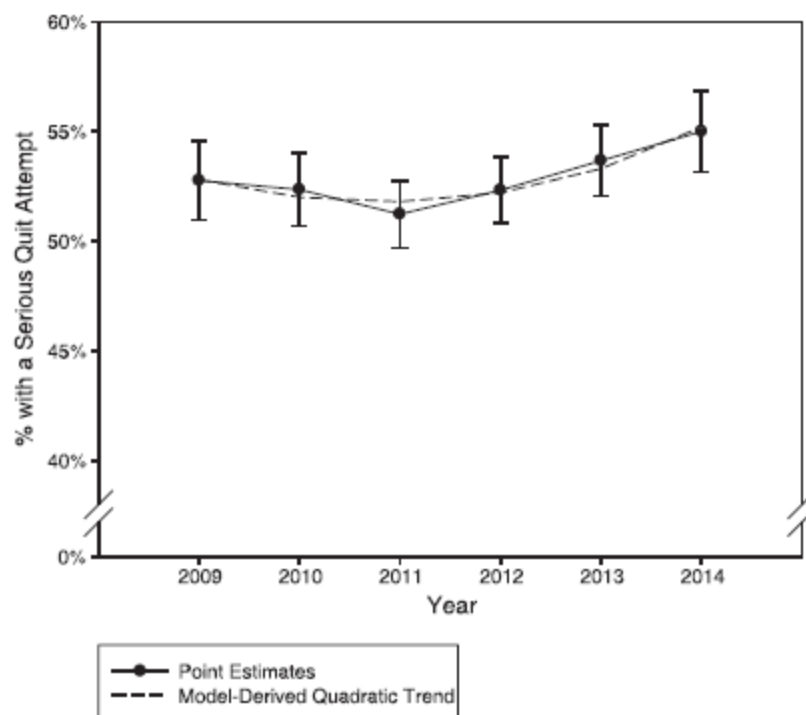
montre sans doute la faiblesse de cette mesure concernant la consommation par rapport à la durée du tabagisme, ou le fait que l'âge moyen de cette population est relativement jeune (âge moyen non précisé dans l'article). De même, le risque chez les ex-fumeurs est peu diminué (OR=0,98 ; IC 95% 0,98-0,99 ; p< 0,05), ce qui peut être dû à une abstinence relativement récente (14 ans de recul au maximum, entre 1997 et 2011). Cependant, aucune de ces limitations n'est discutée dans l'article.

● Analyse des tentatives « sérieuses » d'arrêt du tabac aux USA entre 2009 et 2014.

Gitchell JG et al. *Addiction*. 2016 Dec 9. doi: 10.1111/add.13712. [Epub ahead of print]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27933678>

Le centre de prévention et de contrôle des maladies américain (CDC) a établi en 2000 que l'objectif pour 2020 serait d'avoir 80% des fumeurs faisant une tentative « sérieuse » d'arrêt au cours de l'année. Une tentative sérieuse d'arrêt est définie par le CDC comme étant pour un fumeur actuel d'avoir réalisé une tentative d'arrêt supérieure à 24h au cours de l'année écoulée et pour un ex-fumeur d'avoir arrêté au cours de l'année écoulée. Ce critère est loin de faire consensus parmi les chercheurs.

Les auteurs ont examiné les tentatives sérieuses d'arrêt en utilisant les données de l'enquête de santé américaine (National Health Interview Survey) entre 2009 et 2014. Au total, 40362 individus ont été inclus dans l'analyse (allant de n=5748 en 2010 à n=7219 en 2012). Les résultats sont présentés sur le graphique ci-dessous (en trait plein les données brutes, en pointillé le modèle basé sur une tendance quadratique). Entre 2009 et 2014, une augmentation du pourcentage de tentatives sérieuses d'arrêt a été observée, particulièrement entre 2011 et 2014, à la fois sur les données brutes (OR=1,02 ; IC 95% 1,01-1,04 ; p=0,008) et sur le modèle quadratique (OR=1,01 ; IC 95% 1,00-1,02 ; p=0,019). Bien que significatifs, ces résultats sont minimes lorsque l'on considère les OR, de plus ils ne sont comparés à aucune période antérieure contrôle.



Les auteurs concluent que depuis 2009, le pourcentage de fumeurs ayant fait une tentative sérieuse d'arrêt a augmenté, particulièrement à partir de 2011. En 2009 il était de 52,8% et en 2014 cette proportion a atteint 55,0%. Ils relativisent cependant ce chiffre en notant que l'on est encore loin des 80% établis comme objectif pour 2020. Pour expliquer cette augmentation de tentatives sérieuses d'arrêt, les auteurs évoquent le rôle du prix du tabac. Cependant, la dernière augmentation substantielle a eu lieu en 2009, ce qui rend peu plausible cette hypothèse. Par contre une campagne de prévention lancée par le CDC (Tips from former smokers ou les Conseils d'ex-fumeurs) a débuté durant le premier semestre 2012 ce qui rendrait cette hypothèse plus réaliste (une analyse de cohortes ayant démontré que cette campagne avait augmenté le nombre de tentatives d'arrêt). Ils mentionnent aussi que malgré les mises en garde selon lesquelles l'apparition de la cigarette électronique pourrait diminuer les tentatives d'arrêt, cela ne semble pas être le cas, puisque l'augmentation (minime) a eu lieu au moment où la

popularité de la cigarette électronique est devenue observable (à partir de 2011).

● Le paradoxe du fumeur sur l'issue d'un AVC.

Hussein HM et al. *Nicotine Tob Res.* 2017 Jan 18. doi:10.1093/ntr/ntx020. [Epub ahead of print]
<https://academic.oup.com/ntr/article/2961781/Searching-for-the-Smoker-s-Paradox-in-Acute-Stroke>

Des données inconsistantes semblent indiquer une issue meilleure chez les fumeurs suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) par rapport aux non-fumeurs. Cette étude a cherché à vérifier cette hypothèse dans un large échantillon de patients ayant subi un accident ischémique cérébral, traité par thrombolyse.

Pour cela les auteurs ont utilisé la base de donnée internationale (Virtual International Trials Archive), composée de patients ayant participé à des essais cliniques. Le critère principal d'évaluation était l'indépendance fonctionnelle à 3 mois (https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Evaluation_%20fonctionnelle_%20AVC_ref.pdf) mesurée par l'échelle modifiée de Rankin (mRS) en 7 point (de 0 à 6), chez les patients ayant un score ≤ 2 .

L'échelle va de 0-6, allant de la santé parfaite sans symptômes à la mort.

0 - Aucun symptôme.

1 - Pas d'incapacité significative. Capable de réaliser toutes les activités habituelles, malgré quelques symptômes.

2 - Légère invalidité. Capable de s'occuper de ses propres affaires sans aide, mais incapable de mener à bien toutes les activités précédentes.

3 - Handicap modéré. Nécessite de l'aide, mais capable de marcher sans aide.

4 - Handicap modérément sévère. Incapable d'assister à ses propres besoins corporels sans aide, et incapable de marcher sans aide.

5 - invalidité grave. Nécessite des soins infirmiers constants et attention, alité, incontinent.

6 - Mort.

Les critères secondaires d'évaluation étaient le score à 24h de l'échelle américaine National Institutes of Health Stroke scale (NIHSS, allant de 0 [pas de déficit] à 42 [déficit sévère]), et la présence d'hémorragie intracérébrale symptomatique.

Au total 5383 patients ont été inclus, 1501 fumeurs et 3882 non-fumeurs (en excluant les ex-fumeurs et ceux ayant déjà fait un AVC). Les fumeurs étaient plus jeunes (60 ± 13 vs. 71 ± 12 ans, $p < 0,0001$), avaient moins d'hypertension, de diabète, d'hyperlipidémie, d'insuffisance cardiaque et de fibrillation auriculaire que les non-fumeurs, mais il n'y avait pas de différence d'antécédents d'infarctus du myocarde. Les fumeurs avaient aussi un score médian à l'échelle NIHSS plus faible (12 [8-17] vs. 13 [9-18], $p < 0,0001$) au moment de l'hospitalisation (ainsi qu'à 24h : 9 [5-14] vs. 10 [5,16], $p = 0,0007$ et à 3 mois : 4 [1-10] vs. 5 [1-15], $p < 0,0001$). Le taux de mortalité à 3 mois était aussi plus faible chez les fumeurs que chez les non-fumeurs (11,7% vs. 18,1%, $p < 0,0001$).

Le pourcentage de patients ayant un score mRS ≤ 2 (indépendance fonctionnelle) était plus élevé chez les fumeurs que chez les non-fumeurs (49,7% vs. 39,5%, $p < 0,0001$), avec un OR=1,52 (IC 95% 1,33-1,72 ; p non donné dans l'article). Cet effet n'était plus significatif si l'on prenait l'âge en compte (OR=1,11 ; 0,97-1,27 ; NS). Les analyses en sous-groupes en fonction de l'âge et du sexe ont montré que l'effet paradoxal du tabagisme n'était significatif que chez les femmes de 65 ans et plus. Le tabagisme était aussi corrélé avec un pourcentage moins élevé d'hémorragie intracérébrale symptomatique (OR=0,55 ; 0,39-0,79 ; p non donné).

Les auteurs concluent que les fumeurs font leur premier AVC en moyenne 11 ans plus tôt que les non-fumeurs, cette différence d'âge explique le fameux paradoxe du fumeur sur l'issue d'un AVC. Il est donc important de prévenir ces AVC chez les fumeurs par la prévention et le traitement du tabagisme. Ils indiquent aussi que la décision de traiter un accident ischémique cérébral par thrombolyse ne doit pas être influencée par le statut tabagique du patient.

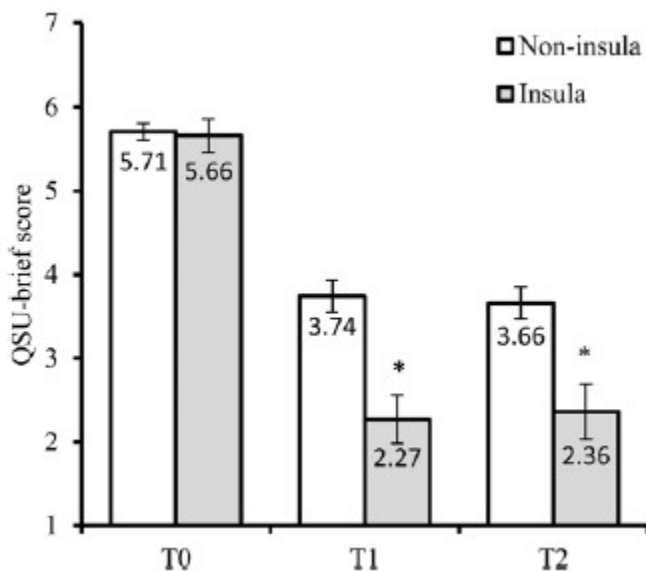
● Les lésions du cortex insulaire après un AVC réduisent les envies irréprouvables de fumer.

Abdollahi A et al. *Nicotine Tob Res.* 2017 Feb 11. doi: 10.1093/ntr/ntx046. [Epub ahead of print]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28199722>

Des études récentes ont montré que les lésions du cortex insulaire pouvaient modifier le comportement tabagique et que certains patients arrêtaient plus facilement de fumer. Les envies irréprouvables de fumer semblent contribuer significativement à la difficulté d'arrêter le tabac et favoriser la reprise après l'arrêt. Cette étude observationnelle a été réalisée chez 156 fumeurs hospitalisés pour un accident ischémique cérébral, dont 38 avec des lésions du cortex insulaire (groupe avec lésions du cortex insulaire) et 118 avec des lésions non-insulaires (groupe contrôle), afin de déterminer si les lésions du cortex insulaire diminuait effectivement les envies irréprouvables de fumer. Ces patients ont été suivis pendant 3 mois. Suite aux exclusions (9 perdus de vue, 7 morts, 3 étaient encore hospitalisés, et 3 ont fait un nouvel AVC), l'échantillon final analysé était de 134 participants.

Au cours de l'hospitalisation, le questionnaire (version brève) sur les envies irréprouvables de fumer (Questionnaire of Smoking Urges, QSU-brief) a été administré rétrospectivement pour évaluer les envies irréprouvables de fumer avant l'AVC (T0), puis de façon prospective juste après l'AVC (T1) et 3 mois plus tard (T2, par téléphone). Des tests de *t* de Student bilatéraux, et des régressions linéaires multivariées ont été utilisées pour évaluer l'évolution du score au QSU-brief par rapport à la ligne de base dans les deux groupes en prenant en compte l'âge, la dépendance, la sévérité de l'AVC, l'utilisation de substituts nicotiniques, et les dommages dans les autres régions méso-cortico-limbiques.

En prenant en compte la différence de score au QSU-brief entre T1 et T0, puis entre T2 et T0, les résultats montrent que les fumeurs ayant subi des lésions du cortex insulaire ont une réduction plus importante de leur score d'envies irréprouvables de fumer que les fumeurs du groupe contrôle. La différence de réduction du score était plus importante dans le groupe ayant des lésions du cortex insulaire que dans le groupe contrôle ($p < 0,01$ à T1 et à T2 par rapport à T0). Le score au QSU-brief est resté stable dans les deux groupes entre T1 et T2 (voir graphique ci-dessous).



Score moyen au QSU-brief avant l'AVC (T0), juste après (T1) et 3 mois après (T2) dans le groupe contrôle (AVC non insulaire, en blanc) et le groupe ayant une lésion insulaire après AVC (en gris). * $p < 0,01$ par rapport au groupe contrôle.

L'analyse par régressions linéaires a montré qu'entre T0 et T1 (changement aigu), les fumeurs avec lésions du cortex insulaire présentaient une réduction plus importante du score d'envies irréprouvables de fumer que les fumeurs du groupe contrôle ($-3,38 \pm 1,87$ vs. $-1,97 \pm 1,81$; $p < 0,0001$; modèle de régression linéaire $\beta = -1,41$; IC 95% $-2,09, -0,74$; $p < 0,01$). Cette différence était toujours significative après ajustement sur les covariables (intention d'arrêt avant l'AVC, score NIHSS, âge, score FTCD de Fagerström, utilisation de TNS à T1, et T2) ($\beta = -1,15$; IC 95% $-1,85, -0,44$; $p < 0,01$).

De même, entre T0 et T2 (changement à long-terme), les fumeurs avec lésions du cortex insulaire présentaient une réduction plus importante du score d'envies irréprouvables de fumer que les fumeurs du groupe contrôle ($-3,50 \pm 1,69$ vs. $-2,08 \pm 1,98$; $p = 0,0004$; modèle de régression linéaire $\beta = -1,42$; IC 95% $-2,19, -0,65$; $p < 0,01$). Cette différence était toujours significative après ajustement sur les covariables ($\beta = -0,93$; IC 95% $-1,79, -0,07$; $p = 0,03$).

Une analyse de sensibilité dans laquelle les participants ont été appariés en fonction de leur score NIHSS (voir article ci-dessus) et les autres localisations méso-cortico- limbiques des lésions n'a pas modifié les résultats. En ne s'intéressant qu'aux fumeurs qui ont maintenu une abstinence entre T0 et T2 (n=60), on retrouve une diminution du score au QSU-brief plus importante chez les fumeurs ayant subi des lésions du cortex insulaire (n=22, score QSU=1,54 ± 1,03) que chez ceux du groupe contrôle (n=38, score QSU=2,22 ± 1,37 ; p=0,05). Une limitation de cette étude réside dans le fait que l'évaluation du score d'envies irrésistibles de fumer à T0 était rétrospective et pratiquée chez des patients venant de faire un AVC, ce score est donc susceptible de ne pas exactement refléter la situation antérieure réelle.

Les auteurs concluent que ces résultats confirment les études précédentes et renforcent l'idée de la possibilité de développer des traitements qui cibleraient le cortex insulaire pour l'aide à l'arrêt du tabac.

● Réduction à long-terme (≥ 6 mois) de l'exposition aux carcinogènes et aux substances toxiques chez des vapoteurs exclusifs.

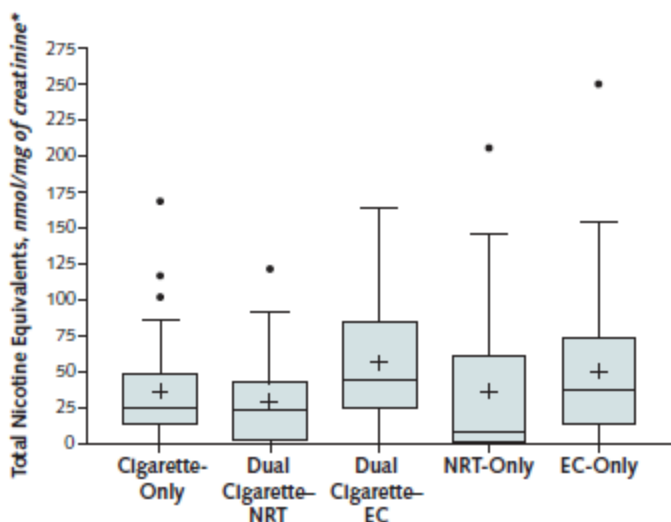
Shahab L et al. Ann Intern Med. 2017 Feb 7. doi: 10.7326/M16-1107. [Epub ahead of print]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28166548>

Afin d'évaluer l'impact de l'utilisation de la vaporisation, cette étude a comparé l'exposition à la nicotine, aux carcinogènes liés au tabagisme et aux substances toxiques chez des fumeurs exclusifs (combustion), des ex-fumeurs vapoteurs exclusifs (≥ 6 mois), des ex-fumeurs utilisant exclusivement des substituts nicotiques (TNS, ≥ 6 mois), des vapofumeurs et des fumeurs utilisant simultanément des TNS (≥ 6 mois). Il ne s'agit pas d'une étude longitudinale, mais ponctuelle.

Au total 181 participants ont été recrutés dans la région de Londres (n=36 ou 37 par groupe). Les concentrations de nicotine ont été mesurés à la fois dans la salive (nicotine + cotinine) et dans les urines (principaux métabolites de la nicotine pour avoir une mesure d'un équivalent de nicotine « totale », et alcaloïdes mineurs du tabac). L'arrêt du tabac était aussi validé par un CO expiré < 10 ppm. Les taux urinaires des métabolites des nitrosamines spécifiques du tabac (NNAL) et des composés organiques volatiles (VOC : acroléine, acrylamide, acrylonitrile, 1,3-butadiène, oxyde d'éthylène) ont aussi été mesurés.

Il est à noter que 60% des participants étaient des hommes. Il y avait plus de femmes utilisatrices mixtes de cigarettes + TNS que d'hommes (60% de femmes), alors qu'elles étaient moins nombreuses que les hommes à vaper exclusivement (19,4% de femmes) ou à être vapofumeuses (30,6% de femmes).

Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement était de 14 chez les fumeurs exclusifs, 11 chez les utilisateurs mixtes de cigarettes + TNS, et 12 chez les vapofumeurs. La consommation antérieure (avant l'arrêt du tabac) était de 15 cig/j chez les utilisateurs exclusifs de TNS, et de 16 chez les vapoteurs exclusifs.

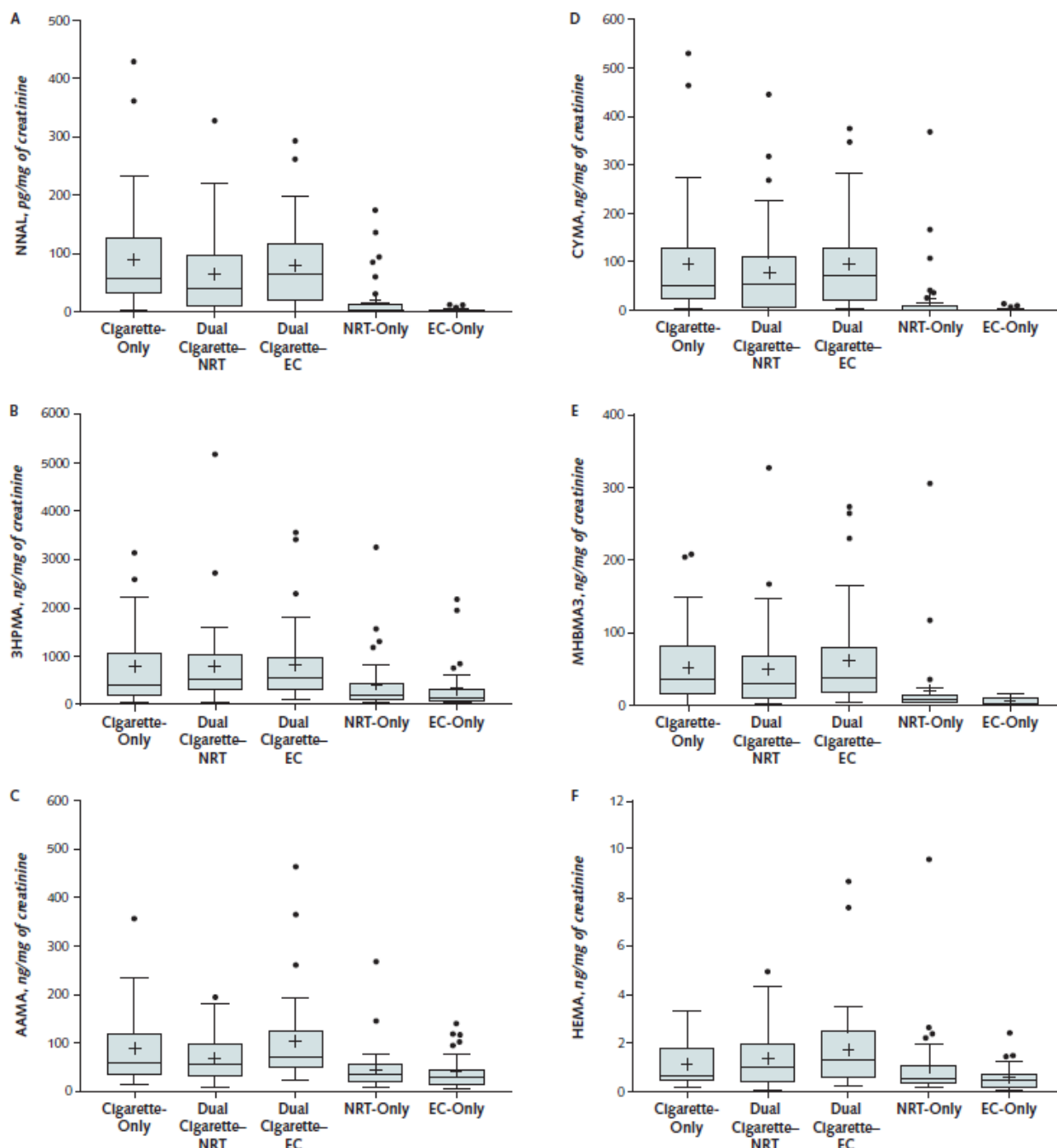


La consommation de nicotine était globalement la même dans tous les groupes (graphique ci-contre présentant la concentration en équivalent nicotine dans les urines). Dans une analyse ajustée sur les variables sociodémographiques le pourcentage de la concentration en équivalent nicotine par rapport aux fumeurs exclusifs était de 104% chez les consommateurs mixtes de cigarettes + TNS, 157% chez les vapofumeurs, 122% chez les utilisateurs exclusifs de TNS et 127% chez les vapoteurs exclusifs.

Sur le graphique ci-dessous, il y a une nette réduction de l'exposition aux nitrosamines spécifiques du tabac (NNAL sur le graphique A) chez les ex-fumeurs utilisant exclusivement des TNS ou la vape ($p < 0,001$). Chez les vapoteurs cela représente une réduction de 97% par rapport aux fumeurs exclusifs.

Les autres graphiques correspondent à l'acroléine (en B), l'acrylamide (en C), l'acrylonitrile (en D), le 1,3-butadiène (en E) et l'oxyde d'éthylène (en F).

Pour tous les métabolites des composés organiques volatiles, c'est aussi chez les vapoteurs exclusifs que les taux sont les plus bas, suivis par les utilisateurs exclusifs de TNS. Les utilisateurs exclusifs de TNS et les vapoteurs exclusifs ont les taux de cancérigènes ou substances toxiques significativement les plus bas ($p < 0,001$).



Concernant l'absorption de nicotine, les auteurs notent que les utilisateurs exclusifs de TNS ou les vapoteurs exclusifs régulent leur consommation de nicotine et obtiennent l'équivalent de ce qui est observé chez les fumeurs. Selon eux, cela montre que les produits du vapotage ont été améliorés en termes de délivrance de nicotine et qu'il est donc important de faire des études chez les utilisateurs à long-terme plutôt que chez des novices ou des débutants. Ils notent aussi que les faibles taux de substances cancérigènes ou toxiques observées chez les utilisateurs de TNS semble confirmer la réduction du risque tabagique chez les utilisateurs à long-terme. Cependant, dans la discussion les auteurs indiquent toute fois que l'abstinence totale de nicotine (par TNS ou vape) serait le seul moyen d'éliminer tout risque même minime.

Sur le fait que les taux de ces substances soient légèrement plus élevés chez les utilisateurs exclusifs de TNS par rapport aux vapoteurs exclusifs, les auteurs soulignent que cela pourrait être dû à la consommation occasionnelle de cigarettes dans ce groupe. Concernant les taux plus élevés chez les utilisateurs mixtes (TNS ou vape + cigarettes) ils avancent l'hypothèse que ces participants étaient peut-être plus dépendants que ceux d'autres études à court-terme (voir la Lettre de la SFT de janvier 2017, pages 6-7), et que la réduction du nombre de cigarettes fumées n'était pas aussi prononcée que dans ces autres études, ou encore qu'ils utilisaient le TNS ou la vape uniquement dans les situations où ils ne pouvaient pas fumer, et que la réduction de consommation de cigarettes n'était donc pas optimale. Ils n'excluent pas non plus que le faible nombre de sujets par groupe (n=36 ou 37 par groupe) ait pu être la cause de ces résultats, ou que l'exposition à la fumée passive en soit la cause (non mesurée).

Ces résultats néanmoins confirment que lorsque l'on devient vapoteur il est fortement conseillé d'arrêter de fumer le plus rapidement possible.

● L'environnement réglementaire influence-t-il l'efficacité du vapotage dans l'arrêt du tabac ?

Yong HH et al. *Nicotine Tob Res.* 2017 March 4. doi:10.1093/ntr/ntx056. [Epub ahead of print]
<https://academic.oup.com/ntr/article/3061874/Does-the-regulatory-environment-for-e-cigarettes>

Selon les auteurs, aucune étude à ce jour n'a évalué l'impact de l'environnement réglementaire sur l'efficacité de la vape comme aide à l'arrêt du tabac. Cette étude a comparé l'efficacité de la vape en population par rapport à l'arrêt sans aide et l'arrêt avec substituts nicotiniques (TNS) ou médicaments d'aide à l'arrêt dans deux pays avec une réglementation restrictive (Canada et Australie) par rapport à deux pays où la réglementation est plus souple (Royaume-Uni et Etats-Unis).

Les données proviennent de l'enquête ITC (International Tobacco Control Four Country surveys, une étude longitudinale de cohorte sur un échantillon représentatif national de chaque pays), aux USA et au Canada (2 vagues d'enquête, n=318 et 380, respectivement), au Royaume-Uni (3 vagues d'enquête, n=439) et en Australie (4 vagues d'enquête, n=662), collectées entre 2010 et 2014. Les fumeurs répondant à ces enquêtes sont âgés de 18 ans et plus. Les personnes qui étaient fumeuses initialement et qui rapportaient avoir fait une tentative d'arrêt à l'enquête suivante étaient incluses. Le critère d'efficacité était une abstinence déclarée d'au moins 30 jours, quel que soit leur statut tabagique lors de l'enquête de suivi (toujours abstinent ou pas).

Les données ont été analysées par équations d'estimations généralisées (GEE model, Stat version 14). Les covariables utilisées pour ajuster les résultats étaient les données socio-démographiques (âge, sexe, ethnicité, langue (anglais vs. autre langue), revenus, éducation, dépendance (HSI), motivation à l'arrêt, tentatives d'arrêts au cours des 6 derniers mois, nombre de tentatives d'arrêt, récurrence de la dernière tentative, et des variables méthodologiques – entretien par téléphone ou sur Internet, vague de l'enquête, année de recrutement et intervalle entre deux vagues d'enquête).

Une interaction entre produit utilisé pour l'arrêt et environnement réglementaire n'était significative ($p < 0,001$) que pour la vape, pas pour les autres modes d'arrêt, ce qui a permis de faire les analyses suivantes. Les résultats montrent que comparé à l'arrêt sans aide, les fumeurs qui ont utilisé un produit du vapotage pour arrêter de fumer dans les pays ayant une réglementation moins restrictive avaient plus de chances d'arrêter de fumer au moins 30 jours (OR=1,95 ; IC 95% 1,19-3,20 ; $p < 0,01$), alors que ceux qui ont utilisé un produit du vapotage pour arrêter de fumer dans les pays ayant une réglementation plus restrictive avaient moins de chances d'arrêter de fumer au moins 30 jours (OR=0,36 ; IC 95% 0,18-0,72 ; $p < 0,01$).

Les auteurs concluent que l'efficacité de la vape pour arrêter de fumer dépend beaucoup de l'environnement réglementaire, et que seul un environnement moins restrictif favorise l'arrêt du tabac avec la vape chez les fumeurs. Par ailleurs, ils ont aussi montré que chez les fumeurs qui utilisaient des médicaments d'aide à l'arrêt (TNS, varénicline ou bupropion) il n'y avait pas de différence d'efficacité entre les deux types d'environnement réglementaire. Ce qui selon les auteurs est un gage de crédibilité des résultats trouvés avec la vape.

● Quels sont les facteurs qui font que certains fumeurs utilisent la vape pour arrêter de fumer alors que d'autres abandonnent ?

Simonavicius E et al. *Drug Alcohol Depend.* 2017 Feb 14;173:139-143. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.01.002. [Epub ahead of print]

Article en libre accès : [http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(17\)30067-4/abstract](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(17)30067-4/abstract)

Cette étude est une analyse secondaire des données obtenues sur un échantillon de fumeurs de 18 ans et plus ayant répondu à une enquête annuelle menée par ASH (Action on Smoking and Health, Londres). Elle cherchait à répondre à deux questions :

1. Quelle est l'association entre la motivation à l'arrêt du tabac et l'utilisation de la vape ?
2. Quelles sont les raisons et les caractéristiques des fumeurs qui utilisent ou arrêtent d'utiliser la vape ?

Sur un échantillon de 121567 répondants, les non-fumeurs (n=6090, 50,1%) et les ex-fumeurs (n=4367, 35,9%) ont été exclus, ainsi que les fumeurs n'ayant jamais entendu parler de cigarette électronique (n=64, 3,8%), ou pour qui la dépendance (HSI, nombre de cigarettes fumées par jour et délais entre le réveil et la première cigarette) n'avait pas été évaluée (n=147, 8,6%). L'échantillon final pour cette étude, après élimination des fumeurs qui n'avaient jamais utilisé la vape (n=536), était de 953 fumeurs et vapofumeurs.

Pour la 1ère question, des régressions logistiques multivariées ont été utilisées pour évaluer l'association entre l'utilisation de la vape, l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, le score au HSI (dépendance), le type de produit du vapotage utilisé la première fois, et la motivation à l'arrêt du tabac.

L'âge, le niveau de dépendance et le statut d'utilisation de la vape étaient corrélés avec la motivation à arrêter de fumer dans les 3 mois. La motivation à arrêter de fumer était supérieure chez les 35-44 ans par rapport aux 18-24 ans, servant de référence (OR ajusté= 2,68 ; IC 95% 1,18-6,10 ; p=0,019). Les fumeurs les plus dépendants (score de 4-6 vs. Score de 0-3 au HSI) étaient moins motivés à arrêter que les fumeurs les moins dépendants (OR ajusté= 0,39 ; IC 95% 0,21-0,70 ; p=0,002). Les vapofumeurs actuels étaient plus motivés à l'arrêt que les fumeurs ayant utilisé la vape auparavant (OR ajusté= 1,95 ; IC 95% 1,10-3,46 ; p=0,022). La motivation des fumeurs n'ayant jamais vapé ou ayant juste essayé n'était pas différente de celle des fumeurs ayant utilisé la vape auparavant. Une analyse post-hoc n'a pas trouvé de corrélation entre le type de produit du vapotage utilisé (jetable = référence, rechargeable avec cartouches pré-remplies ou rechargeable avec réservoir) et la motivation à l'arrêt.

Pour la 2ème question, le pourcentage (et l'IC à 95%) de fumeurs choisissant un item particulier a été utilisé comme variable. Une régression logistique multinomiale a permis de comparer les réponses des fumeurs ayant juste essayé la vape et celles des vapofumeurs l'utilisant actuellement, en prenant en compte l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, le score au HSI (dépendance), le type de produit du vapotage utilisé la première fois, et la motivation à l'arrêt du tabac.

Les trois principales raisons évoquées pour essayer la vape étaient : juste pour essayer (50,8% de ceux ayant juste essayé, 20,8% de ceux l'ayant utilisé auparavant, 14,2% des utilisateurs actuels), pour essayer d'arrêter de fumer (18,9% de ceux ayant juste essayé, 36,8% de ceux l'ayant utilisé auparavant, 37,4% des utilisateurs actuels) et pour réduire sa consommation de tabac (18,0% de ceux ayant juste essayé, 24,2% de ceux l'ayant utilisé auparavant, 45,3% des utilisateurs actuels). Parmi les utilisateurs actuels (vapofumeurs) les 3 motivations principales étaient pour réduire sa consommation, pour essayer d'arrêter de fumer et pour faire des économies (33,6%). Les vapofumeurs étaient aussi moins dépendants que ceux ayant arrêté de vaper (OR ajusté= 0,54 ; IC 95% 0,35-0,86 ; p=0,009), et plus motivés à arrêter de fumer (OR ajusté=2,44 ; IC 95% 1,33-4,50 ; p=0,004).

Les deux principales raisons pour abandonner la vape étaient : parce que cela ne ressemble pas à fumer (29,1% de ceux l'ayant utilisé auparavant, 22,9% des utilisateurs actuels) et parce que cela ne supprimait pas l'envie irrésistible de fumer (18,5% de ceux l'ayant utilisé auparavant, 24,7% des utilisateurs actuels).

Le fait que cette étude soit transversale (et non longitudinale) ne permet pas d'établir de causalités à partir de ces résultats. Elle ne prend pas en compte non plus les fumeurs ayant réussi à arrêter avec la vape. Cependant, les fumeurs ayant abandonné l'utilisation de la vape étaient plus dépendants, ce qui peut laisser penser qu'ils n'ont pas trouvé une efficacité suffisante, qui peut être due à un matériel insuffisamment performant (il y a plus d'utilisateurs de « cigalike » de première génération, réputées moins efficaces, au Royaume-Uni qu'en France par exemple) ou à une insuffisance du dosage en nicotine (non mesuré dans cette étude).

Congrès

Conclusions du 2e Sommet de la Vape

L'association SOVAPE et ses partenaires remercient l'ensemble des participants et les donateurs qui ont permis l'organisation du 2e Sommet de la Vape le 20 mars 2017 au CNAM



Consensus absolu entre les instances dirigeantes de santé publique, les sociétés savantes, les usagers et les professionnels du secteur : la vape est un outil de réduction des risques tabagiques.

<http://www.sovape.fr/wp-content/uploads/2017/03/SV-CP-Conclusions-2017-170327.pdf>

Toute l'information sur le sommet, et les vidéos des interventions :

<http://www.sommet-vape.fr/>



III^e EDITION

Congrès International d'Addictologie de l'ALBATROS

Mercredi 31 mai, jeudi 1 et vendredi 2 juin 2017
Novotel Tour Eiffel - PARIS

“ L'ENJEU DES COMORBIDITÉS DANS LES ADDICTIONS ”

www.congresalbatros.org

Numéro de DPC : en cours
Numéro d'agrément : 1191P000291

<http://www.congresalbatros.org/>

**Le colloque Addiction Toxicomanie Hépatites SIDA (ATHS)
(Addictions, Hepatitis, HIV/AIDS)
se tiendra du 17 au 20 octobre 2017 (October 17-20, 2017)
au centre de congrès Le Bellevue à Biarritz (France).**

Pour plus de détails, visitez régulièrement notre [site internet](#).

N'hésitez pas à relayer largement cette information.

information

**AVIS DE L'ALLIANCE CONTRE LE TABAC SUR LES DISPOSITIFS
ÉLECTRONIQUES DE VAPOTAGE**

Cet avis est accessible par ce lien sur le site de la SFT :

<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/ACT%20AVIS%202017%20-%20CIGARETTES%20ELECTRONIQUES.pdf>

Flash info 19/01/2017

2ème journée nationale de prévention de conduites addictives en milieu professionnels : les vidéos sont en ligne !

Le 6 décembre 2016 se tenait pour la deuxième année consécutive une journée nationale de prévention des conduites addictives en milieu professionnels (JNPCAMP). Organisée par la MILDECA en partenariat avec le ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social et le ministère de la Fonction publique, cette journée a rencontré un franc succès. Les vidéos sont désormais disponibles sur la chaîne Dailymotion de la MILDECA, elles permettront aux nombreuses personnes n'ayant pu s'inscrire faute de places, d'assister à l'événement en différé.

Lors de cette journée les questions suivantes ont été abordées plus particulièrement :

- les facteurs de risques des conduites addictives liés à l'environnement professionnel
- le rôle des managers et encadrants pour repérer et prévenir les conduites addictives
- les addictions comportementales comme la dépendance au travail ("workaholisme") et la techno-dépendance.

A l'occasion des deux tables rondes organisées l'après-midi, des entreprises, des syndicats, des administrations et des experts du travail sont venus échanger sur leurs pratiques et leurs approches des conduites addictives en milieu de travail.

<http://www.drogues.gouv.fr/presse/prevenir-conduites-addictives-travail-signature-dune-convention-de-partenariat-entre-mildeca>

Conférence sur les modèles de changement de comportement

Rennes 14 avril 2017

Organisée par Yvonnick Noël
enseignant-chercheur, ancien boursier de la SFT

Wayne Velicer est membre du groupe de Rhodes Island créé par James Prochaska, qui a développé le modèle dit "transthéorique" des processus et stades de changement dans les conduites liées à la santé (tabac, alcool, alimentation). Ces travaux ont donné lieu à un volume de publications très important, et leur impact en psychologie de la santé a été considérable. Dans le cadre des séminaires du Laboratoire de Psychologie, Cognition, Communication et Comportement (LP3C), il donnera en **salle TD 1 du bâtiment T à 10h30**, une communication intitulée "“Developing Models of Behavior Change”".

Les personnes intéressées peuvent contacter directement Yvonnick Noël par mail :
yvonnick.noel@univ-rennes2.fr

offres d'emploi

*L'Unité de coordination de tabacologie de l'Hôpital Paul Brousse (Villejuif, Val-de-Marne) recherche un **médecin tabacologue** pour un poste de praticien attaché (5 vacations par semaine).*

Poste à pourvoir avant la fin de l'année 2017.

Prérequis : diplôme interuniversitaire de tabacologie.

Missions du poste : consultations externes (patients externes et personnels) ; liaison dans les services suivants : centre hépato-biliaire, service de cancérologie, service d'hépto-gastroentérologie ; participation au staff mensuel de l'Unité ; informations du personnel médical et para-médical de l'établissement ; participation aux travaux de recherches de l'UCT.

L'UCT comprend un PH temps plein, deux praticiens attachés, une IDE tabacologue temps plein, une secrétaire temps plein, un temps psychologue. Ses missions sont : consultations externes ; liaison ; enseignements ; recherche. L'UCT est l'une des unités du département d'addictologie et de psychiatrie du Pr Benyamina. Le service d'addictologie (Centre d'enseignement, de recherche et de traitements des addictions - CERTA) prend en charge toutes les addictions avec ou sans produit, adolescents et adultes.

Contact :

Dr Patrick Dupont, Praticien hospitalier tabacologue, CERTA, APHP, GHU Paris Sud, Site Paul Brousse, 12, avenue P. Vaillant-Couturier, F-94800 Villejuif, Tél. 01 45 59 69 25, patrick.dupont@aphp.fr.

*Le centre de référence de l'histiocytose langerhansienne du CHU Saint-Louis Lariboisière (Paris) recherche un **praticien** pour assurer une vacation de consultations de tabacologie.*

Contact :

Pr Abdellatif Tazi, Chef de service de pneumologie, CHU Saint-Louis Lariboisière, 1 avenue Claude Vellefaux, F-75475 Paris Cedex, abdellatif.tazi@sls.aphp.fr.

L'Unité de coordination de tabacologie de l'Hôpital Nord, CHU de Saint-Etienne (Loire), recherche un **médecin (tabacologue, addictologue ou en cours de formation)** pour faire des consultations dans le service de tabacologie.

Contact :

Dr Christine Denis-Vatant, UCT, CHU, Hôpital Nord, F-42055 Saint-Etienne Cedex 2, Tél. 04 77 82 86 28.

Poste médecin tabacologue temps partiel :

Recrutement d'un médecin tabacologue à temps partiel dans un Centre de Santé à Lyon.

Pour tout renseignement, merci de vous adresser au :

Dr. Anne-Sophie RONNAUX-BARON

Tél : 04.72.19.84.01 – mail : asronnauxbaron@cdhs.fr



Poste médecin tabacologue mi-temps :

Le service de psychiatrie et addictologie du Pr Dubertret, Hôpital Louis Mourier (Colombes) propose un poste de médecin tabacologue praticien hospitalier contractuel mi-temps pour une durée de 12 mois à partir du 1^{er} février 2017. Le médecin tabacologue travaille en liaison au sein des services de l'hôpital (maternité, médecine) ainsi qu'en consultation, et anime un groupe hebdomadaire auprès des patients hospitalisés de l'unité d'addictologie. Ce poste complète l'équipe déjà existante de 2 praticiens hospitaliers, un assistant des hôpitaux, un interne et un PU-PH pour l'addictologie. L'équipe ELSA (liaison et soins en addictologie) bénéficie également de 2 infirmiers, une psychologue, une secrétaire et un temps plein assistant social.

La possibilité de s'associer rapidement aux travaux de recherche en cours dans le service est ouverte.

Pour toute question concernant ce poste, contacter par courriel : christine.massy@aphp.fr

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

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

[Vu sur le Net](#)

Quelques liens (cliquer sur le titre) qui vous mèneront vers des nouvelles qui ont fait la Une du net ce mois-ci.

[CNCT : dernières actus](#)

[Lutter contre les lobbys du tabac pour redonner 3 milliards d'euros par an aux Français](#)

[80 députés déposent le même amendement sur le tabac](#)

[Tabac: les prix pourraient encore augmenter](#)

[Tabac. Une nouvelle hausse des prix avant la présidentielle ?](#)

[Les salariés de la Seita à Fleury gardent l'espoir d'un repreneur](#)

[Bruxelles hésite à s'associer aux cigarettiers pour réduire la contrebande](#)

[Tabac : le gouvernement relève le minimum de perception pour augmenter les prix](#)

[Swaps 85 : 1er sommet de la Vape](#)

[Cigarette électronique dans les espaces publics : honteux comme un vapoteur en France](#)

[Melun Bertrand Dautzenberg, le chantre de la cigarette électronique vient rencontrer les professionnels de santé](#)

[Marisol Touraine lance l'opération "Ma terrasse sans tabac"](#)

Lutte contre le tabagisme : les mesures OMS sont efficaces... quand elles sont appliquées
Tabac, réduction des risques et cigarette électronique : le quinquennat qu'il ne fallait pas

et comme toujours !

Si vous avez des annonces (congrès, symposium, offre d'emploi...) à proposer pour cette lettre, merci de les adresser à Jacques Le Houezec jacques.lehouezec@amzer-glas.com