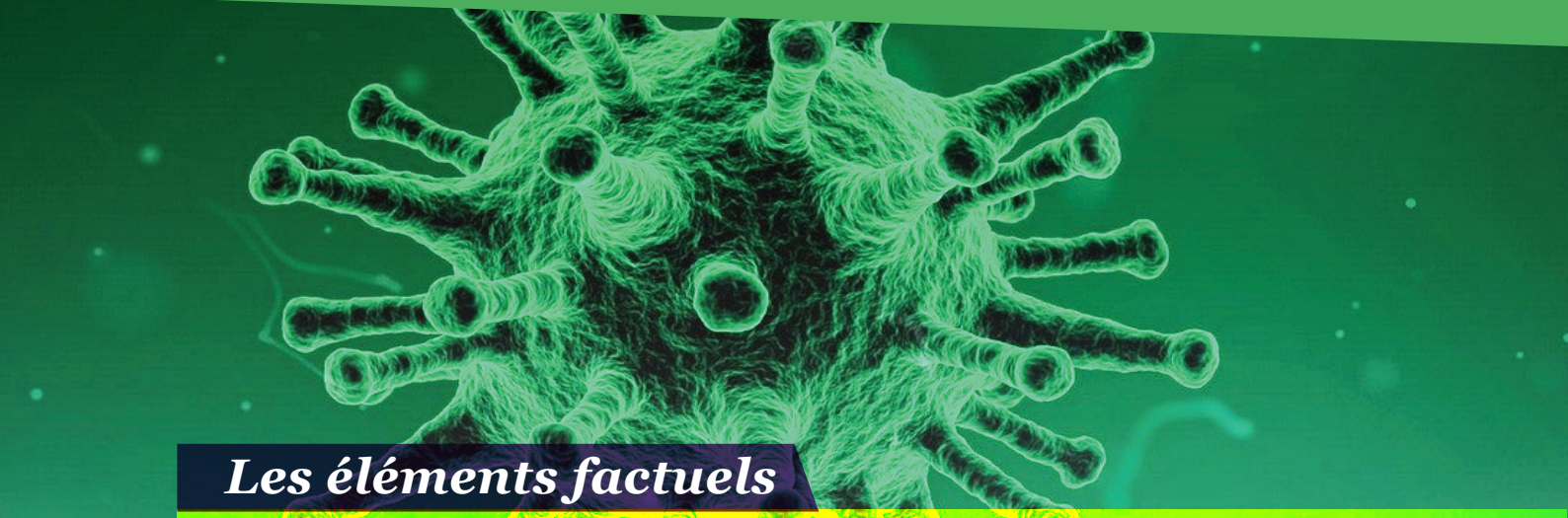
ENSP
European Network for Smoking and Tobacco Prevention

next ENSP
Fighting Tobacco Use in Europe

Comportement tabagique et pandémie COVID-19

un risque élevé mais aussi une opportunité exceptionnelle pour cesser de fumer



Les éléments factuels

Fumer est un facteur de risque pour de nombreuses maladies et cause, chaque année, la mort de plus de 8 millions de personnes à travers le monde. Il est établi que, sous toutes ses formes, la fume est nocive et affecte gravement les systèmes respiratoire et cardiovasculaire.[1,2] Le COVID-19 peut nuire aux systèmes cardiovasculaire et respiratoire tandis que les dommages causés aux poumons par le tabagisme rendent les patients plus sensibles aux infections pulmonaires, tant virales que bactériennes.[3] Les données provenant de Chine, où l'épidémie s'est déclarée, ont montré que les personnes souffrant de problèmes de santé cardiovasculaire ou respiratoire causés par le tabagisme présentent un risque majoré de développer des symptômes sévères du COVID-19.[4] Suivant les conclusions d'une autre étude récente, le tabagisme peut réguler positivement un récepteur enzymatique appelé ACE2, identifié comme un récepteur tant pour le coronavirus du SRAS que le coronavirus respiratoire humain NL638.[5]

Ci-dessous, les données épidémiologiques les plus récentes issues des études déjà publiées au départ de l'expérience chinoise:

- Zhou et al. ont constaté que, parmi les personnes infectées par le COVID-19 et qui en sont décédées, 9% étaient fumeuses, par comparaison au taux de 4% chez celles qui ont survécu.[6]
- Zhang et al. ont constaté que, parmi les patients sévèrement atteints, 3,4% avaient le statut de fumeur et 6,9% étaient d'anciens fumeurs ; par contre, s'agissant des cas qui ne présentaient pas ce caractère de gravité, le taux de fumeurs en activité était de 0%, et 3,7% avaient le statut d'ex-fumeur. Ces prévalences donnent lieu à un OR de 2,23 ; IC 95% [0.65–7.63] ; p=0.2[7]
- Guan et al. ont mené l'étude la plus vaste, auprès d'une population de 1099 patients atteints du COVID-19. Ils ont constaté que, parmi les patients présentant des symptômes sévères, 16,9% avaient le statut de fumeur et 5,2% étaient d'anciens fumeurs. En revanche, parmi les patients qui ne présentaient pas de symptômes sévères, 11,8% étaient fumeurs et 1,3% étaient ex-fumeurs. Dans la catégorie de patients placés sous assistance respiratoire, admis aux soins intensifs ou qui sont décédés, 25,5% avaient le statut de fumeurs et 7,6% étaient d'anciens fumeurs.[8]
- Liu et al. ont constaté que, parmi les patients présentant des symptômes graves, 16,9% étaient fumeurs et 5,2% étaient d'anciens fumeurs : des antécédents de tabagisme constituent un facteur de risque affectant l'évolution de la maladie (OR=14.28 ; IC 95% [1.58–25.00] ; p= 0.018).[9]

Traduction intégrale de l'ENSP Fact Sheet #1/2020 par Sabrina Signore & François Dekeyser (SEPT)

Enfin, une revue systématique des études relatives au COVID-19 reprises ci-dessus conclut que les fumeurs sont affectés plus sévèrement par le COVID-19, étant - par comparaison aux patients non-fumeurs - 2,4 fois plus susceptibles d'être admis dans une unité de soins intensifs, de requérir une assistance respiratoire ou d'en mourir (IC à 95% [1,43–4,04]). Il semble que la probabilité qu'ils développent des symptômes graves est également majorée (delta de 40%).[10]

Ces résultats observés chez les fumeurs soulèvent la question de savoir si le même canevas s'applique aux personnes qui utilisent une pipe à eau (chicha)[11] ou qui sont passées à des alternatives présentées comme « plus sûres » telles que les cigarettes électroniques et les produits de tabac chauffés. La remarque est importante : qu'ils produisent de la vapeur ou de la fumée, ces dispositifs peuvent toujours causer des dommages ou lésions pulmonaires de nature infectieuse comme le font les cigarettes traditionnelles : dès lors, ces modes de consommation ne peuvent pas être considérés comme des options « plus sûres ».[12,13,14]

Ventilées par genre, les données scientifiques relatives au COVID-19 établissent aussi que les hommes seraient plus vulnérables que les femmes, tant sur le plan des cas confirmés de contagion que de décès. Neuf des treize premiers pays qui ont répertorié en fonction du genre leurs cas de COVID-19 confirmés ont rapporté plus de cas dans la population masculine. De même, quatre des six premiers pays (Chine, France, Allemagne, Iran, Italie, Corée du Sud) qui ont également produits des statistiques de mortalité par sexe ont constaté que la proportion de décès parmi les cas confirmés le même jour, est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, l'écart pouvant dépasser les 50%.[15]

Résumé des données factuelles

relatives tant aux fumeurs qu'aux vapoteurs ou consommateurs de 'novel products'

- ☒ La condition tabagique augmente les taux de manifestation de symptômes graves du COVID-19.
- ☒ La prévalence relative aux décès, recours à l'assistance respiratoire ou admissions en unité de soins intensifs est majorée par le tabagisme du patient atteint par le COVID-19.
- ☒ L'utilisation de cigarettes électroniques ou de produits de tabac chauffés ne constitue pas un choix « plus sûr » et peut augmenter les risques d'hospitalisation/de développer des symptômes graves.
- ☒ La chicha - les pipes à eau - peuvent, en favorisant des concentrations sociales, augmenter la transmission de (la) maladie(s).
- ☒ L'exposition à la fumée secondaire (le tabagisme passif, autrement dit) peut avoir pour effet d'augmenter le risque de symptômes graves et d'hospitalisation.
- ☒ Cesser de fumer pourrait contribuer à réduire, à long terme, l'impact sanitaire du COVID-19.

Recommandations de l'ENSP

Les fumeurs, en tant que groupe vulnérable, doivent être soutenus dans une perspective d'arrêt complet.

Pour celles et ceux qui ne peuvent pas cesser totalement de fumer dans les plus courts délais, l'option de réduire le nombre de cigarettes consommées par jour devrait être adoptée. Bien que les risques ne soit pas véritablement réduits, la démarche peut augmenter les chances de sevrage à moyen terme et réduire les conséquences possibles du COVID-19.

En tant que population à haut risque, les fumeurs doivent éviter les endroits où ils peuvent être exposés au COVID-19.

Les consommateurs de tabac (des produits traditionnels ou chauffés) mais également, les utilisateurs de cigarettes électroniques ou de pipes à eau seront moins susceptibles d'être infectés s'ils arrêtent, car cela réduirait considérablement le nombre de contacts des mains avec le visage ; alors que les problèmes induits par la chicha relèvent du partage du matériel et du rassemblement social.

Dans la mesure où la cessation tabagique se traduit par un impact immédiat sur les fonctions pulmonaire et cardiovasculaire, améliorées significativement, la démarche d'arrêt permettrait de mieux gérer les comorbidités et sans doute, en cas d'infection par le COVID-19, de développer des symptômes moins graves.

Même si l'arrêt du tabac n'est pas toujours facile, les chances d'atteindre l'abstinence et de la maintenir à long terme sont au moins doublées par l'aide pharmacologique dédiée au sevrage tabagique ; sevrage dont ces médications pourront soulager les symptômes.

Le coaching comportemental et les stratégies d'adaptation (de coping) se révèlent utiles aux personnes qui essaient de se défaire de leur tabagisme.

Dans les pays qui mettent en œuvre ce type d'assistance, les services téléphoniques et les lignes d'aide à l'arrêt du tabac peuvent fournir des informations et soutenir les fumeurs dans une perspective d'arrêt.

Les plateformes numériques peuvent fournir du matériel ou de l'aide à ceux qui veulent arrêter de fumer. La plateforme e-learning de l'ENSP propose un programme accrédité de formation en ligne, des outils et du matériel pour les professionnels de la santé qui souhaitent aider leurs patients à cesser de fumer **(http://elearning-ensp.eu/)**

References

1. World Health Organization, World Heart Federation, Cardiovascular harms from tobacco use and secondhand smoke: Global gaps in awareness and implications for action, Waterloo, Ontario, Geneva, 2012.
2. World Health Organization, World No Tobacco Day 2018: Tobacco breaks hearts – choose health not tobacco, Geneva, 2018.
3. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Liu L, Shan H, Lei CL, Hui DS, Du B. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. New England Journal of Medicine. 2020 Feb 28.
4. Lawrence H, Hunter A, Murray R, Lim WS, McKeever T. Cigarette smoking and the occurrence of influenza–Systematic review. Journal of Infection. 2019 Nov 1;79(5):401-6.
5. Brake SJ, Barnsley K, Lu W, McAlinden KD, Eapen MS, Sohal SS. Smoking Upregulates Angiotensin-Converting Enzyme-2 Receptor: A Potential Adhesion Site for Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Clinical Medicine. 2020; 9(3): 841.
6. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, Xiang J, Wang Y, Song B, Gu X, Guan L. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet. 2020; 395: 1054–62.
7. Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YD, Yang YB, Yan YQ, Akdis CA, Gao YD. Clinical characteristics of 140 patients infected by SARS-CoV-2 in Wuhan, China. Allergy. 2020;00:1–12.
8. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, Liu L, Shan H, Lei CL, Hui DS, Du B. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. New England Journal of Medicine. 2020 Feb 28.
9. Liu W, Tao ZW, Lei W, Ming-Li Y, Kui L, Ling Z, Shuang W, Yan D, Jing L, Liu HG, Ming Y. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. Chinese medical journal. 2020 Mar 6.
10. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. Tobacco induced diseases. 2020;18.
11. Meo SA, AlShehri KA, AlHarbi BB, Barayyan OR, Bawazir AS, Alanazi OA, Al-Zuhair AR. Effect of shisha (waterpipe) smoking on lung functions and fractional exhaled nitric oxide (FeNO) among Saudi young adult shisha smokers. International journal of environmental research and public health. 2014 Sep;11(9):9638-48.
12. Sohal SS, Eapen MS, Naidu VG, Sharma P. IQOS exposure impairs human airway cell homeostasis: direct comparison with traditional cigarette and e-cigarette. ERJ open research. 2019 Feb 1;5(1):00159-2018.
13. Miyashita L, Suri R, Dearing E, Mudway I, Dove RE, Neill DR, Van Zyl-Smit R, Kadioglu A, Grigg J. E-cigarette vapour enhances pneumococcal adherence to airway epithelial cells. European Respiratory Journal. 2018 Feb 1;51(2).
14. McAlinden KD, Sohal SS, Sharma P. There can be smoke without fire: warranted caution in promoting electronic cigarettes and heat not burn devices as a safer alternative to cigarette smoking. ERJ Open Research 2019 5: 00114-2019.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Health effects of secondhand smoke, 27 February 2020. www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/health_effects

Rédigé par un collège d'experts, sous la responsabilité de l'ENSP (European Network for Smoking and Tobacco Prevention), ce très synthétique état des lieux constitue la première des ENSP Fact Sheet Series émises au cours de l'année 2020, à l'attention des praticiens, de la communauté scientifique européenne et mondiale ainsi que des politiques ou des relais de l'information.
Membre de l'ENSP, le SEPT (Service d'Etude et de Prévention du Tabagisme) est un service d'aide et de soins spécialisés en assuétudes, agréé et financé par les pouvoirs publics wallons (Belgique)

AViQ
Agence pour une Vie de Qualité
Familles Santé Handicap

sept
a.s.b.l.