

## I Revues générales

# Le sevrage tabagique est-il plus difficile chez la femme ?

**RÉSUMÉ :** Le tabagisme est un facteur de risque majeur qui est loin d'épargner les femmes, avec même un surrisque par rapport aux hommes de développer les maladies liées au tabac. Plusieurs études ont suggéré que les femmes avaient plus de difficultés à arrêter de fumer que les hommes. Les raisons n'en sont pas totalement élucidées, mais peuvent être évoqués des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, ainsi qu'une moindre accessibilité aux conseils et aux traitements. Aussi, il convient de mettre en place un accompagnement spécifique, avec une attention particulière à la prise de poids et aux facteurs psychosociaux, et d'utiliser largement les aides médicamenteuses à l'arrêt. La politique de dénormalisation du tabac doit également contrer les offensives persistantes de l'industrie du tabac pour maintenir les femmes dans le tabagisme.



### D. THOMAS

Institut de Cardiologie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, PARIS.  
Vice-président de l'Alliance Contre le Tabac (ACT) et du CNCT ;  
porte-parole de la Société Francophone de Tabacologie.

### Le tabagisme féminin : une épidémiologie spécifique à la France

Suite à une très forte augmentation du nombre de femmes fumeuses à partir des années 1970 (+ 75 % entre 1980 et 2012), la France était devenu le pays européen ayant la plus forte prévalence de femmes fumeuses [1]. Malgré une baisse de plus de 5 points entre 2016 et 2019, la prévalence des femmes fumant au quotidien reste de 20,7 % [2]. À noter cependant que cette évolution récente favorable est liée uniquement à la baisse de prévalence chez les femmes les plus jeunes, le pourcentage de fumeuses chez les plus de 55 ans, qui ont commencé à fumer il y a 40 ans, ayant continué à augmenter (**fig. 1**). L'enquête ESCAPAD 2017, réalisée chez les jeunes de 17 ans, a également montré une baisse de la prévalence du tabagisme chez les adolescents, avec entre 2014 et 2017 une baisse de 9 points de l'expérimentation du tabac (59 % vs 68,4 %), et une baisse de 7 points de la prévalence de tabagisme quotidien (25,1 % vs 32,4 %), avec une baisse plus marquée chez les filles [3].

### Des conséquences sanitaires majeures pour les femmes

Si, chez les hommes, la mortalité et la morbidité liées au tabac ont sensiblement régressé ces dernières années, à l'opposé, celles des femmes ont considérablement augmenté. En effet, malgré une évolution favorable de la prévalence du tabagisme chez les plus jeunes, le nombre encore relativement important de fumeuses toutes générations confondues continue d'impacter fortement la mortalité et la morbidité. Entre 2000 et 2015, le nombre de décès annuels attribuables au tabac a doublé chez les femmes, passant d'environ 8 000 (3,1 % de tous les décès chez la femme) à plus de 17 000 (6,3 % de tous les décès) [4]. Cette évolution est encore plus marquée pour les femmes de moins de 65 ans pour lesquelles le pourcentage de décès attribuables au tabagisme est passé de 7,8 % à 17,3 % entre 2000 et 2014 [5].

De 2005 à 2014, les hospitalisations pour infarctus du myocarde ont augmenté de 5 % par an chez les femmes de 45 à 54 ans [5]. Dans l'étude prospective fran-

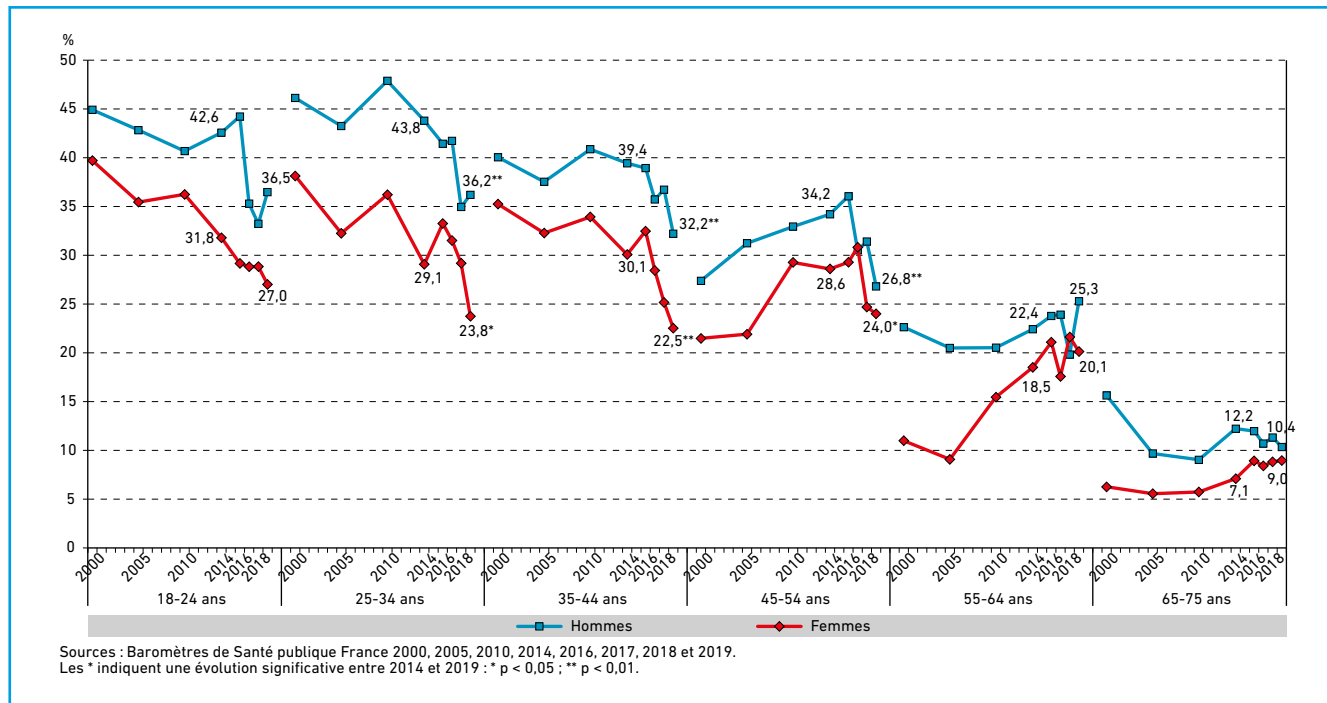


Fig. 1 : Prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe en France. Évolution 2014-2019 [2].

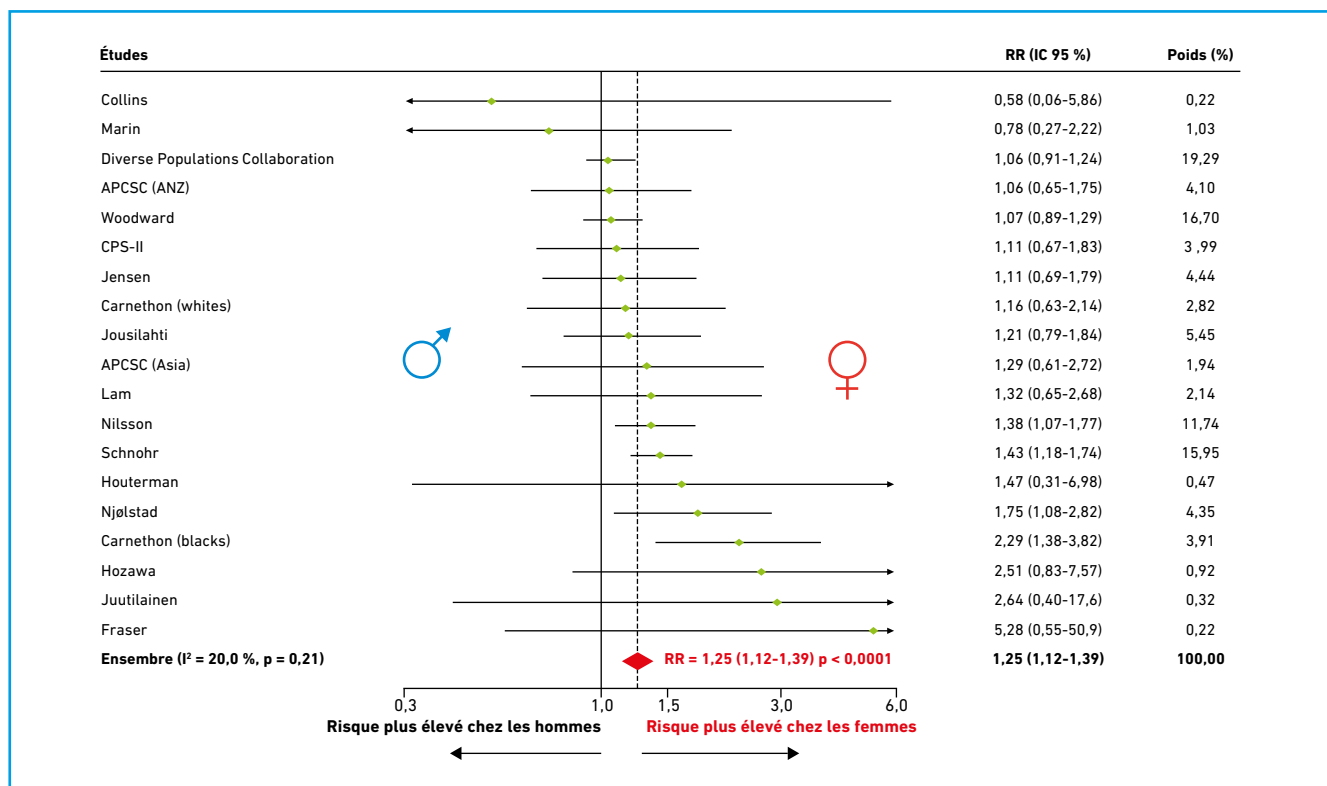


Fig. 2 : Le risque de maladie coronaire chez une femme fumeuse est supérieur de 25 % à celui d'un homme fumeur. Adapté de Huxley RR et Woodward M [9].

## Revue générale

çaise WAMIF, concernant des infarctus du myocarde chez des femmes de moins de 50 ans, 75 % étaient fumeuses actives lors de l'événement [6].

Concernant les accidents vasculaires cérébraux, le tabagisme apparaît comme le facteur de risque le plus souvent retrouvé (58 %) chez les sujets âgés de moins de 55 ans, tant chez les hommes que chez les femmes, devant l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, le diabète et la fibrillation atriale [7]. Enfin, les hospitalisations pour anévrisme de l'aorte abdominale ont augmenté de 3 % par an chez les femmes de 55 à 64 ans entre 2000 et 2013 et celles pour dissection aortique ont augmenté de 25 % sur l'ensemble de cette période dans toutes les tranches d'âge [8].

L'ensemble de ces données épidémiologiques françaises confirme que les femmes fumeuses ne sont pas moins à risque de faire des accidents vasculaires que les hommes. Une méta-analyse a montré qu'à âge égal et pour une même exposition au tabac, les femmes ont un risque de maladie coronaire augmenté de 25 % par rapport aux hommes (fig. 2) [9].

Parallèlement à cet impact cardiovasculaire, l'évolution du tabagisme chez les femmes françaises a été marquée également par une augmentation des autres maladies liées au tabac. Entre 2002 et 2012, la mortalité par cancer du poumon a augmenté de plus de 72 % chez les femmes alors qu'elle restait stable chez les hommes. De 2002 à 2015, le taux d'hospitalisation pour exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) a doublé chez les femmes, alors qu'il n'augmentait que de 30 % chez les hommes [5].

Enfin, la France reste le pays européen ayant la plus forte prévalence de fumeuses au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse (16,2 %). Or, le tabagisme pendant la grossesse est responsable de nombreux problèmes de santé pré- et périnataux, et peut aussi avoir un retentissement néga-

tif sur la santé dans l'enfance, l'adolescence et même à l'âge adulte [10].

### Une addiction pouvant être plus difficile à traiter

Cette notion d'une plus grande difficulté à obtenir un sevrage pérenne chez les femmes a amené depuis une dizaine d'années à en analyser les composantes. Celles-ci semblent multiples.

#### 1. Crainte de la prise de poids

Même si elle peut être également présente chez les hommes, cette crainte de la prise de poids lors de l'arrêt du tabac est souvent plus marquée chez les femmes. Elle représente un obstacle à la décision d'arrêt et une cause fréquente de rechute. Le marketing de l'industrie du tabac a depuis longtemps spécifiquement investi sur ce sujet en jouant sur l'effet coupe-faim de la cigarette (fig. 3).

La prise de poids lors de l'arrêt du tabac est en moyenne de 4,5 kg, mais n'est ni obligatoire, ni irréversible [11]. Par ailleurs, le poids après sevrage est en moyenne celui que l'on aurait eu si l'on n'avait jamais été fumeur. Cependant, les femmes prennent en moyenne plus de poids que les hommes et sont plus susceptibles d'en être préoccupées et de rechuter pour cette raison [12]. Il est

donc important de prendre particulièrement en compte cette préoccupation et de mettre en œuvre des mesures optimales pour limiter cette prise de poids, même si des études ont démontré que les quelques kilos acquis lors du sevrage sont moins dangereux pour la santé que la persistance du tabagisme [13].

#### 2. Facteurs psychosociaux

Quel que soit leur genre, les fumeurs sont nombreux à penser que fumer les aide à gérer leur stress, leur anxiété ou leur tendance dépressive et qu'arrêter de fumer risque d'aggraver la situation. En réalité, le paradigme a totalement changé sur ce point. Si la nicotine soulage effectivement cette sensation de stress à chaque cigarette fumée, elle l'entretient par contre dans la durée. Il peut y avoir lors du sevrage une période difficile de quelques semaines et le stress est reconnu comme un facteur limitant du sevrage [14]. Cependant, quelques mois plus tard, les ex-fumeurs se sentent beaucoup mieux au plan psychologique. Il a même été démontré que, chez des sujets anxieux ou dépressifs, le sevrage pouvait apporter un bien-être mental équivalent, voire supérieur à celui d'un traitement antidépresseur [15]. La conclusion de la dernière revue *Cochrane* faisant le point à ce sujet est la suivante : "Les personnes qui arrêtent de fumer ne risquent pas de ressentir une détérioration de leur humeur à



Fig. 3 : Publicités de l'industrie du tabac ciblées sur les femmes, assimilant la cigarette à un produit permettant de contrôler le poids et garder la ligne ("Allumez une Lucky et jamais vous n'aurez envie des sucreries qui vous font grossir").

*long terme, qu'elles aient ou non un problème de santé mentale. Elles peuvent constater une amélioration de leur santé mentale, telle une réduction des symptômes d'anxiété et de dépression" [16].*

Par rapport aux hommes, les femmes fument plus volontiers pour réduire une tension, pour se stimuler ou pour des raisons de sociabilité [17]. Elles sont souvent, du fait de leurs contraintes à la fois familiales et professionnelles, soumises à plus de stress que les hommes [18] et plus susceptibles d'utiliser la cigarette pour lutter contre le stress ou les émotions négatives [19]. Il convient de tenir compte de cette particularité dans le cadre du sevrage et de proposer une approche spécifique lorsqu'est identifié un niveau important de stress.

### 3. Des différences neurobiologiques

La plus grande difficulté des femmes à se sevrer pourrait être liée à des différences neurobiologiques, expliquant en particulier cet impact particulier des facteurs psychosociaux. Des études ont montré des différences fonctionnelles et anatomiques cérébrales selon le genre avec [20] :

- un impact différent de la nicotine sur le circuit de récompense dopaminergique cérébral, étudié par PET-scan. L'analyse des circuits spatiotemporels mis en jeu montre que les hommes fumeraient pour l'effet renforçateur de la nicotine alors que les femmes fument pour d'autres raisons, telles que la régulation de l'humeur [21] ;
- une connectivité accrue au niveau du circuit de récompense, mise en évidence en IRM fonctionnelle, et qui serait liée à une augmentation de la tolérance à la nicotine chez les femmes [22] ;
- chez les femmes dépendantes à la nicotine, étudiées également en IRM fonctionnelle, une connectivité plus faible avec le cortex préfrontal qui est impliqué dans le contrôle cognitif [23] ;
- une disponibilité plus forte de récepteurs dopaminergiques de type D2 dans le mésencéphale chez les fumeuses [24].

Le statut hormonal de la femme pourrait expliquer en partie ces différences avec :

- une influence hormonale sur la biodisponibilité des récepteurs nicotiniques cérébraux, en l'occurrence une corrélation négative avec les taux de progestérone, taux corrélés avec des symptômes dépressifs et l'envie de fumer [25] ;
- une facilitation par les estrogènes de la prise de substances addictives, ceux-ci interagissant avec les systèmes de récompense et de stress [26] ;
- des différences dans la réponse de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien au stress, avec des niveaux de cortisol plus élevés prédisant le risque de rechute chez les femmes [27].

A également été évoqué le fait que le métabolisme de la nicotine est estrogène-dépendant :

- les femmes métaboliseraient plus rapidement la nicotine que les hommes, et celles prenant une contraception estroprogestative encore plus rapidement [28] ;
- un impact de la phase du cycle menstruel sur le comportement tabagique et la réussite d'un sevrage a même été avancé, avec un sevrage qui serait plus efficace au cours de la phase lutéale que durant la phase folliculaire. Les données sur ce point restent cependant insuffisantes pour guider la conduite pratique.

## Améliorer la prise en charge de la femme fumeuse

Face à cette évolution particulière du tabagisme des femmes en France et aux spécificités genrées de cette addiction, il importe de donner les réponses les mieux adaptées [29, 30].

### 1. Prise de conscience de l'enjeu à la fois par les femmes et par les acteurs de santé

Les femmes, et en particulier les femmes avant la ménopause, se perçoivent, et sont globalement perçues par les acteurs de santé, comme moins sujettes à présenter des complications cardiovasculaires

(infarctus du myocarde, AVC), ce qui a pour conséquence un défaut ou un retard de diagnostic de ces pathologies. Est ignoré ou sous-estimé en particulier le risque de complications cardiovasculaires précoces liées au tabac et même le risque de cancer. Par exemple, les femmes ignorent qu'en fumant elles ont plus de risques de mourir d'un cancer du poumon que d'un cancer du sein.

Cette situation explique une moindre prise en compte de la prévention du tabagisme chez elles par rapport aux hommes. Ainsi, dans une population de patients ayant fait un infarctus du myocarde avant 50 ans, il est trouvé qu'avant cet événement, par rapport aux hommes, les femmes :

- se percevaient personnellement moins à risque cardiovasculaire ;
- avaient été moins informées par un acteur de santé qu'elles étaient à risque ;
- avaient moins été entretenues sur la façon de modifier leur risque (**fig. 4**) [31].

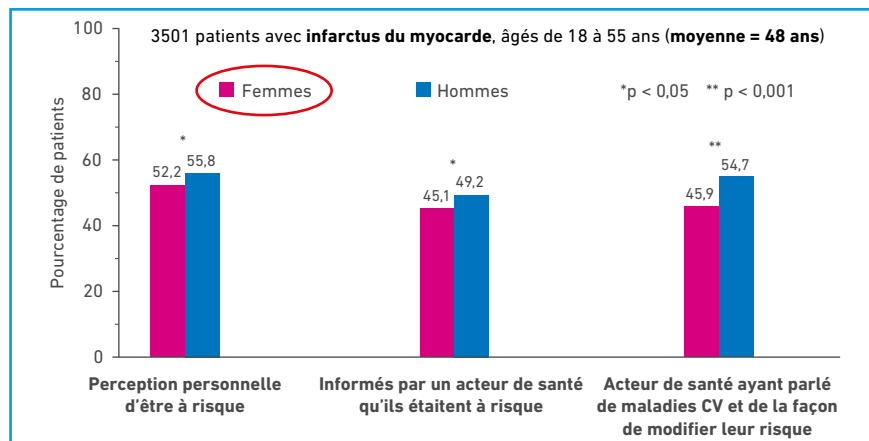
Il en est de même dans le domaine du cancer. Chez les femmes, un tabagisme actif est fortement associé à la fois à une sous-utilisation des services de dépistage des cancers et à un stade plus avancé des cancers au moment du diagnostic [32].

Des études ont montré que le genre du praticien pouvait avoir une influence sur la qualité de la prise en charge concernant la prévention. Concernant le tabagisme, la meilleure prise en charge semble être celle d'un homme fumeur par un praticien femme (OR d'évaluation du risque cardiovasculaire = 3,77 [1,88-7,57] vs une femme fumeuse prise en charge par un praticien homme) [33].

### 2. Un plus grand besoin des aides médicamenteuses

Les femmes auraient globalement une diminution significative de l'ordre de 30 % des chances de réussir un sevrage par rapport aux hommes. Mais cette perte de chance est essentiellement présente en l'absence d'utilisation des médicaments d'aide au sevrage [34]. Aussi, ces

## Revue générale



**Fig. 4 :** Pourcentage de femmes et d'hommes déclarant qu'avant leur infarctus du myocarde, ils/elles avaient la perception d'être à risque de maladie cardiaque, un professionnel de santé les avait informés qu'ils étaient à risque et un professionnel de la santé leur avait parlé de maladie cardiovasculaire et des moyens de modifier leur risque. Adapté de Leifheit-Limson EC *et al.* [31].

aides médicamenteuses, même si elles ne peuvent résumer la prise en charge, doivent être utilisées de façon optimale. Une méta-analyse d'études utilisant les substituts nicotiniques montre que le taux de sevrage à 6 mois est moins bon chez les femmes que chez les hommes [35]. Une autre méta-analyse sur l'efficacité respective des différentes aides au sevrage semble montrer chez les femmes une supériorité de la varénicline sur les autres traitements [36] et une meilleure efficacité de la varénicline chez les femmes par rapport aux hommes [37].

### 3. Améliorer l'accessibilité des traitements et des prises en charge

L'ensemble des fumeurs bénéficie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 d'une prise en charge par l'Assurance Maladie à hauteur de 65 % de la plupart des substituts nicotiniques (timbres, formes à absorption buccale), prise en charge complétée par les mutuelles, et depuis 2017 de la prise en charge, à la même hauteur mais en deuxième intention, de la varénicline, autre aide médicamenteuse validée dans le sevrage tabagique [38].

Il convient par ailleurs d'offrir un accompagnement à l'arrêt plus accessible et plus adapté aux femmes. En particulier, les facteurs constituant des freins volontiers

plus importants pour les femmes, comme les problèmes psychosociaux et/ou la prise excessive de poids, incitent à proposer la prise en charge d'un accompagnement psychologique ou diététique spécifique. La prise de poids peut être contrôlée par un renforcement de l'activité physique, une adaptation des apports caloriques et l'utilisation d'une substitution nicotinique. Il faut également intégrer dans les messages cette notion que le sevrage tabagique fait partie des démarches anti-stress. Parallèlement aux aides médicamenteuses méritent également d'être utilisées les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), scientifiquement validées. Enfin, même si nous manquons pour elles de validation scientifique définitive, des mesures d'accompagnement comme l'activité physique, la méditation, la relaxation, la sophrologie, la cohérence cardiaque et l'hypnose peuvent être individuellement intéressantes.

Une attention particulière doit être portée aux femmes enceintes fumeuses. C'est un des objectifs du Plan National de Lutte contre le Tabac : “*Intensifier les actions pour mieux prévenir et repérer la consommation du tabac pendant la grossesse et pour protéger les jeunes enfants*” [39]. Toute prescription de contraception orale combinée (COC) doit également être une opportunité pour proposer et

accompagner un sevrage tabagique, avec comme principe que, dans cette situation, ce qu'il faut arrêter c'est le tabac et non la COC.

Le recours à l'aide au sevrage en ligne peut être également proposé. L'efficacité de ce type d'aide a été démontrée [40]. En France, la référence est Tabac Info Service (TIS) [41, 42]. Via la ligne téléphonique 3989, TIS met gratuitement à disposition pour tout fumeur une aide au sevrage avec assistance d'un professionnel de l'arrêt du tabac. Sur le site de TIS, les fumeurs peuvent trouver des documents d'information sur le tabac et le sevrage, l'adresse d'un tabacologue ainsi qu'une application d'accompagnement à l'arrêt (<https://www.tabac-info-service.fr/>).

### Structurer la dénormalisation du tabagisme chez les femmes

Parallèlement à l'optimisation de la prise en charge médicale des femmes fumeuses, il convient de mener une politique active pour déconstruire l'image positive que l'industrie du tabac a su bâtir pour séduire les femmes avec ce produit (fig. 5).

#### 1. Démasquer et dénoncer les stratégies de l'industrie du tabac

L'industrie du tabac, en ciblant la moitié de la population mondiale qui lui échappait initialement, a progressivement réussi dans les pays développés à faire fumer les femmes presque au même niveau que les hommes, ce qui est particulièrement évident en France au regard de l'évolution des données de prévalence de ces dernières décennies. Ces stratégies, initialement ouvertes et caricaturales, sont, suite aux interdictions de publicité, devenues indirectes puis subliminales. Ces approches, encore largement présentes dans les médias et les réseaux sociaux, ont été démasquées, analysées et dénoncées. Des sites et plateformes informent les femmes de ces manipulations et les incitent à y faire face [43].



## POINTS FORTS

- En France, l'évolution du tabagisme chez les femmes a été majeure ces dernières décennies.
- Les conséquences ont été une augmentation significative et une précocité inhabituelle chez les femmes de toutes les pathologies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux et pathologie aortique) et des cancers liés au tabac.
- La plus grande difficulté des femmes à quitter le tabac est multifactorielle : crainte de la prise de poids, facteurs psychosociaux et particularités neurobiologiques.
- La prise de conscience du risque du tabac est plus faible chez les femmes que chez les hommes et la prise en charge médicale du sevrage insuffisante.
- Une aide médicamenteuse est plus souvent nécessaire pour réussir le sevrage mais ne résume pas la prise en charge.
- Le tabagisme des femmes est une priorité majeure de santé publique qui s'inscrit également dans le processus de dénormalisation du tabac.

### 2. Démonteur les images positives du tabac

Un des éléments de dénormalisation a été l'instauration du "paquet neutre", qui interdit tout "accessoire" publicitaire rappelant la marque (couleurs, images de marque). Il a mis fin à la glamourisation des paquets de cigarettes qui, véritables supports publicitaires, attiraient les consommateurs les plus jeunes et particulièrement les adolescentes. Instauré

en France en 2016 et également dans de nombreux autres pays, il a fait la preuve de son efficacité [44].

### 3. Retrouver la vraie liberté : ne pas fumer

Pour faire fumer les femmes, l'industrie du tabac a utilisé pendant des décennies la notion d'indépendance et de liberté en mettant notamment en avant la conquête d'une émancipation, d'accomplissement de soi et d'une égalité avec les hommes.

La dénormalisation du tabac auprès des femmes consiste également à leur expliquer comment, loin de leur apporter la liberté, l'industrie du tabac les prive de liberté et que c'est ne pas commencer à fumer et arrêter de fumer qui représentent la vraie liberté [45].

## BIBLIOGRAPHIE

1. TIMMIS A, TOWNSEND N, GALE CP *et al.* European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2019. *Eur Heart J*, 2020;41:12-85.
2. PASQUEREAU A, ANDLER R, ARWIDSON P *et al.* Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bull Epidémiol Hebd*, 2020;14:273-281
3. SPILKA S, LE NEZET O, JANSSEN E *et al.* Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. OFDT, Tendances n°123, février 2018. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf>
4. BONALDI C, ANDRIANTAFIKA F, CHYDERIOTIS S *et al.* Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *Bull Epidémiol Hebd*, 2016;(30-31):528-540
5. OLIÉ V, PASQUEREAU A, ASSOGBA FAG *et al.* Changes in tobacco-related morbidity and mortality in French women: worrying trends. *Eur J Public Health*, 2020;30:380-385.
6. MANZO-SILBERMAN S, VAUTRIN E, BELLEMAIN-APPAIX A *et al.* Prospective study in young women presenting acute MYOCARDIAL infarction in France: Clinical, morphological and biological descriptive analysis: WAMIF Study. *ACVD*, 2021;Suppl 13:153.
7. BEJOT Y, LEGRIS N, DAUMAS A *et al.* Les accidents vasculaires cérébraux de la personne jeune : une pathologie émergente chez la femme comme chez l'homme. Apports du Registre dijonnais des AVC (1985-2011). *Bull Epidémiol Hebd*, 2016;(7-8):118-125.
8. ROBERT M, JULLIERE Y, GABET A *et al.* Anévrismes de l'aorte abdominale et dissections aortiques : patients hospitalisés et mortalité, France, 2000-2013. *Bull Epidémiol Hebd*, 2015;(38-39):724-732.
9. HUXLEY RR, WOODWARD M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet*, 2011;378:1297-1305.



Fig. 5 : L'industrie du tabac a progressivement réussi, dans les pays développés, à faire fumer les femmes presque au même niveau que les hommes.

## Revue générale

10. BERLIN I. Risques associés au tabagisme maternel pendant la grossesse. Attention particulière aux conséquences post-natales. *Bull Acad Natl Med*, 2019;203:528-534.
11. AUBIN HJ, FARLEY A, LYCETT D *et al*. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. *BMJ*, 2012; 345:e4439.
12. LOCATELLI I, COLLET TH, CLAIR C *et al*. The joint influence of gender and amount of smoking on weight gain one year after smoking cessation. *Int J Environ Res Public Health*, 2014;11:8443-8455.
13. CLAIR C, RIGOTTI NA, PORNEALA B *et al*. Association of smoking cessation and weight change with cardiovascular disease among adults with and without diabetes. *JAMA*, 2013;309:1014-1021.
14. KIM SJ, CHAE W, PARK WH *et al*. The impact of smoking cessation attempts on stress levels. *BMC Public Health*, 2019;19:267.
15. TAYLOR G, MCNEILL A, GIRLING A *et al*. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2014;348:g1151.
16. TAYLOR GMJ, LINDSON N, FARLEY A *et al*. Smoking cessation for improving mental health. *Cochrane Database Syst Rev*, 2021;3:CD013522.
17. BERLIN I, SINGLETON EG, PEDARRIOSSE AM *et al*. The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction*, 2003;98:1575-1583.
18. LEGLEYE S, BAUMANN M, PERETTI-WATEL P *et al*. Gender and age disparities in the associations of occupational factors with alcohol abuse and smoking in the French working population. *Revue Epidemiol Sante Publique*, 2011; 59:223-232.
19. HUSKY MM, MAZURE CM, PALIWAL P *et al*. Gender differences in the comorbidity of smoking behavior and major depression. *Drug Alcohol Depend*, 2008;93: 176-179.
20. VERPLAETSE TL, MORRIS ED, MCKEE SA *et al*. Sex differences in the nicotinic acetylcholine and dopamine receptor systems underlying tobacco smoking addiction. *Curr Opin Behav Sci*, 2018; 23:196-202.
21. COSGROVE KP, WANG XS, KIM SJ *et al*. Sex differences in the brain's dopamine signature of cigarette smoking. *J Neurosci*, 2014;34:16851-16855.
22. BELTZ AM, BERENBAUM SA, WILSON SJ. Sex differences in resting state brain function of cigarette smokers and links to nicotine dependence. *Exp Clin Psychopharmacol*, 2015;23:247-254.
23. MCCARTHY JM, DUMAIS KM, ZEGELA M *et al*. Sex differences in tobacco smokers: Executive control network and frontostriatal connectivity. *Drug Alcohol Depend*, 2019;195:59-65.
24. OKITA K, PETERSEN N, ROBERTSON CL *et al*. Sex differences in midbrain dopamine D2-type receptor availability and association with nicotine dependence. *Neuropsychopharmacology*, 2016;41: 2913-2919.
25. COSGROVE KP, ESTERLIS I, MCKEE SA *et al*. Sex differences in availability of  $\beta 2^*$ -nicotinic acetylcholine receptors in recently abstinent tobacco smokers. *Arch Gen Psychiatry*, 2012;69:418-427.
26. BOBZEAN SAM, DENOBREGA AK, PERROTTI LI. Sex differences in the neurobiology of drug addiction. *Exp Neurol*, 2014; 259:64-74.
27. AL'ABSI M, NAKAJIMA M, ALLEN S *et al*. Sex differences in hormonal responses to stress and smoking relapse: a prospective examination. *Nicotine Tob Res*, 2015;17:382-389.
28. ALLEN AM, WEINBERGER AH, WETHERILL RR *et al*. Oral contraceptives and cigarette smoking: a review of the literature and future directions. *Nicotine Tob Res*, 2019;21:592-601.
29. BOTTORFF JL, HAINES-SAAH R, KELLY MT *et al*. Gender, smoking and tobacco reduction and cessation: a scoping review. *Int J Equity Health*, 2014;13:114.
30. GREAVES L. The meanings of smoking to women and their implications for cessation. *Int J Environ Res Public Health*, 2015;12:1449-1465.
31. LEIFHEIT-LIMSON EC, D'ONOFRIO G, DANESHVAR M *et al*. Sex differences in cardiac risk factors, perceived risk, and health care provider discussion of risk and risk modification among young patients with acute myocardial infarction. The VIRGO Study. *J Am Coll Cardiol*, 2015;66:1949-1957.
32. ENG VA, DAVID SP, LI S *et al*. The association between cigarette smoking, cancer screening, and cancer stage: a prospective study of the women's health initiative observational cohort. *BMJ Open*, 2020;10:e037945.
33. DELPECH R, RINGA V, FALCOFF H *et al*. Primary prevention of cardiovascular disease: more patient gender-based differences in risk evaluation among male general practitioners. *Eur J Prev Cardiol*, 2016;23:1831-1838.
34. SMITH PH, KASZA KA, HYLAND A *et al*. Gender differences in medication use and cigarette smoking cessation: results from the international tobacco control four country survey. *Nicotine Tob Res*, 2015;17:463-472.
35. PERKINS KA, SCOTT J. Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. *Nicotine Tob Res*, 2008;10:1245-1250.
36. SMITH PH, WEINBERGER AH, ZHANG J *et al*. Sex differences in smoking cessation pharmacotherapy comparative efficacy: a network meta-analysis. *Nicotine Tob Res*, 2017;19:273-281.
37. MCKEE SA, SMITH PH, KAUFMAN M *et al*. Sex differences in varenicline efficacy for smoking cessation: a meta-analysis. *Nicotine Tob Res*, 2016;18:1002-1011.
38. Assurance Maladie: La prise en charge du sevrage tabagique. 2020. [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/441422/document/liste-substituts-nicotiniques\\_assurance-maladie\\_septembre\\_2020.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/441422/document/liste-substituts-nicotiniques_assurance-maladie_septembre_2020.pdf)
39. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlit\\_def.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlit_def.pdf)
40. STEAD LF, HARTMANN-BOYCE J, PERERA R *et al*. Telephone counselling for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 2013;(8):CD002850.
41. NGUYEN-THANH V, GUIGNARD R, LANCRENON S *et al*. Effectiveness of a fully automated Internet-based smoking cessation program: a randomized controlled trial (STAMP). *Nicotine Tob Res*, 2019;21:163-172.
42. AFFRET A, LUC A, BAUMANN C *et al*. Effectiveness of the e-Tabac Info Service application for smoking cessation: a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Open*, 2020;10:e039515.
43. Comité National Contre Le Tabagisme (CNCT). Génération sans tabac: les femmes et l'industrie du tabac. <https://cnct.fr/actualites/fleau-tabagisme-femmes-consequence-publicite/> Consulté le 25 mars 2021. <https://www.generationsanstabac.org/article/les-femmes-et-lindustrie-du-tabac/> Consulté le 25 mars 2021
44. EL-KHOURY LESUEUR F, BOLZE C *et al*.; for the DePICT study group. Plain tobacco packaging, increased graphic health warnings and adolescents' perceptions and initiation of smoking: DePICT, a French nationwide study. *Tob Control*, 2019;28:e31-e36.
45. SCHILLO B, BOONN A, ARENDT M *et al*. Educating the public and lawmakers about tobacco industry interference. *Tob Induc Dis*, 2021;19:14.

L'auteur a déclaré les liens d'intérêts suivants : interventions ponctuelles pour conférences et activités de conseil (Pfizer).

## réalités CARDIOLOGIQUES



**ABONNEZ-VOUS**  
et recevez la revue  
chez vous.  
[FEUILLETER LA REVUE](#)

ACCUEIL DOSSIERS ARTICLES ANNÉE CARDIOLOGIQUE FORMATION RECOMMANDATIONS REVUE DE PRESSE ANALYSE ARTICLE



### BILLET DU MOIS



**8 JUIN 2021**  
Selon l'OMS, les maladies cardiovasculaires restent la première cause de mortalité dans le monde. Analyse critique des résultats de l'étude

Le 9 décembre 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publiait un communiqué rendant compte des 10 premières causes de mortalité dans le monde en 2019. Cette information en comportait en fait deux : l'une relative à son émetteur, n'ayant conduit le mois dernier à proposer un billet relatif à la place et au rôle de l'OMS, l'autre relative à l'information émise, c'est-à-dire les 10 premières causes de mortalité dans le monde en 2019 et qui fait l'objet de ce billet.



8 AVRIL 2021

Selon l'OMS, les maladies cardiovasculaires restent la première cause de mortalité dans le monde. Un peu de géopolitique à propos de l'OMS



16 MARS 2021

Nouvelle année, nouveaux traitements, nouvelles pratiques - Partie 2: les gliflozines



10 FÉVRIER 2021

Nouvelle année, nouveaux traitements, nouvelles pratiques - Partie 1: les anti-PCSK9 en prévention cardiovasculaire secondaire



19 JANVIER 2021

30 ans de cardiologie. Abondance de biens... d'un passé riche vers un avenir encore plus riche



Accédez aux cas cliniques



### COURS : IMAGERIE ET CARDIOMYOPATHIE DE TAKO-TSUBO



**16 MAI 2015**  
Cas clinique 3 - Imagerie et cardiomyopathie de Tako-Tsubo

Imagerie et cardiomyopathie de Tako-Tsubo



15 MAI 2015

Cas Clinique 2 - Imagerie et cardiomyopathie de Tako-Tsubo



10 AVRIL 2015

Cas clinique 1 - Imagerie et cardiomyopathie de Tako-Tsubo



29 AVRIL 2015

Cours 1: Imagerie et cardiomyopathie de Tako-Tsubo

### ARCHIVES NUMÉROS



LES ÉDITIONS SPÉCIALES

+ riche + interactif + proche de vous



# Insuffisance Cardiaque, aller au-delà des apparences

SYMPTÔMES

AUGMENTATION  
DES PRESSIONS  
DE REMPLISSAGE

ALTÉRATION DE LA FONCTION POMPE

REMODELAGE CARDIAQUE

VASOCONSTRICTION

Insidieusement, l'Insuffisance Cardiaque progresse et impacte le pronostic de vos patients même lorsque les symptômes n'évoluent pas.<sup>1</sup>

1. Butler J et al. Moving away from symptoms-based heart failure treatment: misperceptions and real risks for patients with heart failure. Eur J Heart Fail. 2016;18:350-52.