

## 1,6 millions de fumeurs en moins en deux ans : vers une dénormalisation du tabac en France ?

**Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015.** Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(15):278-84.

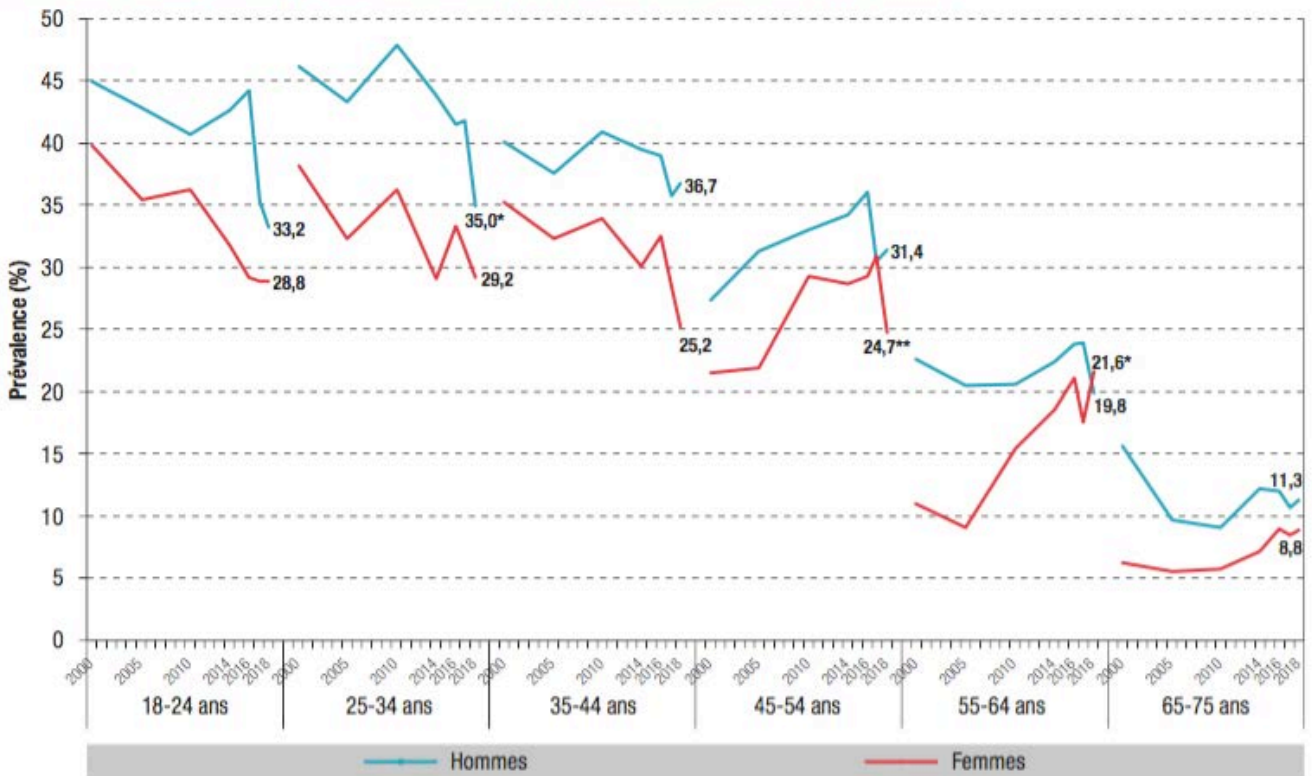
**Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018.** Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, Nguyen-Thanh V. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(15):271-7.

**Publiés à l'occasion de la journée mondiale sans tabac 2019, les chiffres présentés dans le BEH et issus du baromètre de Santé publique France 2018 confirment une baisse d'ampleur inédite du nombre de fumeurs en France : 12 % en deux ans, soit 1 million de personnes en 2017 et 600 000 en 2018.**

En se fondant sur les résultats d'une enquête téléphonique -donc déclarative -menée auprès de 9 074 adultes de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine et représentatifs de la population générale (avec un taux de réponse de 55,6 %), Santé Publique France estime que 32 % des 18-75 ans fument occasionnellement ou régulièrement (35,3 % des hommes et 28,9 % des femmes). La prévalence de la consommation quotidienne de tabac s'établit désormais à 25,4 % de la population (baisse de 4 points en 2 ans). Elle se caractérise par une baisse significative chez les hommes de 25 à 34 ans et chez les femmes de 45 à 54 ans (faisant suite à une augmentation en 2016 et 2017). Une augmentation de la prévalence chez les femmes de 55 à 64 ans (faisant suite à une diminution entre 2016 et 2017) est néanmoins notable.

L'analyse de la quantité de tabac fumée quotidiennement va aussi dans le sens d'une tendance à la baisse : en 2018, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 13 cigarettes (ou équivalent) par jour (14 pour les hommes et 11,9 pour les femmes) contre 13,6 en 2010 et 15,1 en 2005.

## Prévalence du tabagisme (%) quotidien selon l'âge et le sexe en France entre 2000 et 2018



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France. Les \* indiquent une évolution significative entre 2017 et 2018 : \* p<0,05 ; \*\* p<0,01. Les prévalences indiquées correspondent à l'année 2018.

Ces chiffres confirment l'embellie notée en 2017 après une augmentation inquiétante du nombre des fumeurs entre 2005 et 2010 du fait de l'absence de politique de lutte contre le tabagisme. Entre 2010 et 2016, une certaine stabilité de la prévalence a ensuite été notée, avant qu'en 2017 elle diminue pour la première fois.

Néanmoins, tous les indicateurs ne sont pas positifs. Ainsi, entre 2017 et 2018, la prévalence du tabagisme quotidien a significativement diminué parmi les personnes non diplômées tandis qu'elle est restée stable au sein des autres groupes. Et il persiste une différence sociale très notable entre ces deux groupes : les plus diplômés, ayant un niveau supérieur au baccalauréat, sont 19,4 % à fumer quotidiennement contre 28,2 % des personnes sans diplômes (p<0,001).

En 2018, la prévalence du tabagisme quotidien est maximale chez les chômeurs (39,9 %), minimale chez les étudiants (19,5 %) et intermédiaire parmi les actifs occupés (28 %, p<0,001).

### Un désir de sevrage

En 2018, 56,6 % des fumeurs quotidiens avaient envie d'arrêter de fumer (chiffre stable par rapport à 2017) : 10,6 % dans le mois à venir, 16 % dans les 6 prochains mois, 4,8 % dans l'année à venir et 25 % dans un avenir non déterminé. Ce chiffre est plus important que celui des fumeurs occasionnels qui, eux, n'étaient que 46,8 % à être tentés d'arrêter (p<0,01).

L'analyse des données 2018 montre que 24,9 % des fumeurs quotidiens avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de l'année précédente. Les femmes et les personnes de diplôme inférieur au baccalauréat se caractérisent par la probabilité la plus faible de tentative d'arrêt.

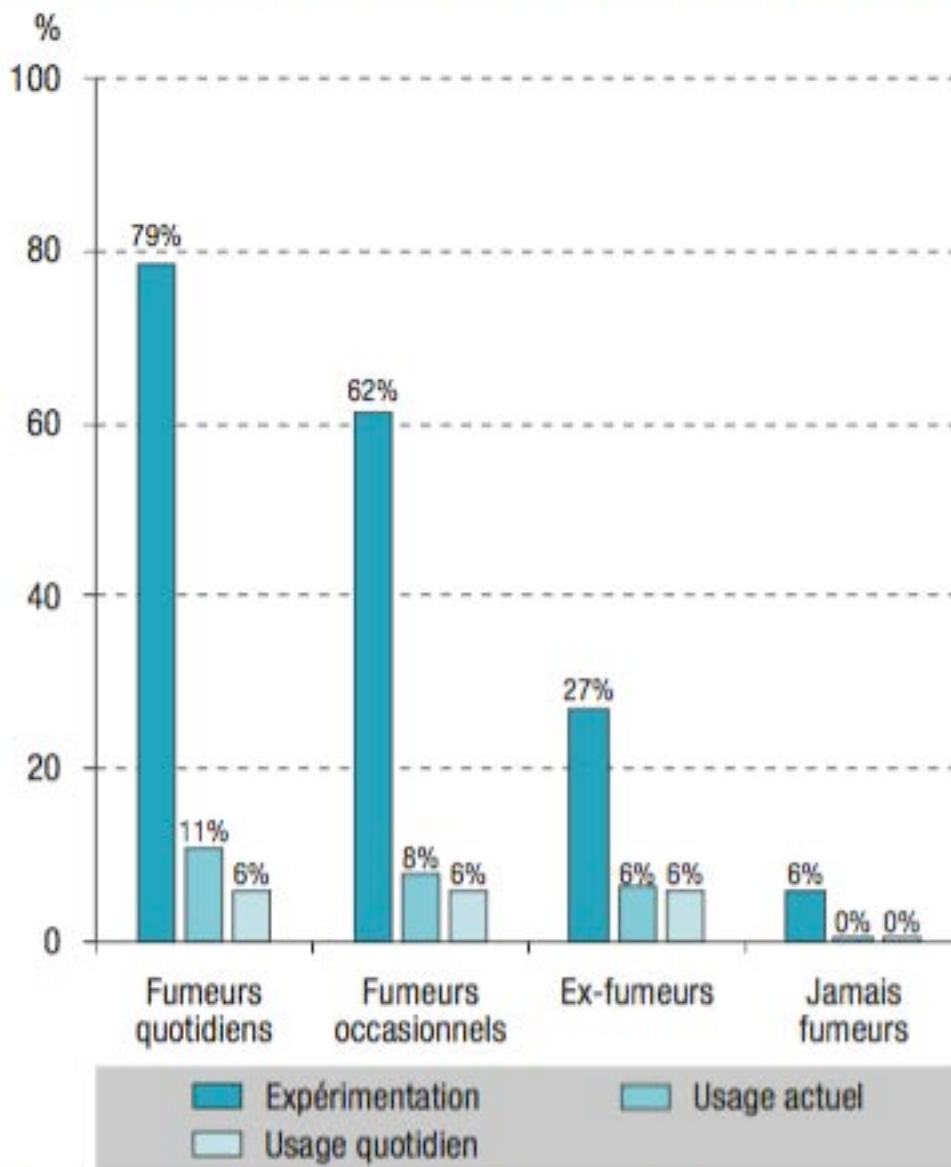
### Quelle place pour la chicha ?

Alors qu'en 2017, la question « fumez-vous la chicha ou le narghilé ? » n'était évoquée qu'avec les personnes ayant répondu préalablement qu'elles fumaient du tabac, en 2018 cette question était posée à tous. Résultat : la part des 18-75 ans déclarant fumer la chicha était de 3 % (dont 1,3 % de fumeurs exclusifs). Cette proportion est en baisse depuis 2014 (date des derniers chiffres exploitables, en particulier chez les 18-24 ans où elle est passée de 27,2 % à 15,6 % entre 2014 et 2018 ( $p < 0,001$ )).

### Quid de la e-cigarette ?

Interrogés, comme l'année précédente, sur leur utilisation de la e-cigarette, 34,7 % des 18-75 ans ont déclaré l'avoir déjà essayée, 5,3 % l'utilisaient au moment de l'enquête dont 3,8 % quotidiennement. Ces chiffres sont en augmentation significative par rapport à 2017 puisqu'ils étaient respectivement de 32,8 % ( $p < 0,01$ ), 3,8 % ( $p < 0,01$ ) et 2,7 % ( $p < 0,001$ ). La e-cigarette est majoritairement utilisée par les fumeurs, comme c'est le cas depuis son arrivée sur le marché : les vapoteurs quotidiens étaient 40,7 % à fumer du tabac quotidiennement et 10,4 % occasionnellement ; 48,8 % étaient d'anciens fumeurs. Seuls moins de 1 % des vapoteurs n'avaient jamais fumé.

### Taux (%) d'expérimentation, d'usage actuel et d'usage quotidien d'e-cigarette selon le statut tabagique, France, 2018



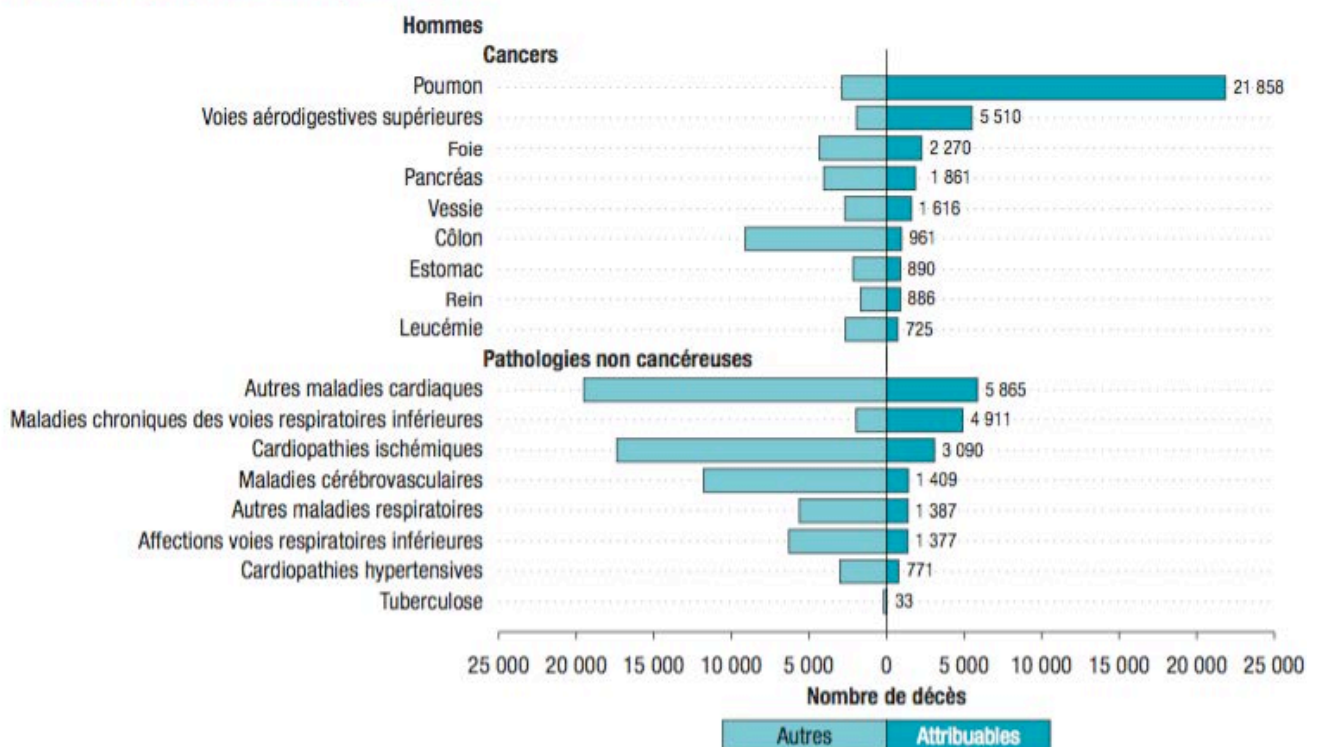
Source : Baromètre de Santé publique France 2018, Santé publique France.

## 75 000 décès en 2015

Pour l'année 2015, 13 % des décès survenus en France métropolitaine (les deux sexes confondus) étaient en lien avec le tabac : ils représentent 75 320 des 580 000 décès recensés en 2015 (55 200 hommes et 19 900 femmes soit respectivement 19,3 % et 6,9 % de l'ensemble des décès). Le tabac était à l'origine de cancers (poumon, voies aéro-digestives supérieures, foie...) dans 61,7 % des cas (36 577 hommes soit 66 %, 9 868 femmes soit 49 %), de maladies cardio-vasculaires dans 22,1 % des cas (11 135 hommes soit 20 % et 5 526 femmes soit 28 %) et de pathologies respiratoires pour 16,2 % (7 675 hommes soit 14 % et 4 492 femmes soit 23 %).

Figure 1

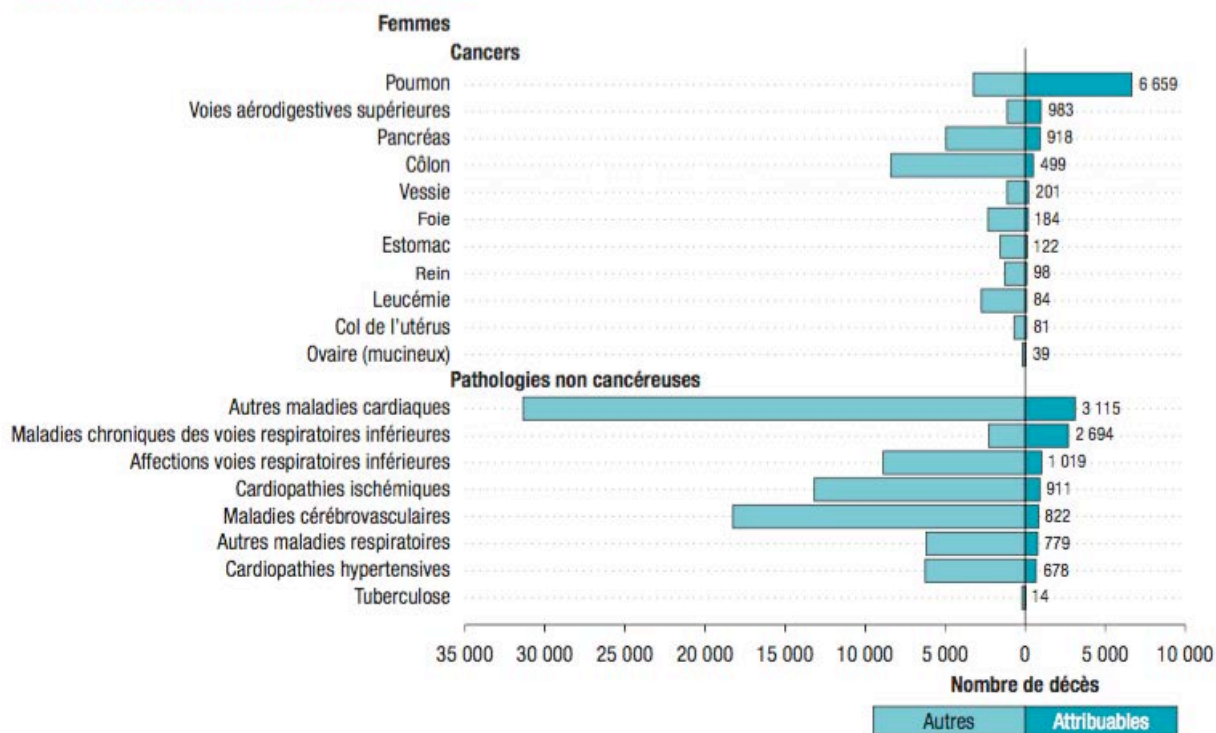
### Nombre de décès attribuables au tabagisme et autres décès non attribuables, par cause de décès, chez les hommes de 35 ans et plus, France métropolitaine, 2015



Les évolutions entre 2000 et 2015 montrent une tendance décroissante au nombre de décès attribuable au tabagisme chez l'homme (-11 % en 15 ans). A l'inverse, le nombre de décès attribuables chez les femmes a été multiplié par 2 sur la même période pendant laquelle la proportion de décès attribuables au tabagisme a augmenté en moyenne de 5,4 % par an chez les femmes (IC 95 % : 5,3-5,6) contre une diminution de 1,1 % chez les hommes (IC 95 % : 1,0-1,2). Ces tendances sont la conséquence d'un changement de comportement différencié vis-à-vis du tabac qui s'est produit à partir des années 1960, avec une diminution de la prévalence du tabagisme chez les hommes entre 1970 et 2000 contrastant avec une augmentation du tabagisme chez les femmes au cours de la même période.

Figure 2

**Nombre de décès attribuables au tabagisme et autres décès non attribuables, par cause de décès, chez les femmes de 35 ans et plus, France métropolitaine, 2015**



## Quand les fabricants de tabac veulent dévoyer le protocole de surveillance contre la contrebande

**Tobacco industry's elaborate attempts to control a global track and trace system and fundamentally undermine the Illicit Trade Protocol.** Gilmore A et al. *Tob Control* 2019;28:127–140

**Alors que l'Europe a mis en place le protocole de surveillance des ventes de tabac afin de lutter contre les ventes illicites, les cigarettiers, par le biais de montages complexes, font la promotion de leur propre système de codage, Codentify, qui est loin d'être transparent.**

Promouvoir le système Codentify pour suivre les mouvements de la production et de la vente de tabac serait contre-productif et inefficace dans le cadre du programme international de lutte contre la contrebande (Illicit Trade Protocol), mis en place par l'OMS. C'est la conclusion d'une passionnante étude, fondée sur 225 références et publiée dans *Tobacco Control*, qui analyse comment les Big Tobacco (géants du tabac) ont mis au point un système de surveillance destiné à lutter contre la contrebande de tabac mais qui reste leur propriété intellectuelle et ne permet donc pas une traçabilité en toute transparence du lieu de production au lieu de vente.

### **Surproduction et surdistribution**

L'Illicit Trade Protocol a pour but d'éliminer toutes les formes de vente illicite de tabac qui sont à l'origine d'un manque de rentrées de taxes pour les Etats et d'un danger pour la santé publique. Ces ventes représenteraient 10 % du volume actuel. Trois types de ventes illicites de cigarettes existent avec un niveau différent selon les pays : contrebande (importation illégale), contrefaçon (copies dans des usines clandestines) et « marque blanche » (cigarettes produites légalement pour des ventes locales mais revendues dans d'autres pays). Les géants du tabac participent de façon indirecte à la vente illicite puisque la production ou l'approvisionnement sont surévalués dans certains pays qui sont connus comme étant impliqués dans le trafic de cigarettes : Chine, Ukraine, Moldavie... pour la fabrication, Andorre, la Belgique ou le Luxembourg pour la distribution.

En Europe, le Protocole a été mis en place depuis le 20 mai 2019 : chaque paquet de cigarettes produit à destination du marché européen porte désormais un étiquetage unique pour assurer la traçabilité du lieu de production, au lieu d'importation et au point de vente au détail. Cette vignette sécurisée garantit aussi l'authenticité du produit.

### **Minimiser les liens avec l'industrie du tabac**

C'est le système de sécurisation voulu par l'OMS que l'industrie du tabac a tenté de dévoyer en développant Codentify, un système de génération de codes installé sur les chaînes de production. Philip Morris International (PMI) a mis au point Codentify qui utilise des éléments d'informations relatives à la production en 2010 avec l'aide de deux sociétés externes FractureCode (société danoise) et ATOS (société française). Ce système a été proposé par PMI aux trois grands autres producteurs de tabac – British American Tobacco, Japan Tobacco International et Imperial tobacco – qui l'ont adopté. En 2011, une association (DCTA Digital Coding and Tracking Association) a été créée en regroupant les 4 géants du tabac afin de promouvoir auprès des gouvernements le système Codentify, leur propriété intellectuelle. DCTA a, en 2016, participé comme sponsor majeur à la conférence mondiale de l'OMS contre le commerce illicite du tabac.

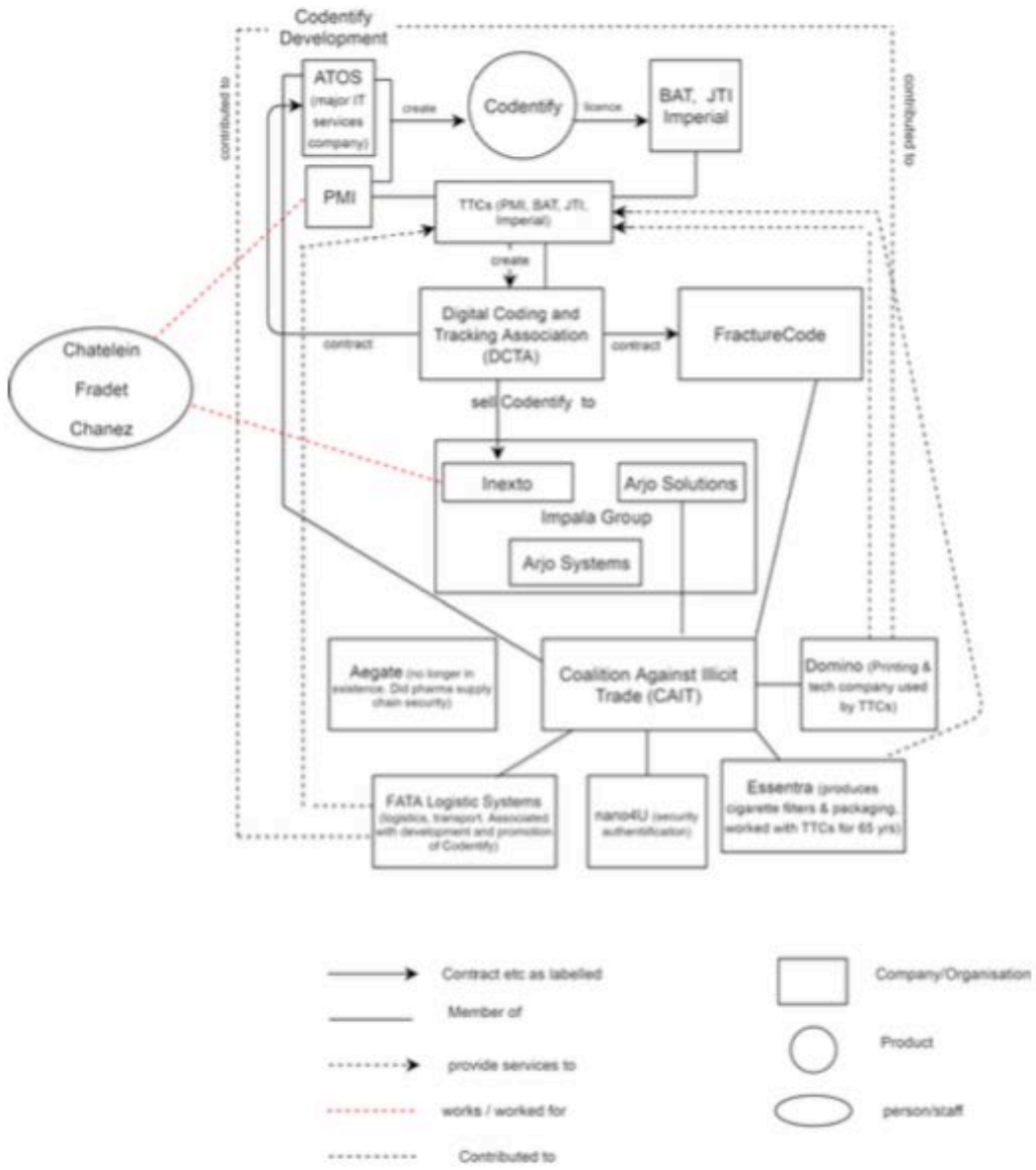
En 2016, face aux exigences d'indépendance du système de suivi demandé par les Etats DTCA a vendu pour un franc suisse symbolique Codentify à Intexto, une compagnie française dans le giron d'une autre compagnie française : Impala. Et qui retrouve t'on à la tête d'Intexto ? Philippe Chatelain, Erwan

Fradet et Patrick Chanez, trois anciens de l'industrie du tabac.

### Groupe d'influence

Alors même que les textes de l'OMS stipulent que le système de surveillance anti-contrebande ne doit pas être laissé ou dépendre de l'industrie du tabac, des tentatives de pressions auprès des Etats ont été réalisées notamment par le biais d'un groupe d'influence mis en place en 2015 : CAIT Coalition Against Illicit Trade. En 2017, six des sept membres de cette coalition étaient liés directement à l'industrie du tabac. CAIT collabore avec différents intervenants spécialisés dans la production de dérivés du tabac, le marketing et la logistique.

**Research paper**



**Figure 1** Diagram showing relationships between the creators and promoter of Codensity and the TTCs. BAT, British American Tobacco; JTI, Japan Tobacco International; PMI, Philip Morris International; TTCs, transnational tobacco companies.

Diagramme détaillant les relations entre les créateurs et les promoteurs de Codensity et l'industrie du tabac. BAT : British American Tobacco, JTI : Japan Tobacco International, PMI Philip Morris International, TTCs Compagnies de tabac transnationales

### **Faire changer le regard sur les industriels**

Outre les tentatives d'influence des Etats, les industriels du tabac versent des subventions à des officines supranationales de lutte contre la fraude (International Anti-Corruption Academy, UN office on Drugs and Crime), à Interpol (15 millions de dollars en 2012), à l'organisation mondiale des douanes (WCO World Customs Organization), à l'OCDE (Organisation pour la coopération et le développement économiques)...

Ces initiatives qui visent à promouvoir des actions de formation, de recherche et de mise en place de la lutte contre la fraude, ont principalement pour but de faire changer le regard du grand public et des gouvernements sur l'industrie du tabac en se plaçant du côté de l'intérêt des Etats et de la santé publique. Mais ce n'est pas vraiment le cas.

Le système Codentify a en effet été créé par les industriels pour principalement lutter contre la contrefaçon de tabac. Or, la contrefaçon ne représente qu'une partie du tabac illicite puisque la plus grande partie vient de la contrebande de produits sortis des usines officielles. Et même lorsqu'il est utilisé pour lutter contre la contrefaçon, Codentify est un moyen d'authentification peu efficace car les codes restent visibles et possiblement falsifiables.

### **En France, un système produit par l'Imprimerie Nationale**

C'est pour l'ensemble de ces raisons que les auteurs estiment que la promotion de Codentify va à l'encontre des mesures de lutte contre le commerce illicite et qu'adopter Codentify serait inefficace pour réduire la diffusion du tabac. Le système adopté en Europe depuis le 20 mai 2019 comporte un identifiant unique sous forme d'un code qui en France est produit par l'Imprimerie Nationale. Il s'y ajoute une vignette qui comporte une série de 5 codes : un visible, trois semi-visibles et un invisible (détectable en laboratoire).



## Un risque de récurrence d'AVC doublé chez les fumeurs

**Impact of smoking status on stroke recurrence.** Chen J, Li S, Zheng S et coll. *J Am Heart Assoc.* 2019;8:e011696. DOI: 10.1161/JAHA.118.011696.

**Le risque de récurrence d'AVC est systématiquement majoré chez les fumeurs qu'ils aient ou non cessé leur intoxication. C'est chez les personnes qui continuent à fumer régulièrement que le risque est le plus important puisqu'il est multiplié par deux en moyenne. Ce chiffre s'élève avec l'intensité de la consommation quotidienne de cigarettes.**

Le risque de récurrence d'AVC à un an dans la population chinoise est évalué à 17,7 %. Comment expliquer ce chiffre ? Pour l'équipe de Jingjing Chen (Shanghai) cette constatation pourrait être due, en partie, au tabagisme majeur de la population chinoise qui présente un premier épisode d'AVC. En effet il s'agit à plus de 70 % des cas d'hommes dans la soixantaine ou dans la tranche d'âge 45-65 ans, 63 % des hommes sont fumeurs.

Afin de préciser le lien entre tabac et récurrence d'AVC, les neurologues de Shanghai ont mis en place une étude sur 3 318 patients, extraits de la base de données Najing Stroke Registry Program, et inclus entre janvier 2013 et décembre 2016 pour un premier épisode d'AVC.

Le critère principal de l'étude était la récurrence d'AVC prouvée par neuro-imagerie 3 mois après l'accident initial. Pour évaluer les critères secondaires, les patients étaient suivis soit en présentiel soit par téléphone à 3, 6 et 12 mois.

### Détailler la consommation

Ce qui fait la particularité de cette étude c'est que les auteurs ont analysé de façon très détaillée l'influence du tabagisme. En effet, jusque là, la plupart des études se contentait de différencier seulement deux populations pour leur risque de récurrence d'AVC : les fumeurs et les non fumeurs. Elles ne prenaient pas en compte l'intensité du tabagisme ni l'éventuel sevrage.

L'équipe du Dr Chen a analysé le statut tabagique et la quantité de tabac fumé à partir d'un entretien en face à face. Lorsque les patients avaient fumé plus de 400 cigarettes dans toute leur vie ils étaient considérés comme fumeurs. Chez les fumeurs, deux sous-catégories ont été individualisées : les anciens fumeurs qui avaient cessé toute intoxication depuis plus de 30 jours avant l'accident neurologique initial et fumeurs (soit en cours de sevrage s'ils avaient cessé de fumer depuis au moins un mois entre l'AVC et l'inclusion dans l'étude, soit les personnes ayant continué à fumer).

### 56,6 % de fumeurs ou anciens fumeurs

Un total de 3 318 patients a été identifié dans la base de données. Après exclusion des patients non suivis, de ceux dont le statut tabagique n'a pas été déterminé et des 55 personnes décédées, l'analyse a pu être menée sur 3 069 patients.

Ils étaient âgés en moyenne de 59,6 ans +/- 11,7 ans (de 18 à 93 ans), il s'agissait de femmes dans 28,9 % des cas.

Parmi les patients suivis, 1 331 étaient des non fumeurs (43,4 %), 263 (8,6 %) des anciens fumeurs et 1 475 (48 %) des fumeurs. Ce dernier groupe se sous divisait en 61,6 % de personnes ayant arrêté de fumer depuis au moins 30 jours avant l'AVC initial et 38,4 % de fumeurs (soit en cours de sevrage soit ayant continué à fumer).

En moyenne les fumeurs étaient plus jeunes (57,7 +/- 11,1 ans contre 60,6 +/- 12,1 ans, p<0,001), ils

étaient moins souvent hypertendus (69,2 % contre 75,4 %,  $p<0,001$ ), ils étaient moins souvent atteints de fibrillation auriculaire (5,2 % contre 9,7 %,  $p<0,001$ ) ou de maladie cardiaque (5,2 % contre 7,7 %,  $p=0,008$ ) que les non fumeurs.

Au moment de la première consultation (3 mois après l'AVC), 908 fumeurs étaient en sevrage (61,6 %).

### 9,5 % de récurrence globale

Durant le suivi (moyenne 2,4 ans +/- 1,2 ans), 293 patients (9,5 %) ont présenté un nouvel épisode d'AVC dont 260 épisodes ischémiques et 33 hémorragiques.

Par rapport aux personnes sans récurrence d'AVC, ceux qui ont présenté une rechute étaient en moyenne plus âgés (62,8 +/- 11,3 ans contre 59,3 +/- 11,6 ans  $p<0,001$ ), ils étaient plus souvent atteints de fibrillation auriculaire (13 % contre 6,8 %,  $p<0,001$ ), ils faisaient partie plus souvent de la classe la moins aisée (13,5 % de personnes gagnant moins de 17 931 USD contre 7,2 % gagnant plus %,  $p<0,001$ ) et ils étaient plus souvent des travailleurs manuels (57,3 % contre 48,1 %,  $p=0,002$ ).

La proportion de fumeurs selon la définition choisie par les investigateurs c'est à dire ayant fumé plus de 400 cigarettes au total dans leur vie (63,1 % contre 55,9 %,  $p=0,015$ ) et de fumeurs continuant à fumer (24,8 % contre 17,8 %,  $p=0,015$ ) était plus importante chez les patients avec récurrence que chez les témoins.

En prenant les non fumeurs comme référence et en analyse multivariée, le risque relatif de récurrence (apprécié par le hazard ratio) est de 1,16 (95 % CI, 0,75-1,79) pour les anciens fumeurs, de 1,31 (95 % CI, 0,99-1,75) pour les personnes ayant cessé de fumer récemment et de 1,93 (95 % CI, 1,14-2,48) chez les patients ayant continué à fumer.

Et chez les patients ayant continué à fumer, le risque est proportionnel à la quantité de cigarettes fumées chaque jour puisqu'il est de 1,68 HR (95 % CI, 1,14-2,48) chez les fumeurs de 1 à 20 cigarettes par jour et de 2,72 HR (95 % CI, 1,36-5,43) chez ceux qui fument plus de 40 cigarettes par jour.

**Table 1.** Baseline Characteristics of Patients With First-ever Stroke by Stroke Recurrence

Variables	Recurrence		P Value
	With (n=293)	Without (n=2776)	
Age, y, mean±SD	62.8±11.3	59.3±11.6	<0.001
Male, n (%)	215 (73.4)	1967 (70.9)	0.365
Han ethnic, n (%)	291 (99.3)	2751 (99.1)	0.704
BMI, kg/m <sup>2</sup> , mean±SD	24.9±2.9	24.8±3.1	0.415
Alcohol drinking, n (%)	75 (25.6)	632 (22.8)	0.274
NIHSS score, n (%)			
0-4	165 (56.9)	1712 (62.1)	0.116
4-14	99 (34.1)	867 (31.5)	
>14	26 (9.0)	177 (6.4)	
Hypertension, n (%)	212 (72.4)	2009 (72.4)	0.996
Diabetes mellitus, n (%)	98 (33.4)	820 (29.5)	0.195
Dyslipidemia, n (%)	22 (7.5)	247 (8.9)	0.424
History of TIA, n (%)	9 (3.1)	62 (2.2)	0.364
Atrial fibrillation, n (%)	38 (13.0)	189 (6.8)	<0.001
CHD, n (%)	26 (8.9)	185 (6.7)	0.155
Smoking status			
Nonsmokers	108 (36.9)	1223 (44.1)	0.015
Former smokers	26 (8.9)	237 (8.5)	
Quitters	86 (29.4)	822 (29.6)	
Persistent smokers	73 (24.8)	494 (17.8)	

Caractéristiques initiales des patients ayant présenté une récurrence d'AVC

BMI : index de masse corporelle, CHD : maladies coronariennes, NIHSS National Institute of Health Stroke Scale (utilisé pour apprécier la gravité d'un AVC), TIA accident ischémique transitoire.

### **Un fléau chinois**

En 2010, 52,9 % des hommes chinois étaient fumeurs (2,4 % des femmes soit 28,1 % des adultes) et cette proportion allait même jusqu'à 63 % dans la tranche d'âge 45-64 ans. Depuis 2011, la Chine a adopté des lois restrictives sur le tabac dans les lieux publics (écoles, hôpitaux, restaurants, gares, aéroports, parcs...) et sur les lieux de travail. Des mises en garde ont été imprimées sur les paquets de cigarettes. La publicité pour le tabac a été interdite.

Les taxes sur les cigarettes ont été majorées de 11 à 20 % ce qui a permis une baisse de l'incidence des fumeurs des deux sexes confondus de 0,2 à 0,6 % soit une proportion globale de 27,5 % de fumeurs dans la population adulte, l'une des plus importante au Monde, mais néanmoins à un niveau global inférieure à la prévalence en France...

## 1960-2000 : quand les géants du tabac ont investi dans les boissons sucrées pour enfants

**Tobacco industry involvement in children's sugary drinks market.** Nguyen K et al. *BMJ* 2019;364:l736 doi: 10.1136/bmj.l736

**Entre 1960 et 2000, les deux géants américains du tabac, R J Reynolds et Philip Morris ont diversifié leurs activités dans le domaine des boissons sucrées. Ils ont appliqué à ces produits des méthodes de commercialisation et un ajustement des saveurs fondés sur leur expérience du marché du tabac. Et les enfants étaient leur principale cible marketing.**

« Est ce que le sucre est le nouveau tabac ? ». Cette question peut légitimement se poser lorsque l'on apprend dans le British Medical Journal de la plume de Kim Nguyen et coll. que des marques de boissons sucrées telles que Hawaiian Punch, Kool-Aid, Capri Sun ou Tang ont appartenu à des géants du tabac qui ont développé ces marques en se fondant sur les mêmes techniques de marketing que celles employées pour les cigarettes. Pas étonnant qu'aujourd'hui l'industrie agro-alimentaire développe des arguments similaires à ceux utilisés pour le tabac pour s'opposer à la taxation spécifique des boissons sucrées et à la mise en place d'une réglementation plus stricte en matière de publicité.

### Industrie du goût

Dès les années 1960, RJ Reynolds a choisi de se positionner comme une « industrie du goût ». Partant de ce postulat, l'idée de s'impliquer dans le domaine des boissons sucrées s'est tout naturellement imposée puisque « des saveurs utilisées pour le tabac peuvent trouver leur place dans l'industrie alimentaire et celle des boissons ». C'est en suivant cette logique, qu'en 1963 RJ Reynolds a acheté Pacific Hawaiian Products, une société spécialisée dans les boissons sucrées pour adultes.

Au milieu des années 1960, les deux géants des boissons sucrées – Coca-Cola et Pepsi – ont entamé une transition marketing en proposant de nouvelles boissons destinées aux adolescents : Fanta, Sprite, Mountain Dew. RJ Reynolds a, pour sa part, choisi de développer une stratégie plus spécifiquement destinée aux plus jeunes. Les goûts et les couleurs des boissons de la gamme Hawaiian Punch ont été adaptés. Une mascotte, Punchy, a été utilisée dans les spots télévisés, les magazines et a été déclinée sur des objets du quotidien des enfants (protèges cahiers, jouets, vêtements...). La taille des emballages a été réduite, et un packaging en sachet aseptique avec paille collée a été développé. La marque a été vendue en 1990 à Dr Pepper Snapple.

### Cibler les 2-14 ans

Philip Morris, pour sa part, a été présent sur le secteur des boissons sucrées au milieu des années 1980. Kool-Aid a été la première marque développée avec une cible privilégiée : les 6-12 ans. La boisson a été proposée en concentré liquide ou surgelé et 34 goûts spécifiquement destinés aux enfants ont été proposés. Une mascotte a été imaginée et des collaborations avec des géants des jouets tels que Barbie et Hot Wheel ont permis d'asseoir la notoriété de la marque. Entre 1998 et 2000, un partenariat avec la chaîne de dessins animés Nickelodeon a visé un développement du marché pour les 2-11 ans.

Capri Sun, une autre boisson au goût de fruit, a rejoint Philip Morris en 1990. Les emballages ont été adaptés aux 6-14 ans avec des visuels sportifs (surf, skateboard) et un format spécifique aux paniers repas du déjeuner des jeunes Américains à l'école a été promu.

Tang, une boisson vitaminée au goût d'orange, a été acquise en 1992. Sa cible : les 9-14 ans, trop vieux pour boire du Kool-Aid et trop jeunes pour passer au jus d'orange. Des collaborations avec des

magazines de sport et avec des ligues d'évènements sportifs ont rapidement été mises en place. Philip Morris a revendu sa branche boisson en 2007 à Kraft.

### Le marketing du tabac adapté aux boissons sucrées

Que reste-t'il du passage des géants du tabac dans le secteur des boissons sucrées ? Avant tout, une adaptation du packaging et du goût aux cibles fondée sur l'appétence des enfants à l'autonomie, au jeu et à la nouveauté. Dans un contexte où l'industrie agro-alimentaire, dans sa grande majorité, a accepté de limiter le marketing des boissons sucrées vis-à-vis des moins de 12 ans, l'utilisation des mascottes, jouets et personnages de bandes dessinées reste d'actualité puisque les marques mettent en avant le fait que ces éléments font partie de l'histoire du produit et qu'ils ne sont pas seulement destinés aux enfants. Une technique habituelle de l'industrie du tabac jusqu'en 2009 date à laquelle l'utilisation de Joe Camel, le chameau mascotte de la marque Camel, a été interdite.

Year	Advertisement	Description
1950s-60s		Before the brand was acquired by R J Reynolds in 1963, Hawaiian Punch advertisements display recipes for cocktails and images of adults enjoying Hawaiian Punch (right)
1960s-70s		Advertisements feature children drinking and the brand's cartoon mascot, "Punchy"
1970s		Evolution of integrated marketing for Hawaiian Punch during the 1970s, with products featuring the Punchy cartoon mascot and Punchy comic strips promoting prizes
2018		Images of Hawaiian Punch in 2018 under ownership by the Dr. Pepper Snapple

Tableau décrivant les publicités pour boissons sucrées au cours de 4 différentes périodes. Années 1950-1960, avant que la marque soit rachetée par RJ Reynolds en 1963, les publicités Hawaiian Punch s'appuyaient sur des images de cocktail à base de cette boisson et sur des adultes consommant de l'Hawaiian Punch. Entre 1960 et 1970, les publicités mettaient en avant des enfants en train de boire ou la mascotte de la marque

« Punchy »

Dans les années 1970, Punchy est désormais utilisé comme image d'illustration pour des produits destinés aux enfants et il devient un élément de promotion au sein de bandes dessinées.

En 2018, images de produits Hawaiian Punch, marque qui appartient désormais à Dr. Pepper Snapple.

## La varénicline sûre et efficace sur le sevrage à court terme des patients fumeurs VIH

**Placebo-controlled randomized clinical trial testing the efficacy and safety of T varenicline for smokers with HIV.**

Rebecca L. Ashare, Morgan Thompson, Katrina Serrano et al. *Drug Alcohol Depend.* 2019 May 7;200:26-33. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.03.011

**Aider les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à se sevrer du tabac pourrait prolonger leur vie. La varénicline, associée des séances de suivi, pourrait trouver une place dans les premières phases de sevrage.**

L'utilisation de la varénicline pourrait permettre de faire gagner des années de vies chez les personnes fumeuses vivant avec le VIH (PVVIH), selon les résultats d'une étude menée de 179 personnes et publiée dans *Drug and Alcohol Dependence*. Il s'agit de la deuxième étude randomisée sur le sujet, la première ayant été mise en place en France (Mercie et coll. 2018), dans un contexte où très peu de travaux ont été publiés sur cette problématique spécifique.

### **Une surreprésentation du tabagisme**

Pourtant la question du tabagisme des personnes vivant avec le VIH est plus que jamais d'actualité. En effet, lorsqu'ils sont fumeurs, ces patients perdent en moyenne plus d'années de vie à cause du tabac qu'à cause du VIH. En outre, leur activation immunitaire est majorée par rapport aux non fumeurs. L'arrêt du tabac chez les patients vivant avec le VIH pourrait permettre d'épargner 265 000 années de vie, un chiffre supérieur à celui des vies sauvées avec le traitement des hépatites C ou du traitement des patients VIH avec un chiffre de CD4 + élevé par antirétroviraux.

Globalement, les PVVIH fumeuses qui arrêteraient la cigarette pourraient gagner jusqu'à 10 années de vie après le diagnostic de la maladie virale.

Un réel travail de prévention pourrait être mené quand on sait qu'aux Etats-Unis, par exemple, 40 % des PVVIH fument contre 14 % de la population générale. Dans les pays à plus faible revenu, ce chiffre se situerait aux alentours de 30 %.

Pourquoi constater alors un frein au sevrage ? Les PVVHI rapportent des difficultés à l'arrêt en raison d'une crainte d'envies alimentaires, de prise de poids, de majoration du stress et de difficultés au sevrage alors qu'ils vivent dans une communauté où les fumeurs sont surreprésentés.

### **Des populations à bas revenu**

Comment aider spécifiquement les PVVIH à aborder le sevrage ? Quelle place pourrait avoir la varénicline dans cette population ?

Actuellement, seuls 4 % de cette population est traitée par cet agoniste partiel du récepteur alpha 4bêta 2 de l'acétylcholine contre 10 % environ dans la population générale.

C'est ce qu'ont cherché à préciser Ashare & coll. dans une étude de phase 3 randomisée contre placebo menée sur 12 semaines. Les patients dont la charge virale était inférieure à 1000 copies/mL et le nombre de CD4 + supérieur à 200 cellules/mm<sup>3</sup> pouvaient être éligibles en l'absence d'insuffisance rénale ou hépatique.

Entre 2012 et 2018, 179 patients ont été inclus dans l'étude (89 dans le bras varénicline et séances de suivi, et 90 dans le bras contrôle avec uniquement des séances de suivi).

Il s'agissait d'hommes majoritairement (68 %), 81 % d'entre eux étaient Noirs et 70,8 % vivaient dans un foyer dont le revenu était inférieur à 20 000 USD par an. 75,6 % des participants du bras contrôle ont rapporté avec pris plus de 80 % des comprimés prescrits contre 58,4 % dans le bras varénicline. 90 % des comparateurs ont suivi au moins 5 séances de soutien contre 82 % des patients sous traitement actif.

### Une différence significative à la 12<sup>ème</sup> semaine mais pas à la 24<sup>ème</sup>

Le taux de sevrage a été estimé par des questionnaires proposés aux patients (détaillant le tabagisme au cours des 7 jours précédents et l'abstinence continue) et par une mesure du CO expiré réalisée la 12<sup>ème</sup> et la 24<sup>ème</sup> semaine (ce qui permet d'apprécier réellement l'arrêt du tabac à partir d'une mesure objective).

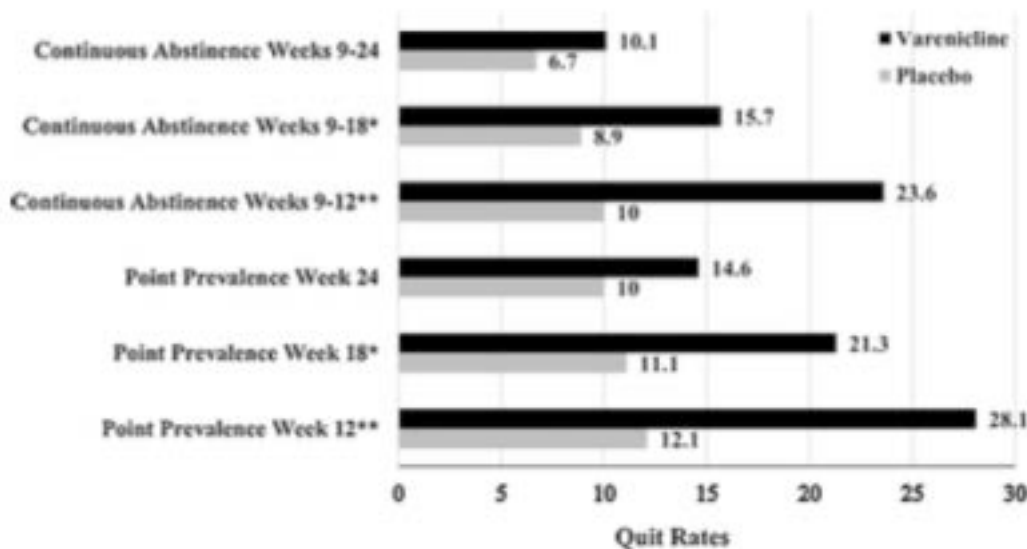
La 12<sup>ème</sup> semaine les auteurs ont rapporté une différence très significative en terme d'arrêt du tabac depuis 7 jours puisque 12,1 % des patients sous placebo contre 28,1 % de ceux sous varénicline étaient abstinents (OR=4,5 [CI 95 % : 1,83-11,2], p=0,001). Le taux d'abstinence continue était lui aussi plus important avec la varénicline à la 12<sup>ème</sup> semaine (OR=4,65 [CI95 % : 1,71-12,67], p=0,003).

A la 24<sup>ème</sup> semaine la différence observée entre les deux groupes n'était plus significative que ce soit pour le taux d'abstinence à 7 jours (OR=1,9 [CI 95 % : 0,71-5,1], p=0,20) ou pour le taux d'abstinence continue (OR : 1,92 [CI 95 % : 0,57-6,47], p=0,29).

### Diminution de l'effet dans le temps

L'analyse du taux de prévalence d'abstinence à 18 semaines a été utilisée comme objectif secondaire. De façon similaire à la semaine 12, les patients dans le bras varénicline étaient plus souvent abstinents que ceux du bras placebo (p=0,02). L'analyse en modèle global pour le taux de prévalence de l'abstinence incluant les trois points de mesure dans le temps montre un effet significatif de la varénicline (OR =3,2 [CI 95 % : 1,4-7,3], p=0,006).

L'effet aux trois différentes étapes temporelles (OR=0,72 [CI 95 % : 0,60-0,88], p=0,001) va dans le sens d'une diminution de l'effet de la varénicline dans le temps.



Pourcentage d'arrêt depuis 7 jours ou d'abstinence continue à la semaine 12, 18 et 24 sous traitement.

L'échantillon en intention de traiter (n=179), estimation de la prévalence de l'arrêt du tabac à 7 jours selon l'auto-appréciation confirmée par la mesure du CO expiré, estimation de la prévalence de l'abstinence continue entre la semaine 9 et les trois points de suivi confirmé par la mesure du CO expiré à trois points de suivi. Toutes les valeurs sont en pourcentage d'abstinence. Les semaines 12 et 24 représentaient les points d'objectif principal de l'étude et la semaine 18 l'objectif intermédiaire.

\*\* correspond à un p<0,001

\*correspond à un p<0,05



### **Bonne tolérance**

Aucune différence significative en termes d'effets indésirables n'a été notée entre les deux bras de l'étude aux semaines 0, 3, 7 et 12 (tous les  $p > 0,05$ ). Lorsque l'item nausées a été analysé individuellement, un pourcentage plus important a été constaté chez les patients sous varénicline aux semaines 0 et 3 ( $p = 0,002$ ), mais aucun effet du traitement n'a été constaté au cours des autres points de suivi. Aucun des 11 patients qui se sont plaints de nausées (4 dans le bras placebo et 7 dans le bras varénicline) n'a qualifié les symptômes de significatifs.

### **Une baisse de 10 % serait déjà satisfaisante**

Quelles conclusions tirer pour la pratique ? La varénicline est un traitement efficace pour le sevrage à court terme des PVVIH. Son efficacité diminue avec le temps, puisqu'à 18 semaines dans cette étude, seule une différence de 10 % du taux de sevrage était notée entre les deux bras. Ce chiffre peut sembler faible à première vue, mais une récente étude américaine a montré que si le nombre des fumeurs pouvait diminuer de 10 %, les gains en terme de coût de santé pourraient s'élever à 63 billions de USD.

Les auteurs soulignent néanmoins que cette étude doit être interprétée en prenant en compte certaines données : elle a en effet été mise en place en 2012, à une période où la sécurité d'emploi de cette molécule posait question. C'est pour cette raison que 47 % des patients retenus dans un premier temps ont été considérés comme inéligibles et – vraisemblablement – que 29 % des personnes retenues n'ont pas souhaité prendre le traitement. Le traitement pourrait préférentiellement être proposé aux personnes les plus jeunes et les plus motivées pour arrêter de fumer.

Par ailleurs, les auteurs soulignent que seuls 58 % des patients sous traitement actif l'ont effectivement pris. C'est ce qui pourrait expliquer en partie les chiffres obtenus à la semaine 24 de l'étude. Des méthodes spécifiquement développées pour les PVVHI pourraient peut-être permettre d'améliorer l'impact du traitement.



# CSFT 2019

## 13e congrès de la Société Francophone de Tabacologie Tous égaux face au tabac ?

21 au 22 novembre 2019

Palais des congrès d'Ajaccio



<http://www.csft2019.fr/>



Retrouvez au Congrès de la Société Française de Médecine vasculaire les 25-28 Septembre, la session commune avec la SFT sur le tabagisme le mercredi 25 septembre.  
<https://congres.sfmv.fr/#>



# COLLOQUE ATHS BIARRITZ 2019

Colloque International "Addictions Toxicomanies Hépatites SIDA"



Les inscriptions sont ouvertes : <http://www.aths-biarritz.com/inscriptions/>

---

## INFORMATIONS

Retrouvez le bulletin épidémiologique hebdomadaire de la journée mondiale sans tabac :

[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/pdf/2019\\_15.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/pdf/2019_15.pdf)

Retrouvez le rapport e-santé et addictions édité par la Mildeca

<https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport-e-sante-2019-num-v4.pdf>

---

## VU SUR LE NET

Quelques liens de nouvelles qui ont fait la une du net ce mois-ci.

### **CNCT : dernières actus**

Tabac et cannabis : collégiens et lycéens en consomment moins

Le Baromètre annuel de Santé : un décès sur huit lié au tabac en France en 2018

Trafic de cigarettes : 224 kg de tabac de contrebande saisis pendant le week-end de la Pentecôte

À Beverly Hills, on ne peut plus vendre de cigarettes

Ces villes qui mettent le paquet contre le tabac

Tabac : l'interdiction sur les plages est-elle efficace ?

---

## OFFRES D'EMPLOI

**Médecin tabacologue à temps partiel (0,1 ETP) au service des consultations externes de l'hôpital Stell à Rueil-Malmaison (Hauts-de-Seine).**

Contact : Dr BOUKHSIBI Fatima, chef de pôle, [fatima.boukhsibi@ch-rueil.fr](mailto:fatima.boukhsibi@ch-rueil.fr)  
1 rue Charles Drot, 92500 Rueil-Malmaison

L'unité de coordination de tabacologie du **CHU de Grenoble** recherche un **médecin tabacologue (praticien attaché) à mi-temps** pour de la consultation, participation aux enseignements universitaires, recherche.

Contact : Aline Noblet  
Sage-femme tabacologue  
Unité de coordination de tabacologie  
06 16 58 68 78

Consultez les offres d'emploi sur le site de la SFT :  
<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/emplois1.html>

---

## CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser à Alice Deschenau :  
[alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr](mailto:alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr)