

# La Lettre de la SFT

Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé

Rédaction : Isabelle Catala

n° 121 – juin 2021

Comité de rédaction : Philippe Arvers, Ivan Berlin, Anne-Laurence Le Faou, Gérard Peiffer, Daniel Thomas

 « Mois sans tabac » : des consultations en hausse, un sevrage qui s'inscrit dans la durée

Consultations de tabacologie pendant le mois sans tabac : profil des fumeurs et sevrage. Rakover A, Allagbé I, Airagnes G, Limosin F, Le Faou A-L. *Revue des Maladies Respiratoires*, https://doi.org/10.1016/j.rmr.2021.02.072

En 2016, 380 000 fumeurs ont déclaré avoir fait une tentative d'arrêt du tabac sous l'influence des campagnes du « Mois sans tabac », et ce pour une durée d'au moins 24 heures (Baromètre Santé 2017). Parmi ceux qui ont déclaré avoir eu besoin d'une aide au sevrage, 8,2 % ont eu recours à une consultation de tabacologie.

A. Rakover et coll. ont choisi d'analyser l'impact du « Mois sans tabac » sur la fréquentation du centre de tabacologie de l'HEGP (Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris) en comparant les mois de novembre 2014-2015 avec les mêmes mois en 2016-2017, après l'introduction de cette action de prévention. Le suivi des tentatives d'arrêt a été réalisé jusqu'en mai 2018.

Entre 2014 et 2017, 4659 fumeurs avaient consulté au cours du mois de novembre. Parmi eux, 46,6 % des patients (n=2 169) ont été inclus dans l'étude en novembre 2014 et 2015 (avant la mise en place de « Mois sans tabac ») et 53,4 % (n=2490) l'ont été en novembre 2016 et 2017 (pendant « Mois sans tabac »). Parmi les patients qui ont consulté pour la première fois en novembre, 40,5 % (n = 878) en 2014—2015 et 42,8 % (n = 1065) en 2016—2017 avaient été suivis au moins 28 jours.

Tableau 1	Caractéristiques	sociodémographiques	et	cliniques	des	patients	consultant	en	tabacologie e	en	novembre
2014 et 201	5, comparativeme	nt à ceux consultant e	n r	novembre :	2016	et 2017.					

Variables	2014-2015		2016—2017			
	Inclusion	Suivi	Inclusion	Suivi		
	2169	878	2490	1065		
Sexe (n/%)a,b						
Femmes	1136 (52,4)	467 (53,2)	1402 (56,3)	621 (58,3)		
Hommes	1033 (47,6)	411 (46,8)	1088 (43,7)	444 (41,7)		
Âge (n/%) <sup>a</sup>						
18-34 ans	546 (25,2)	196 (22,3)	543 (21,8)	202 (19,0)		
35-44 ans	438 (20,2)	177 (20,2)	512 (20,6)	214 (20,1)		
45-54 ans	537 (24,8)	225 (25,6)	649 (26,1)	298 (28,0)		
55-64 ans	491 (22,6)	208 (23,7)	559 (22,4)	255 (23,9)		
≥ 65 ans	157 (7,2)	72 (8,2)	227 (9,2)	96 (9,0)		
Âge (Moyenne en année/écart-type)	45,7 (13,6)	46,8 (13,2)	46,7 (13,4)	47,7 (12,8)		

Nombre de tentatives antérieures				
0	735 (33,9)	250 (28,5)	866 (34,8)	351 (33,0)
1-2 tentatives	1015 (46,8)	429 (48,9)	1172 (47,2)	502 (47,2)
≥ 3 tentatives	417 (19,2)	198 (22,6)	447 (18,0)	211 (19,8)
Nombre de cigarettes par jour (n.	/%) <sup>a,b</sup>			
≤ 10 cig/j	513 (23,7)	182 (20,7)	715 (28,7)	294 (27,6)
11-20 cig/j	865 (39,9)	375 (42,7)	1002 (40,2)	445 (41,8)
≥ 21 cig/j	791 (36,5)	321 (36,6)	773 (31,0)	326 (30,6)
Dépendance tabagique <sup>a</sup> [14]				
Faible	301 (14,0)	116 (13,4)	404 (16,8)	173 (16,7)
Moyenne	914 (42,6)	372 (42,9)	946 (39,4)	415 (40,1)
Élevée	931 (43,4)	379 (43,7)	1054 (43,8)	448 (43,2)
Confiance en soi pour l'arrêt (n/%	5)			
Faible 0-4	618 (28,5)	223 (25,4)	671 (26,9)	285 (26,8)
Moyenne 5-6	804 (37,1)	340 (38,7)	955 (38,4)	409 (38,4)
Élevée 7-10	747 (34,4)	143 (35,9)	864 (34,7)	371 (34,8)

L'analyse des données met en évidence une hausse de 6,9 % du nombre de premières consultations en tabacologie en novembre 2016—2017 après la mise en place de l'opération « Mois sans tabac » par rapport aux mois de novembre 2014—2015. Les caractéristiques des primo-consultants avaient changé après la mise en œuvre de Mois sans tabac, avec une hausse du nombre de femmes, de petits fumeurs, ainsi que du nombre de patients qui consultaient par démarche personnelle par comparaison avec ceux qui étaient référés en tabacologie après un contact hospitalier. Ces nouveaux consultants présentaient moins souvent des comorbidités, somatiques comme psychiatriques.

Variables	2014—2015	p	2016-2017	P
N. WALESTA	OR [IC95 %]	- 50	OR [IC95 %]	
Âge				
18-34 ans	_		_	
35-44 ans	1,09	0,67	0,92	0,67
	[0,72-1,65]		[0,62-1,35]	
45-54 ans	1,26	0,23	1,00	0,96
	[0,86-1,86]		[0,69-1,42]	
55- 64 ans	1,17	0,43	1,08	0,68
	[0,79-1,74]		[0,75-1,56]	
≥ 65	1,27	0,39	1,05	0,83
	[0,74-2,19]		[0,65-1,72]	
Sexe				
Femme	1,09	0,54	0,78	0,51
	[0,83-1,42]		[0,61-1,00]	
Homme	<u> </u>		_	

Tentatives d'arrêt antérieur*	r.,,,		L.,,,	
0	_		_	
1—2 tentatives		0,32	1,45 [1,10-1,92]	< 0,01
≥ 3 tentatives	1,86 [1,28–2,72]	< 0,01	2,42 [1,71-3,44]	< 0,001
Nombre de tentatives antérie				
≤ 10 cig/j	1,44 [0,99–2,07]	0,05	1,66 [1,21-2,28]	< 0,01
11-20 cig/j	1,24 [0,92—1,68]	0,15	1,21 [0,91–1,62]	0,19
≥ 21 cig/j			21 11	
Dépendance tabagique [14] *				
Faible 0-1	1,62 [1,07–2,47]	< 0,05	1,23 [0,86-1,75]	0,25
Moyen 2-3	1,18 [0,89—1,57]	0,27	1,31 [1,01—1,72]	< 0,05
Élevé 4-6				
Confiance en soi*				
Faible 0-4	_		_	
Moyenne 5–6	1,26 [0,90—1,80]	0,18	1,38 [1,01—1,88]	< 0,05
Élevée 7–10	1,63 [1,15—2,32]	< 0,01	1,89 [1,38–2,60]	< 0,001
Degré de motivation*				
Faible 0–4	-		<del>-</del>	
Moyenne 5—6	1,43 [0,76–2,74]	0,27	0,82 [0,49—1,38]	0,45
Élevée 7–10	1,55 [0,87–2,82]	0,14	1,77 [1,11—2,89]	< 0,05

Le taux d'arrêt du tabac stable sur un mois se montait à 44,6% en 2014-2015 et à 45,6% en 2016-2017, sans différence significative entre les deux groupes (p=0,46). Toutefois, dans le groupe 2016-2017, comparé au groupe 2014-2015, les consultants les plus susceptibles d'être abstinents étaient des fumeurs ayant fait des études supérieures (53,0% vs 50,9%), tandis que les patients sans diplôme s'inscrivaient davantage dans une démarche de réduction du nombre de cigarettes fumées quotidiennement (41,2% vs 31,6%). Une hausse significative de l'arrêt du tabac chez les inactifs (46,1% vs 31,1%), ainsi que chez les fumeurs ayant un antécédent de dépression nerveuse (44,2% vs 40,6%), a été notée. En 2016-2017, les fumeurs qui avaient déjà réalisé au moins 3 tentatives antérieures d'arrêt réussissaient plus souvent à se sevrer (58,8% vs 54,6%), ainsi que les fumeurs très motivés à l'arrêt (50,9% vs 45,6%) et ceux qui consommaient 10 cigarettes par jour ou moins (54,6% vs 49,5%).

En régression logistique univariée, de nombreux facteurs augmentaient les chances d'abstinence maintenue un mois dans le groupe 2016—2017 par rapport au groupe 2014—2015. Les fumeurs présentant un niveau d'éducation plus élevé, qui avaient déjà réalisé des tentatives d'arrêt et dont le degré de motivation au sevrage était moyen ou élevé, étaient plus à même de tendre à l'abstinence. Toutefois, dans le modèle de régression logistique multivarié, seul le nombre de tentatives d'arrêt antérieures et le nombre de consultations de suivi augmentaient les chances d'arrêt dans les deux groupes. Enfin, le seul facteur augmentant les chances d'abstinence à un mois dans le groupe 2016—2017 par rapport au groupe 2014—2015 était une consommation inférieure à 10 cigarettes/J (OR : 1,68 [1,03—2,75]).

Pour les auteurs, ces résultats se révèlent encourageants et suggèrent que chez ces nouveaux profils de consultants, la campagne « Mois sans tabac » apparaît bénéfique à moyen terme. Les données de l'HEGP sont cohérentes avec les résultats d'une étude du Baromètre santé qui contredisait l'idée reçue selon laquelle les tentatives déclenchées par le « Mois sans tabac » sont avant tout opportunistes et sont moins durables que les autres.

### 2020, une année perdue pour le sevrage aux Etats-Unis

**COVID-19 and the "Lost Year" for Smokers Trying to Quit.** Jaklevic MC. *JAMA*. 2021 May 18;325(19):1929-1930. doi: 10.1001/jama.2021.5601.

Un peu sur le même modèle que le mois sans tabac en France, le CDC américain s'adresse chaque année vers la mi-mars aux patients qui présentent des pathologies graves, voire potentiellement mortelles, en lien avec la consommation de tabac, en leur proposant l'accès à des programmes nationaux gratuits de sevrage par le biais d'un numéro vert : 1 (800) QUIT-NOW. L'idée est de faire entrer un maximum de patients dans les campagnes gratuites - par suivi psychologique et accès aux substituts nicotiniques - à cette période de l'année, afin de leur permettre d'arriver sevrés à l'été. En 2020, à la suite des mesures de confinement prises aux Etats-Unis le 23 mars, la diffusion des différents moyens de sensibilisation au risque de la consommation de tabac dans le contexte pandémique n'a pas porté les fruits escomptés.

Alors même que la campagne était clairement axée sur le risque COVID chez les fumeurs – par le recours à des témoignages émotionnellement forts –, le nombre des appels a été très faible dès les premières semaines, cette tendance se confirmant au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie. Comparé à 2019, le nombre global des appels en avril-mai-Juin 2020 a baissé de 39 % par rapport à la période de référence en 2019. Jamais dans les mois qui ont suivi, le nombre d'appels n'est revenu à son niveau précédent : 525 609 personnes ont contacté le numéro vert en 2020, soit une baisse de 27 % par rapport à 2019. Ce chiffre est le plus bas enregistré depuis 2007.

Outre la baisse des demandes de sevrage, Mary Jaklevic insiste aussi sur le retour à la hausse des ventes de tabac alors que, depuis 2015, on assistait à une baisse annuelle moyenne de 4 à 5 % du volume vendu. Cette augmentation se monte à plus 1 % pendant les 10 premiers mois de 2020.

Les raisons qui pourraient expliquer la tendance à la baisse des tentatives de sevrage sont connues. En premier lieu et sans surprise, aux Etats-Unis comme dans le monde entier, le mythe de la protection des fumeurs contre l'infection a trouvé un écho. Cependant, Mary Jaklevic estime que c'est plutôt la possibilité d'échapper au stress, aux crispations sociales, à l'isolement et aux tensions inter-ethniques qui ont précédé la pandémie qui pourrait avoir joué un rôle. Elle ajoute que le confinement et les annulations de rendez-vous de suivi médical ont aussi été décisifs puisque les médecins n'ont pas pu, contrairement à l'habitude, proposer d'intégrer des programmes de sevrage gratuits ou prescrire des substituts nicotiniques. L'auteur met aussi en avant les inégalités face à la maladie puisque les populations les plus vulnérables sont aussi celles qui consomment le plus de tabac : obèses, personnes d'origine afro-américaine, Indiens et natifs d'Alaska, patients psychiatriques, personnes à revenu bas ou appartenant à des minorités sexuelles (gays, lesbiennes, bisexuels ou transgenres).

Mary Jalkevic ajoute que le tabagisme est devenu aux Etats-Unis une question de justice sociale, les plus pauvres étant désormais les plus grands consommateurs de tabac. En 2019, 45 % des personnes qui avaient contacté le numéro vert du sevrage étaient des patients psychiatriques et 52 % étaient soit dépourvus de couverture sociale soit affiliés à l'assurance santé des plus âgés (Medicare). D'où la proposition de Jaklevic de coupler la prescription d'antipsychotiques et de produits de sevrage des drogues dures à une proposition systématique d'aide à l'arrêt de tabac, et ce alors même que les patients psychiatriques ne sont pas censés, selon un préjugé tenace, être pris en charge pour plus d'une pathologie à la fois. Enfin, l'universitaire n'hésite pas à affirmer que chez ces patients, comme chez les plus pauvres, le couplage de plusieurs médicaments sur des durées prolongées est efficace (8 à 12 semaines dès la prescription initiale), particulièrement s'il est associé à un dispositif de support social et psychologique fonctionnel.

L'échec de la campagne nationale n'était pas une fatalité. En effet, la période qui a précédé la première et la deuxième vague de COVID était particulièrement adaptée au développement de nouvelles approches de sensibilisation des patients.

## Confinement : le retour à un monopole des buralistes pour les ventes de tabac

Réflexion sur les achats hors réseau à partir de l'observation du marché du tabac et des substituts nicotiniques durant le premier confinement en France. Marc-Antoine Douchet. *BEH* mai 2021.

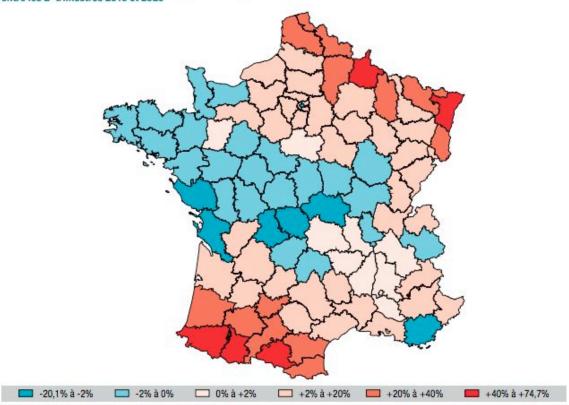
Le confinement est la situation la plus atypique qui soit. Ses conséquences ont donc d'emblée suscité des questionnements sur l'évolution de l'offre des produits du tabac (disponibilité à l'achat, modalités d'approvisionnement...) et de la demande (niveaux et pratiques de consommations). Les usages sont restés relativement stables durant la période du premier confinement : selon Santé publique France, la majorité des fumeurs n'a pas modifié sa consommation, même si une évolution défavorable a été observée pour environ un quart d'entre eux. L'offre a en revanche connu des adaptations substantielles. L'activité des buralistes a pu être maintenue par les arrêtés des 14 et 17 mars 2020, qui reconnaissaient le tabac comme produit « de première nécessité ». Elle a également bénéficié d'un appui privé puisqu'en France, comme au niveau européen, les principaux fabricants de tabac ont pris en charge une partie des coûts liés à la mise en place de protections sanitaires dans les espaces de ventes.

Dans le même temps, les achats réalisés habituellement en dehors du réseau (à l'étranger principalement ou sur le marché illicite) ont été contrariés par la fermeture des frontières terrestres des pays limitrophes à la France continentale. La limitation du trafic aérien, en freinant le recours aux *duty free* et les mesures de restriction des déplacements dans l'espace public contrariant le marché illégal jusqu'au 11 mai, ont aussi joué un rôle. Habituellement, ces canaux d'approvisionnement ne sont pas observés de façon régulière, hormis par les industriels du tabac. Quelques estimations ponctuelles ont néanmoins été réalisées par des organismes publics : selon les exploitations des enquêtes Baromètres de Santé publique France de 2014, 2017 et 2018, 78% des fumeurs de cigarettes ont acheté leur dernier paquet dans le réseau des buralistes en 2018 et 16,4% dans un État frontalier. De manière plus large, 44% ont effectué au moins un achat de paquet de cigarettes à l'étranger dans l'année.

Les bureaux de tabac ont donc bénéficié d'une **situation de monopole réel** au cours du confinement du printemps 2020. Cette expérience inédite permet de formuler l'hypothèse selon laquelle d'éventuelles variations de volumes de ventes dans leur activité témoigneraient d'une modification contrainte des comportements d'achats durant cette période. Les différences constatées liées au confinement révéleraient ainsi la place prise en temps normal par des modes d'approvisionnement difficilement mesurables (à l'étranger, sur le marché de contrebande), mais plus attractifs, financièrement en particulier, aux yeux des fumeurs.

Figure 1

Variation des ventes de tabac (en %, à jours constants) par département de France continentale entre les 2° trimestres 2019 et 2020



Source : Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI). Ventes dans les départements de France continentale, à jours constants.

Lors du deuxième trimestre 2020, les ventes de tabac ont augmenté de 5,5% à jours constants dans l'ensemble de la France continentale. Cette évolution trimestrielle est à rebours de la forte baisse continue des volumes de ventes de 2018 (-9,1%), de 2019 (-6,6%) et, dans une moindre mesure, de 2020 (-1,3%). La hausse a été davantage marquée dans les **départements frontaliers** (21,9% contre 2,4% dans les départements nonfrontaliers) et elle s'est concentrée sur le **tabac à rouler** avec 26,7% contre 0,8% pour les cigarettes (qui représentaient respectivement 19,4% et 76,8% du volume total de tabac vendu). Des variations de plus de 40% ont été constatées dans cinq départements. La plus importante est de 74,7% dans l'Ariège. S'agissant du détail mensuel, les hausses les plus importantes à jours constants ont eu lieu lors des mois d'avril (26%) et mai (31%) dans les départements frontaliers. Les variations n'y ont de nouveau été négatives qu'à partir de juillet, faisant suite à la progressive réouverture des frontières en juin et laissant présumer une reprise des habitudes d'approvisionnement.

S'agissant du marché illicite, la fermeture des frontières a grandement limité les capacités d'approvisionnement et d'acheminement du tabac de contrebande, faisant chuter l'activité des douanes. Seules 861 saisies, représentant 28 tonnes de tabac, ont ainsi été réalisées pendant les semaines 12 à 19, contre 1 748 saisies - 38 tonnes - durant la même période de l'année 2019.

Jusqu'au début des années 2000, les ventes de cigarettes étaient un bon indicateur de la consommation de tabac en France. Le développement d'un marché parallèle à celui des buralistes a modifié cette situation. Cette évolution est concomitante à la politique de hausse de la fiscalité, qui demeure néanmoins « l'arme privilégiée de la lutte antitabac » préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ses effets sur la baisse de la consommation, dans tous les États qui y ont recours étant particulièrement significative. Si l'on observe ainsi la variation du volume de ventes de cigarettes au regard du prix annuel moyen du paquet de la marque la plus vendue en France continentale, on constate que l'augmentation du niveau de taxation des produits du tabac de 2003-2004 dans le cadre du premier Plan cancer est corrélée à une chute de presque un tiers des volumes de ventes entre 2002 et 2004. Il en va de même lors de chaque hausse des tarifs survenue dans le cadre du plan triennal d'augmentation des prix, initié en 2017, par lequel la marque du paquet le plus vendu a atteint 10 € en mars 2020.

L'accès à des cigarettes vendues dans d'autres pays européens (en particulier à l'Est) où les taxes sont moins importantes va à l'encontre des mesures d'augmentation des prix prises en France.

Cette question sera sans doute l'un des éléments de réflexion des politiques publiques en 2021, notamment pour la Commission européenne, qui devrait préparer un projet de révision des taxes sur le tabac. En France, les résultats des différents axes de travail de la mission parlementaire relative à « l'évolution de la consommation de tabac et du rendement de la fiscalité applicable aux produits du tabac pendant le confinement et aux enseignements pouvant en être tirés » seront également à observer, au même titre que le rattrapage de la fiscalité en Corse par rapport à la France continentale.

 Toxicité cardio-vasculaire de la vape : moins que la cigarette, mais plus que le sevrage

Association of Cigarette and Electronic Cigarette Use Patterns With Levels of Infammatory and Oxidative Stress Biomarkers Among US Adults. Population Assessment of Tobacco and Health Study. Stokes A, Xie W, Wilson A. Circulation. 2020;143:00–00. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.051551

Alors que les personnes utilisant la vape (le plus souvent avec dispensation de nicotine) sont de plus en plus nombreuses dans le monde, il est possible de s'interroger sur son effet sur les biomarqueurs de l'inflammation et du stress oxydatif. En effet, alors que la vape est désormais conseillée pour le sevrage par de nombreux tabacologues, expose- t'elle à un risque cardio-vasculaire chez l'adulte ? Si c'est le cas, il est important de le quantifier à la fois par rapport à l'utilisation de la cigarette traditionnelle mais aussi au sevrage complet de tout produit du tabac.

La toxicité cardiovasculaire de la vape est encore mal connue car peu étudiée. Les données de population sont rares. C'est pour cette raison que Andrew Stokes et coll. ont décidé de comparer l'effet sur ces marqueurs de la cigarette traditionnelle et de la vape. L'inflammation et le stress oxydatif sont des facteurs clés des maladies cardiovasculaires induites par le tabagisme ; de ce fait, les biomarqueurs associés à ces phénomènes sont considérés comme des facteurs prédictifs des événements cardiovasculaires.

Pour évaluer l'exposition à la vape, les auteurs ont classé les participants en quatre catégories en fonction de leur consommation de cigarettes ou vape au cours des 30 derniers jours : non-usage, vape exclusive, cigarette exclusive, vapo-fumeurs. Différents marqueurs d'inflammation (protéine C-réactive à haute sensibilité, interleukine-6, fibrinogène, molécule d'adhésion intercellulaire soluble) et de stress oxydatif (8-isoprostane urinaire) ont été analysés.

Parmi les 7 130 participants, 58,6 % n'utilisaient ni la cigarette ni la vape, 1,9 % recouraient à la vape de manière exclusive, 29,6 % fumaient exclusivement et 9,9 % étaient des vapo-fumeurs. Dans les modèles multivariés, aucune différence dans la concentration des biomarqueurs du stress inflammatoire ou oxydatif n'a été constatée entre les participants qui vapotaient et les non-utilisateurs. Les fumeurs exclusifs et les vapo-fumeurs présentaient des niveaux plus élevés pour tous les biomarqueurs par rapport aux non-utilisateurs. Par comparaison avec les fumeurs exclusifs, les vapoteurs exclusifs présentaient des niveaux significativement plus faibles de la quasi-totalité des biomarqueurs de stress oxydatif et inflammatoire, à l'exception de la C-réactive protéine ultra-sensible (ratio moyen 0,91 [IC 95 %, 0,79-1,07]). Aucune différence des valeurs étudiées n'a été observée entre les vapo-fumeurs et les fumeurs exclusifs.

Table. Associations of Smoking and e-Cigarette Use With Cardiovascular Biomarkers Among Adult Respondents in the PATH Study Wave 1, 2013 to 2014

	Compared with no	nuse			Compared with exclusive smoking			
Indicators	Nonuse (n=2191, 58.6%)	Exclusive e-cigarette use (n=261, 1.9%)	Exclusive smoking (n=3261, 29.6%)	Dual use n=1417, 9.9%)	Exclusive e-cigarette use	Dual use		
hsCRP (n=7130)								
Adjusted geometric mean†	1.4 (1.2–1.5)	1.5 (1.3–1.8)	1.7 (1.6–1.8)	1.7 (1.5–1.8)				
Age-, sex-, race/ ethnicity-adjusted GMR (95% CI)‡	Ref.	1.15 (0.95–1.39)	1.26 (1.11–1.41)*	1.26 (1.11–1.44)*	0.92 (0.71–0.90)*	1.00 (0.90–1.12		
Multivariable-adjusted GMR (95% CI)§	Ref.	1.08 (0.92–1.27)	1.19 (1.06–1.33)*	1.17 (1.03–1.32)*	0.91 (0.79–1.07)	0.99 (0.89–1.09		
IL-6 (n=6915)								
Adjusted geometric mean†	1.4 (1.3–1.4)	1.4 (1.3–1.6)	1.6 (1.6–1.7)	1.6 (1.5–1.7)				
Age-, sex-, race/ ethnicity-adjusted GMR (95% CI)‡	Ref.	1.10 (0.98–1.24)	1.28 (1.20–1.37)*	1.24 (1.16–1.33)*	0.86 (0.73-0.83)*	0.97 (0.91–1.03)		
Multivariable-adjusted GMR (95% CI)§	Ref.	1.00 (0.89–1.12)	1.15 (1.07–1.23)*	1.11 (1.03–1.19)*	0.87 (0.78-0.98)*	0.97 (0.91–1.03)		
sICAM (n=7021)								
Adjusted geometric mean†	211.3 (205.7–216.9)	231.0 (218.9–243.2)	268.0 (260.5–275.3)	261.3 (253.2–269.3)				
Age-, sex-, race/ ethnicity-adjusted GMR (95% CI)‡	Ref.	1.10 (1.04–1.16)*	1.29 (1.24–1.34)*	1.25 (1.21–1.30)*	0.85 (0.75-0.81)*	0.97 (0.94–1.01)		
Multivariable-adjusted GMR (95% CI)§	Ref.	1.05 (0.99–1.11)	1.19 (1.15–1.24)*	1.16 (1.11–1.22)*	0.88 (0.83-0.93)*	0.98 (0.94–1.01)		
Fibrinogen (n=6877)								
Adjusted geometric mean†	311.7 (306.2–317.1)	315.6 (304.7–326.6)	331.2 (325.9–336.5)	327.2 (319.6–334.8)				
Age-, sex-, race/ ethnicity-adjusted GMR (95% CI)‡	Ref.	1.01 (0.97–1.05)	1.06 (1.03–1.08)*	1.04 (1.01–1.07)*	0.95 (0.92-0.97)*	0.99 (0.96–1.01)		
Multivariable-adjusted GMR (95% CI)§	Ref.	1.00 (0.96–1.04)	1.04 (1.02–1.06)*	1.03 (1.00–1.06)*	0.96 (0.92-0.99)*	0.99 (0.96–1.01)		
Urinary 8-isoprostane (n=70	076)							
Adjusted geometric mean†	401.0 (380.2-421.4)	418.2 (366.4–470.0)	514.9 (489.1–540.7)	519.2 (485.6–552.8)				
Age-, sex-, race/ ethnicity-adjusted GMR (95% CI)‡	Ref.	1.11 (0.97–1.26)	1.41 (1.31–1.51)*	1.41 (1.31–1.53)*	0.78 (0.66–0.76)*	1.00 (0.93–1.08)		
Multivariable-adjusted	Ref.	1.02 (0.89–1.17)	1.24 (1.15–1.34)*	1.26 (1.15–1.37)*	0.82 (0.72-0.93)*	1.01 (0.94–1.08)		

Association entre les marqueurs de l'inflammation et du stress oxydatif et l'utilisation de la vape ou de la cigarette traditionnelle.

## <u>Tabac et obésité : deux facteurs de risque modifiables de deuxième</u> angioplastie

Prevalence of coronary risk factors in contemporary practice among patients undergoing their first percutaneous coronary intervention: Implications for primary prevention. Gurm Z, Seth M, Daher E, Pielsticker E, Qureshi MI, Zainea M, et al. PLoS ONE 16(6): e0250801. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250801

Depuis 20 ans, des progrès ont été réalisés dans la prévention des maladies cardio-vasculaires en luttant contre les facteurs de risque modifiables identifiés : tabac, hypertension, dyslipidémie, obésité, diabète ... Mais en dépit de ces actions de prévention primaire, des millions de personnes sont traitées chaque année dans le monde par angioplastie en raison de pathologies coronariennes. Une prévention secondaire est nécessaire pour ces patients après le premier geste d'angioplastie coronaire, geste qui rend nécessaire une meilleure connaissance des facteurs de risques à cibler.

L'étude mise en place dans le Michigan par Gurm Z et coll. a pris en compte 38 930 femmes et 69 571 hommes sans antécédents coronariens et ayant bénéficié d'une angioplastie.

Le profil des facteurs de risque et les caractéristiques de base des hommes et des femmes ont été analysés. Chez les hommes, les facteurs de risque les plus courants étaient l'hypertension (71,9 %) et la dyslipidémie (65,1 %), suivis par l'obésité (44,9 %), le tabagisme actuel/récent (34,5 %) et le diabète (27,8 %). Chez les femmes, l'hypertension était présente chez 80,7 %, la dyslipidémie chez 68,9 %, l'obésité chez 48 %, le diabète chez 35,5 % et 31 % avaient des antécédents de tabagisme actuel/récent. Près de la moitié des patients présentait 3 facteurs de risque ou plus (55,2 % des femmes et 48,7 % des hommes), tandis que seuls 4,5 % des patients ne présentaient aucun des facteurs de risque traditionnels documentés (3,4 % des femmes et 5,1 % des hommes). Le nombre moyen de facteurs de risque était de 2,51 (2,64 pour les femmes et 2,44 pour les hommes).

Table 1. Risk factor profile and baseline characteristics by age and gender.

	To	otal	≤ 45	years	46-55	years	56-65	years	66-75	years	> 75 years	
	women	men	women	men	women	men	women	men	women	men	women	men
N:	38,930	69,571	2,095	5,614	5,830	15,286	10,044	23,011	10,657	16,254	10,304	9,406
% of total (by gender)			5.38%	8.07%	14.98%	21.97%	25.80%	33.08%	27.37%	23.36%	26.47%	13.52%
Individual CAD Risk Factors N(%)												
Current Smoking	12,050	23,978	1,383	3,488	3,565	8,017	4,128	8,456	2,269	3,229	705	788
	(31.0%)	(34.5%)	(66.0%)	(62.1%)	(61.1%)	(52.4%)	(41.1%)	(36.7%)	(21.3%)	(19.9%)	(6.8%)	(8.4%)
Hypertension	31,403	50,020	1,305	3,169	4,080	9,755	7,840	16,369	9,008	12,859	9,170	7,868
	(80.7%)	(71.9%)	(62.3%)	(56.4%)	(70.0%)	(63.8%)	(78.1%)	(71.1%)	(84.5%)	(79.1%)	(89.0%)	(83.6%)
Hyperlipidemia	26,840	45,264	989	2,816	3,563	9,046	6,853	15,099	7,956	11,706	7,479	6,597
	(68.9%)	(65.1%)	(47.2%)	(50.2%)	(61.1%)	(59.2%)	(68.2%)	(65.6%)	(74.7%)	(72.0%)	(72.6%)	(70.1%)
Diabetes	13,837	19,334	751	1,150	1,951	3,623	3,767	6,432	4,154	5,297	3,214	2,832
	(35.5%)	(27.8%)	(35.8%)	(20.5%)	(33.5%)	(23.7%)	(37.5%)	(28.0%)	(39.0%)	(32.6%)	(31.2%)	(30.1%)
Obesity	18,687	31,210	1,306	3,197	3,236	7,713	5,463	10,800	5,308	6,929	3,374	2,571
	(48.0%)	(44.9%)	(62.3%)	(56.9%)	(55.5%)	(50.5%)	(54.4%)	(46.9%)	(49.8%)	(42.6%)	(32.7%)	(27.3%)
No. of Risk Factors												
0	1,332 (3.4%)	3,555 (5.1%)	84 (4.0%)	226 (4.0%)	172 (3.0%)	670 (4.4%)	337 (3.4%)	1,199 (5.2%)	348 (3.3%)	857 (5.3%)	391 (3.8%)	603 (6.4%)
1	5,249	12,126	308	1,131	778	2,911	1,215	3,909	1,243	2,483	1,705	1,692
	(13.5%)	(17.4%)	(14.7%)	(20.1%)	(13.3%)	(19.0%)	(12.1%)	(17.0%)	(11.7%)	(15.3%)	(16.5%)	(18.0%)
2	10,815	19,924	516	1,550	1,358	3,994	2,321	6,214	2,823	4,696	3,797	3,470
	(27.8%)	(28.6%)	(24.6%)	(27.6%)	(23.3%)	(26.1%)	(23.1%)	(27.0%)	(26.5%)	(28.9%)	(36.8%)	(36.9%)
3	11,735	20,138	533	1,481	1,656	4,307	3,071	6,721	3,433	5,035	3,042	2,594
	(30.1%)	(28.9%)	(25.4%)	(26.4%)	(28.4%)	(28.2%)	(30.6%)	(29.2%)	(32.2%)	(31.0%)	(29.5%)	(27.6%)
4	8,262	11,722	475	984	1,397	2,686	2,519	4,184	2,543	2,875	1,328	993
	(21.2%)	(16.8%)	(22.7%)	(17.5%)	(24.0%)	(17.6%)	(25.1%)	(18.2%)	(23.9%)	(17.7%)	(12.9%)	(10.6%)
5	1,537 (3.9%)	2,106 (3.0%)	179 (8.5%)	242 (4.3%)	469 (8.0%)	718 (4.7%)	581 (5.8%)	784 (3.4%)	267 (2.5%)	308 (1.9%)	41 (.4%)	54 (.6%)

Profil de risque selon l'âge et le sexe

Le tabagisme et l'obésité étaient plus fréquemment retrouvés chez les jeunes patients. Parmi les patients âgés de 45 ans, 66,0 % des femmes et 62,1 % des hommes avaient des antécédents de tabagisme actuel/récent. Avec l'augmentation de l'âge, la prévalence du tabagisme a diminué pour atteindre 61,1% chez les femmes et 52,4% chez les hommes âgés de 46 à 55 ans, 41,1% chez les femmes et 36,7% chez les hommes âgés de 56 à 65 ans, 21,3% chez les femmes et 19,9% chez les hommes âgés de 66 à 75 ans ; elle n'était en outre présente que chez 6,8% des femmes et 8,4% des hommes âgés de plus de 75 ans. De même, l'obésité était prévalente chez 62,3 % des femmes et 56,9 % des hommes âgés de 45 ans, alors qu'elle était présente chez 32,7 % des femmes et 27,3 % des hommes âgés de plus de 75 ans. À l'inverse, la prévalence de l'hypertension était plus élevée chez les femmes et les hommes de plus de 75 ans (89,0 % et 83,6 %) que chez les patients de 45 ans (62,3 % et 56,4 %).

	To	tal	≤ 45	≤ 45 years		years	56-65	5 years	66-75	years	> 75	years
	women	men	women	men	women	men	women	men	women	men	women	men
Diabetes Mellitus	13,837 (35.5%)	19,334 (27.8%)	751 (35.8%)	1,150 (20.5%)	1,951 (33.5%)	3,623 (23.7%)	3,767 (37.5%)	6,432 (28.0%)	4,154 (39.0%)	5,297 (32.6%)	3,214 (31.2%)	2,832 (30.1%)
CAD Presentation												
Asymptomatic, no angina	1,155 (3.0%)	2,475 (3.6%)	25 (1.2%)	64 (1.1%)	92 (1.6%)	315 (2.1%)	258 (2.6%)	773 (3.4%)	389 (3.7%)	831 (5.1%)	391 (3.8%)	492 (5.2%)
Symptom unlikely to be ischemic	1,162 (3.0%)	1,952 (2.8%)	17 (0.8%)	43 (0.8%)	105 (1.8%)	251 (1.6%)	246 (2.4%)	584 (2.5%)	388 (3.6%)	628 (3.9%)	406 (3.9%)	446 (4.7%)
Stable angina	3,752 (9.6%)	6,415 (9.2%)	73 (3.5%)	216 (3.8%)	398 (6.8%)	953 (6.2%)	984 (9.8%)	2,169 (9.4%)	1,331 (12.5%)	1,979 (12.2%)	966 (9.4%)	1,098 (11.7%)
Unstable angina	12,936 (33.2%)	21,169 (30.4%)	453 (21.6%)	1,132 (20.2%)	1,792 (30.7%)	4,150 (27.1%)	3,502 (34.9%)	7,233 (31.4%)	3,910 (36.7%)	5,616 (34.6%)	3,279 (31.8%)	3,038 (32.3%)
Non-STEMI	10,977 (28.2%)	18,126 (26.1%)	770 (36.8%)	1,820 (32.4%)	1,816 (31.1%)	4,321 (28.3%)	2,666 (26.5%)	5,745 (25.0%)	2,686 (25.2%)	3,725 (22.9%)	3,039 (29.5%)	2,515 (26.7%)
STEMI or equivalent	8,939 (23.0%)	19,423 (27.9%)	757 (36.1%)	2,338 (41.6%)	1,625 (27.9%)	5,295 (34.6%)	2,387 (23.8%)	6,503 (28.3%)	1,952 (18.3%)	3,470 (21.3%)	2,218 (21.5%)	1,817 (19.3%)

Incidence des STEMI et non-STEMI selon l'âge et le sexe

La prévalence plus élevée de tabagisme actuel ou passé était majorée chez les patients victimes d'un infarctus aigu du myocarde - qu'il s'agisse d'un STEMI ou d'un non-STEMI - par rapport aux patients ne souffrant pas d'infarctus.

Table 2. Prevalence of risk factors by age and gender among patients who underwent percutaneous coronary intervention for the treatment of acute myocardia	d
infarction and non-acute myocardial infarction presentations.	

	≤ 45 years		46-55 years		56-65 years		66-75 years		> 75 years	
	Women	Men								
N:	1,534	4,184	3,464	9,687	5,083	12,338	4,667	7,249	5,287	4,361
Individual Risk Fact	ors									
Current/Recent Smoking	1,084 (70.7%)	2,798 (66.9%)	2,369 (68.4%)	5,635 (58.2%)	2,532 (49.8%)	5,340 (43.3%)	1,301 (27.9%)	1,765 (24.3%)	423 (8.0%)	431 (9.9%)
Hypertension	866 (56.5%)	2,151 (51.4%)	2,182 (63.0%)	5,476 (56.5%)	3,631 (71.4%)	7,694 (62.4%)	3,656 (78.3%)	5,219 (72.0%)	4,564 (86.3%)	3,387 (77.7%)
Hyperlipidemia	619 (40.4%)	1,827 (43.7%)	1,799 (51.9%)	4,868 (50.3%)	2,928 (57.6%)	6,753 (54.7%)	3,057 (65.5%)	4,448 (61.4%)	3,449 (65.2%)	2,687 (61.6%)
Diabetes	478 (31.2%)	698 (16.7%)	958 (27.7%)	1,884 (19.4%)	1,652 (32.5%)	2,826 (22.9%)	1,667 (35.7%)	2,074 (28.6%)	1,599 (30.2%)	1,227 (28.1%)
Obesity	919 (59.9%)	2,304 (55.1%)	1,850 (53.4%)	4,610 (47.6%)	2,558 (50.3%)	5,277 (42.8%)	2,116 (45.3%)	2,807 (38.7%)	1,521 (28.8%)	1,065 (24.4%)

Prévalence des facteurs de risque selon l'âge

Les patients ne présentant aucun ou un seul facteur de risque ont généralement été pris en charge à un âge plus avancé que ceux soumis à au moins deux facteurs de risque traditionnels. Lorsque le nombre de facteurs de risque augmente de 2 à 5, l'âge moyen au moment de l'angioplastie dans chaque sexe diminue de 68,9 +/-13,2 pour les femmes et 63,0 +/- 12,4 pour les hommes avec 2 facteurs de risque et à 57,2 +/- 9,8 pour les

femmes et 56,6 +/- 9,3 pour les hommes avec 5 facteurs de risque. Bien que les femmes se présentent généralement plus tard que les hommes, l'écart entre l'âge moyen des hommes et celui des femmes se réduit à mesure que le nombre de facteurs de risque augmente, passant de près de 6 ans pour les patients présentant 2 facteurs de risque à moins d'un an pour les patients présentant 5 facteurs de risque.

Comparés aux non-fumeurs ou jamais fumeurs, les patients ayant des antécédents actuels ou récents de tabagisme se sont présentés près d'une décennie plus tôt (56,8 ans contre 66,9 ans, p < 0,0001). Cette association a été observée tant chez les hommes que chez les femmes et pour diverses combinaisons de facteurs de risque. Une tendance similaire a été observée pour l'obésité, les patients obèses se présentant 4,0 ans plus tôt (61,4 ans contre 65,4 ans, p < 0,0001).

Table 3. Average age at the time of presentation among patients with and without individual risk factors.

	Patients without risk factor	Patients with risk factor	P-value	Difference in mean age
Hypertension	59.26 (11.99)	64.97 (12.10)	< 0.001	5.71
Diabetes	63.15 (12.56)	64.42 (11.71)	< 0.001	1.27
Smoker	66.90 (11.83)	56.79 (10.37)	< 0.001	-10.11
Obesity	65.38 (12.60)	61.39 (11.63)	< 0.001	-3.99
Dyslipidemia	61.31 (12.97)	64.67 (11.82)	< 0.001	3.36

Age moyen au moment de la présentation stratifié par les facteurs de risque individuels

Cette étude confirme que le tabagisme actuel ou récent - un facteur de risque potentiellement évitable - continue d'être largement répandu et semble être associé à une apparition prématurée (10 ans en moyenne) de la maladie coronarienne. Cet effet est observé aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Tous les moyens possibles doivent être mis en œuvre pour tenter de réduire le tabagisme après un premier épisode de STEMI ou de non-STEMI. En 2013, il a été estimé qu'une réduction de 10 % du taux de tabagisme (étude menée dans le Michigan) serait associée à une réduction de 3,95 % du nombre total d'angioplasties annuelles

 Les adolescents américains encore confrontés quotidiennement à la promotion du tabac

Tobacco Product Promotions Remain Ubiquitous and Are Associated with Use and Susceptibility to Use Among Adolescents. Fielding-Singh P, Epperson A, Prochaska J. *Nicotine & Tobacco Research*, 2020, 1–5 doi:10.1093/ntr/ntaa136

Chez les adolescents américains, l'utilisation de la cigarette traditionnelle a été marginalisée depuis 15 ans au profit de la vape. Bien que la publicité pour les produits du tabac et de la vape soit strictement encadrée, il semblerait que ces jeunes subissent des sollicitations régulières qui les confortent dans leur utilisation. L'étude de Priya Fielding-Singh et coll. avait pour but de qualifier l'ensemble des sollicitations rencontrées par 1 003 adolescents (15 ans d'âge moyen, 75 % de filles, 50 % de caucasiens, 34 % d'hispaniques, 34 % de personnes vivant avec un fumeur, 20 % avec un vapoteur et 42 % qui ont un ami qui a vapoté au cours des 30 derniers jours).

Les adolescents (13-17 ans) recrutés en ligne en 2019 ont été interrogés de manière anonyme sur leur consommation passée ou récente de tabac (cigarettes et cigares) et de vape à la nicotine. Les personnes n'ayant jamais consommé de tabac ont pour leur part été interrogées sur leur ressenti du vapotage.

34 % des personnes interrogées ont déjà consommé des produits du tabac (cigarette traditionnelle ou vape à la

nicotine) et 20 % en consomment actuellement. Interrogés sur leur consommation de cigarette traditionnelle, 21 % des jeunes disent avoir essayé un jour et 9 % déclarent être fumeurs actifs (en moyenne 11 jours par mois). Lorsqu'on leur pose la question du contact avec des publicités, des images ou des campagnes de promotion des cigarettes traditionnelles, 91 % des jeunes répondent positivement. Ce chiffre se monte à 80 % pour la vape. Une majorité de ces jeunes gens ont déclaré avoir été exposés au sein des points de vente, par les grands médias (télévision et cinéma) et les réseaux sociaux. Dans les modèles ajustés multi-variés, une plus grande exposition aux promotions des produits du tabac était associée de manière significative au tabagisme et au vapotage actuels et passés, et chez les personnes n'ayant jamais fumé, à la potentialité d'un passage au vapotage.

Table 1. Adolescents' (N = 1003) Past 30-Day Exposure to Promotions for Cigarettes and E-Cigarettes

	Cigarettes		E-ciga			
Channel	% Exposed	Intensity mean (SD)	% Exposed	Intensity mean (SD)	p value	
In a movie	68	2.33 (1.09)	32	1.57 (.90)	<.001	
In retail stores	71	2.63 (1.21)	55	2.20 (1.17)	<.001	
On television	62	2.21 (1.11)	44	1.79 (.99)	<.001	
In an online ad	53	2.00 (1.09)	46	1.91 (1.08)	.01	
(banner ad, sponsored post)						
In a social media post by a user	50	1.97 (1.11)	55	2.24 (1.20)	<.001	
(Twitter, Facebook, Instagram, Reddit)				100		
On Youtube	46	1.86 (1.06)	53	2.08 (1.12)	<.001	
In a digital or video game	46	1.88 (1.09)	26	1.51 (.94)	<.001	
In print media (magazine, newspaper)	39	1.71 (1.00)	28	1.52 (.90)	<.001	
In email or text message	18	1.32 (.77)	25	1.48 (.90)	<.001	
On billboards		_	37	1.70 (.99)		
Media Channel Sum Score (no billboards)	91	8.85 (6.41)	79	7.51 (7.14)	<.001	
Media Channel Sum Score (with billboards)	_	-	80	7.97 (7.10)		

Note: Frequency of any exposure and mean (SD) ratings of exposure intensity (1 = none, 2 = 1 time, 3 = 2-3 times, 4 = 4+ times). Possible sum scores ranged from 0 to 27 (cigarettes) and 0 to 30 (vaping products). Paired sample t-tests assessed differences in intensity score means between cigarette and nicotine vaping product promotions. Bold values indicate the product with significantly greater mean exposure in that media channel.

Exposition des adolescents à la promotion des cigarettes traditionnelles et de la vape

Pour les auteurs, les promotions des produits du tabac restent omniprésentes. Elles peuvent significativement être associées au tabagisme des adolescents et à leur propension à fumer. On observe aussi que les proches et la famille ont une influence non négligeable et peuvent constituer des canaux indirects de marketing du tabac. Des restrictions réglementaires plus strictes sur le marketing du tabac auprès des jeunes sont donc pleinement justifiées. Cette étude vient s'ajouter aux preuves de plus en plus nombreuses sur l'omniprésence du marketing du tabac sur les réseaux sociaux et à son influence sur le tabagisme (que les usagers soient confirmés ou débutants).

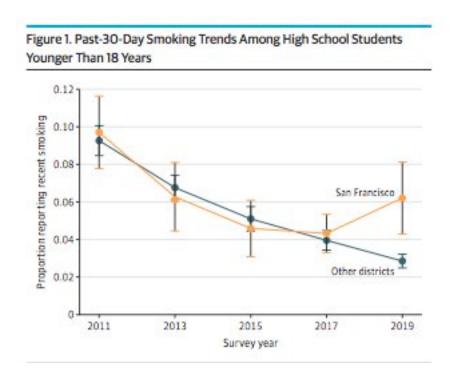
• Bannir les produits du tabac aromatisés et les produits de la vape aromatisés pourrait majorer le recours aux cigarettes traditionnelles

A Difference-in-Differences Analysis of Youth Smoking and a Ban on Sales of Flavored Tobacco Products in San Francisco, California. Friedman A. *JAMA Pediatr.* 2021 May 24;e210922. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.0922.

Les États et villes américaines sont de plus en plus nombreux à interdire la vente de produits du tabac et de la vape aromatisés, porte d'entrée la plus habituelle des jeunes dans le tabagisme, par le biais notamment des cigarettes mentholées et de la vape à goût sucré. Cette mesure est-elle efficace ? L'objectif de l'étude de A. Friedman était d'estimer les conséquences de l'interdiction, à San Francisco, de la vente de produits du tabac aromatisé sur le tabagisme chez les lycéens de moins de 18 ans.

Les données proviennent des enquêtes bisannuelles 2011-2019 du Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) auprès des districts scolaires, la prise en compte étant limitée aux districts pour lesquels des données représentatives sur le tabagisme (avec des taux de réponse ≥60 %) sont disponibles auprès des US Centers for Disease Control and Prevention pour chaque vague : New York City, New York ; Broward County, Floride ; Los Angeles, Californie ; Orange County, Floride ; Palm Beach County, Floride ; Philadelphie, Pennsylvanie ; et San Diego, Californie, ainsi que San Francisco, Californie.

L'ensemble des données a permis d'obtenir un échantillon analytique de 100 695 mineurs, dont 95 843 avaient des données permettant d'évaluer le tabagisme récent : 9225 répondants venaient de San Francisco contre 86 618 d'autres districts. Les moyennes pondérées permettent d'évaluer le taux de tabagisme à 6,2 % (IC 95 %, 5,2 %-7,1 %) et à 5,6 % (IC 95 %, 5,3 %-5,9 %), respectivement.



Consommation de tabac au cours des 30 derniers jours selon les districts

La comparaison des taux de tabagisme récents par vague de réponse aux questionnaires a révélé des tendances similaires à San Francisco et dans les autres districts avant 2018, mais une divergence ultérieure en 2019 : San Francisco, 6,2 % [IC 95 %, 4,2 %-8,2 %] ; autres districts, 2,8 % [IC 95 %, 2,4 %-3,1 %]). Les analyses ont montré que l'interdiction de vente des tabacs aromatisés à San Francisco était associée à une probabilité plus que doublée de fumer pour les lycéens mineurs par rapport aux autres districts (odds ratio ajusté, 2,24 [IC 95 %, 1,42-3,53] ; P = 0,001).

Cette interdiction décidée par la ville de San Francisco pourrait donc être directement reliée à une augmentation du tabagisme observée chez les élèves des lycées locaux par rapport à ceux d'autres districts

scolaires. Quoi que cette politique se soit appliquée à tous les produits du tabac, ses conséquences semblent avoir été plus marquées chez les jeunes usagers qui vapotaient que chez ceux qui fumaient, et cela en raison des taux plus élevés de consommation de tabac aromatisé chez les vapoteurs. Ces résultats préliminaires paraissent confirmer l'hypothèse d'un transfert de la consommation de vape aromatisée vers les cigarettes traditionnelles si on supprime les produits de la vape aromatisés déjà adoptés. En outre, la majoration de l'âge d'accès aux dispositifs de vape semble elle aussi inciter les plus jeunes à consommer des cigarettes traditionnelles.

### **PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES**

Consultez les références des publications des membres de la SFT sur notre site : <a href="http://societe-francophone-de-tabacologie.org/publications1.html">http://societe-francophone-de-tabacologie.org/publications1.html</a>

Et envoyez-nous les vôtres : sft@larbredecomm.fr !

### Dernière publication relayée sur notre site :

• Underner M, Perriot J, Brousse G, de Chazeron I, Schmitt A, Peiffer G, Afshari R, Ebrahimighavam S, Jaafaria N. Cigarette électronique chez les patients fumeurs présentant une pathologie psychotique. Revue de la littérature. L'Encéphale. 2021.

### **INFORMATIONS**

#### FUN MOOC Université de Paris - Tabac : arrêtez comme vous voulez !

Grâce au soutien du Fonds de lutte contre les addictions (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie), la Société Francophone de Tabacologie (SFT) propose la rediffusion du MOOC « Tabac, arrêtez comme vous voulez ! » dans le cadre de Mois sans Tabac 2020, financé par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du programme d'Investissements d'avenir portant la référence ANR-15-IDFN-0003.

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

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

Depuis 2016, de nombreux soignants ont le droit de prescrire des substituts nicotiniques (infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, kinésithérapeutes). Une formation est cependant indispensable pour accompagner le fumeur et réaliser cette prescription dans les conditions optimales. Sept semaines de formation à raison de 2 heures par semaine au maximum à organiser selon vos souhaits sont proposées sur deux plateformes :

1) Pédagogie Numérique en Santé :

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

2) France Université Numérique (FUN) :

https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/tabac-arretez-comme-vous-voulez/

N'hésitez pas à mettre cette formation dans votre programme!

## **CONGRÈS**



## Conférence satellite francophone du 21st Annual SNRT

16 septembre 2021.

En distanciel.

https://smt-e.org/conference/21st-annual-smt-e-conference/programme



### Colloque régional Lieu de santé sans tabac – Nouvelle-Aquitaine

RESPADD, ARS Nouvelle-Aquitaine, COREADD

17 septembre 2021.

Cinéma CGR La Rochelle Les Minimes, La Rochelle.

https://www.espectbarg/abg/2021/06/16/cobqueleudesantesanstateconousdeaquitaine/



#### Journées nationales du GERS-P

16-17 septembre 2021.

En distanciel.

Session SFT.

http://www.congres-gers.fr



## Journée régionale de la Coordination Bretonne de Tabacologie

24 septembre 2021.

Maison des Associations, Rennes.

Partenariat avec le CHU de Rennes et le RESPADD.

https://cbsgcogtcomyforms/ole/IFA/pQJSKcN/3N/zCm/cZAcB49U.5.CgLalpR Ox78/OSN/5 cQs/ievform



### InfoGyn

7-9 octobre 2021

Le Palais Beaumont, Pau.

Sessions SFT.

https://www.infogyn.com/



## Congrès du Collège Français de Pathologie Vasculaire

11-13 octobre 2021.

Maison de la Chimie, Paris.

Session SFT.

https://www.cfpv.fr



### ATHS 2021 - Les Rencontres de Biarritz

19-22 octobre 2021.

Centre de Congrès Le Bellevue, Biarritz.

Session SFT.

www.aths-biarritz.com



#### **CNCF**

21-23 octobre 2021.

Marseille.

Session SFT.

https://cncf.eu



#### 15e Congrès national

de la Société Francophone de Tabacologie Sortir du tabac : une priorité pour tous !

25-26 novembre 2021. Palais des congrès, Reims.

Contact: Mme Maria Ilien, Carte Blanche

7, chemin En Barbaro, 81710 Saïx

Tél.: 33 (0)5 63 72 31 00 maria.ilien@carte-blanche.fr http://www.csft2021.fr



## 13e Congrès français de psychiatrie Connexions

1er-4 décembre 2021.

Le Corum, Montpellier.

Session SFT.

http://www.congresfrancaispsychiatrie.org



# 15e Congrès international d'addictologie de l'Albatros & WADD World Congress

7-9 décembre 2021. Novotel Tour Eiffel, Paris. https://www.congresalbatros.org



#### 12e Rencontre de l'AALT - Tab'Actu

9 décembre 2021.

En présentiel : Institut Louis Mathieu, CHRU de Nancy.

En distanciel.

https://aalt-rencontre.fr

### **OFFRES D'EMPLOI**

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 au Dr Philippe Arvers : p.arvers@wanadoo.fr