

## ● **Combien de personnes ayant essayé de fumer une cigarette deviennent des fumeurs réguliers ?**

**Birge M et al. Nicotine Tob Res. 2017 Nov 4. doi: 10.1093/ntr/ntx243. [Epub ahead of print]**  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29126298>

Le « taux de conversion » des personnes ayant expérimenté la cigarette qui sont devenues ensuite fumeurs réguliers est peu connu. Les auteurs de cet article ont cherché à le déterminer sur la base d'enquêtes réalisées après l'année 2000 dans des pays développés de langue anglaise.

Un échantillon initial de 2776 enquêtes a été trouvé dans la base de données mondiale sur la santé (Global Health Data Exchange), dont 44 ont été retenues après application de certains critères, dont la représentativité, la taille de l'échantillon ou la méthodologie. Finalement, 8 enquêtes ont pu être retenues car elles contenaient les deux questions primordiales sur 1) le fait d'avoir essayé de fumer et 2) le fait d'avoir fumé régulièrement (quotidiennement).

Les enquêtes ont utilisé des échantillons représentatifs de la population générale en utilisant une méthodologie appropriée. Le taux de réponse était de 45% à 88%. Au total 216 314 participants ont été inclus dans l'analyse, parmi lesquels 60,3% (IC 95% 51,3-69,3) avaient essayé de fumer. Parmi eux, 68,9% (IC 95% 60,9-76,9) sont devenus des fumeurs réguliers, au moins temporairement (puisque les enquêtes n'étaient pas longitudinales).

Ces données montrent que plus des 2/3 des personnes ayant essayé de fumer peuvent devenir des fumeurs réguliers. Les auteurs insistent sur la nécessité de faire en sorte de réduire l'expérimentation du tabac chez les adolescents.

## ● **Prévalence de la consommation de Chicha en Europe : analyse des données de l'Eurobaromètre.**

**Filippidis FT et al. Nicotine Tob Res. 2017 Nov 14. doi: 10.1093/ntr/ntx255. [Epub ahead of print]**  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29145647>

Cet article a cherché à évaluer la prévalence d'utilisation de la chicha dans les 28 Etats-membres de l'Union Européenne entre 2009 et 2017, ainsi que les facteurs associés à cette utilisation.

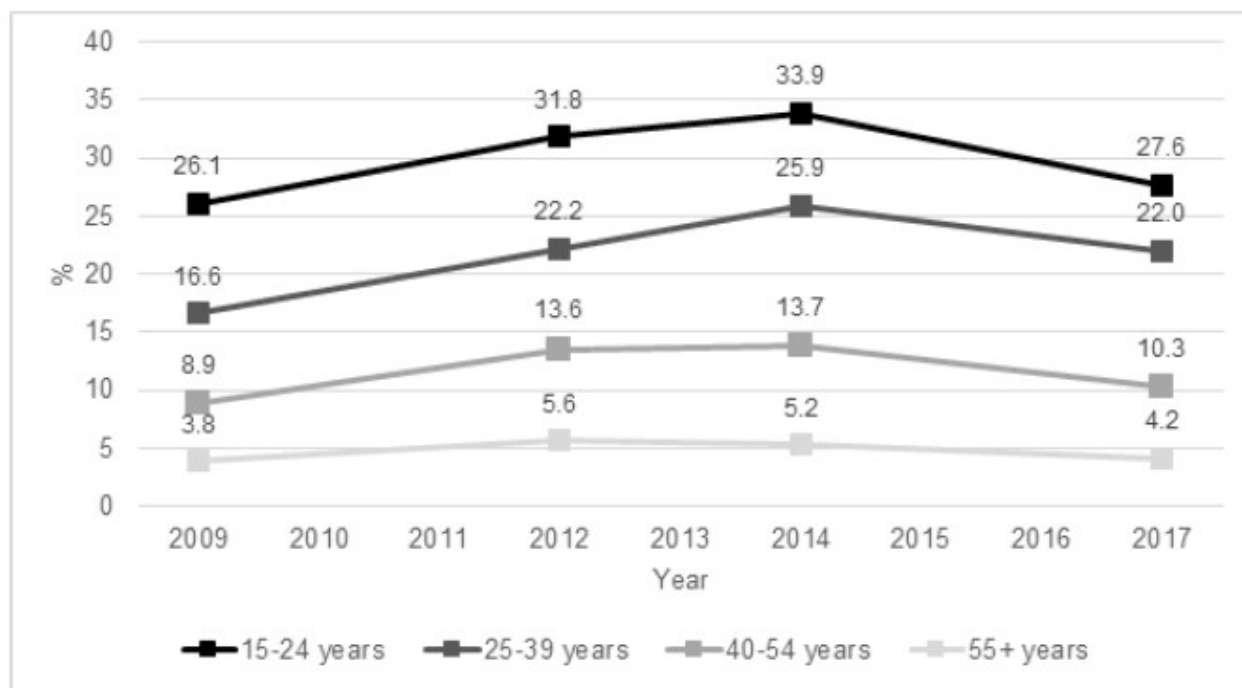
Pour cela les auteurs ont analysé les données de 4 vagues d'enquête de l'Eurobaromètre, qui est basé sur des échantillons représentatifs de la population âgée de 15 ans et plus (n=27 788 en 2009, n=26 751 en 2012, n=27 801 en 2014 et n=27 901 en 2017). La question de l'Eurobaromètre portant sur la chicha demande simplement aux personnes si elles l'ont utilisée au moins une fois. En 2017, la fréquence a aussi été demandée, et les auteurs estiment qu'une utilisation régulière est d'au moins une fois dans le mois (NDLR : une mesure plus fine serait sans doute nécessaire). L'analyse a cherché à montrer l'association entre les facteurs socio-économiques et l'utilisation vie entière ou l'utilisation régulière à l'aide d'une régression logistique à niveaux multiples.

Mis à part dans l'édition de 2017, les questions concernant l'utilisation de la chicha ne tenaient compte que de l'utilisation vie entière (ever use en anglais), sans précision de la fréquence. En conséquence les données n'ont pu être comparées entre les différentes années que sur cette mesure. Les données de 2017, plus précises et prenant en compte la fréquence d'utilisation, ont permis d'isoler les facteurs socio-démographiques associés à l'utilisation.

Dans l'ensemble des 28 Etats-membres l'utilisation vie entière a augmenté entre 2009 et 2014, mais baissé en 2017. Elle était de 11,6% (IC 95% 11,0%-12,3%) en 2009, 15,5% (14,8%-16,2%) en 2012, 16,3% (15,5%-17,0%) en 2014, et de 12,9% (12,2%-13,6%) en 2017.

Les données pour la France étaient de 15,6% (13,3%-17,7%) en 2009, 19,1% (16,7%-21,8%) en 2012, 24,3% (21,3%-27,7%) en 2014, et de 16,4% (13,9%-19,2%) en 2017, donc plus élevées que la moyenne européenne.

La répartition selon les tranches d'âge dans l'ensemble des 28 Etats-membres est présentée dans la figure ci-dessous.



Selon les données de 2017 cependant, l'utilisation régulière (quotidienne + hebdomadaire + mensuelle) est beaucoup plus faible. Dans l'ensemble des 28 Etats-membres elle est de 0,9% (0,7%-1,1%).

L'utilisation régulière est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (OR=1,81 ; IC 95% 1,35-2,44 ; p non donné), plus fréquente dans les 3 tranches d'âge les plus jeunes par rapport aux personnes de 55 ans et plus (OR=20,93 ; 12,61-34,76 ; pour les 18-24 ans par rapport aux 55 ans et plus ; p non donné), plus fréquentes chez les personnes ayant terminé leur éducation à 20 ans ou plus par rapport à ceux ayant arrêté à 15 ans ou moins (OR=2,98 ; 1,35-6,58 ; p non donné), plus fréquente en zone urbaine par rapport aux zones rurales (OR=1,51 ; 1,07-2,12 ; p non donné) et plus fréquente chez les ex-fumeurs (OR=6,15 ; 4,09-9,24 ; p non donné) et les fumeurs (OR=3,99 ; 2,72-5,87 ; p non donné) que chez les non-fumeurs.

La proportion des personnes de moins de 40 ans (n=4911) ayant utilisé la chicha comme premier produit du tabac était de 6,2% (5,1%-7,5%) dans l'ensemble des Etats-membres en 2017, et de 3,3% (1,3%-7,9%) en France.

Dans la discussion les auteurs recommandent d'utiliser des données détaillées (fréquence d'utilisation) pour les prochaines vagues de l'Eurobaromètre.

- **Il y a du menthol dans toutes les cigarettes, même celles dites non mentholées.**

**Ai J et al. Tob Control. 2017 Jun 30. pii:tobaccocontrol-2016-053543. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053543. [Epub ahead of print]**

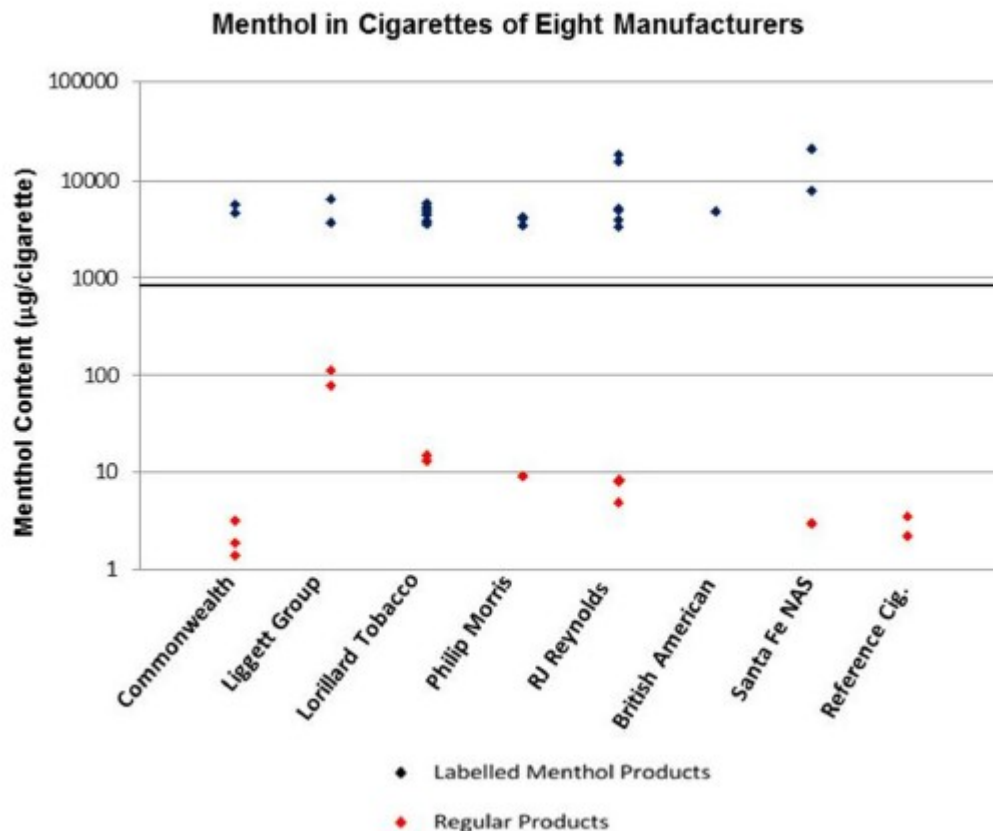
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28667094>

**Ai J et al. Nicotine Tob Res. 2016 Jul;18(7):1575-80.**

Article en libre accès : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4747842/>

Après avoir mesuré les quantités de menthol présents dans 23 types de cigarettes dites mentholées et 22 types de cigarettes non mentholées, dont les résultats ont été publiés l'an dernier dans Nicotine & Tobacco Research (article en libre accès ci-dessus), les mêmes auteurs ont répliqué leur étude, mais en cherchant à savoir si la présence de menthol dans les cigarettes non mentholées était une pratique similaire chez tous les fabricants ou spécifique à certains fabricants.

Les résultats ont été comparés, comme dans l'étude de l'an dernier, aux niveaux de menthol mesurés dans les cigarettes expérimentales (3R4F et 1R5F fabriquées spécialement par l'université du Kentucky pour les chercheurs). Compte tenu du fait qu'il n'y a pas de menthol ajouté dans ces cigarettes expérimentales, les auteurs concluent que les traces de menthol observées proviennent soit du contenu naturel du tabac utilisé (de l'ordre de 0,00023 mg par cigarette), soit de résidus de fabrication des cigarettes mentholées, puisque les cigarettes non mentholées sont fabriquées au même endroit que les mentholées. Ceci permet d'expliquer les niveaux mesurés pour 3 cigarettes du groupe Commonwealth (à gauche sur le graphique ci-dessous), ainsi que celle fabriquée par le groupe Santa Fe NAS, mais pas les niveaux mesurés dans les cigarettes des 4 autres fabricants.



*Concentrations en menthol dans les cigarettes produites par 8 fabricants. Chaque point représente la moyenne de 7 échantillons. Le niveau perceptible de menthol est d'environ 1 mg/g et est indiqué par la ligne noire sur le graphique. Les cigarettes dites mentholées sont en bleu et les cigarettes non mentholées en orange sur le graphique.*

Les auteurs remarquent que chez un même fabricant la concentration de menthol mesurée dans des marques de cigarettes différentes (chaque point ci-dessus correspond à une marque du fabricant) est relativement proche, et que globalement, il n'y a pas beaucoup de différences entre fabricants pour les cigarettes dites mentholées. Par contre, il y a de grandes différences entre fabricants concernant les cigarettes non mentholées (ex : les 2 marques de cigarettes non mentholées du groupe Liggett ont des concentrations en menthol beaucoup plus élevées que celles de Lorillard, Philip Morris ou RJ Reynolds).

Ils notent aussi que pour les cigarettes mentholées, la concentration de menthol est très largement supérieure à la limite de perception de l'arôme mentholé. Les auteurs n'avancent aucune hypothèse concernant le rôle que pourrait jouer le menthol chez les fumeurs.

## ● Relation entre vapotage, tentatives d'arrêt et arrêt du tabac aux Etats-Unis en 2014-2015.

*Levy DT et al. Nicotine Tob Res. 2017 Aug 31. doi:10.1093/ntr/ntx166. [Epub ahead of print]*  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29059341>

Cette étude a examiné le rôle des produits du vapotage dans les tentatives d'arrêt du tabac et l'abstinence de 3 mois en utilisant les données d'une récente enquête représentative de la population américaine (Tobacco Use Supplement-Curent Population Survey, TUS-CPS de 2014-2015), ainsi que les données concernant les politiques de contrôle du tabac des différents Etats américains.

Les analyses ont permis d'estimer les tentatives d'arrêt parmi ceux qui fumaient un an auparavant et qui ont maintenu une abstinence d'au moins 3 mois. Les données démographiques, le niveau de contrôle du tabac et la fréquence d'utilisation des produits du vapotage (juste essayé, utilisation pendant 1, 5, 20 ou 30 jours au cours du mois écoulé) ont été utilisés dans les analyses comme facteurs pronostiques.

Au total, les données de 162 079 personnes ayant fumé au moins 100 cigarettes dans leur vie et qui étaient soit encore fumeurs, soit qui avaient arrêté, ont été analysées. Parmi eux, 21 226 personnes ont déclaré qu'elles fumaient régulièrement ou occasionnellement 1 an auparavant et 3 212 personnes qu'elles avaient arrêté au cours de l'année écoulée (échantillon total de 24 438 personnes). Parmi ceux qui fumaient 1 an auparavant, ceux qui avaient déclaré avoir fumé 12 jours ou moins dans le mois écoulé ont été questionnés afin de savoir s'ils avaient fait une tentative d'arrêt au cours de l'année écoulée. Si cela était le cas, ils ont été considérés comme ayant fait une tentative d'arrêt. Ceux qui avaient fumé plus de 12 jours dans le mois ont été questionnés afin de savoir s'ils avaient arrêté de fumer au moins un jour dans le mois parce qu'ils avaient essayé d'arrêter de fumer. Les personnes ayant répondu « oui » étaient aussi considérées comme ayant fait une tentative d'arrêt. Les personnes qui ne fumaient pas au moment de l'enquête mais qui ont déclaré fumer un an auparavant, ainsi que les ex-fumeurs plus anciens ont été questionnés pour savoir depuis combien de temps ils ne fumaient plus. Le succès du sevrage a été validé pour ceux qui avaient arrêté au moins 3 mois, car selon les données de la littérature, environ 65% des personnes faisant une tentative d'arrêt rechutent dans les 3 mois. L'échantillon final analysé, après avoir éliminé certaines personnes (ceux ayant arrêté au cours de l'année, mais qui ne fumaient pas 1 an avant, etc...) était de 23 633.

Des différences significatives ( $p < 0,001$ ) ont été observées sur les tentatives d'arrêt selon l'utilisation ou non de produits du vapotage, soit 39,5% chez ceux n'en ayant pas utilisé, 54,2% chez ceux l'ayant utilisé mais ne l'utilisant plus, 51,3% chez ceux l'ayant utilisé entre 1 et 4 jours dans le mois écoulé, 61,1% pour 5 à 9 jours, 61,4% pour 10 à 14 jours, 72,9% pour 15 à 19 jours, 72,5% pour 20 à 24 jours et 79,4% pour au moins 25 jours d'utilisation.

Des différences significatives ( $p < 0,001$ ) ont été observées sur le succès de l'arrêt selon l'utilisation ou non de produits du vapotage, soit 16,9% chez ceux n'en ayant pas utilisé, 13,9% chez ceux l'ayant utilisé mais ne l'utilisant plus, 5,2% chez ceux l'ayant utilisé entre 1 et 4 jours dans le mois écoulé, 4,6% pour 5 à 9 jours, 6,6% pour 10 à 14 jours, 11,2% pour 15 à 19 jours, 17,1% pour 20 à 24 jours et 32,6% pour au moins 25 jours d'utilisation dans le mois écoulé. Dans une analyse de régression logistique la fréquence d'utilisation des produits du vapotage montre un effet significatif de l'utilisation fréquente. L'OR ajusté (rapport de cote ajusté) était de 0,80 (IC 95% 0,69-0,92) chez ceux l'ayant utilisé mais ne l'utilisant plus, de 1,22 (1,02-1,46) chez ceux l'utilisant actuellement, de 1,59 (1,31-1,92) chez ceux l'ayant utilisé 5 jours ou plus dans le mois, et de 2,81 (2,26-3,49) chez ceux l'ayant utilisé plus de 20 jours dans le mois.

Dans la discussion, les auteurs notent que l'utilisation des produits du vapotage a un plus fort effet (OR plus élevés) sur les tentatives d'arrêt que sur l'arrêt lui-même, mais que la fréquence d'utilisation (utilisation quotidienne) est clairement un facteur de succès.

## ● Relation entre vapotage et tentatives d'arrêt du tabac aux États-Unis entre 2001 et 2015.

Zhu SH et al. *BMJ*. 2017 Jul 26;358:j3262.

Article en libre accès : <http://www.bmj.com/content/358/bmj.j3262.long>

Cette seconde étude américaine a aussi examiné le rôle des produits du vapotage dans les tentatives d'arrêt du tabac en utilisant les données des enquêtes TUS-CPS (Tobacco Use Supplement-Current Population Survey, TUS-CPS de 2001-2002, 2003, 2006-2007, 2010-2011 et 2014-2015).

Comme dans l'étude de Levy et al. ci-dessus, les analyses ont permis d'estimer les tentatives d'arrêt parmi ceux qui fumaient un an auparavant (n=23 280) et qui ont maintenu une abstinence d'au moins 3 mois.

Les utilisateurs actuels étaient les personnes déclarant avoir utilisé un produit du vapotage « tous les jours » ou « quelques jours » au moment de l'enquête. Ceux ayant déclaré ne pas en utiliser devaient déclarer aussi s'ils en avaient utilisé mais avaient arrêté. Pour les analyses de cette étude, « l'utilisation » (Use vs. Non-use dans les graphiques ci-dessous) concernait les personnes l'utilisant actuellement et ceux l'ayant utilisé mais ayant arrêté au cours des 12 derniers mois.

Les données ont été pondérées selon les données démographiques recueillies dans ces enquêtes (âge, ethnicité, sexe, origine hispanique et Etat du domicile). L'article détaille l'utilisation des produits du vapotage pour l'enquête de 2014-2015, et donne des résultats similaires à l'étude de Levy et al. sans aller dans le détail de l'utilisation en nombre de jours par mois. Par contre, les auteurs ont comparé ces résultats (tentatives d'arrêt et arrêt de plus de 3 mois) à ceux des vagues d'enquêtes précédentes, et sont illustrés dans les 2 figures ci-dessous.

La figure 1 (à gauche), analyse les tentatives d'arrêt et le taux d'arrêt dans l'enquête de 2014-2015, et montre que les utilisateurs de produits du vapotage l'ayant utilisé au cours de l'année (Used within past year, colonne de droite) ont été statistiquement plus nombreux à faire une tentative d'arrêt (65,1%) que ceux l'ayant utilisé dans le passé (plus d'un an auparavant, 48,8% et 48,4%) ou jamais utilisé (37,8%) (graphique du haut fig 1). De même, ceux en ayant utilisé au cours de l'année avaient un taux d'arrêt statistiquement supérieur aux 3 autres catégories (8,2% vs. 5,4%, 5,3% et 4,6% ; soit 8,2% vs. 4,8% ; p<0,001)

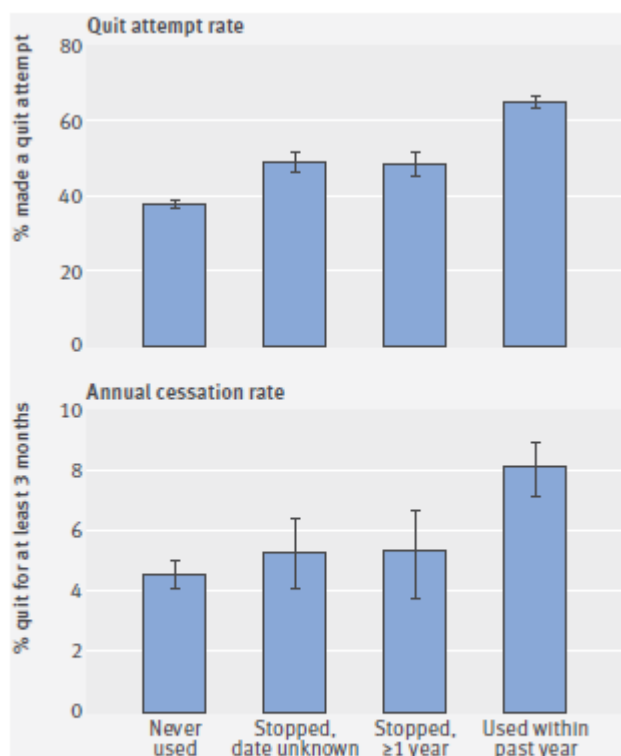


Fig 1 | Quit attempt rate and annual cessation rate by e-cigarette use status, 2014-15, USA. CPS-TUS=Current Population Survey-Tobacco Use Supplement

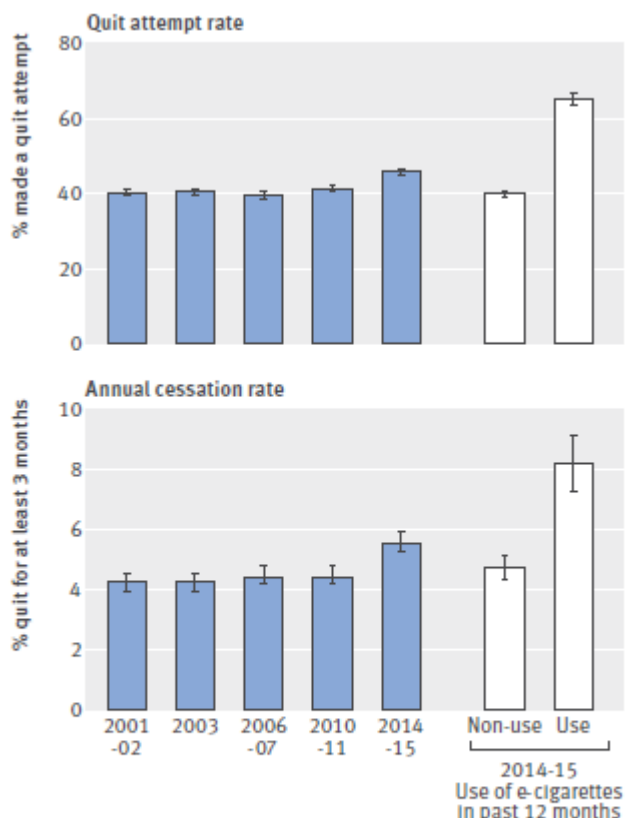


Fig 2 | Quit attempt rate and annual cessation rate from 2001-02 to 2014-15, USA. CPS-TUS=Current Population Survey-Tobacco Use Supplement

La figure 2 (à droite) compare les résultats de 2014-2015 à ceux des autres vagues de l'enquête. Le graphique du haut montre que le pourcentage de tentatives d'arrêt a peu évolué au cours des années précédentes, mais est un peu supérieur en 2014-2015 (respectivement les chiffres sont de 40,3%, 40,5%, 39,9%, 41,4% et 45,9%). En prenant l'enquête de 2001-2002 comme référence, les enquêtes de 2010-2011 et 2014-2015 montrent une augmentation significative du pourcentage de tentatives d'arrêt ( $p < 0,05$  et  $p < 0,001$ , respectivement). Les deux barres blanches sur la droite comparent ceux ayant utilisé un produit du vapotage dans l'année (2014-2015) à ceux n'en ayant jamais utilisé ou l'ayant utilisé il y a plus d'un an et ne l'utilisant plus. La plus petite représente la moyenne des 3 colonnes bleues de gauche sur la fig 1 (soit 40,1%), la plus grande représente la colonne bleue de droite sur la fig 1 (65,1%). Les auteurs indiquent que ce sont ces utilisateurs actuels en 2014-2015 qui rendent la progression des tentatives d'arrêt du tabac significativement supérieure lors de la dernière vague de l'enquête. De même, le graphique du bas de la fig 2 montre l'évolution du taux d'arrêt dans la population respectivement les chiffres sont de 4,3%, 4,3%, 4,5%, 4,5% et 5,6%). En prenant l'enquête de 2001-2002 comme référence, seule celle de 2014-2015 est statistiquement différente ( $p < 0,001$ ) et ceci est de nouveau dû à l'augmentation du taux d'arrêt par les personnes ayant utilisé un produit du vapotage au cours de l'année par rapport à ceux n'en ayant pas utilisé ou ayant arrêté plus d'un an avant (8,2% vs. 4,8% ;  $p < 0,001$ ). Les auteurs notent que la différence absolue (soit 3,4%) représente une augmentation de plus de 70% du nombre d'arrêt de plus de 3 mois.

Dans la discussion, les auteurs analysent les raisons de cette progression. Depuis 2012, une campagne (the TIPS from Former Smokers, « les trucs des ex-fumeurs » qui a duré selon les années de 9 à 20 semaines) encourage les fumeurs à arrêter de fumer. Selon les auteurs, cette campagne devait avoir atteint la majorité des fumeurs en 2014-2015, et cependant, la majorité des fumeurs n'a pas changé son comportement d'arrêt. En 2014-2015, les non utilisateurs de produits du vapotage (ou ceux l'ayant utilisé il y a plus d'un an) étaient majoritaires (77%) et ne se distinguaient pas, en termes de tentatives d'arrêt ou d'arrêt, des fumeurs de 2010-2011. Ce sont donc les utilisateurs de produits du vapotage qui en 2014-2015 sont responsables de cette progression des tentatives et des arrêts. Les auteurs considèrent néanmoins que c'est l'ensemble des mesures de contrôle du tabac qui agissent de façon synergique pour motiver les fumeurs, mais que ce sont les produits du vapotage qui augmentent la probabilité de faire une tentative et d'arrêter de fumer. Selon eux, c'est la première fois en près de 25 ans (comparaison avec les données de 1991) que le taux d'arrêt du tabac a augmenté de façon significative au niveau de la population américaine.

## ● Comparaison du potentiel cancérigène de plusieurs produits vaporisés par rapport à la fumée de tabac.

**Stephens WE. *Tob Control*. 2017 Aug 4. pii: tobaccocontrol-2017-053808. doi:10.1136/tobaccocontrol-2017-053808. [Epub ahead of print]**  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28778971>

Cette étude a cherché à 1) proposer une procédure qui permette de comparer les émissions de plusieurs types de produits, 2) réduire à une seule variable (potentialité) l'évaluation du risque carcinogène de plusieurs composés et 3) calculer le risque de cancer à partir des données publiées en tenant compte du niveau d'exposition.

Les mesures des substances émises dans la fumée de tabac sont généralement exprimées en masse (mg, µg ou ng) par cigarette. Pour les produits du vapotage ou le tabac chauffé ces mesures sont généralement données en masse par volume de vapeur (souvent en µg par bouffée ou par N bouffées). De même, il existe plusieurs protocoles pour simuler le tabagisme, principalement l'ISO (35 ml par bouffée sans boucher les trous de ventilation des filtres de cigarettes) ou le HCI (Health Canada Intense, 55 ml par bouffée en bouchant les trous de ventilation). Ce qui complique les choses lorsque l'on compare avec le vapotage ou l'utilisation du tabac chauffé. Des équations complexes ont donc été utilisées pour permettre la comparaison entre potentiel cancérigène de la fumée de tabac et celle de la vapeur de produits du vapotage ou de tabac chauffé.

De même, le potentiel cancérigène d'une substance est habituellement exprimé en µg/m<sup>3</sup> par les agences de protection de l'environnement. Le potentiel cancérigène d'un mélange de substances cancérigènes est aussi évalué par des équations prenant en compte le risque attribué à chaque substance et la concentration de celle-ci dans la fumée ou la vapeur. Pour calculer le risque associé à l'exposition on utilise habituellement le nombre de cigarettes fumées et le volume d'air inhalé par jour (20 m<sup>3</sup> en général). C'est la même méthode qui a été utilisée ici pour le tabac chauffé, mais pour les produits du vapotage c'est le volume de vapeur qui a été pris en compte (au lieu du nombre de cigarettes ou de « sticks » de tabac chauffé). Il a été estimé à 30 L par jour selon les données publiées dans la littérature, et correspond aussi au volume inhalé en utilisant un inhalateur de nicotine (qui a servi de référence dans cette étude).

Pour les données concernant les substances cancérigènes émises dans la vapeur des produits du vapotage rapportées dans la littérature, les auteurs ont utilisé une étude de Goniewicz (Goniewicz ML et al. *Tob Control* 2014;23:133–9, voir la [Lettre N°43T de septembre 2013](#)) pour les substances cancérigènes, ainsi qu'une série d'autres analyses sur les substances organiques comme les aldéhydes, incluant des expériences avec diverses puissances appliquées pour vaporiser le même liquide avec le même dispositif.

**Table 1** Unit risks and average concentrations for IARC type 1 and 2 carcinogens measured in tobacco smoke and other forms of nicotine delivery

Carcinogens			Tobacco smoke (n=309)	Heat-not-burn emission (n=44)	E-cigarette vapour (n=44)	Nicotine inhaler (n=1)	
Compound	IARC type	OEHHA unit risk U <sub>i</sub> (µg/m <sup>3</sup> ) <sup>-1</sup>	Mean concentration E <sub>i</sub> (µg/mL)	Mean concentration E <sub>i</sub> (µg/mL)	Mean concentration in first-generation and second-generation e-cigarettes C <sub>i</sub> (µg/mL)	Mean concentration C <sub>i</sub> (µg/mL)	
Acetaldehyde	2B	2.7×10 <sup>-6</sup>	2.55×10 <sup>-0</sup>	3.33×10 <sup>-1</sup>	4.41×10 <sup>-3</sup>	1.05×10 <sup>-4</sup>	
Formaldehyde	1	6.0×10 <sup>-6</sup>	1.54×10 <sup>-1</sup>	1.06×10 <sup>-2</sup>	8.07×10 <sup>-3</sup>	1.90×10 <sup>-4</sup>	
Acrylonitrile	2B	2.9×10 <sup>-4</sup>	4.59×10 <sup>-2</sup>	2.96×10 <sup>-4</sup>	NR	NR	
Benzene	1	2.9×10 <sup>-5</sup>	1.57×10 <sup>-1</sup>	9.32×10 <sup>-4</sup>	NR	NR	
1,3-Butadiene	1	1.7×10 <sup>-4</sup>	1.83×10 <sup>-1</sup>	3.94×10 <sup>-4</sup>	NR	NR	
2-Amino-naphthalene	1	5.14×10 <sup>-4</sup>	4.13×10 <sup>-5</sup>	4.82×10 <sup>-8</sup>	NR	NR	
4-Amino-biphenyl	1	6.0×10 <sup>-3</sup>	8.68×10 <sup>-6</sup>	1.80×10 <sup>-8</sup>	NR	NR	
Benzo[a]pyrene	1	1.1×10 <sup>-3</sup>	3.67×10 <sup>-5</sup>	2.12×10 <sup>-6</sup>	NR	NR	
NNN	1	4.0×10 <sup>-4</sup>	4.63×10 <sup>-4</sup>	2.57×10 <sup>-5</sup>	1.94×10 <sup>-7</sup>	BDL	
NNK	1	4.0×10 <sup>-4</sup>	2.88×10 <sup>-4</sup>	1.64×10 <sup>-5</sup>	8.39×10 <sup>-7</sup>	BDL	
Cadmium	1	4.2×10 <sup>-3</sup>	1.99×10 <sup>-4</sup>	BDL	1.01×10 <sup>-5</sup>	9.52×10 <sup>-7</sup>	
Lead	2B	1.2×10 <sup>-5</sup>	7.52×10 <sup>-5</sup>	4.09×10 <sup>-6</sup>	7.06×10 <sup>-6</sup>	1.90×10 <sup>-6</sup>	
Chromium	1	1.5×10 <sup>-1</sup>	BDL	BDL	NR	NR	
Nickel	2B	2.6×10 <sup>-4</sup>	BDL	BDL	6.98×10 <sup>-6</sup>	1.90×10 <sup>-6</sup>	
Arsenic	1	3.3×10 <sup>-3</sup>	2.20×10 <sup>-5</sup>	2.14×10 <sup>-6</sup>	NR	NR	
Mean cancer potency ratio (equation 5)			1.0	2.01×10 <sup>-2</sup>	1.81×10 <sup>-3</sup>	1.02×10 <sup>-4</sup>	
Mean lifetime cancer risk (equations 6 and 7)			Consumption Risk	15 cigarettes/day 2.4×10 <sup>-2</sup>	15 sticks/day 5.7×10 <sup>-4</sup>	30 L vapour/day 9.5×10 <sup>-5</sup>	30 L vapour/day 8.9×10 <sup>-6</sup>
Ratio to tobacco smoke			1.0	0.024	0.004	0.0004	
Ratio to nicotine inhaler			2697	64	10.7	1.0	

Average concentrations for e-cigarettes for first-generation and second-generation devices only (where identifiable). See text for sources of data. Concentrations in bold type represent compounds that contribute >5% of the modelled potency for a particular form of delivery.

BDL, below detection limit; IARC, International Agency for Research on Cancer; NR, not reported; NNN, N'-nitrososonornicotine; NNK, 4-(methylnitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone; OEHHA, Office of Environmental Health Hazard Assessment.

Le tableau ci-dessus compile les résultats obtenus par les auteurs. Ils indiquent que concernant la fumée de tabac, le risque est le plus fort pour le 1,3-butadiène (5ème ligne) et l'acrylonitrile (3ème ligne), ces deux substances représentant les ¾ du risque carcinogène. Pour le tabac chauffé, c'est l'acétaldéhyde (1ère ligne) et le 1,3-butadiène (5ème ligne) qui représentent les ¾ du risque. Pour les produits du vapotage c'est le formaldéhyde et le cadmium, mais ce dernier n'est pas rapporté dans tous les échantillons testés ou présent à des valeurs proches du seuil de détection. Conséquemment les auteurs estiment que plus de 95% du risque des produits du vapotage proviendrait du formaldéhyde et de l'acétaldéhyde. Les deux dernières lignes du tableau ci-dessous estiment le rapport de risque en prenant soit la fumée de tabac comme référence, soit l'inhalateur de nicotine. Selon cette analyse, le risque cancérigène serait de 4 pour 1000 pour les produits du vapotage par rapport au tabac (et x 10 par rapport à l'inhalateur), et qu'il serait de 2,4% pour le tabac chauffé par rapport à la fumée de tabac (et x 64 par rapport à l'inhalateur).

Dans la discussion les auteurs évoquent aussi la possibilité que l'utilisation des produits du vapotage à forte puissance pourrait impliquer un risque supérieur, mais que de nombreuses études ont en fait utilisé des puissances qui ne correspondent pas à une utilisation normale. Ils évoquent aussi que les études disponibles pour faire ces évaluations ne sont pas forcément représentatives de tous les dispositifs disponibles sur le marché.

---

*Congrès*



Les présentations faites au E-cigarette Summit de Londres sont disponibles ici :  
<http://www.e-cigarette-summit.com/resources/>



Les défis  
de la Tabacologie  
Francophone

16 & 17 novembre  
à la Maison Internationale  
Paris 14<sup>e</sup>

Les présentations faites au 11ème Congrès de la SFT seront bientôt disponibles ici :  
<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/congres1.html>



Congrès de la Nouvelle Société  
Française d'Athérosclérose à Biarritz,  
du 20 au 22 juin 2018 :

- le vendredi 22 juin 2018 sera une journée commune NSFA-SFT ;
- les membres de la SFT qui souhaiteraient n'assister qu'à cette journée pourront bénéficier d'un inscription à la journée, à tarif réduit (entre 80€ et 100€).

Infos pratiques sur : [nsfa.asso.fr](http://nsfa.asso.fr)





# Fédération Française d'Addictologie

www.addictologie.org

Association Loi 1901 - Siret 439 242 058 00014 - APE 913E

**Journée interassociative – Lundi 4 décembre 2017**

Hôpital Paul Brousse, Villejuif

*Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé*

**Merci de bien vouloir vous inscrire rapidement (nombre de places limité) auprès du Dr Benoît FLEURY, Trésorier adjoint de la FFA ([benoitfleury@wanadoo.fr](mailto:benoitfleury@wanadoo.fr)).**

## **Médicaments opiacés : analgésie, usage détourné, addiction**

Suite aux changements de réglementation de la prescription de la codéine survenue au mois de juillet 2017, dans le cadre des usages de type purple drank, se met en place une nouvelle régulation de la prescription des opioïdes antalgiques en France jusque-là délistés. Ces événements résonnent avec l'épidémie d'abus d'opioïdes aux Etats-Unis et les conséquences connues en termes de morbi-mortalité. En parallèle, de nouvelles molécules à principe actif de forte puissance deviennent accessibles sur le marché noir sur un plan international. Ces phénomènes interrogent les frontières entre indications, prescriptions et consommations. Ce qui est l'objet de cette matinée.

### **PROGRAMME**

9 h 00 Accueil

9 h 25 **Introduction de la journée**

avec le Pr Amine BENYAMINA et le Pr Nicolas SIMON

**Session 1** animée par le Dr Alice DESCHENAU

9 h 30 **Aspects épidémiologiques : les exemples américain et européen, similarités et différences**

Dr Patrizia CARRIERI

*Suivi d'un débat avec la salle*

10 h 00 **Caractéristiques pharmacologiques des opiacés : intérêts et limites dans l'addiction et la douleur**

Pr Maurice DEMATTEIS

*Suivi d'un débat avec la salle*

10 h 30 **Addiction versus dépendance : différences cliniques**

Dr Mélina FATSEAS

*Suivi d'un débat avec la salle*

11 h 00 *Pause*

**Session 2** animée par le Dr Didier TOUZEAU

11 h 30 **Impact de la réglementation sur les usages : aspects bénéfiques et inconvénients – Pistes provisoires pour des Recommandations cliniques**

Table ronde

Dr Mélina FATSEAS, Dr Patrizia CARRIERI, Dr Patrick DAIME, Pr Maurice DEMATTEIS, Pr Alain DERVAUX, Dr Grégory PFAU, Dr Nicolas PRISSE (MILDECA), Représentant(e) de l'ANSM (sous réserve), Représentant(e) de la DGS (sous réserve), Représentant(e) de la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur (sous réserve)

*Suivi d'un débat avec la salle*

12 h 45 **Conclusions** avec le Pr Nicolas SIMON

13 h 00 Fin de la journée interassociative : déjeuner sur place



# Hôpital et lieu de santé sans tabac



Les nouveaux outils réalisés par le RESPADD sur la thématique des lieux de santé sans tabac sont disponibles à la commande sur l'espace adhérent via le site internet du RESPADD.

Vous trouverez :

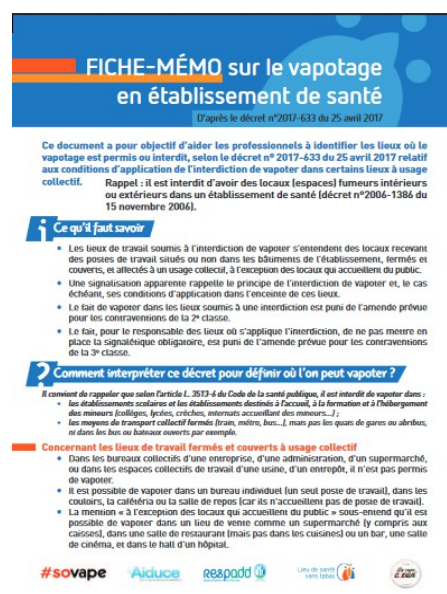
- [le guide Hôpital sans tabac](#)
- [le livret Prendre en charge les fumeurs dans les lieux de santé](#)
- [la charte Hôpital sans tabac \(deux formats disponibles : 40cmx60cm et 60cmx80cm\)](#)
- [les stickers "Lieu de santé sans tabac" \(deux formats disponibles : 4cmx11cm et 18cmx42cm\)](#)

[N'hésitez pas à nous contacter pour tout renseignement complémentaire.](#)

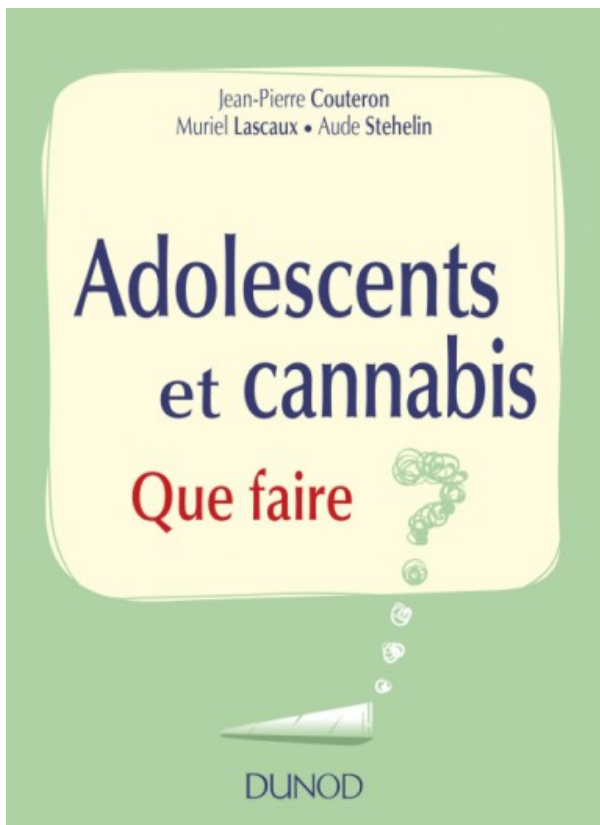
## PUBLICATION

### Fiche-mémo sur le vapotage en établissement de santé

Le RESPADD, en partenariat avec La Vape du coeur, AIDUCE et SOVAPE, a réalisé une fiche-mémo sur le vapotage en établissement de santé dans le but d'aider les professionnels à mettre en place la nouvelle réglementation concernant le vapotage.



Retrouvez toutes les annonces du RESPADD ici : <http://www.respadd.org/category/agenda/>



Un livre de : Jean-Pierre Couteron, Muriel Lascaux et Aude Stehelin

L'usage de cannabis est souvent un objet de tension entre l'adolescent et sa famille inquiète des conséquences. L'expérience acquise par les auteurs auprès des familles ayant vécues ces situations montre l'intérêt de les aider à mieux se mobiliser pour accompagner l'adolescent dans la construction de sa motivation au changement. L'objectif de ce manuel est de permettre aux parents de comprendre leur rôle et les outiller pour interagir avec leur adolescent. Il s'agit de les renforcer dans leurs compétences parentales, expliquer les particularités de l'accompagnement d'un adolescent usager et identifier des structures d'aide.

Voir la présentation du livre :

<https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/adolescents-et-cannabis-que-faire>

---

## *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](mailto:fatima.boukhsibi@ch-rueil)  
1 rue Charles Drot 92 500 Rueil Malmaison

**Le pôle addictions de Paul Guiraud recrute un médecin tabacologue à temps partiel**

Pour son unité de consultations de tabacologie ouverte aux patients hospitalisés et suivis par le GH Paul Guiraud (établissement public de soins psychiatriques), ainsi qu'aux professionnels du site, le pôle recrute un médecin tabacologue à partir de septembre 2017.

**Caractéristiques du poste**

Temps partiel : 30%, soit 3 demi-journées

Lieu d'exercice : poste partagé entre le site de Villejuif et celui de Clamart

Consultations dédiées de tabacologie : dossiers cdtnet, COtesteur, prescription et/ou dispensation de TSN, autres prescriptions

Participation à des actions de prévention

Equipe : une infirmière et un psychiatre tabacologues réalisent également des consultations de tabacologie sur un temps partiel, et font partie par ailleurs de l'ELSA de l'établissement.

**Profil du candidat**

Médecin formé en tabacologie

Expériences auprès des patients de psychiatrie bienvenues

**Contacts :**

Didier Touzeau, chef de pôle, [didier.touzeau@gh-paulguiraud.fr](mailto:didier.touzeau@gh-paulguiraud.fr), 0608511014

Alice Deschenau, PH responsable de l'UF, [alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr](mailto:alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr), 0616653340

Recherche d'un **tabacologue** pour la consultation d'aide au sevrage tabagique pour le personnel de l'Hôpital Necker (AP-HP, Paris).

Merci de contacter le Dr Elisabeth Gabarra, Médecin du travail, Service de santé au travail de l'Hôpital Necker, Tél. 01 44 49 41 83, [elisabeth.gabarra@aphp.fr](mailto:elisabeth.gabarra@aphp.fr).

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

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

Prérequis : diplôme interuniversitaire de tabacologie.

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

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

Contact :

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

Poste de **tabacologue** (2 demi-journées) disponible à la Consultation de médecine du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (Paris) à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2017 pour cause de départ à la retraite.

Consultations d'aide au sevrage tabac (Drs Berlin, Zeganne et Iatchev, une IDE clinicienne en tabacologie Mme Pison-Diakhaté, une diététicienne et une psychologue) et alcool (Drs Kosim et Pham) au sein d'une consultation polyvalente (médecine générale, médecine interne, rhumatologie, dermatologie, hépatogastrologie) partie prenante de l'UF d'addictologie (ELSA : Dr Edel, lits sevrage complexe : Dr Podevin et Pr Millet, UCT : Pr Dautzenberg).

Consultations mais aussi enseignement aux étudiants/stagiaires, participation aux activités transversales (Moi(s) sans tabac, projet pilote de repérage et substitution de tout patient hospitalisé...) et études.

Contact :

Dr Christian de Gennes, UF Consultation de Médecine (pôle 3I), GH Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, Tél. 01 42 17 62 61, [christian.de-gennes@aphp.fr](mailto:christian.de-gennes@aphp.fr).  
(annonce du 18.08.17)

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

Contact :

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

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

Contact :

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

**Poste médecin tabacologue temps partiel :**

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

Pour tout renseignement, merci de vous adresser au : Dr. Anne-Sophie RONNAUX-BARON

Tél : 04.72.19.84.01 – mail : [asronnauxbaron@cdhs.fr](mailto:asronnauxbaron@cdhs.fr)

**Poste médecin tabacologue mi-temps :**

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

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

Pour toute question concernant ce poste, contacter par courriel : [christine.massy@aphp.fr](mailto:christine.massy@aphp.fr)

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

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

---

**[Vu sur le Net](#)**

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

**[CNCT : dernières actus](#)**

**[Mois sans tabac : "On peut arrêter de fumer par le plaisir", affirme un tabacologue](#)**

**[Mois sans tabac: "Je le fais pour moi, pour mes enfants"](#)**

**[Santé. La cigarette électronique est-elle sans danger ?](#)**

**[Vatican : le pape interdit le tabac](#)**

**[Tabac, une hausse des prix à l'efficacité contrastée](#)**

**[Le milieu des addictions roule pour l'e-cigarette](#)**

**[BNP Paribas renonce à financer les entreprises du tabac](#)**

---

***et comme toujours !***

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