

● Corée du Sud : un patient sur deux cesse de fumer après un infarctus ou un AVC

Persistent smoking after a cardiovascular event: A nationwide retrospective study in Korea.

Lim K. et al. *PLOS One*. 19 octobre 2017 ; 12(10).

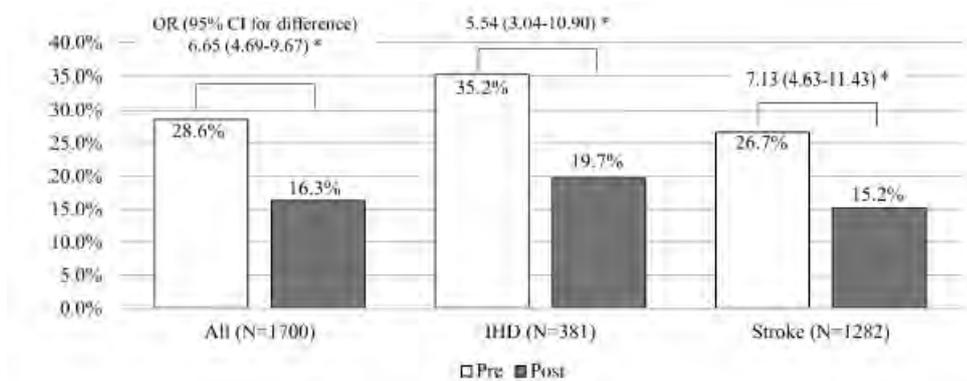
Article en libre accès : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0186872>

Le tabagisme est associé à un sur-risque cardiovasculaire : 10 % des morts d'origine cardiovasculaire sont imputables au tabac (OMS, 2012). Il est par ailleurs établi que la poursuite du tabac après un événement cardiovasculaire aggrave fortement les risques, avec un risque de mortalité par récurrence doublé. A l'inverse, l'arrêt du tabac possède un effet protecteur, avec une réduction du risque de mortalité toutes causes confondues de 36 % après un infarctus ([Critchley et Capewell, 2003](#)). Le sevrage tabagique est donc plus efficace pour protéger d'une récurrence fatale que les traitements médicamenteux préventifs, statines ou aspirine.

Mais nombreux sont les patients à continuer de fumer après un événement cardiovasculaire majeur (infarctus ou AVC) : de 7 à 63 % selon les études, très hétérogènes. Pour mieux évaluer la proportion de patients concernés, les auteurs ont entrepris d'analyser les données de 23 959 patients s'étant vu diagnostiquer une maladie cardiovasculaire en Corée du Sud entre 2003 et 2012. Les données étaient issues de la base coréenne d'assurance santé obligatoire, qui regroupe toute la population à l'exception des 3% les plus pauvres (couverts par le Medicaid coréen).

Seulement un patient sur deux arrête

Sur les 1700 participants ayant eu un événement cardiovasculaire sur cette période, 29 % étaient fumeurs. Dans l'année suivant le diagnostic, un patient fumeur sur deux (49 %) avait arrêté le tabac (*voir figure ci-dessous*), que ce soit après un AVC (50 %) ou un infarctus (46 %). Les auteurs notent également, non sans surprise, la présence de nouveaux fumeurs : 4,6 % des patients se mettent à fumer après un infarctus et 1,9 % après un AVC.



Comparaison des prévalences de tabagisme avant et après les événements cardiovasculaires
 IHD : maladie coronaire ischémique ; Stroke : accident vasculaire cérébral ; * ($p < 0,001$).

Ni l'âge ni le sexe des patients n'étaient des facteurs prédictifs pour l'arrêt du tabac. (Le faible taux de femmes fumeuses en Corée limite la portée de la conclusion sur l'effet du sexe.) En revanche, les patients fumant plus de 10 cigarettes par jour étaient plus à risque de continuer à fumer que les fumeurs légers après un événement cardiovasculaire (10-19 cigarettes/j vs < 9 cigarettes/j ; OR = 2,05 ; IC 95 % = 1,15 – 3,63). Il en allait de même de ceux qui fumaient depuis plus de cinq ans au moment du diagnostic, par rapport aux fumeurs plus récents (5-9 ans vs 0-4 ans ; OR = 17,14 ; IC 95 % = 1,69 – 173,36).

	N	All (N = 486)		N	IHD (N = 134)		N	Stroke (N = 342)	
		OR (95% CI)	P-value		OR (95% CI)	P-value		OR (95% CI)	P-value
Age									
15-39 (Ref)	96	-	-	30	-	-	65	-	-
40-49	148	0.95 (0.53-1.70)	0.86	47	0.57 (0.18-1.81)	0.34	99	1.00 (0.49-2.04)	1.00
50-59	136	0.97 (0.49-1.89)	0.92	33	0.51 (0.13-2.06)	0.35	98	1.04 (0.46-2.35)	0.92
60-69	93	0.84 (0.38-1.87)	0.67	21	0.18 (0.03-1.03)	0.05	70	1.08 (0.42-2.79)	0.87
70+	13	2.15 (0.53-8.75)	0.28	3	-	-	10	1.77 (0.37-8.49)	0.47
Sex									
Male (Ref)	463	-	-	128	-	-	325	-	-
Female	23	1.75 (0.64-4.76)	0.28	6	5.45 (0.53-56.44)	0.16	17	1.00 (0.49-2.04)	1.00
Income									
mid 60% (Ref)	173	-	-	51	-	-	119	-	-
lower20%	83	1.31 (0.77-2.23)	0.32	17	1.93 (0.58-6.47)	0.28	64	1.32 (0.70-2.50)	0.39
upper20%	230	0.76 (0.48-1.21)	0.24	66	1.70 (0.68-4.22)	0.26	159	0.59 (0.33-1.05)	0.07
Residential area									
Metropolitan (Ref)	202	-	-	58	-	-	139	-	-
City	206	1.09 (0.73-1.64)	0.68	61	0.95 (0.41-2.19)	0.90	141	1.17 (0.71-1.93)	0.53
Rural	78	0.93 (0.53-1.64)	0.80	15	1.19 (0.33-4.33)	0.79	62	0.88 (0.46-1.69)	0.70
BMI	486	1.01 (0.95-1.08)	0.67	134	1.04 (0.91-1.18)	0.61	342	1.00 (0.92-1.08)	0.99
Pre-diagnosis smoking amount (cigarettes/d)									
0-9 (Ref)	85	-	-	26	-	-	58	-	-
10-19	217	2.05 (1.15-3.63)	0.015*	56	1.00 (0.31-3.24)	1.00	156	2.50 (1.23-5.10)	0.012*
20-39	175	2.46 (1.33-4.56)	0.004*	50	1.36 (0.39-4.75)	0.63	121	2.86 (1.34-6.13)	0.007*
40+	9	2.00 (0.47-8.55)	0.35	2	0.82 (0.03-21.43)	0.91	7	2.48 (0.46-13.30)	0.29
Pre-diagnosis smoking duration (years)									
0-4 (Ref)	18	-	-	0	-	-	18	-	-
5-9	19	17.14 (1.69-173.36)	0.02*	4	0.12 (0.01-1.72)	0.12	15	14.48 (1.32-158.30)	0.028*
10-19	74	0.72 (0.78-57.75)	0.08	22	0.33 (0.03-3.99)	0.39	51	8.29 (0.93-74.22)	0.06
20-29	124	7.22 (0.86-60.45)	0.07	45	1.25 (0.09-16.81)	0.87	78	7.91 (0.92-68.31)	0.06
30+	251	12.18 (1.45-102.27)	0.02*	63	-	-	180	9.66 (1.12-83.10)	0.039*
Diagnosis of depression									
No (Ref)	452	-	-	126	-	-	316	-	-
Yes	34	1.07 (0.51-2.23)	0.86	8	0.70 (0.13-3.78)	0.68	26	1.18 (0.50-2.81)	0.70

Facteurs associés à un maintien du tabagisme après un événement cardiovasculaire
 IHD : maladie coronaire ischémique ; stroke : accident vasculaire cérébral ; * ($p < 0,05$).
 Les OR significatifs sont encadrés en rouge.

Ce rôle probable de la dépendance à la nicotine dans le maintien du tabagisme était plus important après un AVC qu'après un infarctus (voir figure ci-dessus). Une différence qui pourrait être due à l'aspect psychologiquement plus traumatisant de l'infarctus, le patient étant confronté à une vive douleur et à la perspective palpable de mourir. Les séquelles neurologiques des AVC pourraient aussi jouer un rôle, en rendant plus difficile la maîtrise de comportements addictifs.

Il est à noter qu'à l'époque de l'étude, les consultations d'arrêt du tabac n'étaient pas remboursées en Corée du Sud, et donc rarement proposées à l'issue d'un événement cardiovasculaire. Les taux d'arrêt du tabac présentés reflètent donc les décisions et réussites des patients en l'absence de prise en charge particulière. Depuis 2015, ces interventions sont proposées en routine, ce qui permettra à terme d'évaluer l'effet des interventions d'aide à l'arrêt du tabac.

- Jeunes : la vape associée au tabagisme classique, mais pas l'inverse

Trajectories of E-Cigarette and Conventional Cigarette Use Among Youth.

Bold KW et al. *Pediatrics*. 4 décembre 2017 ; 141(1).

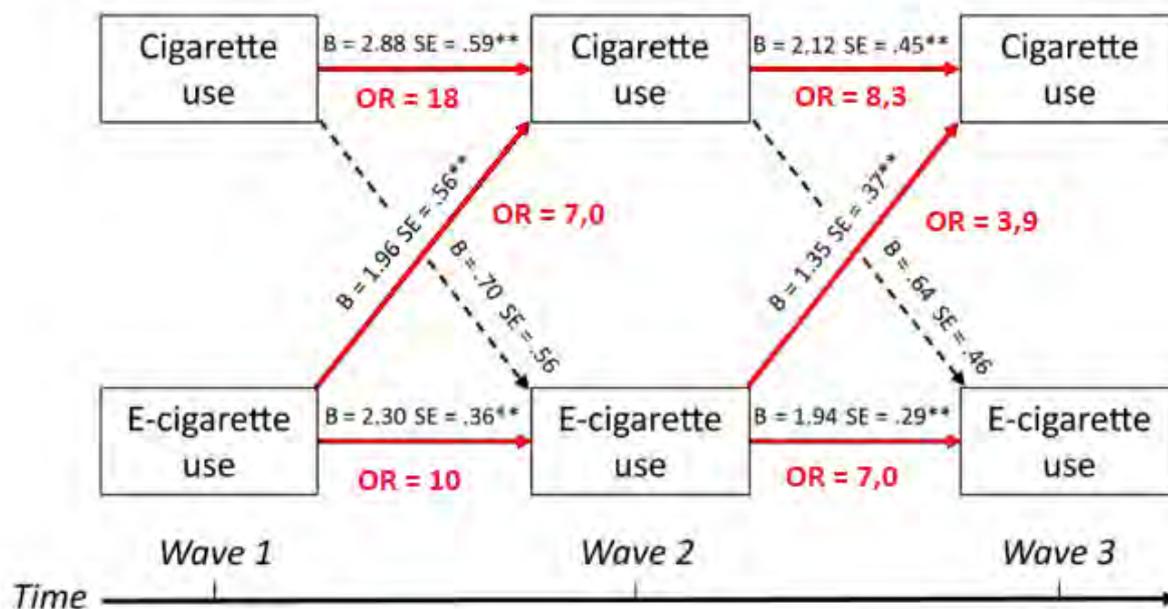
Article en libre accès : <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2017/11/30/peds.2017-1832..info>

Il existe une réelle préoccupation sur le fait que l'usage de cigarette électronique puisse être une porte d'entrée vers la cigarette classique. En cumulant les études d'association, une récente méta-analyse a conclu que les adolescents et les jeunes adultes (entre 14 et 30 ans) ayant déjà été adeptes de la vape étaient 3,6 fois plus à risque de rapporter une consommation tabagique dans le mois précédent (Soneji et al., 2017).

Mais la force de l'association inverse est mal connue : les adeptes de la cigarette sont-ils eux aussi plus à risque de pratiquer la vape ? Pour le savoir, une équipe de chercheurs américains a étudié ces comportements au sein d'un lycée du Connecticut. Sur trois vagues successives de sondages anonymes, entre l'automne 2013 et l'été 2015, chacun des 808 lycéens âgés de 15 ans au début de l'étude devait ainsi rapporter sa consommation dans le mois écoulé, en évaluant le nombre de jours où il avait fumé ou vapoté.

Des associations unidirectionnelles

La force des associations au sein de cette cohorte longitudinale a ainsi pu être estimée, en ajustant pour le sexe, le groupe ethnique, le niveau socio-économique, l'école et l'usage d'autres produits du tabac (voir figure ci-dessous).



Relations entre l'usage de cigarette classique et de cigarette électronique dans le mois précédent chez les jeunes sondés (N=808), au cours de trois vagues successives.

Les valeurs représentées sont des coefficients de direction (path estimates, B) avec leurs erreurs types (SE). L'exponentiation des coefficients de direction donne les rapports de cotes (OR). La consommation au cours du mois précédent est codée « oui » ou « non ». Les coefficients de direction ont été ajustés pour tenir compte des covariables suivantes : sexe, groupe ethnique, catégorie socio-économique, usage d'autres produits du tabac, lycée. Les coefficients de directions significatifs (** p < 0,01) figurent en trait continu rouge avec les OR correspondant, les coefficients non significatifs en trait discontinu.

Logiquement, la consommation sur une vague donnée était un prédicteur important de la consommation sur la vague suivante, pour la cigarette classique d'une part et la cigarette électronique d'autre part. Mais il est surtout remarquable que la vape influe sur la consommation tabagique (vague 1 vs 2 ; OR ajusté = 7,08 ; IC 95 % = 2,34 – 21,42 | vague 2 vs 3 ; OR ajusté = 3,87 ; IC 95 % = 1,86 – 8,06), tandis que l'inverse n'est pas observé. Par ailleurs, la présence de trois vagues successives – les vagues 1 et 2 sont séparées d'un semestre, les vagues 2 et 3 d'une année – permet de confirmer que ces associations dépassent la simple expérimentation et se maintiennent dans le temps.

Par ailleurs, le taux de lycéens ayant consommé au cours du mois précédent augmentait significativement entre la première et la dernière vague : de 4,8 à 8,5 % pour la cigarette classique et de 8,9 à 14,5 % pour la cigarette électronique.

Pour une réglementation renforcée aux US

Ces données renforcent la crainte que la cigarette électronique, perçue comme moins nocive, plus attirante et moins difficile d'accès que la cigarette classique puisse servir de tremplin vers une consommation tabagique. Les mécanismes précis qui président au passage de la vape au tabagisme chez les adolescents sont encore à comprendre, et la question de la persistance de ces comportements addictifs à l'âge adulte reste ouverte. Mais pour les auteurs, ces résultats plaident en faveur d'une prévention et d'une réglementation renforcées à l'égard de la vape.

Cette conclusion est à replacer dans le contexte américain de l'étude. La publicité pour la cigarette électronique est peu réglementée aux États-Unis, à la différence de la France où, depuis 2016, l'interdiction de la publicité pour le tabac s'applique aussi à la cigarette électronique. De nombreuses voix s'alarment du marketing intense des vendeurs de e-cigarettes, d'autant que les adolescents y semblent particulièrement sensibles ([Pierce et al., 2017](#)), et craignent de voir la cigarette électronique devenir un produit d'appel pour la cigarette classique.

- [Dosage des métabolites de la nicotine : pas de profil-type pour les patients à métabolisme lent](#)

Characterising the nicotine metabolite ratio and its association with treatment choice: A cross sectional analysis of Stop Smoking Services in England.

Shahab L et al. *Scientific Reports*. 14 décembre 2017 ; 7:16713.

Article en libre accès : <https://www.nature.com/articles/s41598-017-17994-8>

Dans cet article publié dans *Scientific Reports*, revue où figurent souvent des études méthodologiquement viables mais non concluantes, les auteurs ont essayé d'établir un lien entre le métabolisme de la nicotine des fumeurs et d'autres caractéristiques : leurs caractéristiques sociodémographiques, leur état de santé et leur choix de traitement pour arrêter de fumer.

Pour cette étude transversale ayant eu lieu en Angleterre en 2012-2013, les auteurs ont recueilli les données de 1826 patients ayant eu recours aux consultations d'aide au sevrage du NHS et mesuré leur *nicotine metabolite ratio* (NMR, rapport 3-trans-hydroxycotinine/cotinine) dans la salive. Les participants ont ensuite été classés selon leur vitesse de métabolisation de la nicotine, entre métaboliseurs lents (28 %) et normaux (72 %), avec un seuil à NMR = 0,31.

Le statut NMR n'influe pas sur le choix du patient

Une régression multivariée a montré que la vitesse de métabolisation n'était liée à aucune caractéristique sociodémographique (âge, sexe, groupe ethnique) à l'exception de l'âge des patients. En effet, l'âge était un facteur prédictif d'appartenance au groupe des métaboliseurs normaux (OR ajusté = 1,49 ; IC 95 % = 1,32 – 1,69). Comme il est peu probable que le métabolisme de la nicotine évolue au cours de la vie, les auteurs attribuent ce lien à un biais de sélection. Aucune association n'a été montrée avec l'état de santé.

Autre résultat notable : la vitesse de métabolisation des patients ne semble pas avoir influé le choix d'une thérapie d'aide au sevrage, entre substitut nicotinique et traitement médicamenteux (varénicline, bupropion).

Vers un emploi du NMR en clinique ?

Il a été proposé d'employer le NMR pour aider à sélectionner le meilleur traitement d'arrêt du tabac. En effet, il semble que la varénicline obtienne de meilleurs résultats que les patchs à la nicotine chez les métaboliseurs normaux, mais pas chez les métaboliseurs lents ([Lerman et al., 2015](#)).

Les auteurs s'attendaient sans doute à mettre à jour des variables prédictives du statut NMR. L'absence de profil-type pour les métaboliseurs lents ou normaux montre que la détermination du rapport NMR apporte une information difficile à obtenir par d'autres moyens.

En pratique, ce type de dosage n'est pas utilisé en France. Une étude préliminaire réalisée au CHU de Namur ([Weyssow et al., 2017 - présenté au CSFT 2017](#)), en Belgique, témoigne d'une utilisation possible du NMR en clinique sous réserve de disposer de l'équipement *ad hoc* (détecteurs à barrette de diodes). Le plus gros obstacle reste le coût et la nécessité de former le personnel de laboratoire.

- États-Unis : la prise en charge effective des fumeurs peine à s'imposer en cardiologie

Smoking Cessation Pharmacotherapy Among Smokers Hospitalized for Coronary Heart Disease.

Pack Q et al. *JAMA Internal Medicine*. 21 août 2017 ; 177(10) : 1525-1527.

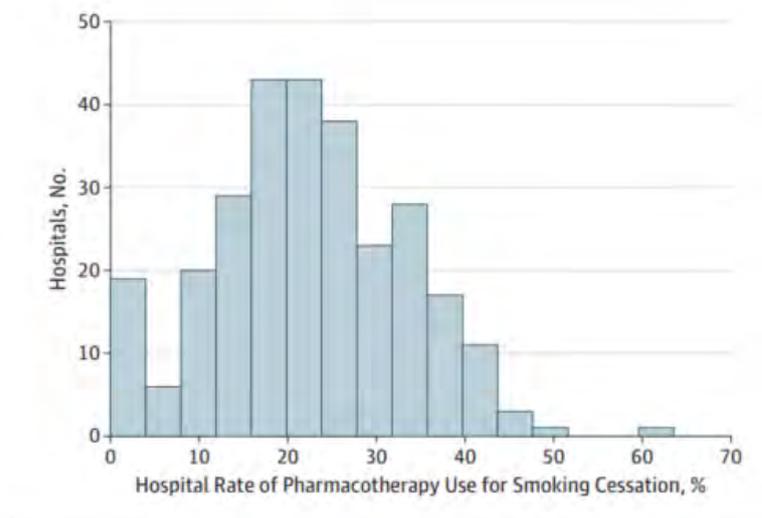
<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2649263>

Aux États-Unis, la mise en place systématique d'une aide au sevrage tabagique en cas d'hospitalisation est recommandée depuis 2012 par la *Joint Commission*. Dans cette lettre de recherche, le Dr Quinn Pack, cardiologue au Baystate Medical Center (Springfield), et ses collègues, s'attachent à dresser un état des lieux de la mise en œuvre de cette recommandation auprès des patients traités pour une maladie coronaire. Au total, les auteurs ont compilé les données de 36 675 patients fumeurs actifs hospitalisés pour un infarctus du myocarde, une angioplastie coronaire ou la pose d'un *stent*, dans 282 hôpitaux.

D'après l'analyse rétrospective, seuls 22,7 % des patients fumeurs ont ainsi bénéficié d'une aide au sevrage tabagique. (Les données ne permettent pas de distinguer entre l'absence de proposition et un refus de prise en charge.) Les patchs nicotiques étaient de loin les traitements les plus utilisés (90 % des cas), suivis des médicaments, bupropion (9,7 %) et varénicline (1,8 %), des gommes à mâcher (1,3 %), des inhalateurs (0,9 %) et des comprimés de nicotine (0,2 %). Les patients les plus susceptibles de recevoir une aide au sevrage souffraient de maladie respiratoire chronique (OR = 1,64 ; IC 95 % = 1,55 – 1,73), de dépression (OR = 1,51 ; IC 95 % = 1,40 – 1,64) ou d'alcoolisme (OR = 1,71 ; IC 95 % = 1,56 – 1,87).

Des pratiques disparates selon les hôpitaux

Surtout, la prise en charge tabacologique connaît de grandes disparités régionales. Le taux de recours à une aide médicale au sevrage variait ainsi de 0 à 64 % selon le centre considéré (*voir figure ci-dessous*). Les différences persistaient en contrôlant d'éventuels facteurs confondants, tels que la taille de l'établissement, la localisation urbaine, le statut universitaire ou encore la région. Et si le taux de prise en charge tabagique a augmenté ces dix dernières années, l'évolution reste modeste (+ 6 % entre 2004 et 2011) et commence à marquer le pas (+ 2 % entre 2011 et 2014).



Taux de recours à une aide au sevrage en cardiologie au sein des hôpitaux américains (N = 282).

Axe vertical : nombre d'hôpitaux. Axe horizontal : taux de recours à une aide au sevrage tabagique, en pourcentage.

Un constat mitigé, donc. Pour l'expliquer, les auteurs incriminent notamment le manque d'habitude des praticiens, et la persistance de doutes quant à la sécurité d'emploi d'une aide médicale au sevrage tabagique chez les patients atteints de maladie coronaire. « *Beaucoup d'hôpitaux passent à côté de l'occasion d'améliorer l'état de santé de leurs patients fumeurs hospitalisés pour une maladie coronaire* », concluent-ils, appelant les médecins et les directions hospitalières à s'emparer du sujet.

- [Polyarthrite rhumatoïde : l'arrêt du tabac diminue fortement le risque cardiovasculaire et respiratoire](#)

Risks of smoking and benefits of smoking cessation on hospitalisations for cardiovascular events and respiratory infection in patients with rheumatoid arthritis: a retrospective cohort study using the Clinical Practice Research Datalink.
Joseph R et al. *RMD Open*. 26 septembre 2017 ; 3(2) : e000506.

Article en libre accès : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5623338/>

La consommation de tabac est associée à un risque supplémentaire de développer une polyarthrite rhumatoïde (PR). Il est également démontré que les patients atteints de PR sont plus à même d'avoir des maladies cardiovasculaires et des infections respiratoires. Il est probable que le tabac joue un rôle dans ce risque majoré, mais quelle est la force de ce lien ? Et quel est l'impact sur les patients polyarthritiques de l'arrêt du tabac ?

Pour répondre à ces questions, le Dr Rebecca Joseph et ses collègues de l'université de Manchester ont réalisé une très vaste étude de cohorte rétrospective à partir de la base de données CPRD, concernant les soins de premiers recours dispensés à tous les patients britanniques. Ils ont identifié 5677 patients qui s'étaient vus diagnostiquer une PR entre 1998 et 2012 et dont les éventuelles hospitalisations ont pu être obtenues par recoupement avec la base du NHS.

Des risques d'hospitalisation doublés

Sur ces 5677 patients, 1935 (34 %) étaient d'anciens fumeurs et 1454 (26 %) des fumeurs actifs. Une régression de Cox a été mise en œuvre pour évaluer le lien entre la consommation de tabac et le taux d'incidence des événements cardiovasculaires et respiratoires, avec une correction pour l'âge et le sexe de la cohorte, ainsi que le niveau socio-économique, l'IMC, les traitements en cours et les comorbidités.

Le risque d'hospitalisation pour un événement cardiovasculaire (infarctus du myocarde, AVC, angor instable, revascularisation chirurgicale) était ainsi doublé chez les fumeurs actifs (HR ajusté = 2,23 ; IC 95 % = 1,46 – 3,40) par rapport aux patients n'ayant jamais fumé. Pour les anciens fumeurs, le risque était quant à lui accru de moitié (HR ajusté = 1,51, IC 95 % = 1,04 – 2,19). Quant à l'effet du sevrage tabagique, il était majeur : le risque de connaître un événement cardiovasculaire diminuait d'environ 25 % pour chaque année écoulée après l'arrêt du tabac (*voir figure ci-dessous*).

Table 3 Cox regression analysis for time to first hospitalised cardiovascular event after rheumatoid arthritis diagnosis

	Unadjusted, HR (95% CI)	Age-adjusted and sex-adjusted, HR (95% CI)	Fully adjusted*, HR (95% CI)
Smoking status			
Current vs never	1.64 (1.1 to 2.44)	2.19 (1.44 to 3.31)	2.23 (1.46 to 3.40)
Current vs former	0.81 (0.57 to 1.15)	1.35 (0.94 to 1.93)	1.51 (1.04 to 2.19)
Former vs never	2.02 (1.44 to 2.83)	1.62 (1.15 to 2.29)	1.47 (1.04 to 2.08)
Smoking cessation			
Per year since cessation, light smoker	0.80 (0.69 to 0.92)	0.76 (0.66 to 0.88)	0.77 (0.66 to 0.91)
Per year since cessation, heavy smoker	0.78 (0.67 to 0.91)	0.74 (0.63 to 0.86)	0.73 (0.62 to 0.87)
Heavy vs light smoker†	1.31 (0.65 to 2.65)	1.68 (0.82 to 3.45)	1.80 (0.79 to 4.10)
Interaction‡	0.98 (0.84 to 1.13)	0.97 (0.83 to 1.12)	0.95 (0.80 to 1.12)

Régression du temps jusqu'au premier événement cardiovasculaire hospitalisé après un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde.

HR : hazard ratio ; CI : intervalle de confiance.

* Ajusté pour le sexe, l'âge, le score de Townsend, l'utilisation d'immunosuppresseurs, l'utilisation de corticoïdes oraux, l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, le diabète de type 2, l'utilisation de médicaments cardiovasculaires, l'utilisation d'aspirine ou d'anti-agrégants plaquettaires, l'utilisation de régulateurs du métabolisme lipidique, et l'IMC.

† Au moment de l'arrêt du tabac.

‡ Interaction entre le nombre d'années sans tabac et la quantité de tabac consommée (petit vs gros fumeur, seuil à 20 cigarettes ou 10 cigares par jour).

Au sein de la cohorte rétrospective, 560 patients (10 %) avaient déjà eu une ou plusieurs infections respiratoires (jusqu'à 14 !). En ne considérant que la première hospitalisation, le risque par rapport aux patients n'ayant jamais fumé était majoré de 78 % (HR ajusté = 1,78, 95%CI) pour les fumeurs actifs et de 38 % (HR ajusté = 1,38, 95%CI) pour les anciens fumeurs. L'arrêt du tabac permettait de diminuer ce risque d'environ 15 % par an après la première année (*voir figure ci-dessous*).

	Unadjusted, HR (95% CI)	Age-adjusted and sex- adjusted, HR (95% CI)	Fully adjusted*, HR (95% CI)
Smoking status			
Current vs never	1.62 (1.28 to 2.06)	2.18 (1.71 to 2.78)	1.78 (1.38 to 2.29)
Current vs former	0.79 (0.64 to 0.97)	1.34 (1.09 to 1.67)	1.29 (1.04 to 1.61)
Former vs never	2.06 (1.69 to 2.52)	1.62 (1.32 to 1.99)	1.38 (1.12 to 1.7)
Smoking cessation			
Per year since cessation, light smoker	0.92 (0.84 to 1.01)	0.86 (0.78 to 0.94)	0.84 (0.76 to 0.92)
Per year since cessation, heavy smoker	0.91 (0.82 to 1)	0.83 (0.75 to 0.92)	0.83 (0.75 to 0.92)
Heavy vs light smoker†	1.43 (0.9 to 2.27)	1.95 (1.21 to 3.14)	1.37 (0.82 to 2.26)
Interaction‡	0.98 (0.9 to 1.08)	0.96 (0.88 to 1.06)	0.99 (0.9 to 1.09)

Régression du temps jusqu'à la première infection respiratoire hospitalisée après un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde.

HR : hazard ratio ; CI : intervalle de confiance.

* Ajusté pour le sexe, l'âge, le score de Townsend, l'année du diagnostic, l'utilisation d'immunosuppresseurs, l'utilisation de corticoïdes oraux, le diabète de type 2, et l'IMC.

† Au moment de l'arrêt du tabac.

‡ Interaction entre le nombre d'années sans tabac et la quantité de tabac consommée (petit vs gros fumeur, seuil à 20 cigarettes ou 10 cigares par jour).

En conclusion, la consommation de tabac augmente drastiquement le risque cardiovasculaire et respiratoire en cas de polyarthrite rhumatoïde, avec des taux d'hospitalisation doublés. Le sevrage tabagique permet de réduire ce risque de manière efficace. Des supports d'information ont récemment été mis au point ([Harris et al., 2016](#)) afin d'éduquer les patients sur le lien entre tabagisme et PR, qui pourraient servir d'inspiration à une déclinaison en français.

CONGRÈS



Le 12^e Congrès national de la SFT se tiendra du jeudi 29 au vendredi 30 novembre 2018.

Thème : La tabacologie au cœur de la santé

Lieu : Corum, Montpellier

Site du congrès : www.csft2018.com

Renseignements :

Carte Blanche

7, chemin En Barbaro, F-81710 Saïx

Tél. 33 (0)5 63 72 31 00

contact@csft2018.com



La 12^e édition du Congrès de l'ALBATROS aura lieu les mercredi 6, jeudi 7 et vendredi 8 juin 2018 au CAP 15 à Paris sur le thème :

"Les addictions : du défi de la prévention à l'innovation thérapeutique".

www.congresalbatros.org/appele-communications-et-posters-2018



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

Vendredi 22 juin : journée commune NSFA-SFT

Les membres de la SFT qui souhaiteraient n'assister qu'à cette journée pourront bénéficier d'une inscription à la Journée, à tarif réduit (entre 80 et 100 euros).

Infos pratiques sur : nsfa.asso.fr

Vendredi 22 juin

9h00-11h15 Session VI **Journée conjointe Société Francophone de Tabacologie - NSFA**

9h00-9h30 "Polymorphismes des récepteurs à la nicotine et dépendance" **Uwe MASKOS**

9h30-9h50 "Tabac et diabète" **Vincent DURLACH**

9h50-10h10 "Tabac et lipides" **Michel FARNIER**

10h10-10h55 Pause, visites des posters et des expositions

10h55-11h25 "Cannabis et athéro-Thrombose" **Reto AUER**

11h25-12h25 Symposium PFIZER

12h25-14h00 Pause déjeuner, visites des posters et des expositions

14h00-15h30 Session parallèle VII NSFA/SFT actualités en tabaco -addictologique

14h00-14h20 "Tabac et thrombose et/ou Endothélium" **Eduardo ANGLES-CANO**

14h20-14h40 "Femme, tabagisme et risque CV" **Daniel THOMAS**

14h40-15h00 "Le contrôle du tabac" **Stephen LEQUET**

15h00-15h20 "Comment aborder un fumeur porteur d'une pathologie cardio-vasculaire" **Anne-Laurence Le FAOU**

14h00-15h30 Session parallèle VIII Hot topics

Communications orales sur sélection

15h30-16h00 Conférence Plénière "La cigarette électronique en 2018" **Ivan BERLIN**

INFORMATIONS



Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

<http://www.treatobacco.net/>

OFFRES D'EMPLOI

Le centre ambulatoire d'addictologie (CAA) de l'HEGP (AP-HP) recrute un **Praticien attaché 10 vacations du 8 mars 2018 au 31 octobre 2018**.

Le CAA a les missions suivantes : consultations addictologiques avec et sans produits (avec une consultation jeunes 12-25 ans) , Equipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Vous pourrez participer à un travail de recherche avec publication durant ces huit mois.

Conditions : praticien inscrit à l'Ordre des Médecins ou lauréat des épreuves de vérification des connaissances. En l'absence de ces pré-requis, nous pouvons recruter un FFI (internes en attente d'être thésés), FFI dans le cadre d'un DFMS/DFMSA ou FFI de l'Union Européenne en cours de formation dans leur pays.

Pour tout renseignement ou candidature, merci d'adresser un mail à anne-laurence.lefaou@aphp.fr.

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

1 rue Charles Drot, 92500 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, 0608511014

Alice Deschenau, PH responsable de l'UF, alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr, 0616653340

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 hépatobiliaire, service de cancérologie, service d'hépto-gastroentérologie ; participation au staff mensuel de l'Unité ; informations du personnel médical et paramédical 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.

Poste de **tabacologue** (2 demi-journées) disponible à la Consultation de médecine du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (Paris) à partir du 1^{er} 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 Pipon-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.

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

[CNCT : dernières actus](#)

[Tabac : une cigarette par jour suffit à augmenter le risque de maladies cardiovasculaires](#)

[BPCO : le risque tabac et tabagisme passif](#)

[Les fumeurs québécois ciblés par une nouvelle campagne-choc](#)

[Des perquisitions menées chez des cigarettiers par l'autorité de la concurrence](#)

[En Grande-Bretagne, une vidéo illustre les effets immédiats du tabac](#)

CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser à Alice Deschenau :

alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr