

- **L'expérience précoce du tabac prédit la dépendance au tabac et la consommation de cannabis.**

Urbán R. Early smoking experience in adolescents. Addict Behav. 2010 Jan 4. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20071101>

Korhonen T et al. Externalizing Behavior Problems and Cigarette Smoking as Predictors of Cannabis Use: The TRAILS Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;49(1):61-69.

Article en libre accès : <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0890-8567/PIIS0890856709000033.pdf>

La première étude a cherché à savoir si la perception de la première expérience avec le tabac (positive ou négative) avait une influence sur le futur statut tabagique des adolescents. Ainsi, 1599 adolescents de 15 ans ont rempli un questionnaire sur les sensations ressenties lors de la première expérience avec le tabac, sur leur histoire tabagique, deux mesures de dépendance (HONC et Fagerström modifié), et une échelle de recherche de sensations. Comparé à ceux qui n'ont fait qu'essayer, et ne sont pas fumeur intermittent ou régulier, une première expérience plaisante favorise et une première expérience déplaisante diminue les chances pour un adolescent de devenir fumeur intermittent ou régulier. La première expérience prédit aussi la dépendance (elle explique 14% de la variance). Il est intéressant de noter que cette étude est un début de cohorte et que donc ces adolescents vont être suivis ce qui permettra de vérifier si ces données se confirment avec le temps. Dans la seconde étude, 1606 adolescents ont été suivis en 3 étapes. T1 à l'âge de 10-12 ans, T2 à l'âge de 12-15 ans, et T3 à l'âge de 15-18 ans. L'analyse a porté sur les critères DSM-IV du comportement extériorisé (conduite, trouble hyperactivité/déficit attentionnel, et opposition). Alors que les problèmes de comportement sont souvent mis en avant dans l'initiation aux drogues, il ressort de cette étude que c'est la précocité du tabagisme qui détermine la consommation de cannabis, indépendamment des problèmes de comportement antérieurs. Il ressort donc qu'un tabagisme précoce est un puissant marqueur du risque d'initiation ultérieure au cannabis.

- **Les cigarettes dénicotinisées peuvent-elles aider à l'arrêt du tabac?**

Hatsukami et al. Reduced nicotine content cigarettes: effects on toxicant exposure, dependence and cessation. Addiction. 2010 Feb;105(2):343-55.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20078491>

Il y a quelques années, Benowitz et Henningfield avaient proposé de réduire progressivement la quantité de nicotine disponible dans les cigarettes à l'échelon de la population pour éteindre la dépendance. Des études de laboratoire semblaient montrer que les fumeurs ne compensaient pas, en tirant plus sur leurs cigarettes, lorsqu'ils fumaient ces cigarettes. Par ailleurs on sait aussi que ces cigarettes dénicotinisées réduisent le craving. Cette étude est un essai randomisé comparant 3 « traitements ». Dans le premier les fumeurs passent de leur cigarettes habituelles (0,7-1,0 mg) à des cigarettes dont le rendement selon la machine à fumer est de 0,3 mg (cigarettes commercialisées QUEST). Un autre groupe utilise des cigarettes dénicotinisées, en fait dont le rendement est de 0,05 mg. Et le troisième groupe utilise des comprimés à sucer à 4 mg. Après une période de base de 2 semaines pendant lesquelles les sujets fumaient leurs cigarettes habituelles, ils recevaient leur traitement pendant 6 semaines, puis arrêtaient le traitement et étaient encore suivis pendant 6 autres semaines. Des mesures de marqueurs (CO, cotinine, carcinogènes) étaient aussi réalisées. De façon surprenante, alors que la cigarette à 0,3 mg produit une compensation (nombre de cigarettes et CO), cette compensation n'apparaît pas avec la cigarette à 0,05 mg. Les marqueurs de carcinogènes sont aussi plus réduits avec la cigarette dénicotinisée. Le plus surprenant c'est que la dépendance (FTND) diminue significativement au bout de 6 semaines (mais moins tout de même que pour ceux prenant les substituts nicotiques), mais surtout que le craving et les symptômes de sevrage sont plus atténués avec la cigarette dénicotinisée qu'avec les substituts! Même l'abstinence (36% à 12 semaines) est supérieure (comparé à 20,0 avec les substituts et à 13,5 avec les cigarettes à 0,3 mg). Un peu

déconcertant, non? Reste à confirmer ces résultats obtenus avec de faibles effectifs (environ 50 dans chaque groupe au début, réduit à environ 30 après 12 semaines) dus à beaucoup de sorties d'étude, et il faut aussi le souligner avec une carotte pouvant aller jusqu'à \$345 pour ceux qui finissaient l'étude. On peut donc se poser la question de ce que l'on pourrait obtenir dans un environnement clinique « normal », et aussi peut-être rappeler, ce que les auteurs ne font pas, que ces fameuses cigarettes dénicotinisées permettent tout de même l'occupation de près de 30% des récepteurs cérébraux (Brody et al. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2009 Apr;12(3):305-16).

● Arrêt du tabac, prise de poids, et risque cardiovasculaire.

Suwazono et al. Longitudinal Effects of Smoking on Physical and Laboratory Findings. *Am J Prev Med.* 2001; 38(2):192-200 [cliquez ici](#)

Tamura et al. Changes in Weight, Cardiovascular Risk Factors and Estimated Risk of Coronary Heart Disease Following Smoking Cessation in Japanese Male Workers: HIPOP-OHP Study. *J Atheroscler Thromb.* 2010 Jan 16. [Epub ahead of print] http://www.jstage.jst.go.jp/article/jat/advpub/0/1001150159/_pdf (accès libre)

Li et al. Effects of cigarette smoking on blood pressure stratified by BMI in Mongolian population, China. *Blood Press.* 2010 Jan 14. [Epub ahead of print] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20070251>

L'analyse des données recueillies annuellement au Japon par la médecine du travail dans une cohorte de plus de 7000 hommes, s'est attachée à observer les changements de poids, de pression artérielle et de biologie sanguine chez 445 sujets initialement enregistrés comme fumeurs, mais qui ont ensuite arrêté pendant au moins 3 années. Comparé à un groupe de plus de 2400 fumeurs persistant, et ajusté en fonction de l'âge, du type de travail, de l'alcool, et de l'activité physique, les personnes ayant arrêté de fumer avaient une augmentation de poids, d'IMC, de pression artérielle (diastolique et systolique), de cholestérol total, d'acide urique, de bon cholestérol (HDL), et une diminution plus importante d'hémoglobinémie. L'ajustement par rapport à l'IMC supprimait toute détérioration significative de la pression artérielle et du cholestérol total. L'étude montre que ces changements après arrêt du tabac peuvent persister pendant au moins 3 ans, et qu'ils sont principalement la cause de l'augmentation de poids.

Une autre étude japonaise longitudinale sur 4 ans a suivi 1995 hommes sur leur lieu de travail, et a estimé leur risque de maladie coronaire. Les personnes ayant arrêté de fumer depuis au moins 6 mois à la fin de la période de suivi (N=117) avaient pris en moyenne 2 kg. Ces sujets présentaient une augmentation de leur pression artérielle (diastolique et systolique), de leur cholestérol total, de leurs tri-glycérides, et de leur taux de sucre à jeun. Par contre, leur bon cholestérol (HDL) était plus élevé. En comparaison avec la période avant arrêt du tabac, leur risque estimé était de 0,76 (IC 95% : 0,68-0,85), grâce principalement à l'arrêt du tabac!

Et enfin, la troisième étude, chinoise, nous explique pourquoi, en s'intéressant au risque d'hypertension des fumeurs! L'analyse a porté sur plus de 2500 sujets âgés de 20 à 84 ans, en fonction de leur IMC (<25 ou ≥25 kg/m²), et en stratifiant les fumeurs par la quantité fumée. Ainsi chez les sujets avec un IMC <25, la pression diastolique moyenne ajustée était de 82, 83 et 82 mm Hg chez les fumeurs de respectivement 1-9 cig/j, 10-19 cig/j et ≥20 cig/j, comparé à 84 mm Hg chez les non fumeurs (significativement plus faible chez les fumeurs, tous les p<0,05). Chez les sujets présentant un IMC ≥25 la pression systolique moyenne ajustée était de 141, 135 et 132 chez les fumeurs (respectivement aux mêmes catégories) contre 137 chez les non fumeurs. La diminution proportionnelle au nombre de cigarettes fumées était significative (p<0,05). Les rapports des cotes (OR) ajustés pour l'hypertension dans les 3 groupes de fumeurs étaient non significatifs.

En conclusion, l'augmentation de la pression artérielle observée à l'arrêt est en fait un retour « à la normale » par rapport au non fumeurs, et donc ne constitue pas un risque cardiovasculaire. Ces 3 études ensemble permettent de relativiser l'augmentation de pression artérielle et de prise de poids consécutives à l'arrêt du tabac.

● Une faible consommation d'alcool pourrait faciliter l'arrêt du tabac.

Breitling et al. Low-to-moderate alcohol consumption and smoking cessation rates: Retrospective analysis of 4576 elderly ever-smokers. *Drug Alcohol Depend.* 2010 Jan 8. [Epub ahead of print] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20061096>

L'idée ici était de savoir si la consommation d'alcool influait sur les chances de succès d'une tentative d'arrêt du tabac. Il s'agit d'une étude rétrospective (avec ce que cela suppose de précautions d'interprétation) allemande réalisée sur plus de 4500 personnes de 50 à 74 ans ayant fumé (N=3058) ou fumant (N=1518), et à qui l'on a demandé de se rappeler de leur consommation d'alcool à 20, 30, 40, 50 ans et à l'âge d'entrée dans l'étude (idem pour évaluer leur consommation de tabac et leurs arrêts, et l'estimation de leur IMC). En comparant avec les personnes ne consommant pas d'alcool (N=1185), pour qui le taux d'arrêt est = 1, et en contrôlant les facteurs confondants, l'arrêt relatif du tabac augmente de 1,17 (1,02-1,34), 1,36 (1,20-1,55), 1,45 (1,27-1,66), et 1,32 (1,13-1,53) avec des consommations d'alcool hebdomadaires respectives de 1-39, 40-99, 100-199, +200 g. Les

conclusions des auteurs sont que dans la population générale, en dehors d'une prise en charge clinique, des consommations faibles à modérées d'alcool facilitent l'arrêt du tabac.

- **L'initiation aux drogues illicites suit-elle toujours le schéma, tabac, alcool, cannabis... ?**

Degenhardt et al. Evaluating the drug use "gateway" theory using cross-national data: Consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. Drug Alcohol Depend. 2010 Jan 7. [Epub ahead of print] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20060657>

Il s'agit d'une très grosse étude internationale réalisée dans 17 pays sur plus de 85000 personnes. L'équipe française de Jean-Pierre Lépine (Fernand Widal, Paris) y a participé. Elle est basée sur les données d'une enquête OMS sur la santé mentale. On ne sait pas si la séquence habituelle de progression vers les drogues illicites (tabac, alcool, cannabis...) est un effet causal des substances antérieures, ou plutôt d'autres facteurs comme la disponibilité ou l'attitude vis à vis des drogues. Les résultats montrent que l'initiation aux drogues d'entrée (« gateway drugs », tabac, alcool, cannabis), est associée différemment à l'initiation aux drogues illicites en fonction de la prévalence de ces drogues d'entrées dans les pays. La séquence « normale » n'est pas observée partout, et serait sous l'influence de l'âge d'initiation et du degré d'exposition à la substance. Ainsi l'article conclut que l'effet drogue d'entrée reflète sans doute l'effet de causes communes non mesurées plutôt qu'un effet causal d'une substance sur la suivante (tabac entraînant alcool, puis cannabis...). Ainsi cela voudrait dire que ce n'est pas parce que l'on réduit le tabagisme ou l'alcoolisme des jeunes que l'on verra automatiquement une diminution d'initiation au cannabis ou à d'autres drogues illicites.

- **L'historique des périodes d'abstinence passées influe-t-elle sur la rechute ?**

Heffner et al. Predictors of post-treatment relapse to smoking in successful quitters: Pooled data from two phase III varenicline trials. Drug Alcohol Depend. 2010 Jan 11. [Epub ahead of print] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20071105>

Il s'agit d'une analyse à postériori (post hoc) portant sur des fumeurs ayant arrêté de fumer selon les critères des études (4 semaines d'abstinence continue à la fin du traitement) au cours de deux essais clinique avec la varénicline. Les auteurs ont analysé les causes de rechute entre la 13ème semaine (fin de traitement) et la 52ème semaine (fin de suivi). Parmi les 626 fumeurs ayant réussi à arrêter de fumer, 301 ont rechuté entre la 13ème et la 52ème semaine. Les fumeurs qui avaient initié leur arrêt tardivement au cours du traitement (4 semaines avant la fin du traitement), avaient un rapport de cotes (OR) de rechute de 4,92 (IC 95% : 2,77-8,97 ; p<0,001) par rapport à ceux qui avaient initié leur arrêt à la date prévue d'arrêt (1 semaine après le début du traitement). D'où l'importance d'un arrêt précoce. Mais de façon surprenante, bien que cela ait déjà été rapporté dans la littérature, ceux qui avaient arrêté de fumer plus de 30 jours au cours de l'année précédant l'essai (et donc avaient rechuté) étaient plus susceptibles de rechuter que ceux qui ne s'étaient pas abstenus même ne serait-ce qu'une journée (OR= 2,38; IC 95 % : 1,17-5,04; p=0,013). L'arrêt précoce au cours d'une tentative d'arrêt du tabac est donc un bon pronostic d'abstinence à long terme, mais l'autre résultat va plutôt à l'encontre de ce qu'on pourrait penser par rapport au fait qu'il est reconnu que plus on a d'expériences d'arrêt derrière soi, plus on a de chance de succès lors de la tentative suivante. Mais est-ce bien une certitude?

- **La réduction du risque vue sous l'angle du clinicien.**

Logan & Marlatt. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. J Clin Psychol. 2010 Feb;66(2):201-14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20049923>

Dans le prolongement du GEST 2010 où la notion de réduction du risque par l'intermédiaire de substitution nicotinique à long terme a été abordée, voici pour ceux qui voudrait en savoir plus, une longue revue (14 pages) sur les expériences de substitution opiacée, ou de réduction des risques dans de nombreux domaines (intervention sur l'alcool chez les jeunes, échange de seringue, injection contrôlée), ainsi qu'une analyse permettant d'envisager la réduction du risque pour les patients qui pour quelque raison que ce soit ne sont pas prêts, ne veulent pas, ou sont incapables de maintenir une abstinence totale.

Offre d'emploi !

L'unité d'addictologie de l'hôpital Jean Verdier, AP-HP (Bondy, 93) recherche un psychologue clinicien mi-temps. Poste à pourvoir à compter du 1 mars 2010. Adresser CV et lettre de motivation au Dr Anne Borgne, responsable de l'unité, anne.borgne@jvr.aphp.fr

Et toujours! A consulter sur le site de la SFT !

Symposium SFT "Tabac, cannabis", THS 9, 14-16 octobre 2009, Biarritz

Résumés des interventions : <http://societe-francaise-de-tabacologie.com/actualites1.html>

La formation en tabacologie par le DIU de tabacologie et aide à l'arrêt du tabagisme: évaluation et perspectives.

Rapport du Dr Jean Perriot, vice-Président de la SFT. <http://societe-francaise-de-tabacologie.com/>

Les résumés et diaporamas du 3ème congrès de la SFT sont disponibles sur le site de la Société ! <http://societe-francaise-de-tabacologie.com/index.html>



et n'oubliez pas !

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

Tabagir
Pour votre santé

Les dix ans de l'association Tab'agir auront lieu le 25 Mars
A l'hôtel MERCURE à APPOIGNY (près d'AUXERRE) dans l'YONNE
Etats Généraux

Pour tous renseignements : contact secretariat.tabagir@club-internet.fr

13ème COLLOQUE
de l'IRAAT



"LE TEMPS
D'UNE CIGARETTE ...
... D'UNE VIE"

Le 18 mars 2010
Ecole Rockfeller
4 avenue Rockefeller 69008 Lyon

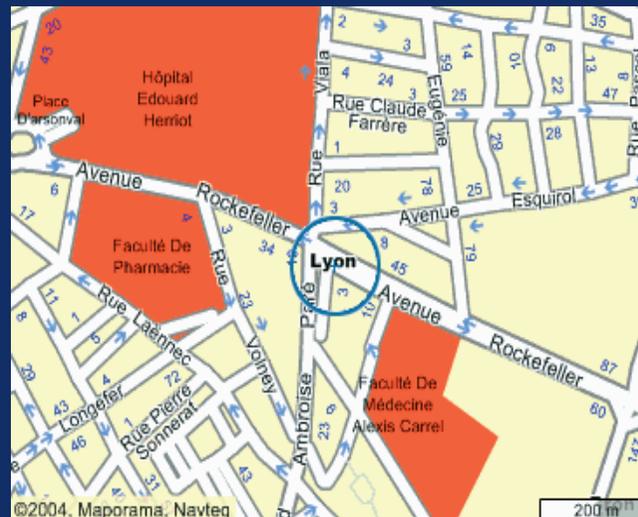


AVEC LE SOUTIEN
AVEC LE SOUTIEN

- CONSEIL GÉNÉRAL DU RHÔNE
- HOSPICES CIVILS DE LYON

LABORATOIRES
LABORATOIRES

- PIERRE FABRE Santé
- FIM
- GSK
- NUTERGEA
- PFIZER
- NOVARTIS
- MAC NEIL
- LERO
- EOLYS



13^{ème} COLLOQUE TAB'EVE MAT'AB IRAAT

« Le temps d'une cigarette... d'une vie... »



INSTITUT RHONE ALPES AUVERGNE
DE TABACOLOGIE

COLLOQUE TAB'EVE MAT'AB

COUPON RÉPONSE

(à retourner avant le 11 mars 2010)

IRAAT - Hôtel Dieu - 1 Place de l'Hôpital
69002 LYON

N° Agrément : 82 69 067 6369 N° Siret : 444 131 072 00019

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

Ville :

Tél. :

Email lisible :

Participera au 13^{ème} Colloque TAB'EVE, MAT'AB
le 18 mars 2010

Bulletin d'inscription à retourner impérativement,
Accompagné de votre règlement à l'ordre de l'IRAAT.

Montant de la participation : 40 euros
(comprend l'accès aux conférences et au repas)

8h15	Accueil des participants	12h30-14h	DÉJEUNER
8h45	Ouverture Dr Gérard MATHERN , Président de l'IRAAT		SESSION II MAT'AB
	SESSION I TAB'EVE	Animation	Dr Etienne ANDRE , Médecin Santé Publique, Grenoble
Animation	Dr Gérard MATHERN	14h-14h30	Dr Gilles GRANGE , Gynécologue Obstétricien, Paris « Tabagisme de la femme enceinte : notre responsabilité est-elle de convaincre ou d'éclairer ? Approche éthique »
9h-9h30	Didier NOURISSON , Historien, Professeur d'histoire contemporaine à l'IUFM de Lyon « Entre temps »	14h30-15h	Audrey SCHMITT , Psychiatre, Addictologue, Praticien Hospitalier, CHU Clermont Ferrand « Tabagisme, femmes et troubles psychiatrique »
9h30-10h	Nicole JANIN , Professeur agrégée de lettres classiques, Docteur en cinéma Lyon 2 « 24 images secondes »	15h-15h15	ÉCHANGES
10h-10h30	Elisabeth SLEDZIEWSKI , Philosophe, Maître de conférences de Sciences Politiques à l'Université Robert SCHUMAN de Strasbourg (I.U.P.) « Le tabagisme de la grossesse, une antidote individualiste »	15h15-15h30	Chantal PAUL , Sage femme Tabacologue, St Chamond « Tabac, grossesse et acupuncture »
	PAUSE	15h30-15h45	Catherine LAVEISSIERE , Sage femme Tabacologue, Lyon « Tabac, grossesse et protocole »
11h-11h30	Philippe GRIMBERT , Psychanalyste, Paris « Mon corps m'appartient-il tout le temps ? »	15h45-16h	Maud Catherine BARRAL , Sage femme Tabacologue, Lyon « Prise en charge de l'allaitement des femmes fumeuses en maternité »
11h30-12h	Jean Olivier MAJASTRE , Ethno-sociologue, Grenoble « Le meilleur moment »	16h-16h15	Pierre Antoine MIGEON , Sage femme Tabacologue, Bourg en Bresse « Pratiques et connaissances des professionnels de santé »
12h-12h30	ÉCHANGES	16h15-16h30	ÉCHANGES
		16h30	Conclusion Dr Gérard MATHERN