

● Impact de l'augmentation du prix des cigarettes au Mexique.

Saenz-de-Miera et al. *Tob Control*. 2010 Sep 24. [Epub ahead of print] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20870740>

Cette étude sur une cohorte de fumeurs mexicains (données solides car obtenu chez les mêmes individus à plusieurs reprises), a été menée dans le cadre du groupe ITC (qui fait aussi des études sur les fumeurs français; <http://www.itcproject.org/>). Cette étude est intéressante car elle illustre l'effet d'une augmentation substantielle des taxes dans un pays classé par la banque mondiale comme étant à revenus moyens hauts, et ceci en l'absence d'autres interventions majeures sur la population (pas de campagnes médias ou autres actions). Une étude précédente avait estimé qu'une augmentation des taxes de 10% devait produire une diminution de consommation de l'ordre de 5,2% (élasticité du prix = - 0,52). La première vague d'enquêtes a été réalisée sur 1079 fumeurs ayant répondu en face à face à un enquêteur entre septembre et novembre 2006. La seconde vague (novembre et décembre 2007) a permis de ré-interroger 756 fumeurs (70,1% du groupe initial). Parmi les questions posées, il y avait le prix des cigarettes que les fumeurs consommaient (déclaratif). Sur l'ensemble de cet échantillon, le prix des cigarettes fumées par ces fumeurs avait augmenté de 12,7%, mais de façon variable selon les marques, plus pour les marques internationales (+13,5%) et moins pour les marques nationales (+8,7%), montrant par là la stratégie adoptée par l'industrie du tabac pour amoindrir l'effet de l'augmentation des taxes. Cependant l'effet observé sur cette population a été beaucoup plus important que prévu. Le nombre de cigarettes fumées par jour par ces fumeurs a baissé de 29,8% (passant de 6,9 à 4,9 cig/j en moyenne), alors que les estimations pour une telle augmentation prévoient une baisse de 6,4% seulement. De plus, cette diminution a été homogène dans les différents groupes socio-démographiques, sauf chez les petits fumeurs de 5 cig/j ou moins chez qui aucune diminution n'a été observée. Cependant, 13% de l'échantillon a déclaré avoir arrêté de fumer depuis au moins 1 mois lors de la seconde vague, avec un effet plus important chez les petits fumeurs (RR= 2,66; IC 95% 1,41–4,99), ce qui pourrait expliquer cette absence de diminution chez les petits fumeurs n'ayant pas arrêté. Un autre résultat intéressant est que lors de la première vague, 89,9% des fumeurs déclaraient acheter des paquets de cigarettes, ils n'étaient plus que 78,3% lors de la seconde vague ($p < 0,01$), et inversement, ceux achetant leurs cigarettes à l'unité sont passés de 9,9% à 20,2%, d'où l'importance d'interdire la vente à l'unité parmi les mesures de contrôle du tabac. Les auteurs mettent en garde sur ces effets plus importants qu'attendu en signalant qu'il s'agit d'une mesure de consommation à court terme après l'augmentation (il faudrait qu'elle soit confirmée par des mesures plus éloignées dans le temps) et que le fait d'accepter de participer à une telle enquête peut aussi introduire un biais car elle représente en quelque sorte une intervention en soi.

● Utilisation des substituts nicotiques pour la réduction de consommation et l'abstinence temporaire en Angleterre.

Beard et al. *Addiction*. 2010. [doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03215.x]
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2010.03215.x/abstract>

Cette étude fait partie de la Smoking Toolkit Study (<http://www.smokinginengland.info/>) mise en place par Robert West en Angleterre. Il s'agit d'enquêtes mensuelles sur le comportement tabagique et l'arrêt. Elle a porté sur 11414 fumeurs à qui l'on a demandé s'ils réduisaient leur consommation (RC), et si oui, si ils utilisaient un traitement nicotinique de substitution (TNS), et deuxièmement, si ils utilisaient le TNS pour l'abstinence temporaire (AT). Le questionnaire portait aussi sur les données démographiques, le nombre de cigarettes fumées, et si les fumeurs avaient fait une tentative d'arrêt au cours des 12 derniers mois. Plus de la moitié (56%) des fumeurs pratiquent la réduction (14% réduisent avec TNS et 14% font de l'AT, les 2 étant hautement corrélés). Le patch et la gomme sont les formes les plus utilisées pour cela, bien que le patch n'ait pas ces indications

comme en France. L'utilisation du TNS pour la RC, par rapport à la RC sans TNS, est plus fréquente chez les fumeurs plus âgés. L'utilisation du TNS pour l'AT est plus fréquente chez les femmes. La consommation est plus importante chez les fumeurs utilisant le TNS pour la RC que chez ceux ne l'utilisant pas (fument moins intensément chaque cigarette, ou sont plus dépendants et fumeraient encore plus si pas de TNS?). L'utilisation de TNS pour la RC ou l'AT est associée à des tentatives d'arrêts passés. Selon les auteurs, il est donc possible que ces fumeurs utilisant le TNS aient appris de leur précédentes tentatives l'utilité du TNS pour maîtriser leur consommation. Même si cela ne produit sans doute pas d'effets bénéfiques importants sur la santé, il semble que cela ne les décourage pas de faire d'autres tentatives d'arrêts, et même peut-être pourrait les y encourager, comme cela a été démontré dans les étude de RC avec TNS.

● Utilisation du snus pour arrêter de fumer en Norvège.

Lund et al. Addiction. 2010 Sep 30. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03122.x. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20883459>

Lund et al. Nicotine Tob Res. 2010 Aug;12(8):817-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20622023>

Dans la première étude, les résultats de 7 enquêtes réalisées entre 2003 et 2008 ont été analysées (N=10441 fumeurs ou ex-fumeurs). Le statut de fumeur a été analysé chez les utilisateurs de snus (tabac oral non fumé), et la fréquence de l'arrêt du tabac a été analysé en fonction des antécédents d'utilisation du snus. Dans 6 des 7 enquêtes (la 7ème portant uniquement sur les jeunes adultes de 16-20 ans), par rapport aux fumeurs n'ayant jamais utilisé de snus, le taux d'arrêt de la cigarette était significativement plus élevé pour les utilisateurs quotidien de snus (62 à 90% d'ex-fumeurs selon les études) que les anciens utilisateurs (46 à 86%) ou que les utilisateurs occasionnel (17 à 32%). Ceux n'en ayant jamais utilisé avaient des taux d'arrêt de 43 à 63%. Chez les utilisateurs des 2 produits (cigarette + snus), ceux utilisant le snus quotidiennement l'utilisent plus dans l'espoir d'arrêter de fumer (55,3%) que ceux utilisant le snus occasionnellement (35,7%). Ces données sont à rapprocher (et sont assez similaires) de celles obtenues en Suède. L'autre étude a été réalisée sur un échantillon représentatif d'utilisateurs d'internet (N=14744). Parmi les répondant (N=7170 ou 48,6%), il y avait 1775 anciens fumeurs, et 1808 fumeurs, à qui l'on a demandé la méthode et l'issue de leur dernière tentative d'arrêt. En contrôlant pour les facteurs confondants (Adjusted Odds Ratio = AOR), par rapport à ceux ayant utilisé la gomme à la nicotine et étant abstinents (AOR = 1), ceux ayant utilisé la varénioline (AOR = 5,05; p=0,006) et ceux ayant utilisé le snus (AOR = 2,66; p<0,001) avaient plus de chance d'être abstinents (AOR pour le patch 0,96 et pour le bupropion 1,56 non significatifs). Parmi les fumeurs ayant essayé le snus pour arrêter de fumer, 62,4% l'utilisaient toujours au moment de l'enquête (43,8% quotidiennement et 18,6% occasionnellement), alors que ceux ayant utilisé un TNS n'étaient que 9,5% (3,8% quotidiennement et 5,7% occasionnellement) à toujours l'utiliser au moment de l'enquête. Les auteurs concluent que par rapport aux fumeurs utilisant le TNS, ceux utilisant la varénioline ou le snus ont plus de chance d'arrêter de fumer, mais l'utilisation du snus maintien plus la dépendance à la nicotine.

● Efficacité des traitements associés à la ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac dans le Montana (USA).

Biazzo et al. Nicotine Tob Res. 2010 Jun;12(6):567-73. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20378640>

Les lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt sont de plus en plus utilisées et ont démontré leur efficacité. Certaines proposent même un traitement nicotinique de substitution (TNS) gratuit ou à prix réduit. Depuis mai 2004, l'État du Montana propose un programme téléphonique pro-actif d'aide à l'arrêt accompagné de TNS gratuit. En mars 2008, le programme a aussi inclut la possibilité d'obtenir une réduction sur la varénioline. Cette étude a cherché à montrer si cette initiative avait un coût-efficacité positif. Sur plus de 9000 appelants, 7600 fumeurs ont été inclus dans le programme d'aide à l'arrêt incluant un médicament. Une analyse rétrospective des données démographiques, des antécédents de tabagisme et de l'issue du sevrage ont été réalisées sur 3116 fumeurs ayant opté pour la varénioline et 3697 ayant opté pour le TNS. Les résultats d'abstinence à 3 et 6 mois sont en faveur de la varénioline (à 3 mois 22% vs. 13%; OR = 1,85; IC 95% 1,50-2,29 et à 6 mois 17% vs. 11%; OR = 1,66; IC 95% 1,23-2,24), cependant les fumeurs ayant opté pour la varénioline sont différents de ceux ayant opté pour le TNS. A 3 mois, les variables prédictives de l'abstinence sont l'utilisation de la varénioline, être plus âgé, avoir une assurance santé et avoir participé à un plus grand nombre de séances de suivi (3-5 par rapport à 0-2). A 6 mois par contre, seul l'âge et le suivi sont encore significatifs. Les conclusions sont que les fumeurs optant pour la varénioline sont différents de ceux optant pour le TNS, et que l'addition de la varénioline à un programme d'aide à l'arrêt par téléphone augmente le taux d'abstinence à 3 mois, mais qu'à 6 mois les facteurs prédictifs les plus importants sont l'âge (35-55 > 18-34) et l'investissement du fumeur (suivi) dans sa tentative d'arrêt.

● Efficacité de la varénicline chez des patients atteints de BPCO.

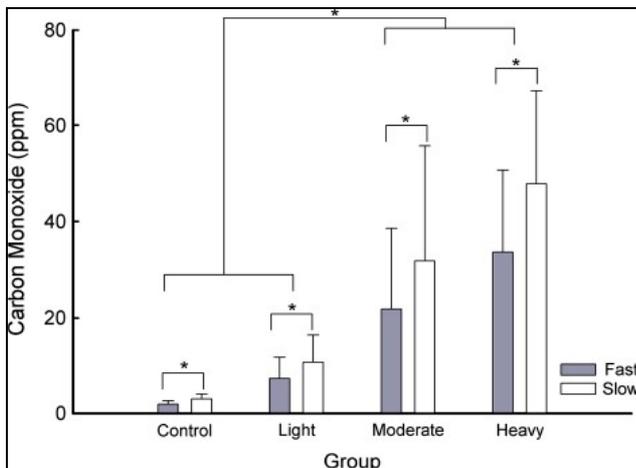
Tashkin et al. *Chest*. 2010 Sep 23. [Epub ahead of print] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20864613>

Le tabagisme est l'un des plus importants facteurs de risque dans la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Il est donc primordial d'obtenir l'arrêt du tabac dans cette population. Dans 27 centres, 504 patients fumeurs atteints de BPCO à un niveau faible à modéré (après broncho-dilatateur FEV1/FVC < 70% et valeur estimée de FEV1% \geq 50% de la valeur normale), ont reçu soit de la varénicline (N=250), soit un placebo (N=254) pendant 12 semaines, avec un suivi ultérieur de 40 semaines sans traitement. Le critère principal d'efficacité était l'abstinence continue vérifiée par CO entre les semaines 9-12. un critère secondaire était l'abstinence continue entre les semaines 9-52. La varénicline a démontré une efficacité nettement supérieure au placebo à la fois à la fin du traitement (42,3% vs. 8,8%; OR= 8,40; IC 95% 4,99-14,14; $p < 0,0001$) et à la fin du suivi (18,6% vs. 5,6%; OR= 4,04; IC 95% 2,13-7,67; $p < 0,0001$). Il faut noter que durant les 12 semaines de traitement, les patients avaient une visite hebdomadaire, puis ont eu encore 7 visites et 5 appels téléphoniques pendant le reste de l'étude, et ont donc bénéficié d'un suivi très intense. Cependant, la courbe des rechutes dans le groupe varénicline diminue de façon beaucoup plus importante que dans le groupe placebo, surtout entre les semaines 12 et 24, et montre qu'une utilisation du traitement sur 6 mois (3 mois supplémentaire chez ceux abstinent à 3 mois) aurait sans doute amélioré l'efficacité comme cela a été montré dans une autre étude (Tonstad et al, JAMA 2006). La tolérance de la varénicline dans cette étude est similaire à celle rapportée dans les études précédentes (nausées, rêves, insomnie...).

● La mesure du CO expiré est affectée par la vitesse d'expiration!

Raiff et al. *Nicotine Tob Res*. 2010 Aug;12(8):834-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20530193>

Afin de tester l'effet de la vitesse d'expiration lors de la mesure du CO expiré, 4 groupes de 20 sujets (non-fumeurs, fumeurs de 1-10 cig/j, de 11-20 cig/j ou de 21+ cig/j) ont soufflé 2 fois soit à vitesse rapide (médiane 4 s, en bleu sur le graphique), soit à vitesse lente (médiane 14 s, en blanc sur le graphique). Comme indiqué sur le graphique, les valeurs mesurées entre les non-fumeurs et les petits fumeurs ne sont pas significativement



différentes, de même celles entre les fumeurs moyens et les gros fumeurs. Par contre la différence entre ces 2 sous groupes (non- + petits vs. moyens + gros) l'est. De même, dans tous les groupes, la différence entre expiration lente et expiration rapide est significative et augmente en fonction de la consommation (différence moyenne: non-fumeur = 1,2; petit = 3,4; moyen = 10,1; et gros = 14,3 ppm). En additionnant la sensibilité et la spécificité (identifier correctement à la fois un fumeur, mais aussi un non fumeur), pour chaque valeur de CO de 1 à 10 afin de déterminer la valeur seuil (cutoff), il ressort que cette valeur est de 3 ppm pour l'expiration rapide, et de 4 ppm pour l'expiration lente. Selon les recommandations de la SRNT la valeur seuil en clinique est estimée à 8-10 ppm. Mais dans cette étude, si cette

valeur avait été retenue, elle n'aurait permis de classer à coup sûr les fumeurs que dans 27 à 65% des cas! Cette étude a utilisé l'appareil piCO+ de Bedfont pour les mesures. Il ressort de cette étude qu'il est nécessaire d'avoir un protocole de prise de mesure du CO qui soit bien standardisé afin d'éviter de mal classer un fumeur non abstinent.

● Polémique autour des cigarettes électroniques!

Trtchounian et al. *Nicotine Tob Res*. 2010 Sep;12(9):905-12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20644205>

De plus en plus de voix se font entendre pour interdire, ou en tout cas, contrôler (absence totale pour l'instant) la vente de ces e-cigarettes. Il existe assez peu de données sur la toxicité de ces produits (dont la diversité de production et l'origine, principalement la Chine, peuvent poser questions sur la qualité de fabrication), et en tout cas aucunes pour ce qui est des effets à long terme. L'article présenté ici montre que les propriétés mécaniques des e-cigarettes font que les bouffées nécessitent des aspirations de plus en plus importantes à mesure que la cigarette est consommée, mais aussi que la densité de l'aérosol qui en sort varie lui aussi de la même manière. La FDA américaine a publié un rapport démontrant la présence de carcinogènes dans les e-cigarettes, même s'il s'agit de taux moins élevés que dans les cigarettes conventionnelles

(<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm173222.htm>), elle a aussi écrit une lettre à l'association des fabricants dans laquelle elle précise avoir l'intention de réglementer les e-cigarettes en appliquant les mêmes règles que pour les médicaments

(<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm225224.htm>).

L'agence précise que pour qu'un produit obtienne l'autorisation de mise sur le marché, le fabricant doit démontrer l'efficacité et l'absence de toxicité de son utilisation. Le fabricant doit aussi démontrer que ses procédés de fabrication sont adéquates pour préserver la qualité et la pureté du produit. La lettre précise que la FDA invite les différentes compagnies à travailler en collaboration avec elle de façon à ce que leurs produits soient vendus selon le respect de la loi des États-Unis. Selon les règles de la FDA, un produit ne peut être vendu en prétendant traiter ou atténuer une maladie, comme la dépendance à la nicotine, sans que l'efficacité et la tolérance de ce produit n'aient été démontrées. Cependant, les 5 compagnies visées prétendent toute que leurs produits peuvent aider les fumeurs à arrêter de fumer.

De même, l'AFSSAPS en France s'est aussi prononcée, et son message est concordant avec celui de la FDA:

« Saisie par la Direction générale de la santé, l'Afssaps a examiné les conditions de mise sur le marché des cigarettes électroniques et effectué une première analyse des risques potentiels. Elle conduira une évaluation approfondie, avec le concours d'experts toxicologues. A ce stade, l'Afssaps et la DGS recommandent la plus grande prudence aux utilisateurs. En particulier, l'usage de cigarettes électroniques est à éviter chez les femmes qui allaitent en raison de la toxicité de certaines substances et de l'absence de données relatives à leur passage dans le lait maternel. »

(<http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communique-Points-presse/Point-d-information-sur-les-cigarettes-electroniques>)

A consulter sur le site de la SFT !

**Le 4ème Congrès national de la SFT
dont le thème est "Tabagisme. Du comportement à la maladie chronique"
se tiendra les 4 et 5 novembre 2010**

au Palais des arts et des congrès d'Issy-les-Moulineaux.

<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/congres1.html>

Appel aux responsables de DIU et DU

Prochainement nous diffuserons les informations concernant les **DIU et DU de tabacologie et d'addictologie**, merci aux responsables d'enseignements de nous faire parvenir leur plaquette, elle pourra être mise en ligne sur le site de la SFT.



CIFICOT III a eu lieu à Niamey récemment, vous pouvez consulter les nouvelles et la déclaration de Niamey contre le tabac sur le site :

<http://cifcot.org/>

Annonces

Rencontres Internationales

L'Inpes a le plaisir de vous convier à sa prochaine Rencontre Internationale

Le 22 octobre 2010 de 9h30 à 12h00

**« Le marketing social : critiques et efficacité
Le cas de la prévention du tabagisme »**

avec

le **Pr Gerard Hastings**

Director of the Institute for Social Marketing and the Centre for Tobacco Control Research,
University of Stirling and the Open University, Scotland

&

le **Dr Karine Gallopel-Morvan**

Maître de conférences habilité à diriger des recherches,
Institut de gestion de Rennes (Université de Rennes 1), CREM (UMR CNRS)

INPES, 4e étage, salles AB - 42, Bd de la Libération – 93203 Saint-Denis
RSVP avant le **10 octobre** à Jennifer.Davies@inpes.sante.fr

www.inpes.sante.fr
inpes

*Le Collège américain des pneumologues (ACCP) a mis en accès gratuit (grâce à une subvention) un guide pour l'aide à l'arrêt. Vous pouvez le consulter (en anglais bien sûr!) à cette adresse:
<http://tobaccodependence.chestnet.org/>*

***Journée de l'Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie
prévue à Nancy le 21 octobre***
(voir plaquette à la fin du numéro de juillet)

Livres

Le livre “Le tabagisme, de la clinique au traitement”
du Pr Bertrand Dautzenberg,
est disponible aux Editions Med’Com.

Format 17 x 24 cm
210 pages – Quadri – 2010
ISBN : 9782354030506
Tarif TTC : 42,00 €



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