

- **Prise de poids à long terme (8 ans) chez des fumeurs et ex-fumeurs en fonction de l'IMC.**

*Lycett et al. Addiction. 2010 Oct 6. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03136.x. [Epub ahead of print]*  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2010.03215.x/abstract>

Cette étude sur la prise de poids à long terme au cours de l'arrêt est intéressante car il s'agit d'une cohorte recrutée pour une étude patch contre placebo qui a été suivie pendant 8 ans. Au total, 85 participants étaient abstinents à 3, 6 et 12 mois, et à 8 ans (Abstinentes). Alors que 613 participants étaient et sont restés fumeurs (Fumeurs), que 26 ont arrêté pendant 1 an, mais on repris à 8 ans (Rechutes), et que 116 étaient fumeurs à 1an, mais étaient abstinents à 8 ans (Arrêts tardifs). Le poids et l'indice de masse corporelle (IMC) ont été mesurés au début de l'étude et 8 ans après. La prise de poids en fonction du statut tabagique et de l'IMC ont été analysés par régression. Les prises de poids ont été de 8,79 kg pour les Abstinentes, 2,24 kg pour les Fumeurs, 3,28 kg pour les Rechutes et 8,33 kg pour les Arrêts tardifs. L'association entre IMC de base et prise de poids dépend du statut tabagique. Pour des IMC respectifs de 18, 23, 29 et 36, la prise de poids au cours des 8 ans (estimée à partir des modèles de régression) a été chez les Abstinentes de +9,8 kg, +7,8 kg, +10,2 kg et +19,4 kg, et chez les fumeurs de +3,9 kg, +2,6 kg, +1,0 kg et -0,8 kg. En conclusion il apparaît que les fumeurs obèses prennent plus de poids après l'arrêt alors qu'ils n'en prennent pas (voire en perdent) s'ils continuent de fumer. C'est donc surtout chez les fumeurs obèses qu'il faut envisager des interventions pour améliorer la prise de poids au cours de l'arrêt.

- **Lien entre tabagisme intense en milieu de vie et risque de maladie d'Alzheimer ou de démence vasculaire.**

*Rusanen et al. Arch Intern Med. 2010 Oct 25. [Epub ahead of print]* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20975015>

Si un certain effet protecteur du tabagisme a été montré sur la maladie de Parkinson, le lien entre tabagisme et maladie d'Alzheimer est plus controversé. Cette étude prospective est basée sur une cohorte de 21123 personnes ayant participé à une enquête de santé entre 1978 et 1985, et pour lesquelles les diagnostics de démence, de maladie d'Alzheimer (MA) et de démence vasculaire (DV) ont été réalisés entre 1994 et 2008. Au total, 5367 personnes (25,4%) ont été diagnostiquées comme ayant une démence (incluant 1136 cas de MA et 416 cas de DV) au cours d'un suivi moyen de 23 ans. Après avoir ajusté les résultats en fonction de l'âge, du sexe, de l'éducation, de la race, du statut marital, de l'hypertension, de l'hyperlipidémie, de l'IMC, du diabète, des maladies cardiaques, de l'AVC et de la consommation d'alcool, et en comparant aux non fumeurs, les fumeurs de plus de 2 paquets par jour avaient un risque accru de démence (Hazard Ratio ajusté = 2,14; IC 95% 1,65-2,78), de MA (HR = 2,57; IC 95% 1,63-4,03) et de DV (HR = 2,72; IC 95% 1,20-6,18). Les ex-fumeurs et les fumeurs de moins d'un 1/2 paquet par jour présentaient le même risque que les non fumeurs. Pour les fumeurs de 1/2 à 1 paquet par jour, le risque global de démence était plus élevé (HR = 1,37; IC 95% 1,23-1,52), et pour ceux fumant 1 à 2 paquets par jour aussi (HR = 1,44; IC95% 1,26-1,64), mais le risque de MA ou de DV n'était pas significativement plus élevé dans ces deux groupes que chez les non fumeurs. En conclusion, fumer de façon intense en milieu de vie, si l'on ne meurt pas précocement d'un cancer, d'un infarctus ou d'insuffisance respiratoire, expose à un risque plus que doublé de subir une démence sénile, un risque à ne pas négliger compte tenu du vieillissement de la population.

- **Le nombre d'américains respectant les comportements sains a baissé entre 1996 et 2007.**

*Ford et al. Prev Med. 2010 Nov;51(5):403-7.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20708637>

Les comportements sains, réduisant les risques de maladies chroniques, sont le fait de ne pas fumer, d'avoir pratiqué une activité physique au cours des 30 derniers jours, de consommer au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, et d'avoir un indice de masse corporelle < 25 kg/m<sup>2</sup>. Les auteurs de cette étude ont utilisé les données de 1 580 220 adultes (≥ 18 ans) ayant participé à au moins une enquête de surveillance des facteurs de risque entre 1996 et 2007. Le pourcentage d'adultes remplissant les conditions des 4 comportements sains, ajusté par rapport à l'âge, a diminué significativement, passant de 8,5% en 1996 à 7,7% en 2007 (p<0,001). Ceci s'est vérifié à la fois chez les hommes et les femmes dans à peu près toutes les tranches d'âge. Les comportements sains (dans l'ordre précité ci-dessus) étaient respectés par 70,9% (pas fumer), 76,2% (activité), 47,9% (fruits et légumes) et 24,3% (IMC) en 1996. En 2007, les pourcentages étaient respectivement de 77,1%, 80,0%, 37,8% et 24,5%. Si des progrès sont nets en terme de consommation de tabac, il semble que l'alimentation équilibrée ait perdu du terrain, ce qui pose un sérieux problème aux USA compte tenu du nombre de personnes obèses.

- **Le risque cardiovasculaire est fonction de l'éducation en Inde.**

*Gupta et al. Prev Med. 2010 Nov;51(5):408-11.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20817021>

Les données sur le risque cardiovasculaire en fonction du statut socio-économique sont rares dans les pays en développement. Celle-ci s'est attachée plus spécialement au niveau d'éducation (bas = ≤ 5 ans, moyen = 6-12 ans ou élevé = > 12 ans). Des données épidémiologiques croisées ont été réalisées sur 1280 adultes (20-59 ans) en 1999-2003 à Jaipur. Il y avait 306 personnes au niveau bas, 436 au niveau moyen et 538 au niveau élevé. La prévalence des risques et le score de Framingham ont été mesurés. Les prévalences ajustées à l'âge selon les 3 niveaux d'éducation (bas, moyen, élevé) étaient de 19,0 – 19,3 et 11,7 pour le tabac fumé (seulement 2 cas de tabac non fumé exclusif chez les hommes, mais 32 cas chez les femmes – et seulement 10 ex-fumeurs!). Pour l'obésité les valeurs étaient de 9,5 – 16,7 et 22,1. Pour l'hypertension 15,3 – 30,5 et 44,0. Pour l'hypercholestérolémie (≥ 200 mg/dl) 46,0 – 48,4 et 54,6. Pour une faible quantité de HDL (< 40 mg) 46,4 – 56,4 et 38,3. Pour le diabète 6,9 – 5,5 et 26,4! Enfin le score de risque de Framingham était respectivement de 5,7 ± 5,8 – 6,3 ± 5,7 et 4,7 ± 5,1. Le risque était plus important dans les 2 niveaux les plus bas (moyenne = 6,1 ± 5,3) que dans le niveau élevé (4,7 ± 5,1 ; p<0,001). Le risque cardiovasculaire est donc plus élevé dans les classes de bas et moyen niveau d'éducation. Comme dans les pays plus développés, le tabagisme y est aussi plus élevé.

- **Le vrai prix d'un paquet de cigarettes!**

*Cobacho Tornel et al. Rev Esp Salud Publica. 2010 May-Jun;84(3):271-80.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20661526>

Cet article est en espagnol (résumé en anglais). Cette étude espagnole fait parler d'elle car elle met en évidence le coût que représente le tabagisme pour la société. Un argument souvent avancé par les opposants au contrôle du tabac est que les taxes sur le tabac rapportent beaucoup d'argent à l'état. En lisant cet article on s'aperçoit que cet argument est faux, car le coût induit du tabagisme (soins aux fumeurs et non-fumeurs exposés, arrêts maladie...) est beaucoup plus important que les taxes perçues par l'état. En utilisant un modèle pour évaluer le risque sanitaire en terme monétaire et en l'appliquant aux données de rémunération du travail et d'accidents du travail, les auteurs ont évalué la valeur statistique d'une vie (valor estadístico de la vida) à 3,78 millions d'euros pour un travailleur espagnol. En fonction de cela et de l'augmentation du risque sanitaire dû au tabagisme, les auteurs estiment le coût d'un paquet de cigarettes à 78 euros pour un homme et 54 euros pour une femme (en euros de l'an 2000). C'est un calcul complexe, mais qui permet de mieux relativiser le coût du tabagisme pour la société, et comprendre qu'il s'agit bel et bien d'un enjeu majeur de santé publique.

- **Améliorer la prévention de l'accident vasculaire cérébral aux Antilles.**

*Kelly-Irving et al. Stroke. 2010 Nov;41(11):2637-44.* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20884867>

Cette étude a cherché à évaluer la connaissance des risques cardiovasculaires dans la population générale à la Guadeloupe. Une étude croisée sur 1005 hommes et femmes (54%) recrutés aléatoirement et âgés de 25 à 74 ans a été réalisée en 2007. Des questions leur étaient posées sur leurs connaissances des risques cardiovasculaires,

ainsi que sur leurs croyances et opinions sur les mesures à prendre pour éviter ces maladies. Il ressort que les connaissances en termes de prévention de l'AVC sont moins bonnes (69% chez les femmes et 65% chez les hommes) que pour les maladies cardiaques (84% et 77% respectivement). La principale mesure de prévention citée pour l'AVC était d'éviter le stress! (cité en premier par 35% des femmes et 27% des hommes). L'alcool n'arrive qu'en 5ème position et le tabac en... 8ème! Pour la prévention des maladies cardiaques c'est l'activité physique qui arrive en tête (47% des femmes et 45% des hommes), l'alcool en 3 et le tabac en 4. Les auteurs concluent qu'il est nécessaire de changer les stratégies de prévention aux Antilles afin d'améliorer les connaissances de la population sur ces maladies qui touchent plus les habitants de ces îles que le reste de la population française.

- **Les données européennes de prévalence du tabagisme sont en discordance avec les données nationales.**

**Bogdanovica et al. Tob Control. 2010 Oct 21. [Epub ahead of print]**

Article en libre accès: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20966129>

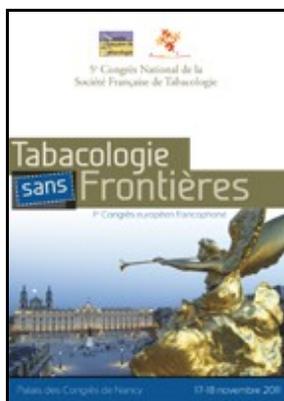
Il existe en Europe un Eurobaromètre qui estime la prévalence du tabagisme dans les 27 pays de l'Union. Cette étude s'est attachée à comparer ses résultats avec les résultats des enquêtes nationales. Pour cela, les auteurs ont comparé les questions, les méthodes d'échantillonnage et les prévalences mesurées entre l'Eurobaromètre de 2006 et les données nationales contemporaines. La plupart des enquêtes nationales utilisent les mêmes méthodes d'échantillonnage sur des échantillon de plus de 3000 personnes. Cependant, les mots utilisés pour définir le tabagisme, l'inclusion ou non des fumeurs occasionnels, la tranche d'âge des participants, et la fréquence des enquêtes nationales varient de façon importante. L'Eurobaromètre utilise les mêmes questions dans tous les pays, mais sur des échantillons de 1000 personnes (voire de 500 dans 3 pays). Les estimations de l'Eurobaromètre de 2006 ont été en moyenne supérieure de 0,37 point de pourcentage, mais avec une variation énorme allant de -10,49 à +11,23 points. Aux deux extrêmes ont trouve que la prévalence du tabagisme mesurée en Slovaquie est 13% plus élevées que mesurée par l'Eurobaromètre, alors que celle mesurée au Royaume Uni est 10% plus basse que mesurée par l'Eurobaromètre! Compte tenu du fait que le tabagisme est la première cause de mortalité et morbidité évitable dans l'Union Européenne, il est urgent de mesurer la prévalence du tabagisme de façon régulière dans tous les pays en adoptant une méthodologie identique.

---

***A consulter sur le site de la SFT !***

**Le 4ème Congrès national de la SFT  
s'est tenu les 4 et 5 novembre 2010 à Issy-les-Moulineaux.**

<http://www.csft2010.fr/pages/44alhome.html>



***Le 5ème Congrès national de la SFT  
dont le thème est "Tabacologie sans frontières"  
se tiendra du jeudi 17 au vendredi 18 novembre 2011  
au Palais des congrès de Nancy.***

***Retrouvez prochainement toutes les informations relatives  
à ces journées:***

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



3<sup>ème</sup> conférence internationale francophone  
sur le contrôle du tabac  
Niamey, du 25 au 28 septembre 2010

***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://cificot.org/>***

---



**FCTC**  
CONVENTION-CADRE DE L'OMS  
POUR LA LUTTE ANTITABAC

**La prochaine Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac aura lieu du 15 au 20 novembre à Punta del Este (Uruguay)**

**Téléchargez l'agenda ici: [http://apps.who.int/gb/fctc/F/F\\_cop4.htm](http://apps.who.int/gb/fctc/F/F_cop4.htm)**

---

## ***Doit-on aider les fumeurs à arrêter de fumer?***

**Il s'agit d'un Éditorial publié par Robert West et coll. dans la revue Addiction. Vous pouvez y accéder gratuitement depuis le site [treatobacco.net](http://www.treatobacco.net) ( <http://www.treatobacco.net/fr/index.php> )**

**Extrait:** « *De nombreux gouvernements se demandent s'ils doivent, et comment ils peuvent, aider l'ensemble de la population des fumeurs à arrêter de fumer. Des voix se sont élevées contre cela, mais leurs arguments sont souvent fallacieux (ex: la plupart des fumeurs arrête sans aide, donc leur procurer une aide n'est pas nécessaire). Cet éditorial démontre les erreurs d'interprétation à l'origine de ces mythes, ceci afin de lancer un débat constructif sur le rôle de l'aide à l'arrêt du tabac dans les stratégies de contrôle du tabac pour une population donnée.* »

***La traduction française de cet Éditorial est disponible sur [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net) et le sera bientôt sur le site de la SFT***

---

***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)**