

Lettre Thématique : la réduction du risque tabagique

Le contrôle du tabac vise à 1) faire en sorte que les jeunes ne commencent pas à fumer et 2) que les fumeurs actuels arrêtent. Cependant, il y a des fumeurs qui soit ne veulent pas arrêter, soit n'y parviennent pas malgré plusieurs tentatives utilisant l'arsenal comportemental et pharmacologique. Pour ces fumeurs, la réduction du risque tabagique, c'est à dire une réduction du nombre de cigarettes fumées quotidiennement, peut être employée afin d'éventuellement les amener à une tentative d'arrêt fructueuse, ou au moins pour tenter de réduire leur risque de morbidité et de mortalité. Cette réduction peut être soit supportée par une aide comportementale, soit par une aide pharmacologique. L'aide pharmacologique la plus couramment employée est l'utilisation de la substitution nicotinique (TNS), visant à remplacer progressivement le plus grand nombre possible de cigarettes par un apport de nicotine régulier. La réduction du nombre de cigarettes fumées est souvent l'approche empirique que tout fumeur fait avant d'envisager sérieusement le sevrage. Convaincre le fumeur récalcitrant à utiliser de la nicotine sans combustion (TNS, tabac non fumé, comme le snus dans les pays scandinaves, ou plus récemment cigarette électronique), est une approche visant à réduire certains risques cardiovasculaires ou pulmonaires, et pouvant avec le temps amener le fumeur à l'objectif principal qui est un arrêt total de consommation.

Malgré le développement de la Tabacologie en France, et les mesures du premier plan cancer qui avaient permis son essor, il faut reconnaître que la France fait figure de mauvais élève lorsque l'on compare la prévalence tabagique dans notre pays (frisant les 30%), à celle d'autres pays européens. En Angleterre, l'Institut pour l'excellence des soins (NICE) a publié l'an dernier des recommandations qui ont depuis été actées dans la pratique. L'utilisation des substituts nicotiniques à long-terme, dans le but d'une réduction de la consommation et par la suite, potentiellement du risque, est dorénavant possible au sein du système de santé anglais, et prise en charge tout comme l'aide à l'arrêt classique.

Dans les recommandations de la HAS d'octobre 2013, la réduction du risque est abordée, mais bien que montrant une évolution par rapport aux précédentes recommandations de 2003, l'approche est peu développée.

Dans les recommandations de l'AFFSSAPS (argumentaire, 2003) on peut lire (page 52) :

Recommandations : La réduction des risques liés au tabac est une stratégie thérapeutique réservée à certaines situations cliniques rares et doit être considérée comme une étape possible vers la maturation à l'arrêt complet du tabac (Accord professionnel).

Dans les dernières recommandations de la HAS on peut lire (page 39) :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours

L'objectif principal de l'aide à l'arrêt du tabac est l'abstinence de tabac. Pour certains patients qui ne sont pas prêts à arrêter, la réduction du tabagisme peut être considérée comme une étape intermédiaire vers l'abstinence totale.

La réduction du tabagisme, tout comme les cigarettes dites « légères », n'entraîne pas l'annulation du risque de morbidité liée au tabagisme car il peut exister un phénomène de compensation (absorption plus importante de la fumée). Ce phénomène peut être évité en recourant à des TNS.

Une stratégie de réduction de la consommation est efficace pour atteindre l'abstinence si elle est accompagnée d'un soutien thérapeutique. Le recours à la substitution à long terme, associée ou non à un certain nombre de cigarettes sous forme contrôlée, participe d'une logique de réduction des risques. De plus, la réduction de la consommation permet au fumeur, qu'il soit prêt ou non à arrêter de fumer, un contrôle sur son comportement addictif, qui peut dans certains cas être moteur de changement. Enfin, l'utilisation à long terme des TNS n'est pas associée à un risque de cancer, contrairement au tabagisme.

B	<p>La stratégie de réduction de la consommation peut être utile chez certains patients ne souhaitant pas ou n'arrivant pas à arrêter.</p> <p>Elle peut être considérée comme une étape possible vers l'objectif principal qui est l'arrêt du tabagisme.</p> <p>Cette stratégie doit être accompagnée d'un soutien thérapeutique par un professionnel de santé.</p>
AE	<p>Il est recommandé de valoriser la démarche personnelle du patient dans sa tentative de diminution des risques liés au tabac.</p> <p>Les TNS peuvent être utilisés comme un substitut partiel ou total du tabac, à court ou à long terme¹⁴.</p>
B	<p>Les professionnels doivent informer les fumeurs du fait que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les TNS aident à réduire la consommation de tabac et peuvent réduire les risques liés à l'usage du tabac pour le fumeur et son entourage ; • l'utilisation des TNS aide à éviter le phénomène de compensation et augmente les chances d'arrêt à long terme ; • l'utilisation des TNS sur une longue période (5 ans) a montré leur innocuité à long terme (jusqu'à 7,5 ans) ; • il est toujours préférable d'utiliser des TNS afin de réduire son niveau de consommation plutôt que de continuer à fumer les mêmes quantités ; • bien que les formes à demi-vie courte permettent une meilleure titration du taux de nicotine plasmatique, toutes les formes de TNS¹⁴ peuvent être utilisées pour la réduction de la consommation. Leur association est même recommandée. <p>Si l'arrêt ne peut pas être obtenu, la réduction de la consommation par l'utilisation de TNS peut être maintenue aussi longtemps que nécessaire.</p>
AE	<p>Il est important de s'assurer que les patients savent adapter le dosage des TNS afin de contrôler le craving, diminuer les phénomènes de compensation, pour atteindre leur objectif de diminution et d'arrêt du tabac.</p>

Il est précisé sous ce tableau que : «Les TNS mentionnés dans ce chapitre ne concernent pas le spray buccal qui nécessite un arrêt total du tabac et dont la durée d'utilisation est limitée à 6 mois. Cette forme de TNS ne peut donc pas être utilisée dans une stratégie de réduction de la consommation.»

Bien évidemment, cette mention est une aberration due aux contraintes imposées par d'autres pays européens (l'AMM est européenne et non française) qui ont une réglementation plus stricte du TNS.

Cette évolution des recommandations entre 2003 et 2013 est effectivement un progrès, mais afin de réduire drastiquement le tabagisme en France et ses méfaits, il serait peut-être nécessaire de développer la réduction du risque à l'échelle de la population, en promouvant l'échelle relative des risque (tabac fumé > tabac non fumé > nicotine) afin que les fumeurs adoptent un comportement moins risqué.

Malgré une proposition du rapport de JP Vernant pour le 3ème plan cancer : «Intégrer l'intérêt d'une politique basée sur la réduction des risques telle qu'elle est appliquée dans d'autres domaines.», cette approche est absente du plan cancer 2014-2019 présenté cette année.

Il reste encore une chance peut-être avec la présentation du programme national de réduction du tabagisme (au moins le mot réduction est dit) annoncé pour «avant l'été», mais qui n'est toujours pas sorti.

● La réduction de consommation réduit-elle le risque tabagique?

Y a-t-il un bénéfice de santé associé à la réduction de consommation de tabac ?

Pisinger C & Godtfredsen NS. Nicotine Tob Res. 2007 Jun;9(6):631-46.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17558820>

Cette revue qui date un peu (voir les études plus récentes ci-dessous) porte sur 25 études et 31 publications. Les principales critiques portées sur les études étaient qu'elles étaient souvent limitées par leurs effectifs, sur des populations sélectionnées, et avec un suivi court. L'analyse des données montre qu'une réduction de consommation de 50% ou plus améliore les facteurs de risque cardiovasculaires et les symptômes respiratoires, montre une diminution de 25% des marqueurs biologiques (principalement les facteurs de risques cardiovasculaires), ainsi qu'une diminution de l'incidence de cancer du poumon (27% dans l'étude de Godtfredsen et al., 2005) et une augmentation, mais non significative du poids de naissance des nourrissons. Par contre aucun effet bénéfique n'a été observé sur la fonction pulmonaire. Les auteurs concluent que les données sur les effets sur d'autres maladies ou sur la mortalité sont trop limitées pour conclure, et qu'il est nécessaire de faire d'autres études pour déterminer les effets à long-terme de la réduction de consommation. Il faut aussi souligner que l'intensité de la réduction des marqueurs biologiques, ne se traduit pas forcément en une réduction similaire de la morbi-mortalité.

Effets sur la santé de la réduction du nombre de cigarettes fumées quotidiennement.

Tverdal A, Bjartveit K. Tob Control. 2006 Dec;15(6):472-80.

Article en libre accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563668/>

Une étude réalisée en Norvège (cohorte) a suivi 24959 hommes et 26251 femmes, âgés de 20 à 49 ans au milieu des années 1970. Les sujets ont été revus 3 et 13 ans plus tard, puis suivis jusqu'en 2003. Les variables étudiées ont été la mortalité (absolue, et relative après ajustement sur les facteurs de risques) toutes causes, la mortalité par maladie cardiovasculaire, par maladie ischémique, par cancer lié au tabagisme, et par cancer du poumon. Les gros fumeurs n'ayant pas réduit leur consommation ont été pris comme référence, et comparés à ceux ayant réduit ($\geq 50\%$) ou arrêté leur consommation, ainsi qu'aux non-fumeurs. Les gros fumeurs n'ayant pas réduit fumaient 18,8 cigarettes/jour (c/j) (hommes) et 17,0 c/j (femmes) au début et respectivement 18,3 c/j et 16,4 c/j lors de la dernière visite 10 ou 13 ans plus tard (3 sites ont été utilisés, le premier a revu les sujets 3 et 13 ans plus tard, mais les 2 autres sites ont revu leurs sujets 5 et 10 ans plus tard). Lors de la dernière visite, les fumeurs ayant réduit leur consommation l'avait fait de 58% pour les hommes (de 22,9 à 9,7 c/j), et de 56% pour les femmes (de 19,5 à 8,6 c/j), et les fumeurs modérés (1-14 c/j) avaient légèrement augmenté leur consommation (de 9,2 à 10,6 c/j pour les hommes et de 8,1 à 9,2 c/j pour les femmes).

Le nombre de sujets (n, hommes/femmes) était de 6716/12657 non-fumeurs, 5140/2954 ex-fumeurs avant le recrutement, 2676/1584 ex-fumeurs ayant arrêté durant le suivi, 5340/7098 fumeurs modérés, 348/127 fumeurs ayant réduit leur consommation de plus de 50%, et 4739/1831 gros fumeurs.

Table 5 Adjusted relative risk* (95% CI) of death from all causes, cardiovascular disease, ischaemic heart disease, smoking-related cancer or lung cancer, by smoking category, sex individually and both sexes together, with heavy smokers as reference (23 798 male and 25 698 female participants aged 20–49 at initial screening†)

Sex category, deaths from	Never smokers	Ex-smokers	Quitters	Moderate smokers	Reducers	Heavy smokers
Men (n=23 798 aged 20–49 years)†						
All causes	0.34 (0.31 to 0.38)	0.36 (0.33 to 0.40)	0.45 (0.40 to 0.51)	0.77 (0.71 to 0.83)	0.99 (0.80 to 1.22)	1.00
Cardiovascular disease	0.31 (0.26 to 0.36)	0.31 (0.26 to 0.36)	0.46 (0.39 to 0.55)	0.85 (0.75 to 0.96)	1.04 (0.75 to 1.43)	1.00
Ischaemic heart disease	0.29 (0.24 to 0.35)	0.30 (0.25 to 0.37)	0.45 (0.36 to 0.56)	0.89 (0.77 to 1.03)	0.94 (0.63 to 1.41)	1.00
Smoking-related cancer	0.23 (0.19 to 0.29)	0.26 (0.21 to 0.33)	0.33 (0.26 to 0.43)	0.65 (0.55 to 0.76)	0.72 (0.45 to 1.18)	1.00
Lung cancer	0.03 (0.01 to 0.06)	0.09 (0.05 to 0.14)	0.14 (0.08 to 0.23)	0.57 (0.45 to 0.72)	0.71 (0.36 to 1.39)	1.00
Women (n=25 698 aged 20–49 years)†						
All causes	0.35 (0.31 to 0.40)	0.37 (0.31 to 0.44)	0.53 (0.43 to 0.65)	0.77 (0.68 to 0.88)	1.11 (0.74 to 1.67)	1.00
Cardiovascular disease	0.24 (0.19 to 0.32)	0.25 (0.16 to 0.37)	0.47 (0.31 to 0.69)	0.85 (0.66 to 1.10)	0.86 (0.35 to 2.13)	1.00
Ischaemic heart disease	0.28 (0.19 to 0.41)	0.20 (0.11 to 0.37)	0.68 (0.41 to 1.12)	0.92 (0.65 to 1.32)	1.13 (0.35 to 3.67)	1.00
Smoking-related cancer	0.16 (0.12 to 0.22)	0.18 (0.12 to 0.29)	0.24 (0.14 to 0.40)	0.64 (0.49 to 0.83)	1.40 (0.68 to 2.90)	1.00
Lung cancer	0.02 (0.01 to 0.04)	0.07 (0.03 to 0.16)	0.13 (0.05 to 0.29)	0.50 (0.36 to 0.69)	0.51 (0.12 to 2.08)	1.00
Both sexes						
All causes	0.34 (0.32 to 0.37)	0.37 (0.34 to 0.40)	0.47 (0.43 to 0.52)	0.76 (0.72 to 0.82)	1.02 (0.84 to 1.22)	1.00
Cardiovascular disease	0.28 (0.25 to 0.33)	0.30 (0.26 to 0.34)	0.46 (0.39 to 0.54)	0.86 (0.77 to 0.96)	1.02 (0.75 to 1.39)	1.00
Ischaemic heart disease	0.28 (0.24 to 0.33)	0.29 (0.24 to 0.34)	0.48 (0.39 to 0.58)	0.89 (0.78 to 1.02)	0.96 (0.65 to 1.41)	1.00
Smoking-related cancer	0.20 (0.17 to 0.24)	0.25 (0.20 to 0.30)	0.31 (0.25 to 0.39)	0.66 (0.58 to 0.76)	0.86 (0.57 to 1.28)	1.00
Lung cancer	0.03 (0.02 to 0.04)	0.08 (0.06 to 0.12)	0.14 (0.09 to 0.21)	0.55 (0.45 to 0.66)	0.66 (0.36 to 1.21)	1.00

*Adjusted for age, systolic and diastolic blood pressure, total serum cholesterol, serum triglycerides, physical activity during leisure, body mass index (kg/m²), height, disability pension, sickness leave and family history of coronary heart disease recorded at the last examination. In the section covering both sexes, adjustments are made also for sex.

†Participants not reporting cardiovascular disease, diabetes or treatment for hypertension, or symptoms of angina pectoris or atherosclerosis obliterans at the last examination.

Sur toutes les variables étudiées, ceux qui avaient réduit leur consommation n'avaient pas un risque significativement diminué par rapport aux gros fumeurs persistants (tous les intervalles de confiance dépassant le 1,0 ; voir tableau). Dans les autres groupes, les seuls risques relatifs (RR) n'ayant pas diminué par rapport aux gros fumeurs étaient la maladie ischémique chez les femmes ayant arrêté durant le suivi (RR ajusté=0,68 ; IC 95% 0,41-1,12), ainsi que chez les hommes (RRa=0,89 ; 0,77-1,03) et les femmes (RRa=0,92 ; 0,65-1,32) fumeurs modérés, et les maladies cardiovasculaires chez les femmes fumeuses modérées (RRa=0,85 ; 0,66-1,10). Pour relativiser ces résultats, il est à noter le faible échantillon de ceux qui ont réduit leur consommation par rapport aux autres groupes (348 hommes et 127 femmes), ainsi que l'absence de données concernant la durée de cette diminution et si elle a été maintenue après la dernière visite, et que seulement 10% de la cohorte initiale a été convoquée (randomisée) pour la 3ème visite (dont 84% ont été vus).

La réduction de consommation n'améliore pas les marqueurs biologiques des maladies cardiaques.

Joseph AM et al. *Nicotine Tob Res.* 2008 Mar;10(3):471-81.

Article en libre accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4110889/>

Cette étude est un essai randomisé d'une intervention de réduction de consommation (RC, n=78) assistée par substitution nicotinique (TNS) contrôlée contre un groupe (CT, n=74) recevant des conseils d'abstinence, et de s'orienter éventuellement vers leur médecin traitant. Le groupe RC était suivi en personne à 1 et 2 semaines et à 1 et 3 mois, et par téléphone lors des autres « visites » (à 2, 4, 6, 12 et 18 mois), ils pouvaient utiliser des gommes à 4 mg de nicotine et/ou des patches (dose non précisée). Des visites de suivi pour la mesure des marqueurs biologiques, et une épreuve de marche de 6 minutes étaient programmées pour les deux groupes (à 1, 3, 6, 12 et 18 mois). Lors de ces visites de nombreux paramètres étaient recueillis (consommation de cigarettes, symptômes cardiaques, qualité de vie, nicotine, cotinine, CO, nombre de globules blancs, fibrinogène, protéine C-réactive, etc...). A 1 et 3 mois, la réduction de consommation dans le groupe RC était significativement plus importante que dans le groupe CT (-8,2 et -10,6 cig/j partant d'une consommation de base de 27,7 cig/j, contre -4,6 et -5,8 cig/j avec consommation de base de 27,0 cig/j ; p=0,42 et p=0,16, respectivement à 1 et 3 mois). Par la suite la différence n'était plus significative. Les résultats ne montrent aucune différence entre les deux groupes sur toutes les variables mesurées. Les auteurs concluent qu'il est important d'insister sur l'abstinence plutôt que la réduction dans cette population. Il est cependant à noter que cette étude comporte plusieurs faiblesses. En regardant la consommation de cigarettes au cours du temps, on s'aperçoit que le groupe RC n'a diminué au mieux que de 28 à 17 cig/j, et le groupe CT de 27 à 19 cig/j, ces deux consommations résiduelles sont considérables. De même, le CO expiré n'est passé que de 24 à 16 ppm (à 18 mois) dans le groupe RC, et de 25 à 18 ppm dans le groupe CT. Il semble clair que l'aide pharmacologique du groupe RC n'était sans doute pas suffisante pour obtenir une réduction de consommation substantielle, d'autant qu'il s'agissait de sujets fortement dépendants et n'ayant pas envie d'arrêter de fumer dans les 30 jours, selon leurs déclarations. Le nombre de sujets ayant réduit leur consommation de 50% ou plus n'était que de 25/78 dans le groupe RC, mais aussi 18/74 dans le groupe CT, ce qui semble confirmer que l'intervention pharmacologique n'a pas été efficace.

La réduction de consommation augmente la survie après le premier infarctus du myocarde.

Gerber Y et al. *J Am Coll Cardiol.* 2009 Dec 15;54(25):2382-7.

Article en libre accès : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109709032379>

Cette étude prospective israélienne a inclus 1521 patients consécutifs (≤ 65 ans) sortant de l'hôpital pour infarctus du myocarde (IM) en 1992-93, qui ont été suivis jusqu'en 2005. Les auteurs ont comparé la survie chez ces patients selon leur statut tabagique : non-fumeurs (27%), ex-fumeurs pré-IM, ex-fumeurs post-IM (total ex-fumeurs 20%), et fumeurs persistants (53%). Chez ces fumeurs persistants, ils ont aussi analysé l'impact de la réduction de consommation. Lors du recrutement, les fumeurs étaient plus jeunes, plutôt des hommes, et avaient une prévalence plus faible d'hypertension et de diabète que les non-fumeurs (tous les $p \leq 0,001$). Après un suivi médian de 13,2 ans, 427 décès ont été constatés chez ces 1521 patients. Selon l'analyse (régression proportionnelle de Cox), le risque (hazard ratio = HR) de mortalité était de HR=0,57 (IC 95% 0,43-0,76) chez les non-fumeurs, de HR=0,50 (0,36-0,68) chez les ex-fumeurs pré-IM, de HR=0,63 (0,48-0,82) chez les ex-fumeurs post-IM, par rapport aux fumeurs persistants. Chez les fumeurs persistants, après ajustement sur les variables confondantes comme la consommation de cigarettes avant l'IM, chaque réduction de 5 cig/j après l'IM était associée à une diminution de la mortalité de 18% ($p < 0,001$). Cette étude, avec un suivi plus long que la précédente, mais sans tenir compte d'une quelconque intervention d'aide à l'arrêt ou de réduction de consommation, semble confirmer un bénéfice due à la réduction de consommation de cigarettes.

Comparaison de la réduction de consommation et l'arrêt du tabac sur le risque de cancer.

Song YM et al. J Clin Oncol. 2008 Nov 1;26(31):5101-6.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18838704>

Une étude de cohorte coréenne portant sur 479156 hommes de 30 à 58 ans a été stratifiée en 9 groupes basés sur leur statut tabagique en 1990 et 1992. Puis ils ont été suivis jusqu'en 2003 pour détecter l'occurrence de cancer. Les 9 groupes correspondent à 1) fumeurs de ≥ 20 cig/j n'ayant pas réduit leur consommation entre 1990 et 1992 ; 2) fumeurs de 10-19 cig/j n'ayant pas réduit ; 3) fumeurs de <10 cig/j n'ayant pas réduit ; 4) fumeurs de ≥ 20 cig/j étant passé à 10-19 cig/j ; 5) fumeurs de ≥ 20 cig/j étant passé à <10 cig/j ; 6) fumeurs de 10-19 cig/j étant passé à <10 cig/j ; 7) ceux ayant arrêté quelle que soit leur consommation antérieure ; 8) ex-fumeurs n'ayant pas repris ; 9) non-fumeurs. Selon l'analyse (régression proportionnelle de Cox), il n'y a pas eu d'association entre la réduction de consommation et le risque de cancer (tous cancers confondus). Le risque de cancer lié au tabagisme des gros fumeurs (≥ 20 cig/j) n'était pas réduit significativement s'ils étaient passé au statut de fumeur moyen (1-19 cig/j), avec un HR=0,91 (IC 95% 0,82-1,02). Pour le cancer du poumon, le risque était réduit significativement pour les gros fumeurs devenant fumeur moyen, avec un HR=0,82 (0,49-0,89), et pour ceux devenant petit fumeur (<10 cig/j), avec un HR=0,63 (0,46-0,84). Les non-fumeurs, les ex-fumeurs et ceux qui avaient arrêté avaient tous un risque diminué par rapport aux gros fumeurs. Les auteurs, bien qu'insistant sur l'arrêt définitif, indiquent que la réduction de consommation peut être considérée comme une stratégie supplémentaire pour ceux qui n'arrivent pas à arrêter. Il faut tout de même noter que le statut tabagique n'était connu que pour 1990, 1992, et 2003 et que le changement de statut intermédiaire, possible, n'était pas renseigné. Mais aussi qu'il était uniquement basé sur le déclaratif, sans validation biologique. Ceci peut biaiser les résultats car dans un laps de temps de 10 ans, le statut du fumeur peut considérablement varier (voir ci-dessous).

Réduction de la consommation entre 40 et 50 ans et risque de mortalité (1).

Gerber Y et al. Am J Epidemiol. 2012 May 15;175(10):1006-12.

Article en libre accès : <http://aje.oxfordjournals.org/content/175/10/1006.long>

Une étude de cohorte israélienne a recruté des fumeurs en 1963, revus en 1965 (n=4633 hommes, âge moyen de 51 ans), puis suivis jusqu'en 2005. La consommation déclarée a permis de les catégoriser en non-fumeurs, fumeurs de 1-10 cig/j, fumeurs de 11-20 cig/j et fumeurs de ≥ 21 cig/j. Le changement de consommation a été utilisé comme variable pour catégoriser ceux qui ont augmenté (8%), ceux qui n'ont pas changé (65%), ceux qui ont réduit (17%) et ceux qui ont arrêté (10%). Sur un suivi médian de 26 ans (quartiles 1-3 et 16-35), 87% des participants sont morts. L'analyse multivariée ajustée sur les facteurs confondants a donné un risque de mortalité (hazard ratio) de HR=1,14 (IC 95% 0,99-1,32) chez ceux ayant augmenté leur consommation, de HR=0,85 (0,77-0,95) chez ceux ayant réduit, et de HR=0,78 (0,69-0,89) chez ceux ayant arrêté, par rapport à ceux n'ayant pas changé leur consommation. Inversement les chances (odds ratio) de survivre jusqu'à 80 ans étaient de OR=0,77 (0,60-0,98), OR=1,22 (1,01-1,47) et OR=1,33 (1,07-1,66), respectivement dans les mêmes groupes. Les auteurs indiquent que l'avantage de la réduction était plus significatif chez les gros fumeurs et pour la mortalité cardiovasculaire, et concluent que la réduction de consommation devrait être considérée chez les fumeurs ne parvenant pas à arrêter de fumer. Il est tout de même à noter, que dans cette étude aussi la consommation de cigarettes n'a pas été mesurée durant le suivi, et que toute l'analyse repose sur le changement de consommation entre 1963 et 1965, et ne préjuge pas d'éventuels changements de consommation jusqu'au suivi final. Ils appuient cependant leurs résultats sur le fait qu'une étude antérieure (Godtfredsen et al., 2002) avait montré sur un suivi de 10 ans, qu'environ 50% des fumeurs qui ont réduit leur consommation la maintiennent, 20% arrêtent et 30% reprennent leur consommation antérieure.

Réduction de la consommation entre 40 et 50 ans et risque de mortalité (2).

Hart C et al. Am J Epidemiol. 2013 Sep 1;178(5):770-9.

Article en libre accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3755643/>

Cette étude a été réalisée en Ecosse, avec la même méthodologie que l'étude ci-dessus. Elle a analysé les résultats de deux cohortes, la Collaborative study (CS) qui a inclus 1524 hommes et femmes de 40-65 ans (travailleurs) en 1970-73, revus en 1977, et la Renfrew/Paisley study (RPS) qui a inclus 3730 hommes et femmes de 45-64 ans (population générale) en 1972-76, revus en 1977-79. Les deux cohortes ont été suivies jusqu'en 2010. Les participants ont été classifiés selon les mêmes critères que l'étude ci-dessus (0, 1-10, 11-20 et ≥ 21 cig/j), et lors de la seconde visite, selon que les fumeurs avaient augmenté, réduit ou maintenu leur consommation. Dans ces deux cohortes, les résultats sont différents de l'étude israélienne. L'analyse multivariée ajustée donne un HR=0,91 (IC 95% 0,75-1,10) pour ceux qui ont réduit par rapport à ceux qui ont maintenu leur consommation dans l'étude CS, et HR=1,08 (0,97-1,02) dans l'étude RPS (donc non significatif dans les deux cas). Par contre dans l'étude CS, les gros fumeurs (≥ 21 cig/j) ayant réduit leur consommation ont une diminution

de mortalité similaire à celle de ceux ayant arrêté de fumer (HR=0,67 ; 0,50-0,90), alors que les autres fumeurs (≤ 20 cig/j) ne présentent pas de diminution de risque (HR=1,17 ; 0,92-1,48). Les auteurs concluent que la réduction de consommation ne doit pas être mise en avant comme un moyen de diminuer la mortalité due au tabagisme, mais comme un moyen d'amener les fumeurs vers l'arrêt. Les différences observées entre ces deux études pourraient reposer sur le fait que l'étude israélienne a été faite uniquement chez des hommes (travailleurs), alors que l'étude écossaise a été faite chez hommes et des femmes (travailleurs et population générale). Les auteurs de cette étude insistent aussi sur le fait que le résultat surprenant montrant que ce sont les gros fumeurs qui réduisent leur consommation qui bénéficient le plus de la réduction, et que dans l'étude israélienne, ils représentent 13,4% de l'échantillon, alors qu'ils ne représentent que 4,1% dans la CS et 5,3% dans la RPS, et de même dans l'étude coréenne citée précédemment, ils ne représentent que 6,7%. Comme dans les études précédentes, les analyses ne sont basées que sur le changement de consommation entre la première et la seconde visite, mais rien n'est connu du statut tabagique jusqu'au suivi final.

● **Les risques associés à l'utilisation de substituts nicotiques à court- ou à long-terme.**

En juillet 2013, le NICE (National Institute for Health Care Excellence) anglais a publié des recommandations afin de prendre en charge les fumeurs n'arrivant pas ou ne désirant pas arrêter de fumer, en leur permettant d'utiliser le traitement nicotinique de substitution (TNS) à long-terme.

La force de la preuve est basée sur 10 essais contrôlés et randomisés, et suggère fortement que les événements indésirables dus à l'utilisation de TNS sont fréquents dans les études de réduction du risque à court-terme, mais que ceux-ci ont tendance à être faibles ou modérés et rarement graves. Aucune étude n'a attribué d'événements indésirables graves au TNS lorsqu'il est utilisé dans le cadre de la réduction du risque tabagique. (Liste des études : Bolliger et al. 2000 ; Carpenter et al. 2004 ; Etter et al. 2002 ; Rennard et al. 2006 ; Batra et al. 2005 ; Carpenter et al. 2003 ; Haustein et al. 2004 ; Joseph et al. 2008 ; Kralikova et al. 2009 ; Wennike et al. 2003).

Il n'existe pas d'études disponibles sur la sécurité d'emploi du TNS pour la réduction du risque à long-terme. La meilleure preuve disponible pour le long-terme provient d'un grand sous-groupe de patients suivis pendant 5 ans dans la Lung Health Study (Murray et al. 1996). Les résultats de cet essai contrôlé, multicentrique et randomisé, suggèrent que l'utilisation à long-terme du TNS n'est pas associée à une incidence accrue d'événements indésirables, y compris d'événements cardiovasculaires ou de cancers, selon la dernière analyse des résultats à 12,5 années de distance (Murray et al. 2009).

● **Les risques associés à l'utilisation du snus.**

Compte tenu de l'absence de données sur l'utilisation à long-terme du TNS sur la santé, le NICE a utilisé les données concernant le snus comme mesure de référence. Le rapport indique :

Les données suggèrent qu'il existe un risque accru statistiquement significatif de certains types de cancers (du pancréas, de l'œsophage et peut-être de la tête et du cou) associés à l'utilisation du snus après prise en compte du risque découlant de la consommation concomitante de tabac fumé. Toutefois, ces risques sont sensiblement inférieurs à ceux associés au tabagisme. La nicotine elle-même n'est pas considérée comme cancérogène. Par rapport aux non-fumeurs, les fumeurs ont un risque accru de cancers du poumon, de l'œsophage, de l'oropharynx, de l'estomac, du rectum et de l'anus.

Le risque de cancers (poumon, pancréas, bouche, côlon, rectum et anus) chez les utilisateurs concomitant de cigarettes et de snus dépasse le risque de cancer attribué au snus seul.

(Liste des études citées : Boffetta et al. 2008; Broadstock 2007; Lee and Hamling 2009a; SCENIHR 2008; Lewin et al. 1998; Luo et al. 2007; Lagergren et al. 2000; Ye et al. 1999; Roosaar et al. 2008; Zendejdel et al. 2008; Boffetta et al. 2005; Nordenvall et al. 2011)

Les données suggèrent que l'utilisation du snus est associée à une plus grande probabilité d'infarctus du myocarde mortels. La durée de l'exposition n'est pas toujours signalée, mais une étude a suggéré que la durée d'exposition nécessaire serait de 15 ans. Les données suggèrent aussi que l'exposition prolongée n'est pas associée à un changement de la pression artérielle au repos, mais il existe des preuves expérimentales que la nicotine puisse affecter le métabolisme des lipides.

Selon ces données, les fumeurs avaient un risque substantiellement accru d'infarctus du myocarde par rapport aux non-fumeurs et aussi par rapport aux non-fumeurs qui utilisent du snus. Alors que les anciens fumeurs qui utilisaient seulement du snus avaient un risque accru d'infarctus du myocarde aigu supérieur aux non-fumeurs, le

risque des fumeurs utilisant aussi du snus était plus grand.

(Liste des études citées : Broadstock 2007; Boffetta and Straif 2009; SCENIHR 2008; Bolinder et al. 1994; Huhtasaari et al. 1999; Hergens et al. 2005)

● Les risques associés à l'utilisation d'e-cigarettes.

Il faut noter que le volume des études sur l'e-cigarette a considérablement augmenté depuis la publication du NICE. Compte tenu de la littérature disponible au moment de sa rédaction (il y a environ 1 an), le rapport indique :

Il n'existe aucune preuve sur la sécurité à long-terme de l'e-cigarette, qu'elle soit utilisée seule ou de façon concomitante avec la cigarette. Il n'y a pas non plus un grand volume de données fiables sur la sécurité à court-terme.

Depuis, plusieurs études (présentées dans la revue thématique de la Lettre 43T de septembre 2013, et dans les autres Lettres de la SFT depuis) tendent à montrer que le risque associé à l'utilisation de l'e-cigarette est potentiellement moindre que le risque tabagique.

Une revue de la question a été publiée récemment :

Hajek et al. *Addiction*, 2014 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25078252>)

Les résultats sont résumés ainsi : L'aérosol de e-cigarette peut contenir certaines substances toxiques présentes dans la fumée de tabac, mais à des niveaux qui sont beaucoup plus faibles. Les effets sur la santé à long-terme de son utilisation sont inconnus, mais par rapport à la cigarette, ils sont susceptibles d'être beaucoup moins, s'ils le sont, dommageables pour les usagers ou l'entourage. La e-cigarette est de plus en plus populaire chez les fumeurs, mais à ce jour il n'existe aucune preuve de l'utilisation régulière par des non-fumeurs ou par des enfants. L'e-cigarette permet à certains utilisateurs de réduire ou d'arrêter de fumer.

Les auteurs concluent : Permettre à l'e-cigarette de rivaliser avec les cigarettes sur le marché pourrait réduire la morbidité et la mortalité liées au tabagisme. Réglementer l'e-cigarette aussi strictement que les cigarettes, ou encore plus strictement tel que certains régulateurs le proposent, ne se justifie pas sur la base des données actuelles. Les professionnels de santé peuvent envisager d'informer les fumeurs incapables ou refusant d'arrêter de fumer avec d'autres aides, d'utiliser l'e-cigarette comme une alternative plus sûre que la cigarette, et une voie possible vers l'arrêt complet de l'utilisation de la nicotine.

(ndlr : la SFT attend plus de preuves sur le bénéfice/risque de l'e-cigarette pour se prononcer)



Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

La nouvelle section sur la **e-cigarette** vient d'être mise en ligne

(http://www.treatobacco.net/fr/page_492.php), et sera prochainement traduite en français.

congrès



Vous pouvez vous inscrire en ligne au 8ème congrès de la SFT.

<http://www.csft2014.fr/index.html>



N'oubliez pas de vous inscrire à la 15ème Conférence de la SRNT Europe :
<http://2014srnt.sergas.es/Default.aspx>

Fédération Française d'Addictologie

Les 6èmes Assises de la FFA auront lieu le **mercredi 8 et le jeudi 9 octobre 2014** à la CIUP à **PARIS**.
La thématique choisie cette année est "**Addictions, risques et dommages : vers un consensus**".
Le pré-programme est téléchargeable sur le site www.addictologie.org <<http://www.addictologie.org>>
Les **inscriptions** se feront exclusivement **en ligne à partir du 10 juin** sur le site www.addictologie.org <<http://www.addictologie.org>>



offres d'emploi

5 vacances tabac et 1 vacation alcool seront disponibles en début d'année 2015 au Centre hospitalier d'Argenteuil (Val d'Oise).

Adresser CV et lettre de motivation au Dr Anne Bretel : bretelanne@gmail.com
(annonce du 23.06.14)

La Consultation de médecine de la Pitié (Dr de Gennes), une des composantes du Centre d'addictologie de l'Hôpital La Pitié à Paris, recherche un **médecin tabacologue** pour assurer une consultation 3 demi-journées par semaine. Travail en partenariat avec une infirmière clinicienne en tabacologie. Poste disponible dès le 1 juillet 2014.

Contact : Dr Christian de Gennes, Service de médecine interne, Hôpital La Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, Tél. 06 70 70 05 03, christian.de-gennes@psl.aphp.fr
(annonce du 10.06.14)

Le centre de réadaptation cardiovasculaire de la clinique Allera y Labrouste (Paris) cherche un **tabacologue** pouvant intervenir une demi-journée par semaine.

Contact : Dr Philippe Duc, Responsable de la réadaptation cardiovasculaire, Tél. 06 64 54 37 04, philippeduc94@gmail.com
(annonce du 14.01.14)

Le Centre Léon Bérard recrute un médecin tabacologue à compter du 1er octobre 2014, pour assurer la consultation, un jour par semaine. Des compétences en addictologie seront les bienvenues.

Contact :

- Mme Agnès Riesterer - Département de Santé Publique - Centre Léon Bérard - Lyon

Tél 04.78.78.27.52 - Fax 04.78.78.27.15

agnes.riesterer@lyon.unicancer.fr

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



6^{ème} Rencontre



27 Novembre 2014

Faculté de médecine de Nancy

Amphithéâtre Lepois

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

CHU de NANCY - Unité de Coordination de Tabacologie
Bâtiment des spécialités médicales Philippe Canton
Rue du Morvan - 54 511 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX
TEL : 33 (0)3 83 35 34 08 FAX : 33 (0)3 83 15 35 41 MEL : a.spinosa@chu-nancy.fr

Tabac & Alcool

27 Novembre 2014
Faculté de médecine de Nancy

6^{ème} Rencontre



Programme

8h00 à 8h45 - Accueil & café d'accueil

8h45 Ouverture de la journée - Dr N. Wirth

9h00 Tabac et alcool : état des lieux en France et en Lorraine
Michel Bonnefoy, ORSAS Lorraine

9h45 La réduction du risque en tabacologie
Pr Y. Martinet, CHU de Nancy

10h30 - Pause

11h00 La réduction des risques et des dommages en alcoologie
Pr F. Pailla, CHU Nancy

11h45 Tabac et alcool chez les jeunes : caractéristiques et devenir
Dr Geneviève Lafaye, AP-HP Paris

12h30 - Déjeuner (sur réservation)

14h00 Évaluation clinique et biologique de la consommation
d'alcool et conduite à tenir en fonction du résultat
Dr Hervé Martini, CHU Nancy

14h45 Intérêt de l'arrêt du tabac en alcoologie
Dr N. Wirth, CHU Nancy

15h30 Tabac, alcool et odontologie
Pr Pascal Ambrosini, CHU Nancy

16h30 - Assemblée Générale

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

6^{ème} Rencontre



Tabac & Alcool

- 27 Novembre 2014 -
Faculté de médecine de Nancy

Bulletin de participation

À retourner avant le 12/11/2014

Mme M Dr Pr

Nom Prénom(s)

Fonction Structure

Adresse

Code postal Ville

Téléphone E-mail

Prix d'inscription

Tarif Non-adhérent AALT 40 €

Tarif Adhérent AALT 25 €

Adhésion ou renouvellement de cotisation lors de l'inscription,
cocher ci-dessous et compléter le bulletin d'adhésion 2014

Cotisation AALT 2014 Personne morale 20 €

Personne physique 10 €

Déjeuner (Pas de réservation possible sur place) 25 €

Total à régler €

Mode de règlement :

Chèque, à l'ordre de AALT

Virement Attention nouvelles coordonnées bancaires

Titulaire du compte : Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

Code Banque : 30002 - Code Guichet : 07300

Numéro de Compte : 0000709719Q - Clé RIB : 54

IBAN : FR15 3000 2073 0000 0070 9719 Q54 - BIC : CRLYFRPP

Domiciliation : LCL Nancy, 7 B rue Saint Georges

Signature :

Date : / / 2014

Bulletin à retourner, avant le 12/11/2014, à Anna SPINOSA

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

CHU de NANCY - Unité de Coordination de Tabacologie

Bâtiment des spécialités médicales Philippe Canton

Rue du Morvan - 54 511 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX

TEL : 33 (0)3 83 15 34 08 FAX : 33 (0)3 83 15 35 41 MEL : a.spinosa@chu-nancy.fr

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie



Bulletin d'adhésion 2014

Nouveau membre Renouvellement de cotisation

Nom Prénom(s)

Adresse

Code postal Ville

Téléphone E-mail

Cotisation

Personne morale 20 €

Membre institutionnel

Structure représentée

Personne physique 10 €

Membre individuel

Fonction

Règlement :

Chèque, à l'ordre de AALT

Virement bancaire

Attention nouvelles coordonnées bancaires

Titulaire du compte :

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

Code Banque : 30002 - Code Guichet : 07300

Numéro de Compte : 0000709719Q - Clé RIB : 54

IBAN : FR15 3000 2073 0000 0070 9719 Q54

BIC : CRLYFRPP

Domiciliation : LCL Nancy, 7 B rue Saint Georges

Date : / / 2014

Signature :

Bulletin à retourner à :

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

CHU de NANCY
Unité de Coordination de Tabacologie
Bâtiment Philippe Canton - Rue du Morvan
54 511 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX

TEL : 33 (0)3 83 15 34 08
FAX : 33 (0)3 83 15 35 41
MEL : a.spinosa@chu-nancy.fr