Société Française de Tabacologie

La Lettre de la SFT

Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé

N°57 janvier 2015

Rédaction : **Jacques Le Houezec**

Comité de rédaction : Henri-Jean Aubin, Ivan Berlin,Jean-Dominique Dewitte, Daniel Thomas, Nathalie Wirth

• Les symptômes dépressifs chez les adolescents sont-ils un facteur de risque pour la dépendance tabagique ?

Dierker L et al. Addict Behav. 2014 Oct 7;41C:124-128.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25452055

Le débat sur les liens entre symptômes dépressifs et initiation tabagique et dépendance revient régulièrement dans la littérature scientifique. Mais peu d'études longitudinales ont été réalisées. Celle-ci en est une, qui a été réalisée sur une cohorte d'adolescents (âge moyen 15,7 ± 0,6 ans à l'inclusion) qui a été suivie pendant 6 ans (région de Chicago, USA). Sur un échantillon de départ de 12970 élèves, 3654 ont été invités à répondre à une enquête, et 1263 ont accepté de participer. Les élèves invités devaient soit ; 1) avoir fumé au cours des 3 derniers mois et avoir fumé moins de 100 cigarettes vie entière, 2) avoir fumé au cours des 30 derniers jours et avoir fumé plus de 100 cigarettes vie entière, 3) avoir fumé moins de 100 cigarettes vie entière, mais pas dans les 3 derniers mois. Après une évaluation de base, les participants ont été de nouveau interrogés à 6, 15, 24, 60 et 72 mois. Il est à noter le fort taux de rétention dans l'étude, 84,6% (n=1068) des adolescents ayant répondu à 72 mois. Leur tabagisme était évalué par 2 questions : « Combien de cigarettes avez-vous fumé durant votre vie (500 ou plus, 100 ou plus, 26 à 99, 16 à 25, 6 à 15, 2 à 5, 1 cigarette, 1 bouffée ou plus, mais pas une cigarette entière) ? » et « Avez-vous déjà fumé de façon quotidienne (ex : au moins 30 jours où vous fumiez tous les jours ou presque tous les jours) ? ». Leur dépendance était évaluée avec la version courte (10 items) de l'échelle NDSS modifiée pour les adolescents, et leurs symptômes dépressifs par l'échelle CES-D.

Les résultats montrent que plus de la moitié des adolescents (n=550 ou 58,5%) avaient initialement fumé moins de 100 cigarettes vie entière, et ont augmenté leur consommation jusqu'à 100 cigarettes ou plus 5 ans plus tard (72 mois) ; 22,1% (n=208) ont augmenté leur consommation, mais sans atteindre les 100 cigarettes vie entière à 72 mois; 8,5% (n=80) avaient initialement fumé 100 cigarettes ou plus, et ont augmenté leur consommation à plus de 500 cigarettes à 72 mois ; et les 10,9% (n=103) restants n'ont pas augmenté leur consommation au cours du suivi. Les résultats montrent aussi un lien entre consommation de cigarettes et dépendance avec des tendances linéaires positives (respectivement, b=3,89 ; p=0,0001 et b=0,06 ; p=0,0001) (voir le tableau ci-dessous).

Table 1
Average lifetime smoking, nicotine dependence and depression symptom scores at each assessment wave.

	Smoking		CESD		NDSS	
	Mean[a]	s.d.	Mean	s.d.	Mean	s.d.
Baseline	107.84	170.41	18.14	10.15	6.69	7.06
6 months	158.22	200.99	17.55	10.40	7.76	7.62
15 months	193.40	215.40	15.78	9.67	8.67	8.09
24 months	233.06	219.33	20.42	7.44	9.41	7.96
60 months	369.40	199.55	14.48	10.34	10.84	8.85
72 months	392.89	185.75	13.65	10.24	11.10	8.65

[a] Mean of median value of the endorsed response category.

Par contre, les symptômes dépressifs ont diminué depuis la ligne de base jusqu'à 15 mois de suivi, ont augmenté à 24 mois, puis diminué à nouveau à 60 et 72 mois de suivi.

Une analyse par modèle de régression à effets mixtes montre que les symptômes dépressifs étaient constamment associés avec le score de dépendance, en ajustant sur les données de base concernant l'âge, le sexe, l'ethnicité, et les mesures de consommation quotidienne de cigarettes et d'autres produits du tabac. Ainsi, les symptômes dépressifs étaient significativement et positivement associés avec le score de dépendance, à la fois sur les mesures entre les sujets (score de dépression moyen au cours du temps de suivi), et les mesures intra-sujet (la différence entre le score de dépression moyen et le score de dépression courante à chaque point-temps). Cela semble indiquer que les adolescents présentant les plus forts symptômes dépressifs ont aussi un score élevé de dépendance, et que chez un individu, une augmentation des symptômes dépressifs à un temps donné, correspond aussi à une augmentation de la dépendance au même moment, et ceci même lorsque l'on prend en compte la consommation de cigarettes vie entière.

Les auteurs concluent que les symptômes dépressifs sont un facteur de risque pour la dépendance au tabac, quel que soit le niveau de consommation, et que cela est vrai tant au moment de l'initiation tabagique, que plus tard lorsque la consommation est plus régulière. Ils insistent sur le fait que le dépistage des symptômes dépressifs chez les adolescents doit être réalisé afin de proposer des interventions adaptées.

• Symptômes dépressifs et dépendance au tabac : le rôle des facteurs confondants et des variables intermédiaires.

Chaiton M et al. Addict Behav. 2015 Mar;42:154-61.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25462665

Voici encore une étude longitudinale sur le même sujet, mais avec un angle d'approche différent, et une population de départ un peu plus jeune (12-13 ans). La cohorte a été suivie entre 1999 et 2005 afin de d'évaluer l'initiation au tabagisme et le développement de la dépendance chez de jeunes adolescents (n=1293). Au cours des 5 années de l'étude, les élèves ont été suivi à l'aide de questionnaires administrés tous les 3 mois au cours de chaque année scolaire, soit en octobre, janvier, mars et mai. Les élèves qui avaient déclaré lors de l'enquête de base être fumeur, ou ayant un score de symptômes dépressifs élevé, ont été écartés de l'analyse. L'échantillon final était de 837 adolescents non-fumeurs (ayant au moins répondu à 2 enquêtes sur les 5), ayant un score de symptômes dépressifs inférieur à 3,4 (voir ci-dessous pour l'évaluation des symptômes dépressifs). Lors de chaque enquête (20 en tout sur 5 ans), les adolescents devaient rapporter leur statut tabagique au cours de chacun des 3 derniers mois, soit : le nombre de jours où ils avaient fumé, et le nombre de cigarettes fumées. Leur statut tabagique était aussi évalué en leur demandant de se classer sur une échelle à 6 points, correspondant à : 1) jamais fumé de cigarette ; 2) pris une bouffée d'une cigarette ; 3) fumé 1 cigarette entière ; 4) fumé plusieurs cigarettes par mois ; 5) fumé plusieurs cigarettes par semaine ; 6) fumé quotidiennement. La première bouffée prise sur une cigarette était considérée comme initiation au tabagisme. Sur les 1293 adolescents de la cohorte, 10% étaient fumeurs quotidiens, 30% avaient au moins pris une bouffée de cigarette, et 60% n'avaient jamais fumé. Au cours du suivi, 30% des non-fumeurs ont fumé, au moins une bouffée de cigarette. Les symptômes dépressifs ont été recherchés avec une échelle validée à 6 items (Mellinger depressive symptom scale) évaluant au cours des 3 derniers mois si l'adolescent : 1) s'est senti trop fatigué pour faire quelque chose ; 2) a eu des problèmes d'endormissement ou des troubles du sommeil ; 3) s'est senti mécontent, triste, ou déprimé ; 4) s'est senti désespéré à propos du futur ; 5) s'est senti nerveux ou tendu ; 6) s'est trop inquiété à propos de certaines choses. Pour chaque item l'adolescent devait choisir entre 4 choix allant de « jamais » à « souvent ». Les scores de symptômes dépressifs étaient calculés comme la moyenne des scores des 6 items. Sur les 1293 adolescents de la cohorte, 2,7% avaient un score >3,4 lors de l'inclusion (et n'ont pas été retenus), et 26% ont développé un score >3,4 au cours du suivi. Enfin, 15 variables contrôles ou confondantes ont été évaluées au cours du suivi. Elles incluaient des variables socio-démographiques (âge, sexe, % de temps passé au Canada, éducation parentale), d'environnement tabagique (tabagisme des parents), psychologiques (stress, problèmes de poids, relation avec les parents, impulsivité, recherche de nouveauté, estime de soi, performances scolaires), et de mode de vie (alcool, activité physique).

Parmi les 837 adolescents suivis, 52% ont contribué à au moins 19 enquêtes sur les 20, 19% ont contribué à toutes les enquêtes, et 74% ont contribué à la dernière année d'enquête. Au cours du suivi, 397 non-fumeurs ont commencé à fumer, soit une incidence de 18 (IC 95% 16-19) pour 100 personnes-année. Un score de symptômes dépressif >3,4 a été observé chez 199 adolescents, soit une incidence de 7 (6-8) pour 100 personnes-année. Les adolescents qui lors de l'inclusion avaient fumé au moins une bouffée de cigarette, ou avaient un score de dépression >3,4 (donc exclus du suivi) différaient significativement des 837 adolescents suivis, par l'âge, le

nombre d'amis fumeurs, le tabagisme parental, et la prise d'alcool (valeurs de p non précisées).

Le tabagisme prédictif de la dépression : le risque relatif non ajusté, que le tabagisme (au moins une bouffée de cigarette) soit prédictif des symptômes dépressifs était de HR=2,1 (IC 95% 1,6-2,7). Après ajustement sur les facteurs confondants (sexe, alcool, impulsivité) et les variables intermédiaires (amis fumeurs, stress, problèmes de poids, problèmes avec les parents), le risque n'était plus significatif (HR=1,1 ; 0,8-1,5). Mais en n'ajustant que sur les variables confondantes, le risque que le tabagisme soit prédictif de la dépression était de HR=1,7 (1,2-2,3), et donc significatif ($p<0,05$).

La dépression prédictive du tabagisme : le risque relatif non ajusté, que le score de symptômes dépressifs >3,4 soit prédictif de l'initiation tabagique était de HR=2,1 (1,4-3,1). Après ajustement sur les facteurs confondants (amis fumeurs, impulsivité) et les variables intermédiaires (alcool, stress, problèmes de poids, problèmes avec les parents), le risque n'était plus significatif (HR=0,9 ; 0,6-1,4). Mais en n'ajustant que sur les variables confondantes, le risque que les symptômes dépressifs soient prédictif du tabagisme était de HR=1,8 (1,2-2,8), et donc significatif ($p<0,05$).

Les auteurs concluent qu'il est important de tenir compte des variables confondantes et des variables intermédiaires (stress, problèmes de poids, problèmes avec les parents) séparément, car ces résultats montrent que les conclusions peuvent être diamétralement opposées selon que l'on tient compte des 2 types de variables ou seulement des facteurs confondants. Ils ne concluent pas sur un lien de causalité d'un côté ou de l'autre, mais mettent en garde les auteurs de futures études et proposent un cadre théorique pour l'analyse des résultats d'enquêtes longitudinales chez les adolescents.

• Association entre la peur de prise de poids et la confiance en soi et la motivation à l'arrêt.

Tuovinen EL et al. Nicotine Tob Res. 2014 Dec 26. pii: ntu277. [Epub ahead of print]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25542916

La peur de prise de poids au moment de l'arrêt pourrait affecter la motivation et la confiance en soi. C'est ce qu'a cherché à démontrer cette étude finlandaise. Elle a été réalisée sur un échantillon représentatif de la population, en se limitant aux fumeurs quotidiens ou se disant fumeurs occasionnels (avec une cotininémie >10 ng/mL, ils ont été considérés comme fumeurs quotidiens), soit un échantillon final de 600 fumeurs quotidiens (318 hommes et 282 femmes). La peur de prise de poids a été évaluée par une échelle (Borelli & Mermelstein, Addict Behav, 1998), modifiée pour inclure aussi les fumeurs n'ayant pas l'intention d'arrêter de fumer. La confiance en soi a été évaluée par une seule question : « Si vous deviez arrêter de fumer, quelle confiance avez-vous dans le fait d'arrêter pour de bon ? », le score allant de 0 (aucune confiance) à 10 (très grande confiance). La motivation à l'arrêt a été évaluée par une seule question aussi : « A quel point avez-vous envie d'arrêter de fumer pour de bon ?», le score allant de 0 (aucune envie) à 10 (très envie). Pour les analyses en régressions multiples, des variables confondantes (selon une recherche dans la littérature scientifique) ont été prises en compte : âge, sexe, indice de masse corporelle (IMC), activité physique (nombre de fois par semaine). Le FTND a été utilisé pour évaluer la dépendance tabagique.

Les résultats montrent que plus les fumeurs sont concernés par la prise de poids, moins ils ont confiance en eux pour l'arrêt ($\beta= -0,07$; $p<0,001$), après ajustement par l'âge et le sexe. L'association était maintenue après ajustement sur l'IMC et l'activité physique ($\beta= -0,07$; $p<0,001$). En contrôlant selon le degré de dépendance, l'association était moins forte, mais restait significative ($\beta= -0,04$; $p=0,02$). Par contre la peur de prise de poids n'avait pas d'effet significatif sur la motivation à l'arrêt ($\beta= 0,02$; $p=0,16$).

Les auteurs concluent que dans cette étude transversale en population, au contraire d'autres études, ils n'ont pas trouvé que la peur de prendre du poids était associée à une moindre motivation à l'arrêt du tabac, mais que leur confiance en soi était diminuée, et recommandent des études longitudinales pour confirmer ces résultats.

• Les fumeurs de cigarettes à contenu réduit en nicotine compensent-ils en inhalant plus, et la dépendance et le métabolisme de la nicotine jouent-ils un rôle ?

Bandiera FC et al. Nicotine Tob Res. 2015 Jan 2. pii: ntu337. [Epub ahead of print]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25555385

Neal Benowitz et Jack Henningfield ont lancé l'idée il y a quelques années d'une réduction progressive du contenu en nicotine des cigarettes mises sur le marché, en espérant obtenir une réduction de la dépendance chez les fumeurs, et donc leur permettre un arrêt plus facile. Les études publiées jusqu'à présent n'ont pas été très convaincantes. Les données utilisées dans cet article proviennent d'une étude clinique réalisée sur deux ans, avec une réduction progressive du contenu en nicotine des cigarettes sur 6 mois (12, 8, 4, 2 et 1 mg), il s'agit du contenu réel du tabac dans les cigarettes, et non pas du rendement de ces cigarettes en machine à fumer. Un groupe contrôle continuait de fumer leurs cigarettes habituelles. La réduction en nicotine s'est déroulée sur une durée de 22 semaines, avec réduction progressive tous les mois. L'analyse présentée ici se limite à cette période de l'étude, et ne présente pas les résultats du groupe contrôle, car aucun marqueur d'exposition n'a été réduit dans ce groupe. Les mesures ont porté sur le CO expiré, le score de dépendance (Fagerström Test for Cigarette Dependence, FTCD, et le délai de la première cigarette du matin), des échantillons d'urine pour mesurer l'excrétion des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), et des échantillons sanguins pour des analyses génétiques (gènes des enzymes métabolisant la nicotine, et des sous-unités cholinergiques nicotiniques) et pour évaluer le métabolisme de la nicotine (trans-3'-hydroxycotinine/cotinine).

Les résultats de 51 fumeurs (âge moyen 36,2 ans) ont été analysés seulement pour la ligne de base, puis aux réductions de 8, 4, 2 et 1 mg, là où la compensation avait le plus de chance d'être détectée. Le score de dépendance (FTCD) était un facteur prédictif du nombre de cigarettes fumées quotidiennement (β= 3,13 ; z= 3,89 ; p<0,001), de la mesure de CO expiré (β= 3,20 ; z= 4,35 ; p<0,001), et de l'excrétion de HAP (pour le 2NP β= 0,22 ; z= 4,15 ; p<0,001 ; pour le 2FL β= 0,26 ; z= 3,49 ; p<0,001). Les fumeurs ayant un FTCD plus élevé (≥ 6) fumaient plus de cigarettes par jour, avaient un CO plus élevé et une excrétion plus importante de HAP, tant à l'inclusion que tout au long des 6 mois de l'étude, que ceux qui avaient un FTCD plus faible. Les résultats basés sur le délai de la première cigarette du matin seulement ont donné des résultats similaires. Pour les données génétiques, la vitesse de métabolisme de la nicotine (mesurée par le rapport trans-3'-hydroxycotinine/cotinine) était un facteur prédictif de la cotininémie, avec des cotininémies plus faibles chez les fumeurs ayant un métabolisme plus rapide (β= -128,8 ; z= -2,34 ; p=0,019). Les autres marqueurs génétiques (*CYP2A6*, *CHRNA5-A3-B4*) n'étant associés avec aucune variable de consommation ou d'exposition.

En conclusion, cette étude montre que c'est avant tout le niveau de dépendance des fumeurs (mesuré par le FTCD et le délai de la première cigarette du matin) qui détermine la compensation de consommation (nombre de cigarettes, CO, marqueurs d'exposition urinaires) avec des cigarettes dont le contenu est réduit en nicotine, et que la vitesse de métabolisme n'est pas en cause (en tout cas dans ce faible échantillon). Alors que la consommation moyenne à l'entrée dans l'étude n'était pas significativement différente selon le niveau de dépendance, ceux qui fumaient dans les 10 minutes suivant le réveil ont plus augmenté leur consommation de cigarettes au cours de l'expérimentation (avec réduction du contenu en nicotine des cigarettes) que ceux qui fumaient plus tard après le réveil. L'analyse du niveau de dépendance des sujets qui sont sortis de l'étude, montre qu'ils avaient un niveau de dépendance supérieur, et les auteurs concluent qu'il est possible qu'ils soient sortis de l'étude parce qu'ils ne parvenaient pas à compenser leur besoin en nicotine avec les cigarettes à contenu réduit en nicotine.

• Les politiques de contrôle du tabac accroissent-elles les inégalités vis-à-vis de l'arrêt ?

Bosdriesz JR et al. Nicotine Tob Res. 2015 Jan 12. pii:ntv004. [Epub ahead of print]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25586776

Les données analysées dans cet article proviennent d'une enquête annuelle sur le tabagisme réalisée aux Pays-Bas sur 19000 personnes âgées de 15 ans et plus. Entre 1988 et 2000 cette enquête était réalisée en face à face, de 2001 à 2008 elle a été réalisée sur ordinateur par des intervenants, puis depuis 2009, elle est remplie directement par les personnes sur un site internet. Le taux de réponse n'est pas indiqué pour toutes les années, mais il était de 69,6% en 2011. L'analyse a été faite en comparant deux périodes distinctes, de 1988 à 2000 alors que les politiques de contrôle du tabac étaient faibles, et à partir de 2001 car à la fois les politiques ont été renforcées progressivement, et que cela coïncide avec le passage à l'entretien assisté par ordinateur. Après avoir

exclus les personnes n'ayant jamais fumé et quelques personnes ayant des données manquantes, l'échantillon final était de 259140 individus. Pour évaluer l'arrêt du tabac dans la population étudiée, la proportion d'arrêt (quit ratio) a été utilisée (le rapport ex-fumeurs/ fumeurs + ex-fumeurs). Entre 2001 et 2011, le nombre de cigarettes fumées par jour a été aussi recueilli (pas précédemment). Pour évaluer les politiques de contrôle du tabac, l'échelle de Joossens et Raw (Tobacco Control Scale, TCS) a été utilisée. Elle prend en compte les augmentations des taxes sur le tabac, les interdictions de fumer, les campagnes publiques anti-tabac, les interdictions de publicité, les avertissements sanitaires sur les produits du tabac, et les traitements d'aide à l'arrêt. Le niveau socio-économique a été évalué en fonction du niveau d'éducation, soit bas (éducation primaire ou niveau collège) ou haut (niveau lycée ou supérieur) du chef de famille. Les données ont été aussi analysées en fonction du sexe et de l'âge (15-34 ; 35-54 ; 55 et plus). Une régression logistique à niveaux multiples a été utilisée pour mesurer l'association entre le niveau de politiques (TCS) et la proportion d'arrêt du tabac dans l'échantillon. L'année et le moment de l'année (trimestres) de l'enquête ont aussi été pris en considération dans l'analyse. Les données sont présentées sous forme de rapport de cote (Odds Ratio), représentant la proportion d'arrêt associé à chaque augmentation de 10 points sur l'échelle TCS (maximum = 100). L'association entre le score TCS et le nombre de cigarettes fumées quotidiennement a été analysée par une régression linéaire à niveaux multiples (résultats donnés sous forme de β), similaire sur le principe avec la régression logistique employée pour la proportion d'arrêt. L'impact des politiques n'étant pas toujours immédiat, les données ont aussi été analysées en fonction des changements (score TCS) 1, 2 et 3 ans avant.

Les résultats montrent que la proportion d'arrêt est similaire chez les hommes et les femmes, mais qu'elle est supérieure en moyenne dans le groupe de haut niveau d'éducation par rapport au groupe de bas niveau. Ce rapport est aussi plus élevé chez les personnes plus âgées (en 2001-2011 par exemple, ce rapport est de 32,8 chez les 15-34 ans, 49,6 chez les 35-54 ans et 74,1 chez les plus de 54 ans). Entre 1988 et 2000, la proportion d'arrêt n'a pas changé significativement, par contre entre 2001 et 2011 toutes les associations entre le score TCS et la proportion d'arrêt, avec un décalage de 1 et 2 ans, ont été significatives. Une augmentation de 10 points sur l'échelle TCS correspondant à une augmentation de 20% de la proportion d'arrêt 2 ans plus tard (OR=1,20 ; IC 95% 1,10-1,30 ; p<0,05). Avec 1 an de décalage l'augmentation significative n'était que de 15% (OR=1,15 ; 1,05-1,26 ; p<0,05), et elle n'était pas significative lorsque l'on considérait l'année en cours. L'effet chez les personnes de haut niveau d'éducation était plus important à 1 an de décalage qu'à 2 ans (OR=1,24 ; 1,12-1,37 ; p<0,05 et OR=1,17 ; 1,03-1,32 ; p<0,05), alors que c'était l'inverse pour les personnes de bas niveau d'éducation (1 an OR=1,14 ; 1,02-1,27 ; p<0,05 et 2 ans OR=1,23 ; 1,12-1,34 ; p<0,05). Les résultats n'étaient pas différents entre les hommes et les femmes, par contre un effet significatif de l'âge a été trouvé, les plus jeunes étant plus sensibles, mais cet effet n'a été significatif que chez les personnes de bas niveau d'éducation (15-34 ans OR= 1,43 ; 1,09-1,87 ; 35-54 ans OR=1,19 ; 1,08-1,30 ; 55 ans et plus OR=1,18 ; 1,07-1,31 ; les 2 groupes les plus âgés étant significativement différents du groupe des 15-34 ans).
En ce qui concerne les résultats sur la quantité de cigarettes fumées quotidiennement, il y a une tendance à une baisse de consommation individuelle mais significative seulement chez les personnes de haut niveau d'éducation, et à 1 an seulement (OR/β = -0,62 ; -1,19- -0,05 ; p<0,05). Aucun effet significatif n'a été trouvé en fonction du sexe ou de l'âge.

Les auteurs concluent qu'à partir de 2001, avec l'introduction progressive de politiques anti-tabac plus fortes, l'effet sur l'arrêt du tabac dans la population s'est accentué, mais que ces mesures n'ont pas augmenté les inégalités sociales en termes d'arrêt du tabac, même s'il existe toujours un décalage en fonction du niveau social (mesuré ici par le niveau d'éducation).

• L'utilisation du narghilé accélère-t-elle la progression vers la consommation de cigarettes chez les jeunes adultes ?

Doran N et al. Nicotine Tob Res. 2015 Jan 12. pii: ntu343. [Epub ahead of print]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25586774

Cette étude longitudinale a été réalisée chez 323 étudiants (19,8 ± 1,5 ans, 39,9% de jeunes femmes). Les données sont issues de deux études d'observation de changement de comportement tabagique (n=111 et n=212), avec évaluation de base et 6 mois plus tard. Le taux de rétention à 6 mois était de 78,9% (n=256). Les perdus de vue n'étaient pas différents statistiquement des autres participants en ce qui concerne l'âge, l'utilisation de narghilé, de dépendance au tabac (échelle HONC), de consommation de cigarettes, d'alcool ou d'autres drogues, mais il y avait un plus fort pourcentage de jeunes hommes que dans l'échantillon étudié (70,6% vs. 57,3% ; p=0,046).

La quasi-totalité des étudiants avaient déjà utilisé le narghilé dans le passé (94,7%), et 34% l'avaient utilisé dans

les 30 jours précédents. Les auteurs ont donc comparé ces jeunes adultes ayant fumé le narghilé au cours des 30 derniers jours, à ceux ne l'ayant pas fait. La comparaison n'a pas montré de différences entre les deux groupes en termes de sexe, ethnicité, statut tabagique des parents, des colocataires, ou des amis, ou en termes de consommation d'alcool. Par contre, ceux ayant fumé le narghilé récemment, étaient plus jeunes, moins dépendants au tabac, avaient fumé moins de cigarettes, mais plus de cannabis au cours des 30 derniers jours. Le niveau de dépendance, la fréquence d'utilisation de cannabis et l'âge ont été utilisés comme co-variables dans les analyses.
Le modèle de régression utilisé pour l'analyse n'a pas montré d'effet significatif de l'âge, du niveau de dépendance au tabac, et de la fréquence d'utilisation de cannabis, sur le nombre de cigarettes fumées au cours des 30 derniers jours, entre l'inclusion et 6 mois plus tard. Les participants qui consommaient un plus grand nombre de cigarettes à l'inclusion, ont rapporté un moindre changement de consommation à 6 mois (β= -0,46 ; $p<0,001$). Les données de consommation de cigarettes étaient exprimées en nombre de cigarettes fumées au cours des 30 derniers jours, et nombre de jours où les participants avaient fumé pendant cette période. La consommation dans cette population est assez faible : médiane de 55 cigarettes (de 3 à 426) et une moyenne de 84,8 ± 90,0 cigarettes chez les fumeurs de narghilé (soit une moyenne de **4,6 cigarettes par jour**, puisque la moyenne du nombre de jours où ils ont fumé était de 18,5). Chez les non-fumeurs de narghilé, la médiane est de 85 cigarettes (de 1 à 604) et une moyenne de 119,6 ± 129,2 cigarettes (soit une moyenne de **5,6 cigarettes par jour**, avec une moyenne de 21,3 jours où ils ont fumé). Les mesures de consommation étant rétrospectives, on peut se demander si cette différence est réellement significative.
Les auteurs rapportent que les non-fumeurs de narghilé ont réduit leur quantité de cigarettes fumées au cours des 30 derniers jours de 31,77 ± 112,94 cigarettes à 6 mois, par rapport à l'inclusion ($p<0,001$), et que les fumeurs de narghilé ont augmenté leur consommation de 17,53 ± 135,88 cigarettes au cours des 30 derniers jours (non significatif).
En ce qui concerne la fréquence de consommation de cigarettes, ni l'âge, ni la consommation de cannabis n'a eu d'influence, et la dépendance au tabac a eu un effet marginal (β=0,13 ; p=0,055). Les fumeurs de narghilé ont réduit leur fréquence d'utilisation de la cigarette de -2,43 ± 10,80 jours (p=0,048) au cours des 30 derniers jours à 6 mois par rapport à l'inclusion, alors que les non-fumeurs de narghilé l'ont réduit de -6,79 ± 11,96 jours ($p<0,001$).

Les auteurs concluent que l'utilisation de narghilé au cours des 30 derniers jours (une moyenne de 3 jours/30 ; médiane 2 jours, de 1 à 24 jours selon les sujets) était associée avec une augmentation de la consommation de cigarettes et une plus faible diminution du nombre de jours où ils fument, 6 mois plus tard, par rapport aux jeunes fumeurs de cigarettes n'ayant pas utilisé de narghilé. Et que donc l'utilisation de narghilé accélérerait la progression vers le tabagisme des jeunes adultes.

Il semble que cette étude ne montre pas grand-chose de solide, et que le fait de trouver des associations statistiquement significatives n'est pas une preuve suffisante dans le cas de cette étude pour affirmer une telle conclusion. La mesure de consommation, qui est faible dans cette population, ne s'appuie que sur des données rétrospectives, et comme les auteurs le font remarquer, la consommation de tabac chez ces jeunes est instable, ce qui nécessiterait donc un suivi plus long pour avoir une meilleure puissance d'analyse.

• La vitesse du métabolisme de la nicotine influence-t-elle l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ?

Vaz LR et al. Nicotine Tob Res. 2015 Jan 14. pii: ntu342. [Epub ahead of print]
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25589677

Les métaboliseurs rapides de la nicotine sont susceptibles de ressentir plus vite les symptômes d'abstinence, et donc de fumer plus ou de tirer plus sur leurs cigarettes pour compenser ce phénomène. Cela peut aussi les rendre plus susceptibles à la dépendance au tabac. Au cours du second trimestre de la grossesse, l'activité de l'enzyme responsable du métabolisme de la nicotine (CYP2A6) est augmentée, la nicotine est donc plus rapidement métabolisée en cotinine, puis en trans-3'-hydroxycotinine (3HC). Le rapport des concentrations de 3HC/cotinine, appelé le rapport des métabolites de la nicotine (RMN), est une mesure de la vitesse du métabolisme de la nicotine. Cette étude a donc cherché à savoir si l'accélération du métabolisme observé chez la femme enceinte pouvait avoir une influence sur les chances d'arrêt. Elle a été réalisée sur les données de l'étude anglaise SNAP sur l'efficacité du TNS chez la femme enceinte. Sur les 1050 femmes enceintes incluses dans l'étude, une analyse sanguine de la vitesse du métabolisme de la nicotine a pu être effectuée pour 662 d'entre elles.

Une régression logistique a été utilisée pour tester l'association entre le RMN et l'abstinence de tabac à 1 mois après la date d'arrêt, et au moment de l'accouchement, en fonction du traitement (TNS ou placebo), et du niveau

de dépendance (HSI, les deux premières questions du FTND, et nombre de cigarettes fumées quotidiennement). La distribution des valeurs du RMN était pratiquement normale, allant de 0 à 0,9, avec une moyenne de 0,44 ± 0,16. La seule variable étant significativement associée au RMN était le nombre de cigarettes fumées quotidiennement avant la grossesse (p=0,006), les autres variables n'étaient pas significativement associées au RMN (âge p=0,19 ; ethnicité p=0,369 ; HSI p=0,56 ; délai de la première cigarette p=0,48 ; durée de la grossesse à l'inclusion p=0,143).
Le lien entre le RMN et l'abstinence était significatif à la fois à 1 mois et au moment de l'accouchement. Pour chaque augmentation de 0,1 unité du rapport RMN, les femmes enceintes avaient une diminution de 14% de chances d'être abstinentes (OR=0,86 ; IC 95% 0,76-0,98 ; p=0,026). Après ajustement en fonction du traitement assigné pour l'étude (TNS ou placebo) et du score de dépendance HSI, l'association était toujours significative (OR=0,87 ; 0,76-0,99 ; p=0,043). Par contre après ajustement sur le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, l'association n'était plus significative (OR=0,88 ; 0,77-1,00 ; p=0,057), ce qui était attendu puisque le nombre de cigarettes fumées était significativement associé au RMN. Au moment de l'accouchement, l'association entre le RMN et l'abstinence était encore plus forte (OR=0,78 ; 0,65-0,93 ; p=0,005), même après ajustement sur le traitement et le HSI (OR=0,79 ; 0,66-0,94 ; p=0,008), et même après ajustement sur le nombre de cigarettes fumées quotidiennement au moment de l'accouchement (OR=0,79 ; 0,66-0,95 ; p=0,01).
Par contre, il n'y avait pas d'association entre le RMN et le traitement assigné pour l'étude (TNS ou placebo), à 1 mois après la date d'arrêt et ajusté en fonction du HSI (p=0556), indiquant que les chances d'abstinence à court terme avec le TNS ne varient pas en fonction du RMN. L'association n'a pas pu être testée au moment de l'accouchement dû au faible nombre de femmes restées abstinentes jusque-là.

Les auteurs concluent que les femmes enceintes qui métabolisent la nicotine plus vite ont moins de chances de maintenir l'abstinence tabagique que celles qui la métabolisent plus lentement. Ils concluent aussi que ces résultats ne supportent pas l'hypothèse selon laquelle l'efficacité du TNS varie en fonction de la vitesse de métabolisme de la nicotine, mais qu'il faudrait faire une étude avec de plus fortes doses pour évaluer cette hypothèse.

treatobacco.net

Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

www.treatobacco.net

congrès

CBT : JOURNEE REGIONALE ANNUELLE DE TABACOLOGIE
TABAC ET CANNABIS - Vendredi 6 février 2015

OFDT : Hausse des ventes de tabac en décembre 2014, mais recul global sur l'année.

Consulter le tableau de bord tabac

Vu sur le Net

Quelques liens (cliquer sur le titre) qui vous mèneront vers des nouvelles qui ont fait la Une du net ce mois-ci.

La cigarette électronique, une alternative révolutionnaire

Chine: fin du contrôle des prix sur le tabac

La cytisine, un antitabac qui marche

Tabac : les ventes de cigarettes en baisse en 2014

TABAC et hormones sexuelles: Les femmes s'arrêtent plus facilement après l'ovulation

Drogues : comment repérer l'addiction ?

Tabac: un test sanguin pour mieux parvenir à arrêter

Drogue, tabac, alcool, jeux vidéo: une campagne contre l'addiction des jeunes (VIDEO)

Nicotine : bientôt un vaccin anti-tabac

CANCER du POUMON: Le venin de l'escargot de mer révèle une toxine clé

Une association anti-tabac à nouveau déboutée

La cigarette électronique s'essouffle chez les jeunes

Une nouvelle attaque contestée contre la cigarette électronique

Le comité national contre le tabagisme porte plainte contre 4 fabricants

formations

L'IRAAT (Institut Rhône Alpes Auvergne de Tabacologie) organise différentes formations centrées sur la tabacologie dans la région Rhône Alpes Auvergne en 2015 (voir les annonces ci-dessous).

offres d'emploi

5 vacations 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)

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

IRAAT
INSTITUT RHONE-ALPES
AUVERGNE DE TABACOLOGIE

ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (EM) ACCOMPAGNER LA PERSONNE VERS LE CHANGEMENT DANS L'ARRET DU TABAC

VENDREDI 23 JANVIER 2015

1 jour
(7h eures)

PUBLIC CONCERNÉ
Médecins addictologues ou tabacologues – Médecins généralistes ou spécialistes –Sages-femmes addictologues ou tabacologues – Infirmières addictologues ou tabacologues – Professionnels de prévention

OBJECTIF PRINCIPAL :
- Découvrir au augmenter ses savoir sur l'EM

Objectifs opérationnels :
- Pratiquer à travers des exercices
- Acquérir ou renforcer des compétences
- Evaluer l'EM dans l'accompagnement au changement des patients

PEDAGOGIE :
Interaction avec les participants. Analyse d'exercices à partir de situations réelles : auto-analyses, feed-back

TARIFS :
Frais d'inscription des participants : 165€

NOS FORMATEURS :
Dr Sophie ORLHAC Formatrice EM
Dr Marie MALECOT Tabacologue

DATES et LIEU :
VENDREDI 23 JANVIER 2015
Hôpital de la Croix Rousse – 103, Grande rue de la Croix Rousse Lyon 4ème
Accueil des participants: Bâtiment principal, salle CHRISTO.

PROGRAMME

Qu'est ce que l'Entretien Motivationnel ?

L'EM est une méthode de communication validée dans les situations où ambivalence et motivation sont au cœur des processus de changement. Il concerne particulièrement le domaine des addictions, domaine où il est utile et difficile de modifier un comportement voire simplement de faire un choix.

Programme

- L'esprit et les principes de l'EM
- L'ambivalence
- Les styles de communication
- Le reflexe correcteur et ses inconvénients
- Les processus et les savoirs faire essentiels

Un outillage pratique

- Etablir une relation de travail collaborative avec le patient
- Déterminer l'objectif du patient
- Faire émerger les motivations propres au patient
- Planifier le changement avec le patient
- Maitriser la technique « OuVER » :
  - Questions ouvertes
  - Valoriser
  - Ecoute réflective
  - Résumer
- Apprendre à fournir des informations centrées sur les attentes du patient

Une évaluation de la formation :
Immédiate en fin de session
A distance (3 mois) afin de connaître les implications pratiques induites par la formation.

Contact : Mme EL BIAZ (secrétaire) :
Tel : 04 78 42 59 18
Courriel : iraat-lyon@orange.fr

Nombre de participants :
8 à 15 participants maximum

I.R.A.A.T. – Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie
N°Agrément : 82 696389 N°SIRET: W691065743
Hôpital de la Croix-Rousse, 103 Gde rue de la Croix Rousse 69004 LYON
Tél. / Fax: 04 78 42 59 18
E-mail: iraat-lyon@orange.fr

ars Agence Régionale de Santé

Hospices Civils de Lyon

IRAAT
INSTITUT RHONE-ALPES
AUVERGNE DE TABACOLOGIE

SUBSTITUTION NICOTINIQUE CHEZ LES PATIENTS FUMEURS EN PRE-OPERATOIRE ET POST-OPERATOIRE IMMEDIAT

LUNDI 23 MARS 2015

1 jour
(7 heures)

PUBLIC CONCERNÉ
Médecins anesthésistes – Chirurgiens – Infirmières anesthésistes ou de bloc opératoire

OBJECTIF PRINCIPAL :
- Former les participants à une prise en charge du fumeur

Objectifs opérationnels :
- Sensibiliser les médecins anesthésistes à l'intérêt d'une substitution nicotinique encadrant une intervention chirurgicale
- Savoir prescrire une substitution nicotinique courte, adaptée au patient fumeur

PEDAGOGIE :
Aspects théoriques
Aspects pratiques
Mises en situation : Cas cliniques

TARIFS :
Frais d'inscription des participants : 165 €

NOS FORMATEURS :
Dr Sophie ARNAUD Tabacologue

DATES et LIEU :
LUNDI 23 MARS 2015
Hôpital de la Croix Rousse – 103, Grande rue de la Croix Rousse Lyon 4ème
Accueil des participants: Bâtiment principal, salle CHRISTO.

PROGRAMME

Une connaissance scientifique
- L'intoxication tabagique et ses effets
- La dépendance
  - Physique
  - Comportementale et psychique
- Intervention brève en consultation externe d'anesthésie
  - Intérêt et mode opératoire
  - Intérêt, maniement du CO testeur
  - Intérêt et mode de prescription des différents substituts nicotiniques
- Parcours de soin du patient en tabacologie

Une pratique clinique
- Maniement du CO testeur
- Présentation des différents supports pédagogiques destinés aux patients
- Présentations des différents substituts nicotiniques proposés aux patients

Un outillage pratique
- L'évaluation de la motivation
- L'évaluation de la compulsion à fumer

Une évaluation de la formation :
Immédiate en fin de session
A distance (3 mois) afin de connaître les implications pratiques induites par la formation.

Contact : Mme EL BIAZ (secrétaire) :
Tel : 04 78 42 59 18
Courriel : iraat-lyon@orange.fr

Nombre de participants :
10 à 15 participants

I.R.A.A.T. – Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie
N°Agrément : 82 69638 N°SIRET: W691065743
Hôpital de la Croix-Rousse, 103 Grande rue de la Croix Rousse 69004 LYON
Tél. / Fax: 04 78 42 59 18 E-mail: iraat-lyon@orange.fr

ars Agence Régionale de Santé

Hospices Civils de Lyon

IRAAT
INSTITUT RHONE-ALPES
AUVERGNE DE TABACOLO

THERAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES DANS L'AIDE A L'ARRET DU TABAC

NIVEAU 1
Mardi 3 mars 2015

1 jour
(7 heures)

PUBLIC CONCERNÉ
Médecin – Infirmier – Assistant social – Psychologue – Sage-femme – et tout professionnel de santé en relation avec des patients fumeurs –

OBJECTIF PRINCIPAL :
- Former les participants à la prise en charge du fumeur

Objectifs opérationnels :
- Comprendre les différences avec l'entretien classique
- Savoir reconnaître et analyser la fonction du tabac
- Proposer des outils en rapport avec l'histoire du fumeur

PEDAGOGIE :
Interaction avec les participants.
Apports théoriques
Mises en situation : Cas cliniques, jeux de rôle

TARIFS :
Frais d'inscription des participants : 165 €

NOS FORMATEURS :
Dr Audrey SCHMITT
Dr Véronique BOUTE-MAKOTA

DATES et LIEU :
Mardi 3 mars 2015
Hôpital de la Croix Rousse – 103, Grande rue de la Croix Rousse Lyon 4ème
Accueil des participants: Bâtiment principal, salle CHRISTO.

PROGRAMME

Objectifs
- Former les participants aux techniques d'entretien basées sur les psychothérapies cognitivo-comportementales
- Connaître les bases de la thérapie cognitivo-comportementale

Contenu
- Le style relationnel
- L'alliance thérapeutique
- L'analyse fonctionnelle
- Préparer l'arrêt et passer à l'action
- Apprendre à gérer la rechute

Approches pédagogiques
- Aspects théoriques
- Aspects pratiques :
  - Expositions de cas (vidéos)
  - Mise en pratique par jeux de rôle

Une évaluation de la formation :
Immédiate en fin de session
A distance (3 mois) afin de connaître les implications pratiques induites par la formation.

Contact : Mme EL BIAZ (secrétaire) :
Tel : 04 78 42 59 18
Courriel : iraat-lyon@orange.fr

Nombre de participants :
10 à 15 participants maximum

I.R.A.A.T. – Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie
N°Agrément : 82 69638 9 N°SIRET: W691065743
Hôpital de la Croix-Rousse, 103 Grande rue de la Croix Rousse 69004 LYON
Tél. / Fax: 04 78 42 59 18
E-mail: iraat-lyon@orange.fr

ars Agence Régionale de Santé

Hospices Civils de Lyon

IRAAT
INSTITUT RHONE-ALPES
AUVERGNE DE TABACCOLOGIE

FORMATION DES PERSONNELS DE SANTE DES MATERNITES A LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES FUMEUSES

VENDREDI 24 AVRIL 2015

1 jour
(7 heures)

PUBLIC CONCERNÉ
Sage femme – Médecin – Assistant social – Psychologue – et tout professionnel de santé en relation avec des femmes enceintes fumeuses –

OBJECTIF PRINCIPAL :
- Former les personnels de maternité au dépistage et à la prise en charge de la femme enceinte fumeuse et de son conjoint

Objectifs opérationnels :
- Identifier les patientes à risque, motiver et encourager à l'arrêt du tabac
- Savoir prescrire les substituts nicotiniques

PEDAGOGIE :
Interaction avec les participants.
Mises en situation : Cas cliniques et jeux de rôle avec mesure du CO expiré

TARIFS :
Frais d'inscription des participants : 165 €

NOS FORMATEURS :
Catherine Laveissiere, sage femme
P. Antoine Migeon, sage femme

DATES et LIEU :
Vendredi 24 avril 2015
Hôpital de la Croix Rousse – 103, Grande rue de la Croix Rousse Lyon 4ème
Accueil des participants: Bâtiment principal, salle CHRISTO.

PROGRAMME

Objectifs

·Changer le regard des professionnels de santé sur le tabagisme gravidique (actif et passif)
·Valoriser la mesure du Monoxyde de Carbone (CO) dans l'air expiré des femmes enceintes fumeuses et leur conjoint
·Améliorer les connaissances des personnels de maternité et de néonatalogie sur les conséquences de la consommation du tabac autour de la grossesse et sur les aides au sevrage tabagique
·Former les personnels de maternité à l'identification des patientes à risque et à leur prise en charge quelque soit leur degré de motivation
·Former les personnels aux techniques de sevrage tabagique, à l'entretien motivationnel, et à la prescription de substitution nicotinique.

Contenu

·Epidémiologie, réglementation, état des lieux des connaissances sur le tabagisme autour de la grossesse,
·Physiopathologie de la nicotine et du CO
·Les outils de dépistage
·Prise en charge préventive et curative des patientes fumeuses

Approches pédagogiques

• Aspects théoriques
•Aspects pratiques :
  • Travail sur les craintes, appréhensions et idées fausses
  • Jeux de rôle avec mesure du CO expiré

Une évaluation de la formation : immédiate en fin de session

Contact : Mme EL BIAZ (secrétaire) :
Tel : 04 78 42 59 18
Courriel : iraat-lyon@orange.fr

Nombre de participants :
10 à 15 participants maximum

I.R.A.A.T. – Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie
N°Agrément: 82 696369 N°SIRET: W691065743
Hôpital de la Croix-Rousse, 103 Gde rue de la Croix Rousse 69004 LYON Tél. / Fax: 04 78 42 59 18
E-mail: iraat-lyon@orange.fr