

## • Une étude longitudinale canadienne montre l'effet de la durée du traitement par TNS sur l'arrêt du tabac.

Zhang B et al. *Am J Epidemiol.* 2015 Apr 1;181(7):513-20.

Article en libre accès: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4371764/>

Plusieurs essais cliniques ont montré que la durée du traitement par TNS influait sur le succès de l'arrêt du tabac, et que la plupart des pays recommandent un traitement de 3 mois (12 semaines). Cette étude canadienne a été réalisée en population générale (enquête téléphonique en 3 vagues successives entre juillet 2005 et décembre 2009). Un premier tableau présente la durée d'utilisation du TNS (et l'arrêt sans aide) lors de chacune de ces 3 vagues d'enquête, chez ceux ayant fait une tentative d'arrêt durant le suivi.

**Table 1.** Duration of Nicotine Replacement Therapy Use by Type and Study Wave Among Smokers Who Made an Attempt to Quit During Follow-up, Ontario, Canada, 2005–2009

Duration of Use by Cessation Aid	Wave 1 (n=1,469)			Wave 2 (n=1,181)			Wave 3 (n=1,021)		
	No.	%	Mean (SD)	No.	%	Mean (SD)	No.	%	Mean (SD)
Duration of any NRT use, weeks									
None	1,079	73.5		869	73.6		735	72.0	
<4	288	19.6		225	19.1		209	20.5	
4.0–7.9	56	3.8		41	3.5		35	3.4	
8.0–11.9	21	1.4		17	1.4		17	1.7	
≥12	25	1.7		29	2.5		25	2.5	
All groups	1,469	100		1,181	100		1,021	100	
Duration of use, days		8.0 <sup>a</sup>	22.9 (35.7)		9.5 <sup>a</sup>	26.0 (40.4)		14.0 <sup>a</sup>	27.6 (48.4)

On voit tout d'abord que parmi ceux ayant fait une tentative d'arrêt, 72% à 73% l'ont fait sans avoir recours au TNS (il n'est pas précisé dans l'article si certains ont utilisé une autre aide à l'arrêt ou pas). Ensuite, que la grande majorité de ceux ayant eu recours au TNS, l'ont utilisé moins de 4 semaines (19-20%), et que donc moins de 10% l'ont utilisé plus de 4 semaines (la majorité de ceux-ci l'ayant utilisé entre 4 et 8 semaines). La durée médiane d'utilisation au cours de ces 3 vagues d'enquête a été de 8, 9,5 et 14 jours. Les formes de TNS les plus utilisées ont été les patchs (57%), les gommes (46%), puis l'inhalateur (<10%) et les comprimés (<2%), certaines personnes ayant utilisé plus d'une forme de TNS.

Les résultats d'abstinence (≥ 1 mois, rapportée par le participant, qui était fumeur lors de la vague d'enquête précédente et ayant déclaré ne pas avoir fumé de cigarette depuis x temps lors de la vague suivante, 6 mois plus tard), sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Lors de la première et la seconde vague de l'enquête, le taux d'abstinence le plus élevé a été observé chez ceux ayant utilisé le TNS pendant 8 à 12 semaines (52% et 47%, respectivement), et le moins élevé chez ceux l'ayant utilisé moins de 4 semaines (8% et 9%, respectivement).

**Table 2.** Quitting (Abstinence  $\geq 1$  Month) by Duration of Nicotine Replacement Therapy Use in the 3 Study Waves Among Smokers Who Made an Attempt to Quit During Follow-up, Ontario, Canada, 2005–2009

Duration of NRT Use, weeks	Wave 1 (n=1,469)		Wave 2 (n=1,181)		Wave 3 (n=1,021)	
	No.	%	No.	%	No.	%
None	214	19.8	171	19.7	165	22.5
<4	22	7.6	20	8.9	18	8.6
4.0–7.9	16	28.6	12	29.3	14	40.0
8–11.9	11	52.4	8	47.1	4	25.5
$\geq 12$	8	32.0	6	20.7	9	36.0

Abbreviation: NRT, nicotine replacement therapy.

Lors de la troisième vague de l'enquête, le taux d'abstinence le plus élevé a été observé chez ceux ayant utilisé le TNS pendant 4-12 semaines (40%) ou plus de 12 semaines (36%), et encore une fois le moins élevé chez ceux l'ayant utilisé moins de 4 semaines (9%).

Parmi tous ceux ayant fait une tentative d'arrêt au cours du suivi (n=2221), 68% n'ont pas utilisé de TNS, et 32% l'ont utilisé au moins 1 fois. Comparé à ceux n'ayant pas utilisé de TNS, ceux qui l'ont fait étaient plus âgés, fumaient plus de cigarettes par jour, ont fait plus de tentatives d'arrêt, évaluaient leur santé moins bonne, étaient plus souvent des femmes, se sentaient plus dépendants, étaient plus souvent des fumeurs réguliers, et

avaient utilisé des médicaments d'aide à l'arrêt prescrit et avaient utilisé une aide comportementale, ils rapportaient aussi moins de restrictions de fumer à la maison.

Les analyses de régression logistiques sont présentées dans le tableau ci-dessous.

**Table 4.** Logistic Regression Analysis Using Generalized Estimating Equations for the Association Between Duration of Nicotine Replacement Therapy Use and Smoking Cessation<sup>a</sup> Among Those Who Made an Attempt to Quit During Follow-up, Ontario, Canada, 2005–2009

Model <sup>b</sup> and Cessation Aid Use at Follow-up	Crude Analysis			Adjusted Analysis		
	OR	95% CI	P Value <sup>c</sup>	OR	95% CI	P Value <sup>c</sup>
<b>Model 1<sup>d</sup></b>						
Any NRT use	1.25	1.02, 1.54	0.033	1.08	0.86, 1.35	0.49
<b>Model 2<sup>d</sup></b>						
NRT use <4 weeks	0.44	0.34, 0.58	<0.0001	0.51	0.38, 0.67	<0.0001
NRT use 4.0–7.9 weeks	1.98	1.42, 2.77	<0.0001	2.26	1.58, 3.22	<0.0001
NRT use 8.0–11.9 weeks	3.02	1.84, 4.97	<0.0001	3.84	2.24, 6.58	<0.0001
NRT use $\geq 12$ weeks	2.53	1.59, 4.05	<0.0001	2.80	1.70, 4.61	<0.0001
<b>Model 3<sup>e</sup></b>						
Patch use <4 weeks	0.52	0.37, 0.73	0.0002	0.64	0.45, 0.93	0.018
Patch use 4.0–7.9 weeks	2.12	1.37, 3.29	0.0008	2.49	1.58, 3.95	<0.0001
Patch use 8.0–11.9 weeks	4.67	2.33, 9.36	<0.0001	5.91	2.85, 12.23	<0.0001
Patch use $\geq 12$ weeks	2.24	1.17, 4.31	0.016	2.80	1.44, 5.45	0.0024
<b>Model 4<sup>f</sup></b>						
Gum use <4 weeks	0.47	0.34, 0.64	<0.0001	0.42	0.36, 0.73	0.0002
Gum use 4.0–7.9 weeks	1.43	0.87, 2.34	0.15	1.60	0.94, 2.72	0.084
Gum use 8.0–11.9 weeks	2.33	1.04, 5.25	0.041	2.61	1.03, 6.59	0.043
Gum use $\geq 12$ weeks	2.53	1.23, 5.21	0.012	2.68	1.22, 5.88	0.014

Abbreviations: CI, confidence interval; NRT, nicotine replacement therapy; OR, odds ratio.

<sup>a</sup> Abstinence for 1 month or longer.

<sup>b</sup> The reference group for all models was no NRT use.

<sup>c</sup> All P values are 2-sided.

<sup>d</sup> Adjusted for age, self-perceived health, self-perceived addiction, daily smoking, number of cigarettes smoked per day, number of lifetime attempts to quit, and smoking restrictions at home.

<sup>e</sup> Adjusted for age, marital status, self-perceived health, self-perceived addiction, daily smoking, number of cigarettes smoked per day, number of lifetime attempts to quit, and smoking restrictions at home.

<sup>f</sup> Adjusted for age, educational level, self-perceived health, self-perceived addiction, daily smoking, number of cigarettes smoked per day, number of lifetime attempts to quit, and smoking restrictions at home.

La première ligne (modèle 1) montre que lorsque l'on ne prend pas en compte la durée d'utilisation du TNS, l'arrêt du tabac n'est pas associé à l'utilisation du TNS (OR=1,08 ; 0,86-1,35 ; p=0,49). C'est pour cela qu'il y a une controverse sur l'efficacité du TNS en population générale (souvent acheté sans ordonnance), par rapport à l'arrêt sans aide. Mais cela montre aussi que ces études, ne prenant pas en compte ce facteur indispensable, ne reflètent pas la réalité. Il est cependant important de faire passer le message dans la population que la durée du traitement est primordiale pour arrêter de fumer.

Par contre, lorsque la durée du traitement est prise en compte (modèle 2), on voit clairement que la durée optimale est d'au moins 4 à 12 semaines (OR de 2,26 à 3,84). Les modèles 3 (patch) et 4 (gommes) montrent une supériorité apparente pour le patch. Plusieurs raisons à cela sans doute, la plus fréquente utilisation du patch que

les gommes, et le risque d'une sous-utilisation plus importante avec les gommes qu'avec le patch, donc d'un moins bon contrôle des envies de fumer. Ceci prône pour une utilisation plus répandue de l'association patch + forme orale telle qu'utilisée couramment en tabacologie.

## ● Risques d'événements indésirables neuropsychiatriques associés à la varénicline : revue systématique et méta-analyse.

**Thomas KH et al. *BMJ*. 2015 Mar 12;350:h1109.**

Article en libre accès: <http://www.bmj.com/content/350/bmj.h1109.long>

**Harrison-Woolrych M. *Mental health effects of varenicline*. *BMJ*. 2015 Mar 17;350:h1168.**

<http://www.bmj.com/content/350/bmj.h1168.long>

Une nouvelle méta-analyse sur les risques d'événements indésirables neuropsychiatriques de la varénicline a été réalisée sur 44 essais cliniques randomisés et contrôlés (39 essais ont été retenus, car 5 d'entre eux présentaient un risque de biais non nul), incluant 11146 participants. Seuls les essais cliniques ayant utilisé la dose maximale, 1 mg deux fois par jour, ont été inclus. Tous ces essais ont rapporté les événements indésirables suivants : dépression, idées suicidaires, tentatives de suicides, suicides, insomnie, troubles du sommeil, rêves anormaux, somnolence, fatigue, anxiété, ainsi que les décès (liés ou non au traitement).

Après exclusions des données manquantes et des 5 essais non retenus, la méta-analyse porte sur 10761 participants, 5817 dans le groupe varénicline et 4944 dans le groupe placebo. La durée du traitement allait de 1 à 52 semaines. Les fumeurs inclus fumaient en moyenne 20 cigarettes par jour (dans les 2 groupes), depuis 26,6 ans dans le groupe varénicline, et 26,2 ans dans le groupe placebo. Au total, 18 essais ont été faits chez des fumeurs de la population générale, 8 essais chez des patients psychiatriques, 4 essais chez des fumeurs ayant une consommation élevée d'alcool ou étant alcooliques, 3 essais chez des fumeurs dépendants de la cocaïne ou des opiacés, 2 essais chez des utilisateurs de tabac non-fumé, et 1 essai dans chacune de plusieurs populations spécifiques (BPCO, maladie cardiovasculaire, pré-intervention chirurgicale, patients avec ataxie de type 3, adolescents fumeurs, personnes âgées non-fumeurs, fumeurs hospitalisés, fumeurs ayant déjà été traité auparavant par la varénicline, ex-fumeurs utilisateurs de TNS à long terme).

Deux personnes sont mortes en se suicidant (les 2 dans le groupe varénicline), et 4 personnes ont tenté de se suicider (2 dans chaque groupe). Compte tenu du faible nombre d'événements, les suicides et les tentatives de suicide ont été analysées ensemble. Ces données étaient disponibles dans 31 des 39 essais cliniques. Le rapport des cotes ou OR = 1,67 (IC 95% ; 0,33-8,57 ; p=0,54) et la différence de risque était de 0,0003 (-0,002 – 0,003 ; p=0,81).

Les idées suicidaires étaient disponibles dans 20 essais, donnant un OR = 0,58 (0,28-1,20 ; p=0,14), et une différence de risque de -0,003 (-0,009 – 0,002 ; p=0,24).

La dépression était rapportée dans 31 essais, donnant un OR = 0,96 (0,75-1,22 ; p=0,74), et une différence de risque de -0,001 (-0,01 – 0,01 ; p=0,74).

Les décès ont été rapportés dans 36 essais (13/5760 dans le groupe varénicline, et 11/4887 dans le groupe placebo), donnant un OR = 1,05 (0,47-2,38 ; p=0,9), et une différence de risque de 0,0001 (-0,003 – 0,003 ; p=0,94).

De même, aucune différence significative n'a été observée pour l'irritabilité (OR=0,98 ; 0,81-1,17 ; p=0,79), l'agression (OR=0,91 ; 0,52-1,59 ; p=0,75), ou la somnolence (OR=1,23 ; 0,94-1,62 ; p=0,13).

La varénicline a été associée à une augmentation des troubles du sommeil (OR=1,63 ; 1,29-2,07 ; p<0,001), de l'insomnie (OR=1,56 ; 1,36-1,78 ; p<0,001), des rêves anormaux (OR=2,38 ; 2,05-2,77 ; p<0,001), et de la fatigue (OR=1,28 ; 1,06-1,55 ; p=0,01). Au contraire une diminution de l'anxiété a été observée (OR=0,75 ; 0,61-0,93 ; p=0,008).

Aucune variation dans ces analyses n'a été mise en évidence en fonction de l'âge, du sexe, de l'ethnicité, de la présence ou de l'absence de maladie psychiatrique, ou selon que l'étude était financée par l'industrie pharmaceutique ou non.

Les auteurs concluent donc qu'ils n'ont pas trouvé d'augmentation de risque de suicide ou de tentatives de suicide, d'idées suicidaires, de dépression, ou de mortalité liés à la varénicline.

Dans un éditorial, Mira Harrison-Woolrych met en balance cette méta-analyse plutôt rassurante, avec les multiples rapports d'événements indésirables neuropsychiatriques aux USA ou en Nouvelle Zélande. En Nouvelle Zélande, dans une cohorte de 3415 patients traités par varénicline, près de 3% des patients ont rapporté des symptômes dépressifs, dont 65% se sont résolus à l'arrêt du médicament. Elle insiste sur le fait que les observations de pharmacovigilance faites dans la population reflètent la différence par rapport aux populations

étudiées dans les essais cliniques, où de nombreux critères d'inclusion et d'exclusions sont appliqués, et où un contrôle plus stricte des événements indésirables peut réduire le risque de certains événements (par exemple, si un patient rapporte des idées suicidaires, il sera moins enclin à passer à l'acte si l'événement est détecté précocement, ce qui n'est pas forcément le cas en population générale). L'auteure insiste donc sur le fait de prévenir les patients que s'ils ressentent un changement d'humeur, ils doivent en discuter avec leur médecin, et éventuellement envisager d'arrêter leur traitement. En France pourtant, la surveillance rapprochée par la pharmacovigilance a été arrêtée, car aucun signal n'a été détecté.

## ● **Les interventions anti-tabac en milieu scolaire ont un effet modéré sur l'initiation tabagique ultérieure.**

**Thomas RE et al. *BMJ Open*. 2015 Mar 10;5(3):e006976.**

Article en libre accès: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/3/e006976.long>

Les interventions anti-tabac en milieu scolaire ont-elles un impact significatif sur l'initiation tabagique ultérieure des élèves ? Cette méta-analyse a pris en compte 50 essais contrôlés et randomisés dans différents pays (pas de limitation de date ou de langue pour les études sélectionnées, ce qui est assez rare puisqu'en général seules les études publiées en anglais sont considérées).

Les études retenues portaient sur des élèves de 5 à 18 ans. Seules les études comportant un groupe contrôle (sans intervention, intervention usuelle, ou action non spécifique, comme un devoir à faire à la maison), et ayant un suivi d'au moins 6 mois, ont été retenues. Les études devaient aussi avoir une évaluation du statut tabagique à l'origine. Les élèves ayant déjà essayé de fumer ont été classés comme fumeurs.

Sur une base de 256 études, 50 ont été retenues, représentant 143495 élèves. Les études ont été classées en fonction du type d'intervention.

En prenant l'ensemble des études avec un suivi de 1 an ou moins (15 études), aucun effet de l'intervention n'a été observé (OR=0,91 ; IC 95% 0,82-1,01 ; valeur de p non donnée). Nous rappelons que lorsque l'intervalle de confiance à 95% inclut la valeur «1», le résultat n'est pas significatif.

Le reste des études avaient un suivi plus long : 86% un suivi entre 1 et 5 ans, 10% entre 5 et 10 ans, et 4% plus de 10 ans. Pour ces études un effet significatif de l'intervention par rapport au contrôle a été observé (OR=0,88 ; 0,82-0,95), soit une réduction modeste du risque d'initiation au tabagisme de 12%.

Certaines de ces études incluaient un suivi à 1 an ou moins. Lorsque l'analyse a été faite sur ces données, elles n'ont pas non plus montré d'effet significatif, ce qui tendrait à montrer qu'il est nécessaire d'avoir un recul suffisant pour montrer un effet significatif.

Une analyse a ensuite été faite en fonction du contenu de l'intervention (compétence sociale, influences sociales, information seule, ou intervention multimodale). Les interventions sur les compétences sociales donnent des outils aux adolescents pour améliorer les résolutions de problèmes, les prises de décisions, résister aux influences des pairs ou des médias, lutter contre le stress, ou améliorer son self-contrôle ou l'estime de soi. Les interventions sur les influences sociales apprennent aux adolescents à se méfier des influences sociales qui encouragent l'utilisation de drogues, à résister aux offres de tabac, à la pression exercée par les pairs, et aux situations à risque qui pourraient les persuader directement ou indirectement de fumer.

Comparé aux groupes contrôles, les interventions portant sur les compétences sociales (5 études) ont montré un effet significatif (OR=0,65 ; 0,43-0,96), c'est-à-dire une réduction du risque d'initiation de 35%. De même pour celles portant sur les compétences sociales + les influences sociales (9 études: OR=0,60 ; 0,43-0,83). Aucun effet significatif n'a été trouvé pour les interventions avec information seule, ou portant sur les influences sociales seules, ou les interventions multimodales.

Une analyse de sensibilité, éliminant les études comportant trop de perdus de vue, a été réalisée sur les mêmes bases que l'analyse précédente et a montré que les effets significatifs disparaissaient tous. Ainsi celles associant les compétences sociales et les influences sociales n'étaient plus significatives (OR= 0,55 ; 0,28-1,09). De même, pour les études avec le plus long suivi (OR=0,90 ; 0,80-1,03), ou celles portant sur une intervention multimodale (OR=1,26 ; 0,78-2,04).

D'autres analyses ont été réalisées dans des sous-groupes (sexe, type d'intervenant, adulte ou pair, intervention centrée sur le tabagisme ou incluant d'autres substances, interventions de rappel).

Que ce soit à court terme ( $\geq 1$  an) ou à long terme, le risque d'initiation tabagique était diminué significativement chez les filles mais pas chez les garçons. A 1 an : filles OR=0,68 ; 0,50-0,93 ; garçons OR=0,76 ; 0,53-1,10), à

long terme : filles OR =0,80 ; 0,66-0,97 ; garçons OR=0,93 ; 0,76-1,15).

Intervention menée par un adulte vs. par un pair : à court terme (1 an, 21 études), seules les interventions menées par un adulte portant sur les compétences sociales + les influences sociales ont été efficaces (OR=0,58 ; 0,40-0,85). Il est à noter qu'il n'y avait que 6 études incluant une intervention par un pair. A long terme (42 études), sur l'ensemble des interventions un effet significatif a été observé (OR=0,87 ; 0,81-0,94), ainsi que pour les interventions portant sur les compétences sociales (5 études: OR=0,62 ; 0,40-0,96), et celles portant à la fois sur les compétences sociales et les influences sociales (7 études: OR=0,58 ; 0,42-0,82). Aucun effet significatif à long terme n'a été observé avec les interventions menées par un pair.

Interventions portant exclusivement sur le tabagisme vs. interventions multi-focales portant sur d'autres substances aussi (alcool, drogues illicites) : pour le tabagisme, seul un effet global à long terme a été observé (28 études: OR=0,89 ; 0,81-0,97), pour les interventions multi-focales, seules les interventions portant sur les compétences sociales (5 études: OR=0,65 ; 0,43-0,96) ou l'association de compétence sociales + influences sociales (5 études: OR=0,53 ; 0,34-0,83), ont montré un effet significatif.

Interventions de rappel : 6 études ont utilisé des interventions de rappel (3, 4, 8 ou 10, réparties entre 1 et 2 ans après l'intervention initiale). Que ce soit sans intervention de rappel ou avec, aucun effet significatif n'a été observé à court terme ( $\leq 1$  an), mais un effet significatif a été observé à long terme (45 études sans rappel: OR=0,90 ; 0,83-0,96 – 6 études avec rappel: OR=0,73 ; 0,55-0,97).

Aucun effet de l'âge des élèves n'a été observé.

Globalement ces résultats sont modestes, au mieux une réduction de risque de l'initiation tabagique de 12%, et seulement lorsque ces interventions sont analysées à long terme (plus d'un an). Les composantes des interventions les plus efficaces semblent être celles qui portent sur les compétences sociales, ou à la fois sur les compétences sociales et les influences sociales.

Les auteurs font remarquer que pourtant plus de 60% des études analysées ont utilisé des interventions portant sur les influences sociales (utilisées dans 75% des écoles américaines, représentées dans cette analyse par 43% des études analysées), qui n'ont pas montré d'efficacité seules.

Une hypothèse avancée par les auteurs serait que les interventions portant sur les compétences sociales sont bien perçues par les élèves, car elles leur donnent des outils pour les résolutions de problèmes, les prises de décisions, résister aux influences des pairs ou des médias, lutter contre le stress, ou améliorer son self-contrôle ou l'estime de soi. Il est possible que les autres types d'interventions soient plus perçus comme des « cours magistraux » donnés par des adultes.

## ● Une revue des études sur l'exposition passive à la fumée dans les véhicules confirme la nécessité de protéger les enfants.

**Raof SA et al. *Chron Respir Dis.* 2015 Mar 10. pii: 1479972315575202. [Epub ahead of print]**  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25758677>

Cette mesure de protection de l'exposition passive à la fumée de tabac des enfants est à l'ordre du jour dans plusieurs pays. Cet article a passé en revue les études publiées jusqu'en mai 2013.

Sur un total de près de 200 études recensées sur PubMed et sur Web of Science, 12 études ont été conservées (critères d'inclusion : mesure de l'exposition par marqueur biologique ou environnemental, étude réalisée dans un véhicule, pas une chambre expérimentale, exposition à la fumée de tabac).

Les marqueurs utilisés dans les études ont été : les particules  $\leq 2,5 \mu\text{m}$  (PM<sub>2,5</sub>) dans 11 des 12 études, le monoxyde de carbone (CO) dans 5/12 études, les particules ultrafines dans 2/12 études, et la nicotine dans l'air dans 2/12 études.

Le taux de particules PM<sub>2,5</sub> observé dans les études (avec au moins une fenêtre du véhicule partiellement ouverte) a été de 47 à 12150  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . Pour les études avec fenêtres fermées, les concentrations étaient de 203,6 à 13150  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ . L'utilisation de l'air conditionné ne semble pas améliorer les choses, par contre l'ouverture des fenêtres et la vitesse du véhicule influencent les mesures, mais en tout état de cause ne réduisent pas substantiellement l'exposition.

Les concentrations de nicotine dans l'air, selon qu'une fenêtre était ouverte à moins ou plus de la moitié, allaient de 7,5  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  dans les grandes voitures, à 32,3  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  dans les petites voitures, dans une étude, et jusqu'à 65,6  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  dans une autre étude avec toutes les fenêtres fermées.

Une seule étude a mesuré l'exposition par marqueurs biologiques (cotinine, 3-hydroxycotinine, et NNAL urinaires et plasmatiques). Des non-fumeurs assis sur la banquette arrière d'une voiture, avec les fenêtres avant ouvertes et arrière fermées, et un conducteur fumant 3 cigarettes en 1 heure (il n'est pas précisé si la voiture

roulait). Les pics plasmatiques et urinaires ont été atteints après 4 à 8h. Les mesures ont montré que la cotininémie a été multipliée par 4 (de 0,04 à 0,17 ng/ml), la cotininurie par 6 (de 0,38 à 2,41 ng/ml), et que la concentration urinaire de NNAL (mesure des nitrosamines) a été multipliée par 27 (de 0,10 à 2,68 pg/mg de créatinine). L'étude a aussi montré une forte corrélation entre le taux de particules PM<sub>2,5</sub> (moyenne après 1h d'exposition 745 µg/m<sup>3</sup>) et la cotininémie ( $\rho=0,94$  ;  $p=0,005$ ).

En tout état de cause, les taux d'exposition mesurés dans les voitures dépassent ceux mesurés dans les bars et cafés avant l'introduction de l'interdiction de fumer. Il semble donc justifié de vouloir interdire de fumer dans les véhicules transportant des enfants.

## ● La réduction progressive de consommation de tabac avec TNS semble effective chez les fumeurs «hard-core».

**Lam TH et al. Tob Induc Dis. 2015 Apr 2;13(1):9.**

Article en libre accès: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4391680/>

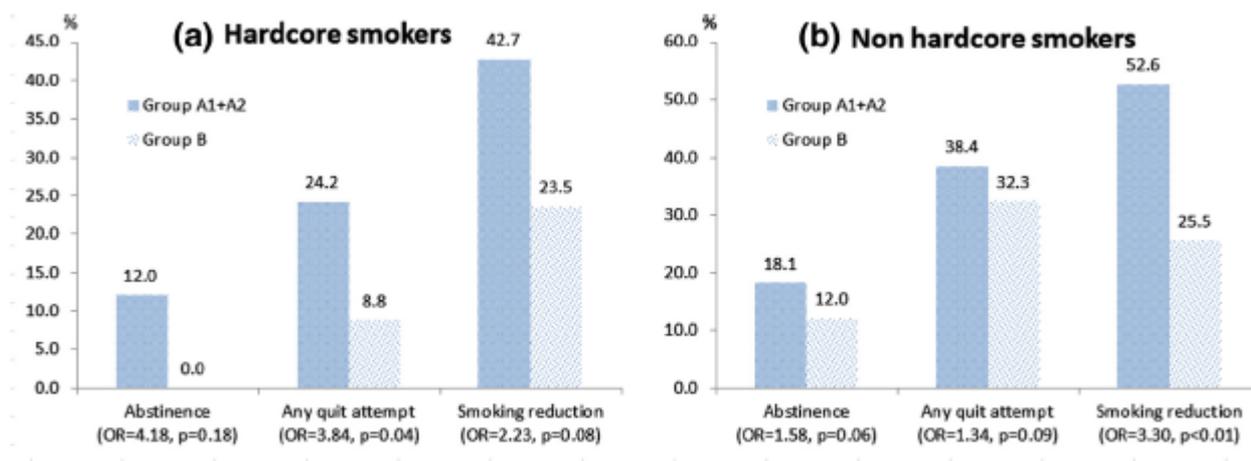
Cet article est une analyse *a posteriori* (donc plus sujette à caution qu'un essai classique) d'un essai clinique contrôlé et randomisé de réduction de consommation et d'arrêt du tabac chez 1154 fumeurs réguliers ne souhaitant pas arrêter de fumer, mais voulant réduire leur consommation.

Les fumeurs ont été randomisés en 3 groupes, un groupe A1 (n=479) et un groupe A2 (n=449) ont participé à un entretien en face à face de 15 minutes basé sur la réduction du risque, et ont reçu un traitement par TNS pendant 8 semaines. L'entretien était aussi focalisé sur l'arrêt complet en insistant sur l'intérêt de la réduction de consommation. Le groupe A1 a aussi reçu en plus un conseil de 3 minutes sur la nécessité d'adhérer au traitement. Le groupe contrôle (n=226) a reçu un conseil bref de 10 minutes. Tous les participants ont aussi reçu une brochure de 12 pages sur l'arrêt du tabac.

Les deux critères principaux d'efficacité étaient 1) l'abstinence de 7 jours rapportée à 6 mois, et 2) la réduction de consommation d'au moins 50% rapportée à 6 mois. Une mesure supplémentaire était les tentatives d'arrêt d'au moins 24h au cours des 30 derniers jours.

Cette analyse *a posteriori* s'est intéressée plus particulièrement aux fumeurs récalcitrants (« hard-core smokers »). Pour cela les auteurs les ont défini comme étant 1) âgés d'au moins 26 ans, 2) fumant quotidiennement depuis au moins 5 ans, 3) fumant 15 cigarettes par jour ou plus, 4) n'ayant aucune intention d'arrêter de fumer, 5) n'ayant jamais fait de tentative d'arrêt dans le passé. Selon les auteurs cette définition a été critiquée, mais est actuellement utilisée dans les études épidémiologiques. Tous les participants répondaient au 4ème item, les fumeurs récalcitrants ont donc été choisis par les 4 autres critères.

Peu de fumeurs avaient moins de 26 ans (4,3%) et avaient fumé moins de 5 ans (2,2%), les critères principaux pour déterminer les fumeurs récalcitrants ont donc été le fait de fumer 15 cigarettes par jour ou plus et de n'avoir jamais fait de tentative d'arrêt dans le passé. Il n'y avait pas de différence significative en terme de caractéristiques socio-démographiques entre les fumeurs récalcitrants (n=184) et les autres (n=969) (voir Appendice 4 à la fin de l'article).



Les résultats d'abstinence, de tentatives d'arrêt, et de réduction de consommation sont présentés sur le graphique ci-dessus. Chez les fumeurs récalcitrants le taux d'abstinence (non validé par mesure biologique) a été de 12%, contre 0% dans le groupe contrôle. Le rapport des cotes donne un OR=4,18 (IC 95% 0,51-34,65 ;  $p=0,18$ ), plus important que celui obtenu chez les autres fumeurs (18,1% vs. 12,0% ; OR=1,58 ; 0,98-1,88), mais aucun de ces résultats n'est significatif.

C'est le problème majeur de cet article, il est limité dans sa puissance statistique par le fait de scinder les fumeurs en deux groupes, sur la base de principalement 2 items. Ce n'est donc pas un article à prendre comme de l'« evidence-based », mais qui malgré tout peut être intéressant à analyser pour les tabacologues confrontés à ces fameux fumeurs récalcitrants. Les auteurs eux-mêmes le reconnaissent et parlent même dans le résumé de résultats pilotes. Bien que la réduction de consommation dans l'optique d'un arrêt différé soit parfois critiquée, il est probable que cette approche soit plus adaptée aux fumeurs les plus dépendants, et en particulier, comme le font remarquer les auteurs, chez ceux qui n'ont jamais fait de tentatives d'arrêt dans le passé.

---



# treatobacco.net

Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence  
[www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)

---

*congrès*



*Consultez le programme*

*Inscrivez-vous ici*

***Le 29 mai 2015, le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, la Direction Générale de la Santé organisent un colloque d'une journée autour de la journée mondiale sans tabac sur le thème***

***"Vers un monde sans tabac".***

Cette manifestation se tiendra le 29 mai 2015 à partir de 8h30, salle Laroque - Ministère des Affaires sociales, 14 avenue Duquesne, Paris 7<sup>ème</sup>.

La journée sera organisée autour de plusieurs tables-rondes et abordera trois grandes problématiques :

Le paquet neutre : quelle efficacité pour lutter contre le tabagisme ?

La lutte contre le commerce illicite de tabac

Actions de terrain en régions

Le secrétariat de la manifestation vous fera parvenir prochainement le programme détaillé, les modalités d'inscription et les informations pratiques. N'hésitez pas à faire suivre ce message auprès de personnes susceptibles d'être intéressées.

Vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante :

[journeesanstabac@ptolemee.com](mailto:journeesanstabac@ptolemee.com)

9<sup>e</sup>  
EDITION

## Congrès International d'Addictologie de l'ALBATROS

Mercredi 10, Jeudi 11 & Vendredi 12 JUIN 2015

Maison de la Mutualité - PARIS

“LES ADDICTIONS : AUJOURD'HUI ET DEMAIN”



Numéro de DPC : en cours

<http://jda.centredesaddictions.org/index.php?lang=fr>

# Tabac et Qualité de Vie

9<sup>ème</sup> Congrès national Société Française de Tabacologie 5 et 6 novembre 2015 - Toulouse  
Centre de Congrès Pierre Baudis  
11 esplanade Compans Caffarelli



Les inscriptions sont ouvertes <http://www.sft2015.com/>

### [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.

[De la mention « abus dangereux » au paquet neutre, 40 ans de lutte anti-tabac](#)

[L'industrie du tabac condamnée pour publicité illicite](#)

[Bataille autour du paquet neutre ou quand l'industrie du tabac fait mentir l'adage " le ridicule ne tue pas"](#)

[E- cigarettes : les deux premières normes mondiales sont françaises](#)

[Bordeaux teste les aires de jeux sans tabac](#)

[France Tabac rachète partiellement l' Institut du tabac ce matin](#)

[Tabac : les Français ne croient pas au paquet neutre](#)

[Tiers payant, tabac, jeunes... : le contenu du projet de loi santé](#)

[Cigarette électronique: « Une opportunité nouvelle » selon l'Académie de médecine](#)

[TABAGISME: Le déni du risque reste le principal ennemi - ELCC](#)

[Tabac: des parlementaires veulent mieux rémunérer les buralistes](#)

---

## *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 dans la Lettre de la SFT N°57 et 58).

---

## *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)**