

● Une cigarette par jour suffit à augmenter notablement le risque cardiovasculaire

Persistent smoking after a cardiovascular event: A nationwide retrospective study in Korea.

Lim K. et al. *PLOS One*. 19 octobre 2017 ; 12(10).

Article en libre accès : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0186872>

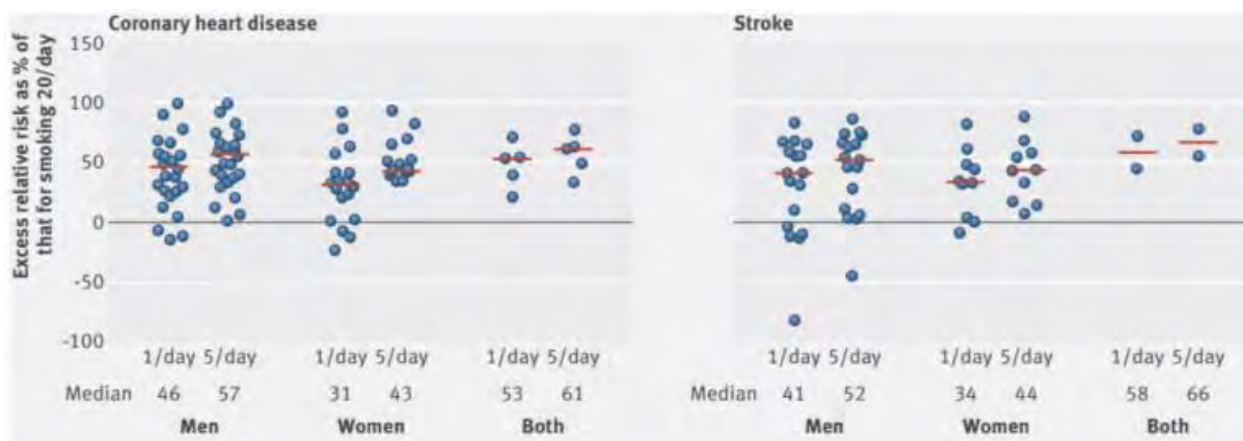
Le risque cardiovasculaire apparaît à des niveaux de consommation tabagique très faible. Dans une méta-analyse de cinq études, [Law et al. \(1997\)](#) ont ainsi montré que le sur-risque de maladie coronaire associé au tabagisme passif à domicile (RR = 1,3) représente la moitié du sur-risque associé à la consommation d'un paquet par jour (RR = 1,78). Mais l'idée que même les faibles niveaux d'exposition sont dangereux peine à s'imposer auprès du grand public, qui imagine souvent que le risque cardiovasculaire et la consommation de tabac entretiennent une relation linéaire.

Pour renforcer les données disponibles à ce sujet, une équipe de chercheurs de Cancer Research UK a entrepris une revue systématique de la littérature, compilant les résultats de 55 études publiées depuis l'après-guerre pour un total de 141 études de cohortes prospectives. Dans l'ensemble, les chercheurs ont cherché à comparer les risques cardiovasculaires associés à trois niveaux de consommation : très faible (une cigarette par jour), faible (cinq cigarettes par jour) et important (20 cigarettes par jour).

Un risque important dès la première cigarette

Les résultats montrent un effet majeur dès la première cigarette quotidienne. Les hommes avaient ainsi un sur-risque de maladie coronaire RR = 1,48 (IC 95 % 1,30 – 1,69) pour une consommation d'une cigarette par jour, contre RR = 1,58 (IC 95 % 1,39 – 1,80) à cinq cigarettes par jour et RR = 2,04 (IC 95 % 1,86 – 2,24) à vingt cigarettes par jour. Chez les femmes, ce risque était encore plus net, avec RR = 1,57 (IC 95 % 1,29 – 1,91) à une cigarette par jour, RR = 1,76 (IC 95 % 1,46 – 2,13) à cinq cigarettes par jour et RR = 2,84 (IC 95 % 2,21 – 3,64) à vingt cigarettes par jour.

Les auteurs ont ensuite entrepris d'évaluer la part de risque portée par une consommation très faible, par rapport à une consommation élevée. Pour cela, ils ont calculé pour chaque étude le rapport entre l'excès de RR associé à la consommation d'une cigarette par jour et l'excès de RR associé à vingt cigarettes par jour (*voir figure ci-dessous*). Chez les hommes, la première cigarette représentait ainsi près de la moitié de l'excès de risque coronaire associé à la consommation un paquet par jour ($\Delta RR = \frac{RR_1 - 1}{RR_{20} - 1} = 46\%$; EI : 24 à 56 %). Chez les femmes, cette première cigarette représentait environ un tiers du risque coronaire associé à une consommation élevée ($\Delta RR = 31\%$; EI : 2 à 46 %).



Distribution de l'excès de risque relatif associé à la consommation de 1 ou 5 cigarettes par jour, chacun étant comparée à la consommation de 20 cigarettes par jour.

Les résultats sont calculés pour chaque étude. Par exemple, l'étude Lawlor et al. (2008) a estimé le risque relatif (RR) de maladie coronaire à 1,83 pour 1 cigarette par jour et 2,63 pour 20 cigarettes par jour (via une régression linéaire, par comparaison avec les non-fumeurs). Le rapport entre les excès de RR pour 1 cigarette par jour et pour 20 cigarettes par jour est ainsi de $(1.83 - 1)/(2.63 - 1) = 51\%$, figuré par un point bleu. Les valeurs médianes, obtenues en compilant toutes les études, figurent en trait plein rouge.

Il en allait de même concernant le risque d'AVC. Chez les hommes, l'excès de RR pour une consommation d'une cigarette par jour représentait 41 % de l'excès de RR à 20 cigarettes par jour ($RR_1 = 1,25$ vs $RR_{20} = 1,64$; $\Delta RR = 41\%$; EI : -7 à 62 %). Cette proportion s'élevait à 34 % chez les femmes ($RR_1 = 1,31$ vs $RR_{20} = 2,16$; $\Delta RR = 34\%$; EI : 3 à 51 %). Les résultats ajustés (voir tableau ci-dessous) tendaient à confirmer, voire renforcer, cette non-linéarité importante du risque cardiovasculaire.

Table 2 | Meta-analyses according to whether studies made allowance for multiple confounding factors

Cohort and analysis*	No of studies	From pooling results for 1 and 20 CPD separately across studies			From meta-regressions (uses within study analyses)		
		RR (95% CI) for 1 CPD	RR (95% CI) for 20 CPD	Excess RR (%)†	RR for 1 CPD	RR for 20 CPD	Excess RR (%)†
Coronary heart disease							
Men:							
Adjusted	11	1.74 (1.50 to 2.03)	2.27 (1.90 to 2.72)	58	1.65	2.22	53 (54)
Unadjusted	15	1.36 (1.18 to 1.56)	1.89 (1.71 to 2.08)	40	1.33	1.91	36 (38)
Women:							
Adjusted	9	2.19 (1.84 to 2.61)	3.95 (3.34 to 4.67)	40	2.12	3.98	38 (34)
Unadjusted	9	1.26 (1.07 to 1.49)	2.11 (1.91 to 2.34)	23	1.28	2.12	25 (23)
Stroke							
Men:							
Adjusted	6	1.30 (1.11 to 1.53)	1.56 (1.31 to 1.86)	54	1.35	1.55	64 (62)
Unadjusted	11	1.20 (1.07 to 1.35)	1.68 (1.45 to 1.95)	29	1.26	1.68	38 (34)
Women:							
Adjusted	5	1.46 (1.20 to 1.78)	2.42 (1.67 to 3.52)	32	1.50	2.39	36 (33)
Unadjusted	5	1.15 (0.98 to 1.35)	1.94 (1.44 to 2.61)	16	1.14	1.91	15 (34)

CPD=cigarettes per day; RR=relative risk compared with never smokers.

*Adjusted includes only studies that reported RRs after allowance for ≥ 3 multiple confounders (which includes cholesterol for coronary heart disease studies and cholesterol or blood pressure for stroke studies), plus another study that made multi-factor adjustments.⁵⁹ Unadjusted includes all other studies (although all allowed for age and occasionally one more factor).

†Percentage excess RR for smoking 1 CPD as percentage of that for 20 CPD. Numbers in parentheses are from same type of analyses as in fig 2 (that is, median value from within study comparisons).

Méta-analyses réparties en fonction de l'ajustement ou non des facteurs de confusion

CPD : cigarettes par jour ; RR : risque relatif par comparaison aux non-fumeurs.

* Les RR ajusté ne concernent que les études ayant contrôlé 3 facteurs de confusion ou plus (dont le cholestérol pour la maladie coronaire, et le cholestérol ou la pression artérielle pour les AVC), ainsi qu'une étude ayant procédé à plusieurs ajustements multivariés. Les RR non ajustés concernent toutes les autres études (toutes contrôlaient l'âge et parfois un autre facteur.)

† Proportion d'excès de risque relatif entre une consommation d'une cigarette par jour et une consommation de 20 cigarettes par jour. Les chiffres entre parenthèses sont des valeurs médianes issues de comparaisons intra-études.

La figure a été modifiée pour souligner quand les RR à 1 cig./j et à 20 cig./j avaient des intervalles de confiance à 95 % disjoints (encadré rouge).

Viser la cessation complète

Ces résultats très solides confirment l'existence d'un risque cardiovasculaire majeur même à très faible exposition. La première cigarette quotidienne porte environ la moitié du risque cardiovasculaire associé à la consommation d'un paquet par jour (contre 5 % si la relation dose-effet était linéaire). « *Il n'existe pas de seuil de consommation sûr pour les maladies cardiovasculaires* », concluent les auteurs, qui appellent à se focaliser sur un arrêt complet du tabac et éduquer les patients à une meilleure perception de ce risque.

[Dans l'éditorial associé](#) à l'article, Kenneth Johnson, professeur d'épidémiologie à l'université d'Ottawa, rappelle que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité prématurée associée au tabac, devant les cancers, et que ce risque est essentiellement dû à la présence de particules fines (PM_{2,5}) en suspension dans la fumée de cigarette. Au regard des faibles niveaux d'exposition nécessaire, le chercheur canadien invite à adopter une position préventive ferme vis-à-vis des nouveaux produits contenant de la nicotine : cigarettes électroniques et tabac chauffé.

● Initiation à la cigarette : les produits annexes jouent un rôle facilitateur

Association of Noncigarette Tobacco Product Use With Future Cigarette Smoking Among Youth in the Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) Study, 2013-2015.

Watkins S. et al. *JAMA Pediatrics*. 2 janvier 2018

<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2666219>

Aux États-Unis, environ 90 % des fumeurs adultes auront expérimenté la cigarette avant leurs 18 ans. L'usage croissant de la cigarette électronique, mais aussi de la chicha parmi les adolescents, invite à s'interroger sur le rôle des produits annexes dans l'initiation à la cigarette. Dans cette étude d'association conduite à l'université de Californie à San Francisco, Watkins *et al.* ont entrepris de mettre à jour ce lien, en suivant une très vaste cohorte d'adolescents entre 12 et 17 ans.

L'enquête s'est déroulée en deux vagues à un an d'intervalle, en 2013-2014 et 2014-2015, via des questionnaires administrés par internet. Lors de la première vague, les adolescents étaient interrogés sur leur consommation de produits autres que la cigarette : cigarette électronique, chicha, tabac à chiquer, et tabac combustible (une catégorie composite comprenant les cigarettes aux clous de girofle, bidis, pipe, cigares et cigarillos). La deuxième vague servait à évaluer leur consommation de cigarette dans le mois écoulé.

Tout est passerelle

Sur les 10 384 répondants, âgés de 14,3 ans en moyenne au moment de la deuxième vague, 4,6 % avaient déjà fumé une ou plusieurs cigarettes dans leur vie et 2,1 % au cours du mois écoulé. Lors de la première vague, 4,2 % d'entre eux ont rapporté avoir déjà expérimenté la cigarette électronique (0,9 % dans le mois écoulé) et 3,3 % la chicha. Ces deux catégories se recoupaient pour bonne part : environ la moitié (44 %) des jeunes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique avaient déjà fumé la chicha.

Les auteurs ont utilisé des modèles de régression logistique multiple afin de prédire l'usage de cigarette en fonction de l'utilisation d'autres produits, que ce soit dans le mois écoulé ou au cours de leur vie, en contrôlant un grand nombre de facteurs de confusion (*voir tableau ci-dessous*).

Table 2. Associations of Noncigarette Tobacco Ever Use With Subsequent Cigarette Use

Wave 1 Use	No. of Observations Before Multiple Imputation	Wave 2 Cigarette Ever Use (n = 10 384) ^a			Wave 2 Cigarette Past 30-d Use (n = 10 380) ^b		
		Wave 2 Cigarette Ever Use, %	OR (95% CI)	Model 2 ^d	Wave 2 Cigarette Past 30-d Use, %	OR (95% CI)	Model 4 ^d
E-cigarettes							
Never	9923	3.9	1 [Reference]	1 [Reference]	1.8	1 [Reference]	1 [Reference]
Ever	425	19.1	3.50 (2.48-4.94)	2.53 (1.80-3.56)	8.2	2.39 (1.42-4.00)	1.87 (1.15-3.05)
Hookah							
Never	10 026	4.1	1 [Reference]	1 [Reference]	1.9	1 [Reference]	1 [Reference]
Ever	339	18.3	2.67 (1.81-3.93)	1.79 (1.23-2.62)	9.4	2.85 (1.69-4.79)	1.92 (1.17-3.17)
Noncigarette combustibles							
Never	9818	4.2	1 [Reference]	1 [Reference]	1.9	1 [Reference]	1 [Reference]
Ever	226	19.2	2.23 (1.42-3.49)	1.64 (1.06-2.54)	10.8	2.47 (1.36-4.47)	1.78 (1.00-3.19)
Smokeless							
Never	10 101	4.4	1 [Reference]	1 [Reference]	1.9	1 [Reference]	1 [Reference]
Ever	155	18.8	2.64 (1.60-4.35)	1.66 (1.00-2.76)	12.5	3.78 (2.07-6.89)	2.07 (1.10-3.87)

Associations entre l'expérimentation des produits du tabac et la consommation de cigarettes.

^a $F = 56,1$ pour le modèle 1 (fraction d'information manquante maximale $\gamma = 0,011$) et $F = 24,6$ pour le modèle 2 ($\gamma = 0,0186$).

^b $F = 36,8$ pour le modèle 3 ($\gamma = 0,028$) et $F = 19,7$ pour le modèle 4 ($\gamma = 0,032$).

^c Le modèle utilisé incluait toutes les catégories d'utilisation des produits du tabac de la première colonne.

^d Le modèle utilisé incluait toutes les catégories d'utilisation des produits du tabac de la première colonne ainsi que les covariables suivantes : sexe, âge, groupe ethnique, niveau d'éducation des parents, résidence urbaine, recherche de sensations, a déjà expérimenté l'alcool, habite avec un fumeur, porte attention aux messages de prévention sur les paquets, est réceptif aux publicités pour le tabac, et questionnaire administré en été.

Toutes les associations entre l'usage de produits du tabac et la consommation de cigarettes se sont avérées positives. Les jeunes avaient un risque accru d'avoir expérimenté la cigarette s'ils avaient déjà expérimenté la cigarette électronique (OR ajusté = 2,53 ; IC 95 % 1,80 – 3,56), la chicha (OR ajusté = 1,79 ; IC 95 % 1,23 – 2,62), le tabac combustible (OR ajusté = 1,64 ; IC 95 % 1,06 – 2,54) ou le tabac à chiquer (OR ajusté = 1,66 ; IC 95 % 1,00 – 2,76) un an plus tôt. Les OR étaient similaires pour la consommation de cigarette au cours du mois écoulé.

Des résultats ambivalents

Fait intéressant, les auteurs ont aussi relevé que la polyconsommation de produits autres que la cigarette classique – e-cigarette et chicha, pour l'essentiel – était associée à un risque quatre fois supérieur d'avoir déjà expérimenté la cigarette au cours de sa vie (OR ajusté = 3,95 ; IC 95 % 2,65 – 5,90) et fumé des cigarettes au cours du mois écoulé (OR ajusté = 3,81 ; IC 95 % 2,22 – 6,54).

Ces résultats sont à mettre en perspective au regard des chiffres absolus, non fournis par les auteurs. Une analyse complémentaire du Pr Brad Rodu (université de Louisville), qui n'a pas participé à l'étude, tend à relativiser ces résultats. Selon lui, sur les 219 sujets ayant rapporté une consommation de cigarette dans le mois écoulé, l'immense majorité (n = 175, soit 79,9 %) était non-fumeur au moment de la première vague.

En faveur de restrictions généralisées

La méthodologie des études d'association ne permet pas de trancher sur les facteurs qui conduisent des produits du tabac à la cigarette. Si l'addiction à la nicotine pourrait jouer un rôle, il est probable que les e-cigarettes, chichas et autres, perçus comme moins nocifs que la cigarette classique, puissent initier un glissement dans la perception des dangers associé à cette dernière. Il est aussi possible que la propension individuelle au risque joue un rôle, bien que les auteurs précisent avoir contrôlé chez les répondants la « recherche de sensation », un trait de personnalité caractéristique des personnes ayant un troubles de l'addiction.

Pour les auteurs, ces résultats militent en faveur de politiques de prévention portant sur l'ensemble des produits du tabac. Une catégorie qui, selon leur définition (contestable) des « produits du tabac », comprend la cigarette électronique. Ils appellent ainsi à étendre les restrictions en vigueur pour la cigarette, telles que la réglementation sur la taille des paquets et l'interdiction d'aromatiser les produits.

● Tests de dépendance : CDS et HSI ont un pouvoir prédictif équivalent

The Cigarette Dependence Scale and Heaviness of Smoking Index as predictors of smoking cessation after 10 weeks of nicotine replacement therapy and at 6-month follow-up.

Zawertailo L. *et al. Addictive Behavior.* 27 novembre 2018.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460317304458>

Pour évaluer la dépendance au tabac, l'échelle de dépendance à la cigarette (*Cigarette Dependence Scale*, CDS qui existe à 5 et à 12 items) témoigne de meilleures performances que le test de Fagerström. La CDS possède ainsi une meilleure consistance interne que le FTND (*Fagerström Test for Nicotine Dependence*) et le HSI (*Heaviness of Smoking Index*, sa version abrégée), et évalue mieux la dépendance au tabac, comprise au sens des classifications internationales (DSM-IV et CIM-10). En revanche, aucune donnée comparative n'existe sur la valeur prédictive de ces deux catégories de tests.

Dans cette étude canadienne, les auteurs ont cherché à établir si la valeur prédictive de la CDS dépassait celle du HSI. Les participants sélectionnés, qui consommaient au moins 10 cigarettes par jour, ont été pris en charge par une consultation d'aide au sevrage tabagique d'une heure et ont reçu des substituts nicotiques pour une période de 10 semaines.

Un quart d'abstinents ponctuels à six mois

Les 1021 sujets ayant suivi le traitement jusqu'au terme (environ un sur deux) étaient âgés de 49 ans en moyenne. Ils fumaient en moyenne depuis 17 ans et souffraient de troubles psychiatriques pour un quart d'entre eux. Leur taux d'abstinence ponctuelle, évaluée sur la semaine écoulée, s'est avéré de 38,4 % au terme des 10 semaines de traitement, puis de 26,6 % à six mois de suivi.

	10-Week follow-up			6-Month follow-up		
	OR (95% CI)	Pseudo-R ²	AUC	OR (95% CI)	Pseudo-R ²	AUC
	n = 1021			n = 915		
HSI	0.74 (0.66–0.82)***	0.04	0.60	0.76 (0.67–0.86)***	0.03	0.59
CDS-12	0.98 (0.96–0.99)*	0.01	0.56	0.97 (0.95–0.99)*	0.01	0.55
CDS-5	0.91 (0.86–0.95)***	0.02	0.57	0.90 (0.86–0.96)***	0.02	0.58

Modèles de régression logistique destinés à prédire l'abstinence tabagique au bout de 10 semaines de traitement et à six mois de suivi.

AUC : aire sous la courbe ; CDS : Cigarette Dependence Scale ; HSI : Heaviness of Smoking Index ; OR : rapport de cotes.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

L'analyse univariée (voir tableau ci-dessus) a montré que les scores aux tests de dépendance permettaient de prédire l'arrêt du tabac avec des performances similaires. Le score HSI s'est avéré le meilleur prédicteur de l'abstinence à six mois, avec une aire sous la courbe (AUC) de 0,59 (pseudo-R² = 0,03). La différence avec les deux versions du CDS était marginale : la CDS-12 avait une AUC de 0,55 (pseudo-R² = 0,01) et la CDS-5 une AUC de 0,58 (pseudo-R² = 0,02). Une AUC de 0,50 équivaut à une prédiction au hasard, les performances prédictives de ces tests sont extrêmement faibles.

Une régression logistique hiérarchique a confirmé ces résultats, en montrant que les deux items du HSI (délai entre le réveil et la première cigarette, et nombre de cigarettes fumées par jour) permettaient de prédire l'abstinence de façon indépendante. Un seul item de la CDS restait un prédicteur pertinent une fois ajouté au modèle : l'auto-évaluation du degré de dépendance à la cigarette.

Des résultats qui confirment la très faible valeur prédictive de ces tests. Une étude sur 476 femmes enceintes ([Berlin et al., 2016](#)) a montré il y a peu que ni le FTND ni le CDS-5 ne parvenaient à prédire l'abstinence tabagique, même à deux semaines.

• Détecter les particules fines à domicile pour mieux prévenir le tabagisme passif

Randomized Trial to Reduce Air Particle Levels in Homes of Smokers and Children.

Hughes S. *et al.* *American Journal of Preventive Medicine*. 2 janvier 2018.

Article en accès libre : [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(17\)30640-2/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(17)30640-2/fulltext)

Le tabagisme passif est un enjeu majeur de santé publique, en particulier pour les enfants exposés à leur domicile. À l'échelle mondiale, on estime qu'environ 40 % des enfants sont exposés à la fumée secondaire (Oberg *et al.*, 2011, chiffres 2004), avec des conséquences majeures en matière d'infections respiratoires, de crises d'asthme, ou encore de morts subites du nourrisson. D'où l'importance d'interventions d'informations et de prévention, a fortiori dans les milieux sociaux les plus défavorisés où le tabagisme passif est fréquent.

Dans cette optique, Suzanne Hughes et ses collègues de l'Université de San Diego (Californie) ont mené un essai contrôlé randomisé destiné à évaluer une forme d'intervention fondée sur un retour d'information en temps réel. Ils ont ainsi doté 296 foyers de capteurs de qualité d'air capables de mesurer le niveau de particules fines (PM_{2,5} entre 0,5 et 2,5 µm) au sein du domicile, pendant trois mois, et de donner l'alerte en cas de pic de concentration.

Des capteurs de qualité d'air à domicile

Les participants à l'étude ont été recrutés autour de San Diego dans le cadre du programme *Women, Infants and Children*, un service fédéral destiné à améliorer la nutrition et la santé des femmes enceintes et leurs jeunes enfants. La seule condition pour participer était d'avoir un enfant de moins de 14 ans exposé au tabac à domicile. Les foyers sélectionnés appartenaient à un milieu social très défavorisé, environ la moitié se situant sous le seuil de pauvreté.

Au sein du groupe intervention (n = 149), les capteurs de qualité d'air étaient réglés pour alerter la famille à l'aide d'un signal lumineux et d'une alarme sonore (voir figure ci-dessous) si le taux de particules fines dépassait les 15 000 particules par centi-pied cube (environ 53 millions de particules par m³). La valeur de ce seuil a été déterminée empiriquement par les auteurs, qui ont mesuré lors d'une étude précédente des taux supérieurs à 20 000 part./0,01 pi³ à proximité des capteurs. Un second seuil, fixé à 30 000 part./0,01 pi³, déclenchait une alarme plus pressante. Dans le groupe contrôle, les capteurs ne déclenchaient aucune alarme.

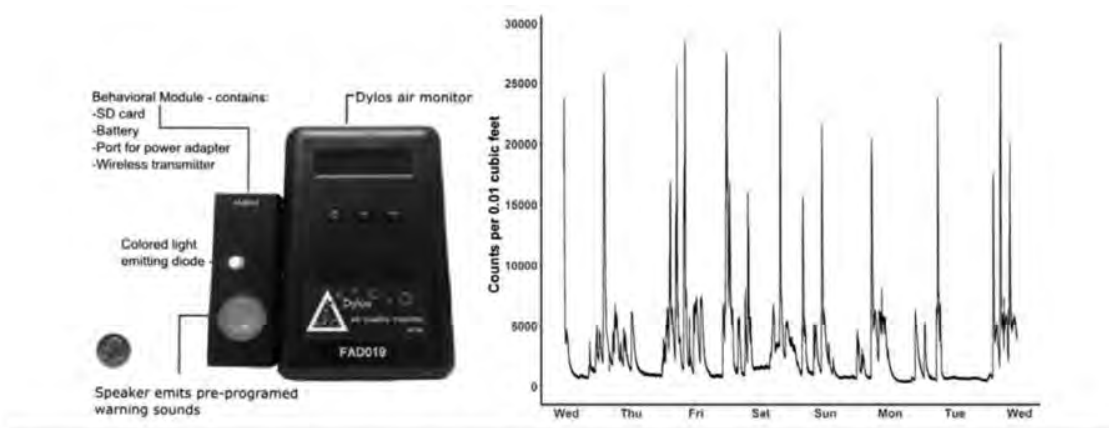


Figure 2. Air monitor with behavior module attached (left) and sample graph showing particle concentration measured by the monitor (right).

SD Card, Secure digital card.

Capteur de qualité d'air avec son module comportemental, et graphe d'exemple montrant les concentrations mesurées.

À gauche, de bas en haut : haut-parleur émettant des alarmes sonores préprogrammées, diode d'émission colorée, module comportemental (carte SD, batterie, port d'alimentation, émetteur Wifi), capteur d'air Dylos.

À droite : décompte du taux de particules fines en particules par centi-pied cube, selon les jours de la semaine (du mercredi au mercredi).

Le critère principal d'évaluation adopté par les auteurs était la concentration en $PM_{2,5}$ dans la pièce la plus communément exposée à la fumée de cigarette. Le niveau moyen d'exposition détecté dans les groupes contrôle et intervention avant le début de l'étude étaient similaires, respectivement à 2210 part./0,01 μm^3 et 2051 part./0,01 μm^3 .

Une réduction des pics de particules

Au sein du groupe intervention, le niveau de pollution intérieure a décru de 18,8 % par rapport au niveau initial ($p < 0,001$). Une baisse a aussi été enregistrée dans le groupe contrôle, mais seulement à hauteur de 6,5 % ($p < 0,01$). La différence entre les deux groupes était significative, avec une réduction de la concentration de particules fines 13,1 % plus importante (IC 95 % : 6,7 à 19,1 %) dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle.

Surtout, l'utilisation des détecteurs de qualité d'air a permis de limiter les pics de particules fines occasionnés par la consommation de cigarettes, avec une réduction de 45,1 % du temps d'exposition à des taux de particules fines dépassant 15 000 part./0,01 μm^3 .

Encore beaucoup d'incertitudes

Les taux de particules fines rapportés dans cette étude étaient exprimés en concentrations particulières, alors que les données épidémiologiques et les seuils réglementaires s'appuient sur des concentrations massiques. (L'OMS conseille par exemple de ne pas dépasser une concentration moyenne journalière en $PM_{2,5}$ de 25 $\mu g/m^3$.) Les auteurs expliquent ce choix, qui limite sérieusement la portée des résultats, par une incapacité des capteurs à évaluer la masse des particules les plus fines.

Le coût de l'intervention, que l'on devine non négligeable, est une autre donnée essentielle non évaluée. Si cet essai établit une preuve de concept intéressante pour un nouveau type d'intervention ciblée, d'autres travaux, épidémiologiques et médico-économiques, sont nécessaires pour évaluer l'efficacité potentielle des capteurs de qualité d'air en matière de réduction effective du tabagisme passif.

• Épisodes psychotiques : le tabac hors de cause

Association of Combined Patterns of Tobacco and Cannabis Use in Adolescence With Psychotic Experiences.

Jones H. et al. *JAMA Psychiatry*. 17 janvier 2018

Article en accès libre : <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2669772>

Plusieurs études épidémiologiques ont montré une association entre le tabagisme et l'apparition de troubles psychiatriques. Une récente méta-analyse parue dans *The Lancet Psychiatry* ([Gurillo et al., 2015](#)), portant sur 61 études et plus de 14 000 fumeurs, a conclu que la consommation quotidienne de cigarettes est associée à un risque accru de psychoses, dont la schizophrénie. Mais ces résultats peinent à contrôler le facteur de confusion majeur qu'est l'usage de cannabis, dont l'effet sur la survenue de troubles psychotiques est bien établi.

Pour raffiner les données disponibles à ce sujet, Hannah Jones et ses collègues de l'Université de Bristol (Royaume-Uni) ont compilé les données de 3328 enfants nés en 91-92 dans la région de Bristol (cohorte *Avon Longitudinal Study of Parents and Children*). L'usage de tabac et de cannabis a été évalué à six reprises chez les adolescents concernés, entre leurs 14 et 19 ans. Comme l'usage de cannabis sans tabac était exceptionnel, les sujets ont été répartis en trois groupes : non-consommateurs, consommateurs de cannabis (et de tabac), consommateurs exclusifs de tabac.

5300 adolescents évalués

Le critère principal de cette étude rétrospective était la survenue d'expériences psychotiques à l'adolescence. L'évaluation psychiatrique reposait sur des entretiens semi-structurés, selon une méthodologie mise au point à l'Université de Bristol ([Horwood et al., 2008](#)), qui permet d'évaluer la présence d'au moins une expérience psychotique non ambiguë (hallucination ou présence d'idée délirante). Elle a conduit à détecter les participants ayant eu des expériences psychotiques entre 12 et 18 ans.

Les auteurs ont employé un modèle de mélange pour déterminer les différents profils de consommateurs, ce qui leur a permis de différencier entre une population de consommateurs précoces et une autre de consommateurs tardifs. Ils ont ensuite conduit une régression multiple pour mesurer la force de l'association entre consommation (tabagique ou cannabique, précoce ou tardive) et survenue d'une expérience psychotique avant l'âge de 18 ans (*voir tableau ci-dessous*).

Variable	Definite Psychotic Experiences (n = 3328)			
	Unadjusted		Adjusted	
	OR (95% CI) ^a	P Value ^b	OR (95% CI) ^{a,c}	P Value ^b
Early-onset		<.001		<.001
Cigarette-only	3.03 (1.13-8.14)		1.78 (0.54-5.88)	
Cannabis	3.79 (1.73-8.31)		3.70 (1.66-8.25)	
Late-onset				
Cigarette-only	0.84 (0.31-2.31)		0.73 (0.27-1.98)	
Cannabis	3.05 (1.69-5.53)		2.97 (1.63-5.40)	

Associations entre la consommation de cigarette ou de cannabis et la survenue d'expérience psychotique à 18 ans.

^a Comparé à la catégorie des non-consommateurs.

^b P-value du test omnibus entre consommation et survenue d'expérience psychotique à 18 ans.

^c Ajusté pour le sexe, l'éducation de la mère, la présence de troubles émotionnels et du comportement (évalué par l'administration du *Strengths and Difficulties Questionnaire* à 9 ans) et consommation tabagique de la mère pendant la grossesse.

L'usage de cigarettes seul était bien associé à un risque accru d'expérimenter un trouble psychotique en cas de consommation précoce (OR non ajustée= 3,03 ; IC 95 % 1,13 – 8,14). Mais une fois ajusté pour le sexe, l'éducation de la mère, la présence de troubles émotionnels et du comportement, et la consommation tabagique de la mère pendant la grossesse, le sur-risque était divisé par deux (OR ajusté = 1,78 ; IC 95 % 0,54 – 5,88), avec une incertitude très importante.

Des données peu concluantes

A contrario, l'usage de cannabis était bien associé à un risque nettement accru d'épisode psychotique, que la consommation soit précoce (OR ajusté = 3,70 ; IC 95 % 1,66 – 8,25) ou tardive (OR ajusté = 2,97 ; IC 95 % 1,63 – 5,40). Cet effet du cannabis résistait parfaitement à l'ajustement du modèle.

Bien qu'il soit impossible d'exclure l'éventualité d'un effet synergique entre cannabis et tabac, les auteurs concluent que l'effet spécifique du tabac sur la survenue d'événements psychotiques est fragile au plan épidémiologique. Une conclusion renforcée par l'absence de résultats pharmacologiques probants concernant l'effet de la nicotine sur les expériences psychotiques ([Smith et al, 2002](#)).

● Cigarette et glaucome : un effet protecteur momentané ?

Cigarette smoking and glaucoma in the United States population.

Law SM et al. *Eye*. 5 janvier 2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29303150>

Le tabac est un facteur de risque reconnu dans plusieurs maladies ophtalmologiques, comme la cataracte et la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Mais en ce qui concerne le glaucome, les données disponibles sont peu concluantes et relèvent d'un faible niveau de preuve. Dans cette étude transversale, des chercheurs de l'université de Californie à Los Angeles (Californie) ont essayé de mettre à jour un lien plus ferme entre cigarette et glaucome.

Sur les 3864 participants de l'étude, âgés de 40 ans ou plus, 5,5 % avaient développé un glaucome, 20,6 % étaient des fumeurs et 28,3 % des ex-fumeurs. En régression simple, les anciens fumeurs avaient un risque légèrement accru de glaucome mais cette association n'était pas statistiquement significative. En revanche, l'intensité de la consommation des ex-fumeurs (nombre de paquets par jour) était associée à un risque accru de glaucome (OR = 1,70 ; IC 95 % 1,08 – 2,67).

Un effet protecteur du tabagisme actif

À l'inverse, il s'est avéré que les fumeurs actifs étaient à risque *inférieur* de glaucome par rapport aux non-fumeurs (OR = 0,61 ; IC 95 % 0,41 – 0,88) et aux ex-fumeurs (OR = 0,46 ; IC 95 % 0,28 – 0,76). La taille d'effet persistait, mais l'association devenait statistiquement non significative, lorsque le modèle était ajusté en fonction de l'âge, le sexe, le groupe ethnique, le revenu par foyer, la consommation d'alcool, le diabète et l'hypertension.

En évaluant l'association entre le niveau de consommation et le risque de glaucome, les auteurs ont confirmé qu'une consommation tabagique active (cotinine \geq 14 ng/mL) semble jouer un rôle protecteur (OR = 0,69 ; IC 95 % 0,49 – 0,97), statistiquement significatif dans le modèle simple mais pas dans le modèle ajusté.

Meilleure vascularisation du nerf optique

Les auteurs notent le sens contradictoire des associations mises en évidence, et relèvent que d'autres études font état d'un éventuel effet protecteur du tabagisme actif contre le glaucome. Or, on sait que la nicotine induit la libération de monoxyde d'azote par les neurones nitrergiques, à l'origine de la vasodilatation. Il serait donc envisageable qu'un niveau élevé de monoxyde d'azote puisse protéger le nerf optique du fait d'une meilleure vascularisation, tout en provoquant des dommages à long terme par hyperperfusion et stress oxydatif.

Le manque de puissance statistique évident de l'étude empêche toute conclusion ferme, mais le risque accru de glaucome chez les anciens gros fumeurs mérite, d'après les auteurs, d'être inclus dans les informations de prévention délivrées aux patients.

CONGRÈS



Le 12^e Congrès national de la SFT se tiendra du jeudi 29 au vendredi 30 novembre 2018.

Thème : La tabacologie au cœur de la santé

Lieu : Corum, Montpellier

Site du congrès : www.csft2018.com

Renseignements :

Carte Blanche

7, chemin En Barbaro, F-81710 Saïx

Tél. 33 (0)5 63 72 31 00

contact@csft2018.com



La 12^e édition du Congrès de l'ALBATROS aura lieu les mercredi 6, jeudi 7 et vendredi 8 juin 2018 au CAP 15 à Paris sur le thème :

"Les addictions : du défi de la prévention à l'innovation thérapeutique".

www.congresalbatros.org/appele-communications-et-posters-2018



Congrès de la Nouvelle Société Française d'Athérosclérose
à Biarritz, du 20 au 22 juin 2018.

Vendredi 22 juin : journée commune NSFA-SFT

Les membres de la SFT qui souhaiteraient n'assister qu'à
cette journée pourront bénéficier d'une inscription à la
Journée, à tarif réduit (entre 80 et 100 euros).

Infos pratiques sur : nsfa.asso.fr

Vendredi 22 juin

9h00-11h15 Session VI Journée conjointe Société Francophone de Tabacologie - NSFA

9h00-9h30 "Polymorphismes des récepteurs à la nicotine et dépendance" **Uwe MASKOS**

9h30-9h50 "Tabac et diabète" **Vincent DURLACH**

9h50-10h10 "Tabac et lipides" **Michel FARNIER**

10h10-10h55 Pause, visites des posters et des expositions

10h55-11h25 "Cannabis et athéro-Thrombose" **Reto AUER**

11h25-12h25 Symposium PFIZER

12h25-14h00 Pause déjeuner, visites des posters et des expositions

14h00-15h30 Session parallèle VII NSFA/SFT actualités en tabaco - addictologique

14h00-14h20 "Tabac et thrombose et/ou Endothélium" **Eduardo ANGLES-CANO**

14h20-14h40 "Femme, tabagisme et risque CV" **Daniel THOMAS**

14h40-15h00 "Le contrôle du tabac" **Stephen LEQUET**

15h00-15h20 "Comment aborder un fumeur porteur d'une pathologie cardio-vasculaire" **Anne-Laurence Le FAOU**

14h00-15h30 Session parallèle VIII Hot topics

Communications orales sur sélection

15h30-16h00 Conférence Plénière "La cigarette électronique en 2018" **Ivan BERLIN**



Dear Colleagues and Friends,

It is a great pleasure for us to invite you to the **18th Annual Conference of the SRNT Europe** from **6 – 8 September 2018** in Munich, Germany.

ABSTRACT SUBMISSION

You can now submit an [abstract](#) for oral and/or poster presentation, symposia, transdisciplinary topical discussions and SRNT network meetings.

DEADLINES FOR SUBMISSIONS

- 11 March, 2018: deadline for submissions of symposia
- 8 April, 2018: deadline for submissions of oral/poster presentations and Transdisciplinary Topical Discussions (TTDs)

PROGRAMME

The SRNT Europe [scientific programme](#) will cover the broad range of disciplines involved.

This year's conference will be centered around the topic of smoking and other diseases, so we would very much appreciate contributions regarding to this relation.

REGISTRATION

The registration will open in Spring.

If you have questions we kindly ask you to check the [homepage](#) or directly contact the conference office via email srnt@eventlab.org or telephone +49 341 240596-64.

On behalf of the Organizing Committee we look forward to welcoming you to Munich in 2018!

INFORMATIONS


treatobacco.net

Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

<http://www.treatobacco.net/>

OFFRES D'EMPLOI

Le centre ambulatoire d'addictologie (CAA) de l'HEGP (AP-HP) recrute un **Praticien attaché 10 vacations du 8 mars 2018 au 31 octobre 2018**.

Le CAA a les missions suivantes : consultations addictologiques avec et sans produits (avec une consultation jeunes 12-25 ans), Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Vous pourrez participer à un travail de recherche avec publication durant ces huit mois.

Conditions : praticien inscrit à l'Ordre des Médecins ou lauréat des épreuves de vérification des connaissances. En l'absence de ces prérequis, nous pouvons recruter un FFI (interne en attente d'être thésé), FFI dans le cadre d'un DFMS/DFMSA ou FFI de l'Union européenne en cours de formation dans leur pays.

Pour tout renseignement ou candidature, merci d'adresser un mail à anne-laurence.lefaou@aphp.fr.

Médecin tabacologue à temps partiel (0,1 ETP) au service des consultations externes de l'Hôpital Stell à Rueil Malmaison (Hauts-de-Seine).

Contact :

Dr BOUKHSIBI Fatima, chef de pôle, fatima.boukhsibi@ch-rueil.fr

1 rue Charles Drot, 92500 Rueil-Malmaison

Le pôle addictions de Paul Guiraud recrute un médecin tabacologue à temps partiel

Pour son unité de consultations de tabacologie ouverte aux patients hospitalisés et suivis par le GH Paul Guiraud (établissement public de soins psychiatriques), ainsi qu'aux professionnels du site, le pôle recrute un médecin tabacologue à partir de septembre 2017.

Caractéristiques du poste :

Temps partiel : 30 %, soit 3 demi-journées

Lieu d'exercice : poste partagé entre le site de Villejuif et celui de Clamart

Consultations dédiées de tabacologie : dossiers cdtnet, COTesteur, prescription et/ou dispensation de TSN, autres prescriptions

Participation à des actions de prévention

Equipe : une infirmière et un psychiatre tabacologues réalisent également des consultations de tabacologie sur un temps partiel, et font partie par ailleurs de l'ELSA de l'établissement.

Profil du candidat :

Médecin formé en tabacologie

Expériences auprès des patients de psychiatrie bienvenues

Contacts :

Didier Touzeau, chef de pôle, didier.touzeau@gh-paulguiraud.fr, 06 08 51 10 14

Alice Deschenau, PH responsable de l'UF, alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr, 06 16 65 33 40

L'Unité de coordination de tabacologie de l'Hôpital Paul Brousse (Villejuif, Val-de-Marne) recherche un **médecin tabacologue** pour un poste de praticien attaché (2 vacations par semaine).

Prérequis : diplôme interuniversitaire de tabacologie.

Missions du poste : consultations externes (patients externes et personnels) ; liaison dans les services suivants : centre hépatobiliaire, service de cancérologie, service d'hépatogastroentérologie ; participation au staff mensuel de l'Unité ; informations du personnel médical et paramédical de l'établissement ; participation aux travaux de recherches de l'UCT.

L'UCT comprend un PH temps plein, deux praticiens attachés, une IDE tabacologue temps plein, une secrétaire temps plein, un temps psychologue. Ses missions sont : consultations externes ; liaison ; enseignements ; recherche. L'UCT est l'une des unités du département d'addictologie et de psychiatrie du Pr Benyamina. Le service d'addictologie (Centre d'enseignement, de recherche et de traitements des addictions - CERTA) prend en charge toutes les addictions avec ou sans produit, adolescents et adultes.

Contact :

Dr Patrick Dupont, Praticien hospitalier tabacologue, CERTA, APHP, GHU Paris Sud, Site Paul Brousse, 12, avenue P. Vaillant-Couturier, F-94800 Villejuif, Tél. 01 45 59 69 25, patrick.dupont@aphp.fr.

Poste de **tabacologue** (2 demi-journées) disponible à la Consultation de médecine du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (Paris) à partir du 1^{er} septembre 2017 pour cause de départ à la retraite.

Consultations d'aide au sevrage tabac (Drs Berlin, Zeganne et Iatchev, une IDE clinicienne en tabacologie Mme Pipon-Diakate, une diététicienne et une psychologue) et alcool (Drs Kosim et Pham) au sein d'une consultation polyvalente (médecine générale, médecine interne, rhumatologie, dermatologie, hépatogastrologie) partie prenante de l'UF d'addictologie (ELSA : Dr Edel, lits sevrage complexe : Dr Podevin et Pr Millet, UCT : Pr Dautzenberg).

Consultations mais aussi enseignement aux étudiants/stagiaires, participation aux activités transversales (Moi(s) sans tabac, projet pilote de repérage et substitution de tout patient hospitalisé...) et études.

Contact :

Dr Christian de Gennes, UF Consultation de Médecine (pôle 3I), GH Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, Tél. 01 42 17 62 61, christian.de-gennes@aphp.fr.

Consultez les offres d'emploi sur le site de la SFT :

<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/emplois1.html>

VU SUR LE NET

Quelques liens de nouvelles qui ont fait la une du net ce mois-ci.

[CNCT : dernières actus](#)

[Autriche : succès d'une pétition contre le tabac dans les bars et restaurants](#)

[Tabac : les cigarettiers ont-ils triché ?](#)

[Tabac. Bercy promet une aide de 100 millions d'euros aux buralistes](#)

[Les jeunes consomment moins de cannabis, de tabac et d'alcool](#)

[Hausse du prix du tabac le 1er mars 2018](#)

CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser à Alice Deschenau :

alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr