

● Quel est l'impact réel de l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur les maladies cardiovasculaires ?

Tan CE & Glantz SA. *Circulation*. 2012 Oct 30;126(18):2177-83.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23109514>

Hurt RD et al. *Arch Intern Med*. 2012 Oct 29;172(17):1249-55. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23108571>

Barr CD et al. *Am J Epidemiol*. 2012 Oct 1;176(7):642-8.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22986145>

Gasparrini A et al. *Eur J Epidemiol*. 2009;24(10):597-602.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19649714>

Takaji H et al. *Int J Cardiol*. 2012 Nov 19. pii: S0167-5273(12)01489-1. [Epub ahead of print]

<http://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273%2812%2901489-1/abstract>

Meyers DG et al. *J Am Coll Cardiol*. 2009 Sep 29;54(14):1249-55.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19778665>

Afin de ne pas être taxé de « junk-science » ou science au rebut, il conviendrait de réaliser des analyses fiables et honnêtes des données épidémiologiques cardiovasculaires. Au vu de certains articles, les chiffres semblent trop beaux pour être exacts. C'est le cas de celui de Tan & Glantz (2012), mais aussi de Hurt et al. (2012), et nous avons été très déçus en France de l'absence d'effets visibles dans l'étude EVINCOR ([voir l'analyse de Daniel Thomas dans réalités cardiologiques](#) et le poster en anglais résumant l'étude en dernière page de cette Lettre). Il s'avère qu'en fait, plusieurs études ont une méthodologie non adéquate. En particulier, nombre d'entre elles n'ont pas pris en compte les tendances séculaires des infarctus du myocarde qui sont à la baisse depuis de nombreuses années. Après une discussion avec Daniel Thomas sur ce sujet, il apparaît que l'étude de Barr et al. (2012), mais aussi une plus ancienne de Gasparrini et al. (2009), sont sans doute plus près de la vérité, et montrent un effet plus faible, de l'ordre sans doute de 5%, voire moins selon le modèle statistique que l'on utilise pour analyser les données. Mais le débat n'est pas clos, récemment Takaji et al. (2012) viennent de remettre en cause la validité du travail de Meyers et al. (2009) qui donnait une baisse des admissions pour infarctus du myocarde de 17% sur une méta-analyse basée sur 11 études. Selon Takaji et al., suite à une erreur méthodologique sur l'utilisation d'une méthode statistique (funnel plot), qui permet de mettre en évidence les biais de publication, l'effet de l'interdiction de fumer dans les lieux publics analysée par Meyers et al. ne donnerait qu'une réduction non significative de 3% des admissions pour infarctus du myocarde. S'il ne fait aucun doute que ces législations ont des effets sanitaires positifs, il convient de les évaluer de façon scientifique. Notre crédibilité dans la lutte contre le tabagisme en dépend. Affaire à suivre donc...

Référence poster : Thomas D, Cambou J-P, Ferreira C, Carrière I, Séguret F. Impact of a smoking ban in public places in France: the EVINCOR-PMSI Study (EVALuation de l'impact de l'INTERdiction de fumer sur les syndromes CORonaires aigus). *Eur Heart J* ; 33 (suppl 1): 1 - 1201 ESC Congress 2012, Munchen, Germany, 25–29 August 2012

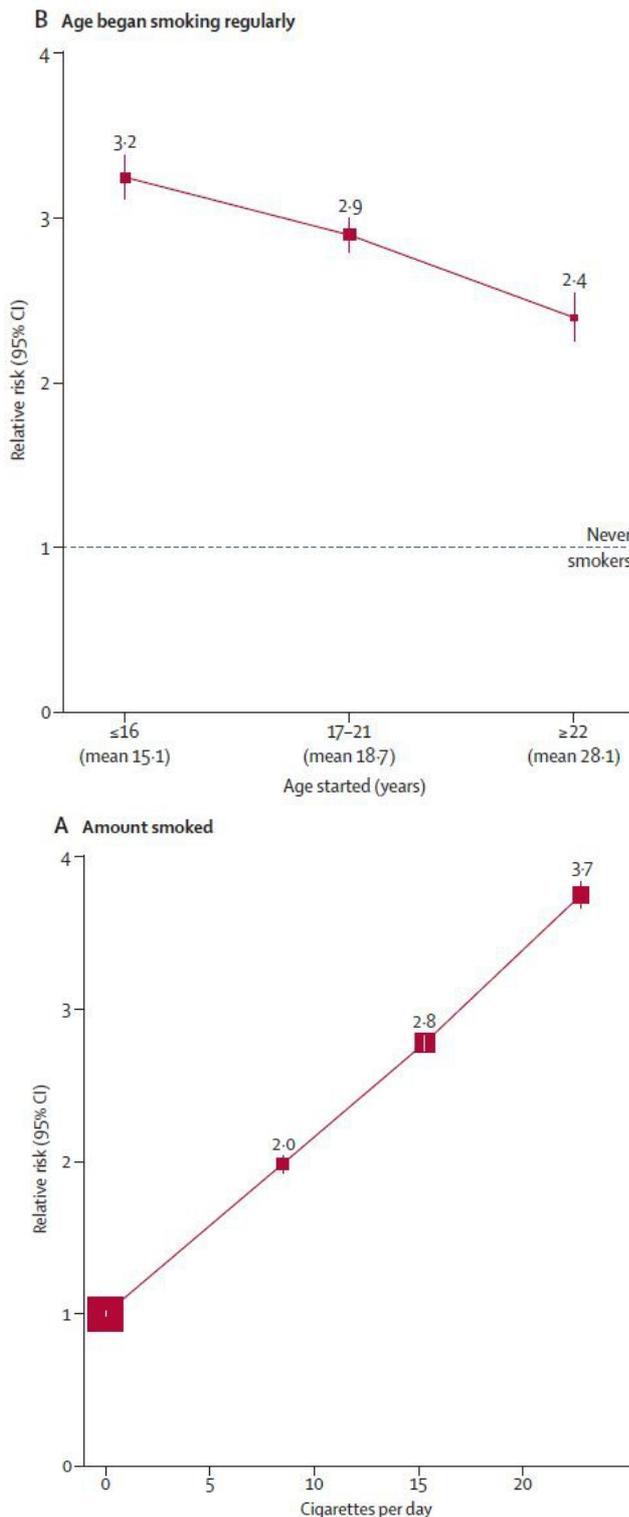
● Une étude chez les femmes confirme l'intérêt d'arrêter de fumer le plus tôt possible.

Pirie K et al. *Lancet*. 2012 Oct 26. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23107252>

Voici le pendant chez la femme britannique de l'étude de Doll et al. (2004. Article en libre accès: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC437139/>) chez les hommes médecins britanniques. Les auteurs démontrent, tout comme chez les hommes, que les fumeuses perdent en moyenne 11 ans de vie, et que plus on

arrête tôt de fumer, plus on se rapproche de la courbe de mortalité des non fumeurs.



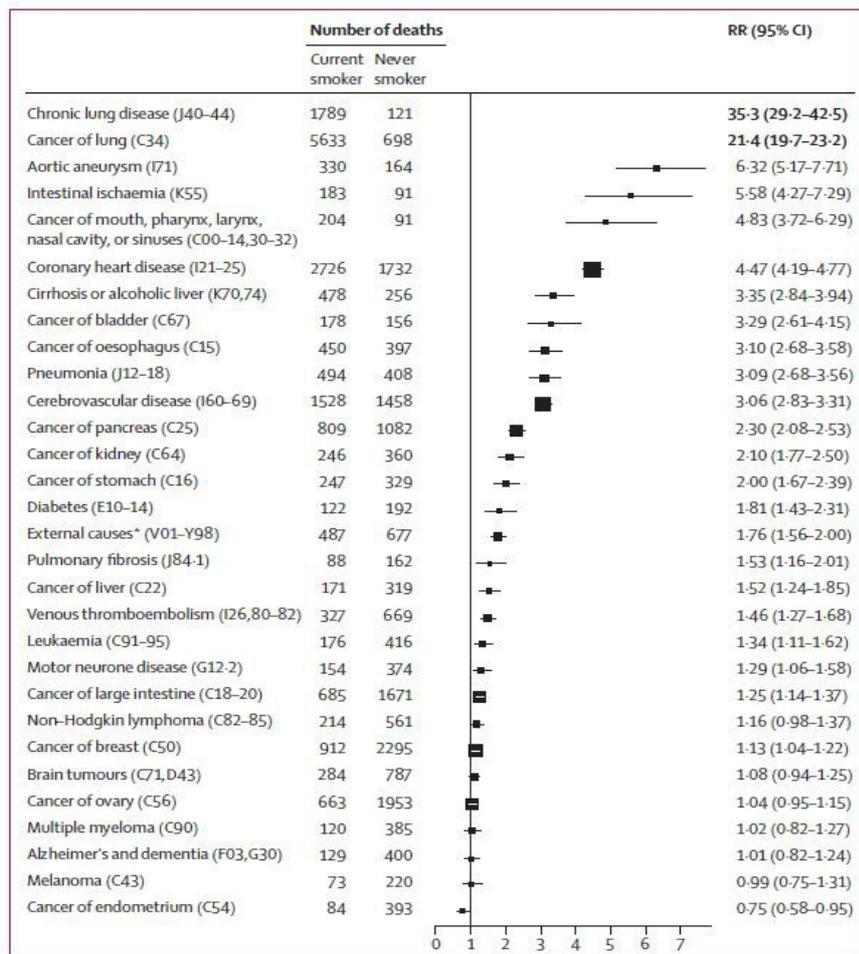
Mais aussi, comme on le voit sur le graphique ci-contre (haut), que **le risque est d'autant plus grand qu'on a commencé jeune** (à 16 ans ou moins), ce qui est nouveau et n'a jamais été démontré jusqu'à présent. **C'est un message fort qu'il convient de relayer.**

On savait que la durée du tabagisme était plus importante que la quantité fumée en termes de risque, ce qui est peut-être lié, car plus on commence jeune plus la durée de tabagisme est importante lorsqu'on décide d'arrêter à un moment donné.

Cette étude a donc recruté entre 1996 et 2001, une cohorte de femmes nées dans les années 1940. Ainsi, 1,2 million de femmes ont été suivies et ré-interrogées 3 ans et 8 ans après, puis suivies jusqu'au 1er janvier 2011 à travers le registre national des décès. Les femmes qui étaient ex-fumeuse lors du premier contact et toujours ex-fumeuses 3 ans plus tard, et ayant arrêté de fumer avant l'âge de 55 ans, ont été catégorisées en fonction de l'âge auquel elles avaient arrêté. Des modèles de régression de Cox ont été utilisés pour comparer les risques relatifs des fumeuses et ex-fumeuses par rapport aux non fumeuses (vie entière). Globalement, 6% des femmes de cette cohorte sont mortes à l'âge de 65 ± 6 ans. Lors du recrutement, 20% de ces femmes étaient fumeuses, 28% ex-fumeuses, et 52% n'avaient jamais fumé. Pour la mortalité sur 12 ans (durée de l'étude), celles qui fumaient lors de l'entrée dans l'étude avaient un risque relatif de 2,76 (IC 95% 2,71-2,81) par rapport aux non fumeuses, même si 44% d'entre elles avaient arrêté de fumer lors du 3ème interrogatoire, 8 ans après l'inclusion. La mortalité était triplée chez celles qui fumaient encore 3 ans après l'inclusion (RR=2,97 ; 2,88-3,07).

Et même chez celles qui fumaient **moins de 10 cigarettes par jour** lors de l'inclusion, comme on peut le voir sur le graphique ci-contre (bas), **la mortalité était doublée** (RR=1,98 ; 1,91-2,04).

Concernant la mortalité toutes causes chez les ex-fumeuses, l'arrêt avant 25 ans donne un RR non différent des non fumeuses, pour celles ayant arrêté entre 25 et 34 ans, le RR = 1,05 (1,00-1,11), et pour celles ayant arrêté entre 35 et 44 ans le RR=1,20 (1,14-1,26). En ce qui concerne la mortalité par cancer du poumon, les chiffres correspondants sont 1,84 (1,45-2,34) et 3,34 (2,76-4,03). Finalement, les auteurs concluent que l'arrêt chez la femme avant 40 ans permet d'éviter 90% de l'excès de mortalité dû au tabagisme, et que l'arrêt avant 30 ans permet d'en éviter 97%.



Enfin, comme on peut le voir dans le tableau ci-contre, parmi 30 causes de mort les plus courantes, 23 étaient significativement augmentées chez les fumeuses. **Pour les maladies pulmonaires chroniques le RR = 35,3 (29,2 – 42,5), et pour le cancer du poumon le RR = 21,4 (19,7-23,2) !**

● **Bientôt un nouveau substitut nicotinique disponible en France.**

Tønnesen P et al. *Eur Respir J.* 2012 Sep;40(3):548-54.

Article en libre accès : <http://erj.ersjournals.com/content/40/3/548.long>

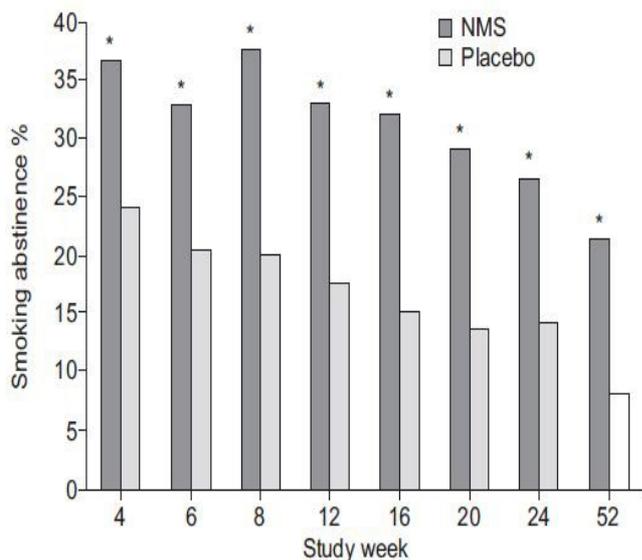
Hansson A et al. *BMJ Open.* 2012 Sep 26;2(5).

Article en libre accès : <http://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001618.long>

Kraiczi H et al. *Nicotine Tob Res.* 2011 Dec;13(12):1176-82.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21849415>

Ce nouveau substitut nicotinique est un spray buccal qui aurait l'avantage d'être moins irritant que le spray nasal



(qui n'a jamais eu d'AMM en France), mais de délivrer la nicotine plus rapidement que les autres formes orales de substitution. En effet, au vu des courbes de nicotïnémies obtenues avec le spray buccal en comparaison à une gomme ou un comprimé (Kraiczi et al., 2011; voir la [Lettre n°24 septembre 2011](#)), le pic de nicotïnémie est atteint plus rapidement (environ 10 min) qu'avec les autres formes orales (environ 30 min). L'étude de Hansson et al. (2012) montre que le craving, ou envie de fumer irresistible, est mieux atténué durant les 10 premières minutes après administration d'une dose de 2 mg de nicotine par spray buccal, que par un comprimé à 2 mg ou 4 mg de nicotine, par la suite (à partir de 10 min après la prise) la réduction du craving est similaire avec les 3 produits. L'étude d'efficacité de Tønnesen et al. (2012), est un essai randomisé multicentrique (3 centres au Danemark et 2 en Allemagne) à double insu et contrôlée contre placebo. Un total de 479 fumeurs ont reçu un

traitement par spray buccal de nicotine (n=318) ou un placebo (n=161) pendant 12 semaines (utilisation occasionnelle, 4 pulvérisations/jour, autorisée entre les semaines 13 et 24) et un soutien minimal (<10 min la première fois, puis 10 visites de <3 min jusqu'à la semaine 24). Le critère principal d'évaluation était une abstinence continue vérifiée par mesure de CO expiré à partir de la semaine 2 jusqu'à la semaine 6, 24 et 52. Lors de toutes les évaluations, l'abstinence était significativement plus élevée dans le groupe traité par rapport au groupe placebo. A 6 semaines les résultats étaient de 26,1% vs 16,1% (RR=1,62 ; IC 95% 1,09-2,41). A 24 semaines ils étaient de 15,7% vs 6,8% (RR=2,30 ; 1,23-4,30) et à 52 semaines de 13,8% vs 5,6% (RR=2,48 ; 1,24-4,94). Le graphique ci-dessus présente les résultats d'abstinence ponctuelle à 7 jours vérifiée par CO expiré, les valeurs sont donc plus élevées que pour l'abstinence continue (l'* sur le graphique indique un p < 0,05). En termes de tolérance, les événements indésirables sont du même ordre que ceux observés avec les autres formes orales de nicotine (hoquet, irritation de la gorge, nausées...) et ont été plus fréquemment observés avec le spray actif qu'avec le placebo. La majorité des événements indésirables ont été légers (61,8%) ou modérés (26,6%), et 6,3% jugés comme sévères. Aucun des événements indésirables sévères (16 sous spray actif et 8 sous placebo) n'a été considéré comme ayant une relation avec le traitement. Au cours des 4 premières semaines, les fumeurs ont utilisé quotidiennement entre 9 et 15 pulvérisations par jour (médiane), à la semaine 12, ils n'utilisaient plus que 4 pulvérisations par jour. Ce nouveau substitut, déjà disponible au Royaume-Uni depuis quelques mois, devrait être disponible en France au printemps 2013.

● Une enquête sur les utilisateurs de e-cigarettes : leurs perceptions sur les risques et les bénéfices.

Goniewicz ML et al. Drug Alcohol Rev. 2012 Sep 20. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22994631>

Alors que ce phénomène n'a jamais été observé chez les fumeurs arrêtant de fumer, le partage d'expérience est monnaie courante chez les utilisateurs de e-cigarette. Cette étude réalisée à partir d'un questionnaire disponible sur internet a été réalisée en recrutant les participants sur des forums de discussions sur la e-cigarette ou sur les sites de vente en ligne. Le questionnaire était en polonais, limitant cette étude à la population polonaise. Au total, 299 personnes ont accédé au questionnaire, mais seulement 203 l'ont complété entièrement, et 179 ont été gardés pour l'analyse finale (11 éliminés car provenant de la même adresse IP, donc du même ordinateur, et 13 à cause de réponse inconsistantes, selon un test de consistance des réponses), dont 154 fumeurs et 25 non fumeurs (14%), ayant déclaré ne pas fumer de cigarettes conventionnelles au moment où ils ont commencé à vapoter (c'est le terme utilisé). Le questionnaire comportait 40 questions réparties en 5 catégories (données démographiques, utilisation actuelle de la e-cigarette et croyances et attitudes par rapport au produit, antécédents tabagiques, comportement tabagique actuel, et questionnaire de santé). Les résultats montrent que la plupart des vapoteurs utilisent la e-cigarette quotidiennement (98%), mais 46% depuis moins d'un mois, et 40% de 1 à 6 mois, seulement 2% l'utilisent depuis plus d'un an. La majorité a entre 25 et 50 ans (65%), seulement 3% ont entre 16 et 18 ans, et 14% ont au-delà de 50 ans. Ils sont d'un niveau d'éducation élevé (44%) et plutôt citadins de grandes villes (41%). Chez les fumeurs, ils sont 47% à avoir utilisé la e-cigarette pour arrêter de fumer (64% ne fument plus de cigarettes), et 41% pour réduire le risque associé à la cigarette conventionnelle. Les vapoteurs pensent que la e-cigarette est moins dangereuse que la cigarette conventionnelle (82% ; seulement 15% pensent qu'elle n'est pas du tout dangereuse), et pensent en majorité qu'elle rend dépendant, mais moins que la cigarette (60%, mais 58% chez les fumeurs et 72% chez les non fumeurs), 33% pensent qu'elle est autant addictive. Près des 2/3 (74%) ne souhaitent pas que la e-cigarette soit considérée et réglementée comme un médicament.

● Où en est-on avec le vaccin contre la nicotine ?

Chen X et al. Vaccine. 2012 Oct 30. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23073265>

Hicks MJ et al. Sci Transl Med. 2012 Jun 27;4(140):140ra87.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22745437>

Goniewicz ML & Delijewski M. Hum Vaccin Immunother. 2012 Oct 29;9(1). [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23108361>

Les essais cliniques du vaccin anti-nicotine ne sont guère concluants jusqu'à présent, le plus récent en date associant vaccin et varénicline, n'a pas démontré d'efficacité. Cependant, la plupart des études montrent que la limite du procédé vient sans doute de la très grande variabilité de la réponse immunitaire au vaccin, et que si l'on obtenait une réponse importante on pourrait compter sur une meilleure efficacité. Plusieurs tentatives d'amélioration sont en cours. Ainsi, Hicks et al. (2012) sont en train de tester chez la Souris un nouveau type de vaccin consistant en une sorte de thérapie génique, en faisant s'exprimer dans le foie de l'animal un gène qui

produit directement des anticorps anti-nicotine. Nous sommes encore loin de l'exploitation chez l'Homme. L'étude de Chen et al. (2012) est sans doute plus proche d'une éventuelle étude dans l'arrêt du tabac, car elle a simplement cherché à améliorer la réponse immunitaire obtenue avec un vaccin existant, tout simplement en changeant le mode d'administration. Au de la voie intramusculaire habituellement utilisée, les auteurs ont injecté le vaccin par la voie intradermique. Celle-ci donne une réponse immunitaire nettement plus importante (5 à 15 fois selon la dose de vaccin). Elle peut même être encore magnifiée en utilisant des adjuvants non conventionnels (laser, lipides monophosphorylés, oligonucléotides...) utilisés pour créer une petite réponse inflammatoire locale, ce qui permettrait en plus de réduire le nombre de doses nécessaires pour obtenir une réponse immunitaire efficace, mais peut-être au détriment de réactions locales cutanées. Enfin, Goniewicz et Delijewski (2012) passent en revue l'ensemble des essais cliniques en cours.

- **Mises à jour des revues Cochrane : les substituts nicotiques, les agonistes partiels et la réduction comparée à l'arrêt brutal.**

Stead LF et al. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11:CD000146.

<http://summaries.cochrane.org/CD000146/can-nicotine-replacement-therapy-nrt-help-people-quit-smoking>

Cahill K et al. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Apr 18;4:CD006103.

Article en libre accès : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802012000500014&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Lindson-Hawley N et al. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11:CD008033.

<http://summaries.cochrane.org/CD008033/comparing-reducing-smoking-to-quit-with-abrupt-quitting>.

La revue Cochrane sur l'efficacité des substituts nicotiques (TNS) n'avait pas été mise à jour depuis 2008, c'est maintenant chose faite, elle inclut même l'étude de Tønnesen et al. (2012) sur le nouveau spray buccal de nicotine mentionné plus haut. Les conclusions montrent que le fait d'utiliser un substitut nicotinique augmente les chances d'arrêt de 50% à 70% quel que soit l'environnement dans lequel il est donné, et que cette efficacité est indépendante de l'intensité de l'aide associée (les auteurs insistent sur le fait que le TNS est efficace même sans aide associée, et donc ne nécessite pas une prescription médicale), même s'il est reconnu (Cochrane en a même fait une nouvelle revue) que l'association TNS plus aide comportementale augmente les chances de succès de 70% à 100%. Il est aussi reconnu que l'association d'un patch et d'une forme orale est plus efficace que la monothérapie (RR=1,34 ; IC 95% 1,18-1,51).

Une revue est aussi consacrée aux agonistes nicotiques partiels (cétisine [voir la [Lettre de la SFT n°24](#) septembre 2011], dianicine et varénicine). Pour la varénicine, 14 essais cliniques sont maintenant répertoriés (n=6166 sujets), donnant un RR=2,27 (2,02-2,55).

Enfin, la dernière revue mentionnée (Lindson-Hawley et al., 2012) conclut qu'arrêter de façon abrupte ou réduire progressivement donnent autant de chance d'arrêt, que ce soit avec ou sans traitement pharmacologique, avec ou sans aide comportementale ou brochure.

Pour information, sachez que vous pouvez accéder facilement aux résumés des revues Cochrane (de plus en plus souvent traduits en français) à partir de la page d'accueil de www.treatobacco.net (en bas à gauche en cliquant sur « Cochrane Tobacco group »), ou à partir du nouveau site du centre [Cochrane français](#), pour lequel des membres de la SFT ont relu les articles consacrés au tabac.

- **Le tabagisme est aussi délétère pour les fonctions cognitives !**

Dregan A et al. Age Ageing. 2012 Nov 25. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23179255>

Le but de cette étude était d'explorer l'association entre les risques cardiovasculaires et le déclin cognitif chez les adultes de 50 ans et plus. Les facteurs de risques cardiovasculaires sont le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le surpoids, mais qu'en est-il de l'effet de ces facteurs de risque sur les fonctions cognitives ? Ces données proviennent d'une étude longitudinale britannique sur le vieillissement. La cohorte a été recrutée en 1998-2001, mais ce n'est qu'en 2004-2005 que des données sur les fonctions cognitives ont été rajoutées aux données sur les risques cardiovasculaires (tabagisme, pression artérielle, cholestérol total et indice de masse corporelle). Lors de l'enquête de 2004-2005, l'âge moyen des participants (n=8780) était de 67 ans et 55% étaient des femmes. Les mesures cognitives ont été normalisées (z-score) et incluaient la cognition globale, la mémoire et les fonctions exécutives. L'association des facteurs de risque cardiovasculaires et le score de risque à 10 ans de Framingham avec les mesures cognitives a été estimée lors des suivis à 4 ans et 8 ans. Les participants ayant un score de Framingham le plus élevé (4ème quartile) avaient des scores plus faibles de cognition globale ($b = -0,73$; IC 95% -1,37 – -0,10), de mémoire ($b = -0,56$; -0,99 – -0,12), et de fonctions exécutives ($b = -0,37$; -0,74 – -0,01) après 4 ans de suivi, par rapport à ceux ayant le risque le moins élevé (1er quartile). De même, une pression systolique ≥ 160 mm Hg à l'entrée dans l'étude en 1998-2001 était associée à

des scores plus faibles de cognition globale ($b = -1,26$; $-2,52 - -0,01$) et de mémoire ($b = -1,16$; $-1,94 - -0,37$) après 8 ans de suivi, mais pas après 4 ans, ce qui laisse penser à un effet lié à la durée. Enfin surtout, le tabagisme était le seul facteur de risque constamment associé avec des fonctions cognitives dégradées, par rapport aux non fumeurs et ex-fumeurs. Il aurait été intéressant d'évaluer l'intensité ou la durée du tabagisme, malheureusement la question du tabagisme était traitée de façon dichotomique en oui/non (non correspondant à la fois aux non fumeurs vie entière et aux ex-fumeurs au moment de l'entrée dans l'étude). Enfin, il est à noter que ni le surpoids (IMC entre 25 et 29,99 kg/m²), ni l'obésité (≥ 30 kg/m²) n'ont pu être associés au déclin cognitif. Il faut noter qu'au-delà de 65 ans, 1 personne sur 3 développera une démence, mais ces personnes peuvent agir en modifiant leur comportement. Manger équilibré, ne pas être en surpoids (bien que ce facteur ne ressorte pas ici), avoir une activité physique, faire contrôler sa pression artérielle et son cholestérol, mais bien évidemment surtout arrêter de fumer.

● **Le tabagisme aggrave la pathologie bipolaire.**

Saiyad M, & El-Mallakh RS. *Ann Clin Psychiatry*. 2012 Nov;24(4):305-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23145388>

Il est connu que la prévalence tabagique est plus élevée chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Mais la nature des relations entre le trouble psychiatrique et les effets du tabagisme sont mal connus. Cette étude a été réalisée chez 134 patients présentant des troubles bipolaires, en évaluant l'intensité de leurs symptômes psychiatriques (mesuré par l'échelle Rapid Psychiatric Interview Data scale, Roberts et al. *Bipolar Disord*. 2009;11(suppl 1):25-27), et en les classant en fumeurs (définition du CDC, ayant fumé ≥ 100 cigarettes vie entière, fumant quotidiennement ou occasionnellement) ou non fumeur. Les résultats montrent que les patients fumeurs ont des symptômes anxieux ($5,2 \pm 7,6$ vs $2,2 \pm 3,3$; $p=0,0001$), dépressifs ($9,0 \pm 9,6$ vs $6,5 \pm 8,1$; $p=0,0015$) et maniaques ($3,0 \pm 4,2$ vs $1,5 \pm 2,9$; $p=0,04$) plus sévères que les non fumeurs. Ainsi les auteurs concluent que les patients fumeurs atteints de troubles bipolaires ont une symptomatologie plus lourde que les patients non fumeurs, mais insistent qu'il ne s'agit que d'une association et en aucun cas d'une relation de causalité, d'autant plus que la méthodologie n'est pas optimale (étude ponctuelle, rétrospective, pas de mesure objective du tabagisme, juste déclaratif) et que certains facteurs confondant n'ont pas été pris en compte comme d'autres conduites addictives (alcool, cannabis) ou d'autres pathologies non psychiatriques.

[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.

[L'Australie adopte le paquet neutre](#)

[En Australie, tous les paquets de cigarettes se ressemblent](#)

[Les cigarettiers condamnés à avouer leurs mensonges](#)

[Canada: un plan anti-tabac sur mesure pour les jeunes](#)

[Les résultats de la CoP5 de la CCLAT de l'OMS](#)

[Débat autour de la nomination du commissaire Tonio Borg](#)

[Directive anti-tabac : la Commission européenne veut présenter sa réforme d'ici au début de l'année 2013](#)

[Tonio Borg, successeur de John Dalli à la Commission européenne favorable à une Directive tabac forte ?](#)

[Tabac en voiture, enfant en danger](#)

Pour les anglophones :

[Pays de Galles : le tabac n'est plus visible dans les magasins](#)

[Australie : les paquets neutres donnent mauvais goût au tabac !](#)

[Les passereaux des villes utilisent des mégots pour éloigner les parasites !](#)

Les revues Cochrane sont directement accessibles depuis treatobacco.net



Le livre des résumés et certains diaporamas du 6ème Congrès national de la SFT sont disponibles sur le site

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

Le Dr Stenger, médecin tabacologue à Nantes et secrétaire de FRACTAL, vous propose son résumé du congrès de la Société Française de Tabacologie

Nous la remercions vivement, ainsi que FRACTAL

Pour accéder au texte, il vous faut suivre le lien suivant :

<http://www.fractal.asso.fr/doc/2012/sft2012.pdf>

offres d'emploi

N'oubliez pas de consulter régulièrement le site de la SFT pour toutes les offres d'emploi !

<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/emplois1.html>

Poste d'IDE pôle Psychiatrie – Addictologie - Hôpital européen Georges-Pompidou

Adressez un CV à Dr LE FAOU (01 56 09 50 18) anne-laurence.lefaou@egp.aphp.fr avec copie au cadre de soins isaac.bangili@ccl.aphp.fr (voir la fiche de poste envoyée avec cette Lettre)

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

