

● Le constat de la Cour des comptes est accablant et appelle à réagir !

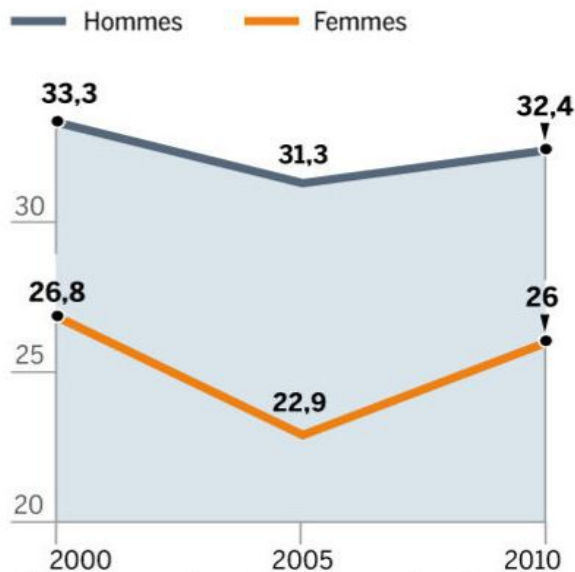
<http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/Les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme>

<http://www.cnct.fr/communiqués-de-presse-44/le-constat-de-la-cour-des-comptes-est-accablant-et-appelle-a-80.html>

C'est par ce titre que le CNCT a réagi, jeudi 13 décembre, à la publication du rapport de la Cour des comptes et à sa présentation à l'Assemblée nationale par son Premier président, Didier Migaud. Le rapport réalisé par les magistrats de la Cour des comptes rejoint les analyses faites par les associations depuis plusieurs années, la SFT

Un tiers des Français fument

► PRÉVALENCE DU TABAGISME*
entre 2000 et 2010 parmi les 15-75 ans, en %



* toute personne fumant au moins une cigarette par jour

et les autres associations ont d'ailleurs été auditionnées dans le cadre de ce rapport, et elles ont réagi ensemble par un communiqué de presse de l'Alliance contre le tabac (<http://www.alliancecontreletabac.org/>).

En tout cas, ce rapport n'est pas passé inaperçu, en témoignent les nombreux articles dans la presse (voir la rubrique « Vu sur le net » en fin de Lettre), en particulier celui du journal Le Monde, fort bien illustré :

http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/13/la-cour-des-comptes-fustige-l-echec-des-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme_1805512_1651302.html

Le rapport met en avant l'absence de contrôles (interdictions de fumer, vente aux mineurs...), l'absence de cohérence dans les politiques menées (forte hausse des prix en 2003-2004, puis plus rien, les cadeaux faits aux ruralistes...), l'ingérence et la puissance des lobbies de l'industrie, peu d'efforts de prévention (comme pour les accidents de la route par exemple), l'absence d'un plan spécifique et surtout le manque de soutien pour l'arrêt du tabac (comparaison avec le Royaume-Uni qui a intégré l'arrêt du tabac dans son système de santé). Résultats, 1/3 des français fument ! Même en Italie la prévalence du tabagisme est près de 10% moindre qu'en France.

Souhaitons que les décideurs rebondissent sur cette

constatation, et nous aident enfin à mettre en place une politique de santé publique pour le contrôle du tabac cohérente en France. Le rapport complet est accessible sur le site de la Cour des comptes (premier lien en haut).

● La rentabilité de la prise en charge de l'arrêt du tabac est bien établie !

Chevreul K et al. *Tob Control*. 2012 Nov 29. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23197369>

Voici un article qui tombe à pic après ces révélations de la Cour des comptes ! Il n'est même pas envisageable que le gouvernement tergiverse plus longtemps pour inclure la prise en charge de l'arrêt du tabac dans le système de santé français. Cette fois, ce sont des chercheurs français et des données françaises qui ont été utilisées pour démontrer la rentabilité de la prise en charge complète (traitement comportemental + pharmacologique) de l'aide

à l'arrêt. Techniquement parlant, c'est un modèle mathématique qui consiste à suivre une cohorte fictive, mais en utilisant les données de mortalité (extrapolées à partir de données françaises et anglaises), de pourcentage d'arrêt spontané annuel (estimé à 2,6%), du coût des traitements (incluant inflation et réduction du prix en cas de prise en charge à 100%), du nombre de tentatives et de leur fréquence (en tenant compte des rechutes), etc... Ainsi, après calcul, le coût par année de vie préservée est compris entre 1786 € et 2012 € (valeur moyenne de 1911 €). Tous ces calculs ont, de plus, été faits sans prendre en compte la réduction des coûts de santé résultant d'un grand nombre d'arrêts (absentéisme, hospitalisations, traitements, pour les maladies liées au tabagisme). Dans tous les cas de figure, ces données très conservatrices statistiquement (le taux d'arrêt spontané a été estimé à seulement 7,04% avec cette prise en charge, contre un taux estimé à 14,6% en Angleterre), le coût par année de vie préservée est bien en deçà du coût médian jugé justifié pour une n'importe quelle intervention aux USA (21 468 €) ou au Royaume-Uni (22 500 à 33 800 €), ou encore le seuil déterminé par l'OMS comme étant le PIB par habitant, soit 34 300 € en France. Compte tenu de la réalité des faits, révélés par le dernier baromètre santé en date (2010), et la mise en cause de la politique de lutte contre le tabagisme de ces dernières années, on ne voit pas bien qui pourrait s'opposer à ce que le tabagisme soit rapidement inclus dans notre système de santé et pris en charge intégralement. Ces données ont été présentées lors du 4ème Congrès de la SFT à Nancy, le résumé de l'intervention est consultable ([page 19 du fascicule des résumés](#)).

● Une étude confirme que même une faible consommation de cigarettes double le risque de mort subite !

Sandhu RK et al. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2012 Dec 11. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23233741>

Voici une étude très importante, car elle confirme qu'une faible consommation (de 1 à 14 cigarettes par jour) double le risque de mort subite (diagnostic exclusif retenu dans cette étude) chez la femme. Cette étude est aussi importante, car c'est une très large cohorte (étude des infirmières aux USA) de 101 018 femmes, sans antécédents en 1980 et suivies pendant 30 ans (notez les « n » dans le tableau ci-dessous). Dans ce tableau les RR (risque relatif) sont ajustés par rapport aux variables suivantes : âge, diabète, hypertension, hypercholestérolémie, IMC, alcool, activité physique, statut ménopausal et prise d'hormone de substitution, aspirine, multivitamine, vitamine E et antécédents familiaux d'infarctus.

	Smoking Status			Quantity of Cigarettes Smoked Daily by Current Smokers			P value for Trend
	Never (n=44904)	Past (n=26684)	Current (n=29430)	1-14 (n=8085)	15-24 (n=12630)	≥ 25 (n=8715)	
Multivariable†	1.00 (referent)	1.40 (1.10-1.79)	2.44 (1.80-3.31)	1.84 (1.16-2.92)	2.62 (1.74-3.94)	3.30 (2.04-5.33)	<0.0001

Les femmes fumeuses présentaient un risque relatif de 2,44 par rapport aux non fumeuses (RR=1), et les ex-fumeuses un risque significativement supérieur aussi aux non fumeuses de 1,40. Dans les colonnes suivantes du même tableau, on voit que la quantité fumée quotidiennement a aussi un impact, et que même celles ayant la consommation la plus faible présentent un risque relatif significatif quasiment doublé. Il est aussi clairement montré que la durée du tabagisme est importante, avec un risque accru de 8% tous les 5 ans. En étudiant les ex-fumeuses, il apparaît selon cette étude qu'il faut attendre 15 à 20 ans pour retrouver un risque équivalent aux non fumeuses. Cela peut sembler un peu long, car on a pour habitude de dire que les effets de l'arrêt du tabac sur le risque cardiovasculaire sont assez rapides. Il est possible cependant que l'effet du tabagisme passif explique au moins en partie cette différence, car dans cette étude (portant uniquement sur la mort subite, en moins d'une heure) ce paramètre n'a pas été pris en compte.

● Comment doit-on réglementer la vente des e-cigarettes et du tabac non fumé ?

Gartner CE et al. *Med J Aust.* 2012 Dec 10;197(11):611-2.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23230916>

Cet article qui est principalement axé sur la situation en Australie, pose cependant une question importante. En Australie, la vente de tabac non fumé de type "snus" est interdite, mais l'importation pour consommation personnelle est possible, par contre la vente de cartouches et de e-liquide pour les cigarettes électronique est interdite car la nicotine est considérée comme un poison. Mais à côté de cela, la vente de cigarettes se fait à peu près n'importe où ! La consommation de tabac non fumé a faiblement augmenté entre 2007 et 2010 (passant de

0,5% à 0,7% de la population de 14 ans et plus), et les données sur la e-cigarette sont absentes, mais on estime la consommation très faible. Les auteurs citent en comparaison les consommations d'ecstasy (3%), cocaïne (2,1%), méthamphétamine (2,5%) et cannabis (10,3%). Compte tenu de l'évolution du contrôle du tabac en Australie au cours de ces 10 dernières années, les auteurs estiment que le risque de voir une explosion de la consommation de produits non fumés est très faible, et qu'une interdiction totale de produits à base de nicotine (sous entendu les e-cigarettes) ne peut apparaître que comme basé sur des raisons morales plutôt que de santé publique. Ils rappellent d'ailleurs qu'en Angleterre, l'institut NICE (National Institute for health and Clinical Excellence) a proposé que les nouvelles recommandations de bonne pratique clinique incluent la e-cigarette comme mode de réduction du risque (qui est déjà acceptée comme indication avec les substituts nicotiniques). Les auteurs rappellent que si le risque de l'utilisation à long terme des e-cigarettes n'est pas établi, il est de toute façon moindre que celui inhérent à la consommation de cigarettes conventionnelles. Enfin, ils concluent en disant que si un nombre substantiel de fumeurs sont capables de substituer leur consommation actuelle de cigarettes par du tabac non fumé ou des e-cigarettes, alors il faut changer de politique et commencer à restreindre fortement la vente des cigarettes conventionnelles (forte augmentation des taxes, diminution des points de ventes, etc...) et favoriser celle des produits les moins dangereux.

● Arrêt du tabac : quand la formation et les recommandations de bonne pratique font la différence !

McDermott MS et al. Nicotine Tob Res. 2012 Dec 13. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23239841>

Cette étude est très intéressante et devrait sans doute nous faire réfléchir à la façon dont la tabacologie est enseignée en France, et surtout au besoin de formation continue, particulièrement pour les professionnels de santé qui ne pratiquent pas exclusivement la tabacologie. Au Royaume-Uni, la prise en charge de l'arrêt du tabac est intégrée au système de santé (NHS, National Health Service), et un centre spécialisé dans la formation des tabacologues a été mis en place, le NCSCT (National centre for smoking cessation and training, <http://www.ncsct.co.uk/>). Il est ainsi possible à tout professionnel de l'arrêt du tabac de se former, soit en assistant à des formations sur place, soit en se formant sur internet par un programme complet de formation initiale et continue. L'étude présentée ici, est une évaluation de la pratique des tabacologues, à la fois des spécialistes, ceux qui ne font que cela, et ceux dont la pratique d'aide à l'arrêt ne représente qu'une partie de leur activité. Pour cela, un questionnaire en ligne a été proposé aux professionnels de l'aide à l'arrêt du tabac. Il n'existe pas d'annuaire recensant l'ensemble de ces professionnels, et donc la demande de faire remplir ce questionnaire a été envoyée aux différentes autorités responsables de l'aide à l'arrêt au RU. Le NCSCT, quant à lui possède une base de donnée recensant 4230 « tabacologues », mais pour cette étude ils ont reçu seulement 1324 réponses (ce qui représente 27% de leur base de données), dont 1132 ont pu être analysées. Parmi ceux-ci il y avait 573 tabacologues spécialistes (50,6% de l'échantillon), et 466 praticiens communautaires (41,2% ; dont 135 infirmières, 65 assistants de soins, 47 assistants de pharmacie, 42 pharmaciens, etc...), les autres n'avaient pas défini leur rôle exact et n'ont pas été retenus dans la comparaison entre les deux principaux groupes, les spécialistes et les praticiens communautaires. Les résultats montrent que les spécialistes rapportent des taux de réussite à 4 semaines validé par mesure du CO (c'est la mesure standard adoptée au RU pour évaluer les centres prenant en charge les fumeurs), plus importants que ceux des praticiens communautaires (63,6% vs 50,4%, $p < 0,001$). L'analyse des différences entre les deux groupes montre qu'ils diffèrent sur leurs pratiques (les spécialistes suivent mieux les recommandations de bonne pratique clinique) et leur formation, à la fois initiale (nombre de jours de formation à la fois théorique et pratique) et continue (les praticiens communautaires sont moins contrôlés dans leur pratique, leur premier entretien est souvent plus court, ils recourent moins aux médicaments). Une analyse en médiation a permis d'isoler les facteurs en jeu et leur impact sur le taux de réussite des tabacologues britanniques. L'étude montre que ces différences modifiables (par la formation continue) représentent 14,3% à 35,7% de la variance observée entre les deux groupes. Selon les auteurs, ces différences ne sont pas inéluctables et renforcent le besoin du recours au NCSCT qui est en charge d'évaluer et de former les tabacologues.

● Un espoir pour éviter la prise de poids à l'arrêt chez les femmes ? (désolé messieurs !)

King AC et al. Biol Psychiatry. 2012 Nov 21. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23177384>

La naltrexone, un antagoniste opiacé utilisé pour l'abstinence à l'alcool, a été testé dans deux essais cliniques d'aide à l'arrêt du tabac, sans grand succès. Par contre, un effet sur la prise de poids semblait présent. Les auteurs

ont donc combiné les deux études, en se focalisant uniquement sur les fumeurs abstinents à 6 et 12 mois, afin d'avoir une puissance statistique supérieure pour tester l'effet sur la prise de poids. Dans ces deux études, les fumeurs prenaient de la naltrexone (50 mg pendant 12 semaines dans une étude, et soit 25, 50 ou 100 mg pendant 6 semaines dans l'autre étude) ou un placebo, ils recevaient par ailleurs tous un traitement nicotinique de substitution par patch (4 semaines en réduisant des doses dans la première étude, 6 semaines à dose constante de 21 mg/24h dans l'autre) et un suivi comportemental. Sur les 700 participants de l'échantillon avec intention de traiter, 159 (77 femmes) étaient abstinents à 6 mois (abstinence de 7 jours au moins vérifié par mesure de CO), et 115 (57 femmes) étaient abstinents à 12 mois. En comparant la prise de poids, seules les femmes ont pris statistiquement moins de poids sous naltrexone que sous placebo, tant à 6 qu'à 12 mois (à 6 mois ; 3,3 kg vs 5,5 kg, à 12 mois ; 5,9 kg vs 7,4 kg, interaction médication x sexe : $p=0,027$). Chez les hommes, les différences de poids étaient respectivement de 4,6 kg vs 3,1 kg à 6 mois, et 4,8 kg vs 5,0 kg à 12 mois. Les effets sur l'indice de masse corporelle et le pourcentage de prise de poids montrent de même un effet bénéfique uniquement chez les femmes. Sur ces deux études, les hommes ont pris moins de poids que les femmes, et le fait que seules les femmes aient bénéficié de l'effet de la naltrexone pose question. Les auteurs avancent l'hypothèse que les femmes sont plus sensibles aux processus opioïdiques et dopaminergiques gouvernant le comportement alimentaire, qui pourrait être modifié par la naltrexone en agissant par antagonisme sur les récepteurs μ aux opiacés. Il ne serait pas surprenant de voir d'ici quelques temps une étude permettant de confirmer ces résultats.

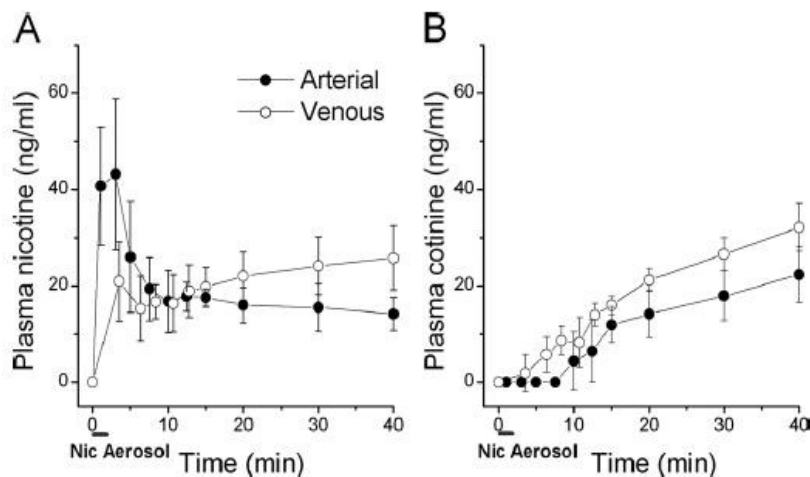
● **Quels sont les facteurs prédictifs de symptômes de dépendance au tabac chez les adolescents non fumeurs ?**

Racicot S et al. *Drug Alcohol Depend.* 2012 Nov 26. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23195923>

Cette étude prospective qui cherchait à évaluer le développement de la dépendance au tabac chez les adolescents a donné des résultats surprenants. Une cohorte de 1293 élèves de 12-13 ans ont été suivis dans 10 écoles de Montréal et des environs (anglophones et francophones) de la classe de 5^{ème} à la première (5 années scolaires) en remplissant des questionnaires 4 fois par an (20 enquêtes cumulées). Cet article porte sur les résultats de 847 élèves non fumeurs au moment de l'entrée dans l'étude. Les questionnaires portaient sur les données socio-démographiques, l'exposition sociale au tabagisme (parents, proches, pairs, professeurs), les données psychosociales (dépression, stress, échec scolaire, estime de soi, recherche de nouveauté, impulsivité) et la consommation de cigares ou cigarillos et d'alcool. Des analyses statistiques prenant en compte les mesures répétées chez les mêmes sujets (Equations d'estimations généralisées) ont été utilisées pour faire ressortir les facteurs prédictifs de symptômes de dépendance chez ces adolescents. Vérifiant ce qui avait déjà été publié, cette étude montre que 7,8% des adolescents non fumeurs, au cours des différentes années, ont ressenti au moins un symptôme de dépendance (évalués par 4 questions : «lorsque tu vois des camarades de ton âge fumer des cigarettes, à quel point est-il facile pour toi de ne pas fumer ?», «t'arrive-t-il fréquemment d'avoir envie de fumer une cigarette ?», «te sens-tu physiquement dépendant de la cigarette ?», «te sens-tu mentalement dépendant de la cigarette ?»; les réponses sont données sur une échelle en 4 points du type «jamais à souvent», «très facile à très difficile», «pas du tout à très»). Une analyse multivariée a ensuite mis en évidence les facteurs prédictifs de symptômes de dépendance, les plus pertinents étaient l'âge (plus jeune), le tabagisme des pairs, le stress et la consommation d'alcool (tous $p<0,001$), d'autres un peu moins significatifs étaient la dépression, la faible estime de soi, l'impulsivité ou le rôle de fumeur des professeurs (tous $p<0,05$). Une des hypothèses émises par les auteurs pour expliquer ces symptômes précoces avant même toute consommation de tabac, seraient une exposition passive à la fumée de tabac qui stimulerait les récepteurs nicotiques et préparerait les circuits neuronaux à répondre aux effets de la nicotine (effet d'imprégnation à la dépendance). Une question cependant reste posée, pourquoi certains de ces adolescents ressentant précocement des symptômes de dépendance deviennent fumeurs, alors que d'autres restent non fumeurs ? Pour y répondre les auteurs suggèrent de faire une étude longitudinale encore plus longue et commençant avec des enfants encore plus jeunes, afin de pouvoir capturer l'apparition de ces premiers symptômes.

● **La voie pulmonaire reproduit chez le Rat une nicotiniémie similaire à celle observée chez le fumeur.**

Shao XM et al. *Nicotine Tob Res.* 2012 Dec 13. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23239844>



Voici enfin un modèle d'exposition animal produisant des nicotémies ressemblant à celles observées chez les fumeurs. Il s'agit d'une exposition passive à un aérosol de nicotine dont on peut faire varier la concentration, et qui peut être administré avec des durées d'expositions contrôlées. En l'occurrence, la solution utilisée était concentrée à 1% de nicotine (0,0296 mg/L d'air) et la durée d'exposition de 2 minutes. Le pic de nicotémie veineux obtenu a été de $21,0 \pm 8,2$ ng/ml à 3,5 minutes. Au niveau artériel ce même pic était de $43,2 \pm 15,7$ ng/ml entre 1 et 4 minutes (voir graphique ci-dessous). Ces données

montrent que cette technique permet de délivrer la nicotine au niveau pulmonaire, probablement au niveau alvéolaire, où elle est rapidement absorbée par la circulation sanguine pulmonaire. Cet article est très intéressant aussi pour sa discussion concernant la dose létale par inhalation (13 mg/kg) chez le Rat, qui semble plus faible que la dose létale orale (70 mg/kg) ou intrapéritonéale (23,5 mg/kg), ce qui est logique puisque avec l'inhalation on shunte le premier passage hépatique, où la nicotine est fortement dégradée. Dans la fumée de cigarette la concentration de nicotine est à 7-8%. Les auteurs ont aussi déterminé la dose létale chez le Rat. En exposant les rats à une concentration à 38% de nicotine, il faut 20 minutes pour tuer 50% des rats. Enfin, les auteurs proposent d'étudier l'effet de la cigarette électronique grâce à ce modèle.

● C'est bien en premier lieu la fumée de tabac qui est responsable du petit poids de naissance.

Baba S et al. BJOG. 2012 Nov 27. doi: 10.1111/1471-0528.12067. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23190416>

Voici une étude suédoise qui si elle n'innocente pas le snus, montre que c'est surtout la fumée de tabac qui est responsable du petit poids de naissance des nouveau-nés. L'étude porte sur une cohorte de 23 514 femmes utilisant du snus et 161 702 femmes fumeuses, déclarées comme telles 3 mois avant d'être enceintes (ces données sont collectées par le registre des naissances depuis 1999). Les données de la première visite anténatale (avant la 15^{ème} semaine de gestation, recueillies chez 95% des femmes accouchant en Suède) ont permis de préciser que parmi ces femmes 60% avaient arrêté le snus et 53% la cigarette, avant le début de leur grossesse. Parmi les autres, le risque de petit poids de naissance du nouveau-né a été calculé selon que ces femmes avaient utilisé du snus ou fumé des cigarettes avant et en début de grossesse (premiers mois). Ensuite, une autre série de données est obtenue lors d'une visite planifiée à 30-32 semaines, ce qui a permis de déterminer cette fois l'effet du snus ou de la cigarette selon que les femmes avaient arrêté ou non en fin de grossesse. Par ailleurs, les petits poids de naissance ont aussi été stratifiés en fonction du terme, soit ≤ 36 semaines, soit ≥ 37 semaines. Les résultats montrent que comparées aux non tabagiques (ni snus, ni tabac), les utilisatrices de snus en début de grossesse présentaient un OR=1,26 (IC 95% 1,09-1,46) et les fumeuses en début de grossesse un OR=2,55 (2,43-2,67) pour un petit poids de naissance du nouveau-né. Pour celles qui ont continué le snus en début de grossesse le risque est plus élevé pour un bébé né avant terme (OR=1,50 ; 1,13-1,98) qu'à terme (OR=1,21 ; 1,02-1,43). Pour la cigarette c'est l'inverse, le risque est plus élevé pour les bébés nés à terme si leur mère continuait à fumer en début de grossesse (OR=1,85 ; 1,67-2,06 et OR=2,76 ; 2,62-2,91, respectivement). Chez les femmes ayant arrêté le snus en cours de grossesse (non utilisatrice à 30-32 semaines) le risque n'est plus significatif, mais pour celles qui ont continué jusqu'au bout le OR=1,38 (1,01-1,88). Chez les fumeuses, celles qui ont arrêté en cours de grossesse ont encore un risque significatif (OR=1,82 ; 1,65-2,01), mais moindre que celles qui ont continué de fumer jusqu'à la naissance (OR=3,21 ; 3,02-3,40). Ainsi, les auteurs concluent que si la nicotine ne peut pas être totalement innocentée de l'effet sur le petit poids de naissance (bien que le snus contienne aussi d'autres substances communes avec la fumée de tabac, et qu'on ne peut pas écarter qu'elles aient un effet), l'inhalation de fumée est sans doute le facteur le plus important.

● **L'utilisation d'un agoniste dopaminergique est-elle envisageable pour l'aide à l'arrêt du tabac ?**

Freeman TP et al. Drug Alcohol Depend. 2012 Nov 19. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23182407>

Des études ont montré que chez les fumeurs abstinents, la réponse à la récompense (par exemple monétaire, mais pas celle liée à l'effet d'une drogue) était diminuée, ce qui correspond à un traitement altéré de l'information liée à la récompense. On a montré aussi que les personnes souffrant d'anhédonie (réduction du plaisir procuré par les activités quotidiennes) étaient plus promptes à rechuter en cas d'arrêt du tabac, et avaient des envies de fumer plus intenses au cours de l'abstinence. Il pourrait donc être important de trouver un traitement pharmacologique qui prenne en charge cet aspect des choses, afin de faciliter le sevrage tabagique. C'est ce qu'a tenté cette étude en comparant les effets du pramipexole (agoniste dopaminergique utilisé dans le traitement de la maladie de Parkinson) sur la réponse à la récompense, aux effets d'un placebo. Cette étude croisée, en double-insu et contrôlée contre placebo a été réalisée chez 16 fumeurs (8 femmes) après 2 heures d'abstinence. La réponse à la récompense a été testée en utilisant une tâche de tri de cartes (CARROT, card arranging reward responsivity object test). Sous placebo, les fumeurs ont obtenu un score (nombre de cartes triées) équivalent dans les deux conditions, à savoir avec ou sans récompense monétaire (qui est sensé améliorer les performances). Par contre, sous pramipexole, les fumeurs ont trié significativement plus de cartes lorsque la tâche était récompensée financièrement ($F_{1,15}=7,86$; $p=0,013$), ce qui démontre une amélioration de la réponse à la récompense. Par contre une autre tâche monétaire, faisant intervenir d'autres mécanismes, et aussi perturbée lors de l'abstinence, n'a pas été améliorée par ce traitement. Cependant, des effets négatifs du traitement ont été observés sur les affects positifs (diminués) et la somnolence (augmentée). En résumé, on est loin encore d'un possible traitement associé aux traitements classiques de l'aide à l'arrêt du tabac, mais ces études offrent la possibilité d'étudier différents récepteurs cibles afin de faciliter l'abstinence tabagique.

[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.

[Appel à des mesures fortes contre l'industrie du tabac](#)

[Tabac: la grande fumisterie](#)

[Les failles de la politiques anti-tabac en France](#)

[La politique de lutte contre le tabac pas à la hauteur, selon un rapport](#)

[Dix ans de lutte anti-tabac pour un résultat nul ?](#)

[Vers des messages sanitaires couvrant 75% d'un paquet de tabac?](#)

[Tabac : Bruxelles veut une législation plus stricte](#)

[Tabac : Marisol Touraine prête à cacher les paquets de cigarettes](#)

[Plan Cancer 3 : qu'en pensez-vous ?](#)

[CIGARETTES ÉLECTRONIQUES: Y-a-t-il risque d'e-tabagisme passif?](#)

[Cigarettes: ventes en baisse de 4,5%](#)

[Lobbyisme: comment l'industrie du tabac s'organise](#)

Pour les anglophones :

[L'Europe prête à introduire le paquet neutre ?](#)

Ce que l'on sait sur la cigarette électronique, un article de Jean-François Etter sur son site stop-tabac.ch

Mais aussi un livre de Jean-François Etter, pour l'instant uniquement en version électronique (mais sans nicotine!) : La cigarette électronique, une alternative au tabac.

congrès



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

Nous vous prions de trouver ci-dessous le cahier des charges proposé aux candidats à l'organisation du congrès 2014 de la SFT. Nous attendons vos candidatures.

Bien cordialement. Nathalie Wirth, Présidente de la SFT

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TABACOLOGIE

Présidente : Dr Nathalie Wirth

☎ 03 83 15 34 08 / Fax : 03 83 15 35 41

Courriel : n.wirth@chu-nancy.fr

Secrétariat administratif et correspondance :

Dr Gisèle Gilles, Princeps Editions

64 av. du Général de Gaulle, 92130 Issy-les-Mx

☎ 01 46 38 24 14 / Fax : 01 40 95 72 15

Courriel : princeps.edumas@orange.fr

www.societe-francaise-de-tabacologie.com



CONGRES SFT 2014 Cahier des charges

Dates :

Le congrès de la SFT se déroule habituellement sur 2 jours, en octobre ou novembre. Vérifier la compatibilité des dates avec celles des vacances (Toussaint), des fêtes religieuses et jours fériés, d'autres conférences, congrès nationaux et internationaux dont le domaine est proche de la tabacologie.

Lieux et transport :

Accès facile par train ou avion.
Transports en commun.

Salles :

Une grande salle pour les plénières (environ 300 personnes)
Des salles moyennes 60-100 personnes pour les symposia
Des salles éventuellement plus petites pour les ateliers ou communications libres orales
Un hall pour les posters et pauses café ainsi qu'un hall d'exposition
Vérifier possibilité de restauration (salle, traiteurs...)

Organisation du CA de la SFT :

Prévoir un créneau horaire de 1h00 à 1h30 permettant à tous les administrateurs d'être présents ainsi qu'une salle pour l'organisation du CA de la SFT.

Dîner gala :

Il n'est pas indispensable mais très prisé si le prix est très raisonnable.

Hôtels :

De préférence deux catégories de prix : bas et moyen ; les prix doivent être négociés dans le cadre d'une réservation de groupe.
Hôtels de préférence proches du congrès, allotements à réserver à l'avance.

Secretariat du congrès :

Gère le site web du congrès, la promotion (premier et deuxième rappel), les inscriptions, la soumission des abstracts, la distribution des abstracts pour review, fait le planning des salles en fonction du programme, gère les présentations et les résumés des présentations, les badges, les inscriptions sur place, l'information concernant les posters et l'organisation de leur affichage. Gestion des exposants, des prestataires, des intervenants.

Association loi 1901

Siège social : Groupe Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière, 47-83 Bd de l'Hôpital, 75013 Paris
Organisme formateur - Siret n° 388 171 019 00010

Site web du congrès :

Inscription en ligne, réservation d'hôtel, soumission des abstracts, suivi régulier selon l'évolution de l'organisation et du programme.

Budget préliminaire :

Il doit être détaillé selon les postes évoqués ci-dessus. En plus du budget strictement « congrès », il doit inclure le budget des pauses-café, déjeuners sur place (inclus dans le prix de l'inscription) et la proposition de budget pour le dîner gala.

L'association organisatrice doit être indépendante de l'industrie du tabac, de l'alcool, de l'industrie des jeux et de l'industrie pharmaceutique.

Comité d'organisation :

Il est constitué par les responsables locaux de l'organisation du congrès avec la participation d'au minimum de 2 membres du bureau de la SFT.

Comité scientifique :

Les membres du Comité scientifique sont proposés de façon conjointe par les membres du bureau de la SFT et les responsables locaux de l'organisation. Le choix définitif des membres est validé par le bureau de la SFT.

Convention :

Elle sera signée entre les organisateurs et la SFT.

Procédure de soumission :

1. Les candidatures doivent être soumises sous forme de diaporama au secrétariat de la SFT : maffeo@larbredecomm.fr
Date limite de dépôt des candidatures : 15/04/2013
2. Le secrétariat transmet les projets par voie électronique aux membres du Conseil d'Administration :
Date d'envoi : 23/04/2013
3. Les membres du Conseil d'administration votent à bulletins secrets par voie électronique
Vote du 25/04/2013 au 13/05/2013
4. Le candidat retenu présente son projet aux membres du Conseil d'administration :
Invitation au CA organisé en juin 2013.

Association loi 1901

Siège social : Groupe Hospitalier Universitaire Pitié-Salpêtrière, 47-83 Bd de l'Hôpital, 75013 Paris
Organisme formateur - Siret n° 388 171 019 00010