

## ● Les aléas des multiples tentatives d'arrêt du tabac, ce que pense le public des traitements et le rôle de la réduction du risque.

*Partos TR et al. Nicotine Tob Res. 2013 Mar 14. [Epub ahead of print]*

*Morphett K et al. Nicotine Tob Res. 2013 Mar 18. [Epub ahead of print]*

*Keane H. Int J Drug Policy. 2013 Mar 2. [Epub ahead of print]*

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23493370>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23509094>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23465645>

Près de 94% des fumeurs ont déjà essayé d'arrêter de fumer, et environ 40% font en moyenne 2 tentatives par an. Cependant, seulement 10% d'entre eux sont capables de rester abstinent pendant 7 mois ou plus. Le fait d'avoir fortement envie d'arrêter prédit les tentatives d'arrêts ultérieures, mais pas le succès. Les auteurs suggèrent qu'un historique de multiples tentatives d'arrêt sans succès serait l'indice qu'un aspect de la dépendance nous échappe et n'est pas mesuré par les outils traditionnels comme le HSI (le test de Fagerström court, en 2 questions).

L'étude de Partos et al. a utilisé les données de l'enquête ITC (Australie, Canada, Etats-Unis, Royaume-Uni, souvent rapportée dans la Lettre de la SFT), sur 7 vagues successives de questionnaires (2002-2009). Elle est basée sur 29682 observations provenant de 13417 individus. Les résultats montrent que la probabilité d'une tentative d'arrêt future augmente indépendamment du nombre de tentatives antérieures ou de leur récence. Par contre, les chances d'obtenir une abstinence d'au moins 6 mois sont diminuées chez un fumeur qui a fait une tentative infructueuse au cours de l'année (15,1% vs. 27,1% chez ceux n'en ayant pas fait,  $p < 0,001$ ). Deux tentatives ou plus au cours de l'année (par rapport à une seule) est aussi associé à une moindre probabilité d'abstinence soutenue (OR=0,57 ; IC 95% 0,38-0,85). Cet effet persiste lorsque l'on ajuste sur le degré de dépendance, l'auto-efficacité, ou l'utilisation de médication d'aide à l'arrêt. Essayer de comprendre pourquoi les multiples tentatives d'arrêt débouchent moins souvent sur l'abstinence à long terme est une question prioritaire pour la recherche, car il est nécessaire d'adapter les traitements chez ces fumeurs motivés à l'arrêt mais qui rechutent continuellement. Ces résultats sont à rapprocher de ceux observés par Fergusson et al. aux USA (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19509277>), où les fumeurs les plus susceptibles de maintenir une abstinence sont ceux qui n'ont pas planifié leur arrêt.

Le second article, australien, s'interroge sur la médicalisation du traitement du tabagisme, qui pourrait conduire le public à croire qu'il existe une « recette magique » pour traiter la dépendance au tabac, mais qu'arrêter seul est très difficile, ce qui pourrait décourager certaines tentatives. Pour cela, 55 australiens fumeurs, ex-fumeurs et non fumeurs ont répondu à un entretien et leurs discours a été analysé par une méthode standard de contenu analytique (afin d'identifier les thèmes récurrents). Les résultats montrent que le public n'adopte pas le discours médical (voir un médecin pour arrêter est même rarement mentionné) pour l'arrêt du tabac, mais évoque plutôt le choix individuel, la motivation et la volonté.

Le troisième article interprète le rôle du traitement nicotinique de substitution (TNS) selon la théorie de l'acteur-réseau ([http://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie\\_de\\_l%27acteur-r%C3%A9seau](http://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie_de_l%27acteur-r%C3%A9seau)), approche sociologique se distinguant des théories classiques parce qu'elle prend en compte dans son analyse, au-delà des humains, les objets («non-humains») et les discours. Les auteurs argumentent leur discussion en disant que le TNS met en jeu une médicalisation de la substitution, dans laquelle la dépendance à la nicotine devient une voie vers la santé de même qu'une maladie à traiter. Ils concluent que le TNS est progressivement passé d'une utilisation très médicalisée à un produit de consommation courante (disponible dans certains pays dans les supermarchés), en passant par des étapes intermédiaires (réduction de consommation avant arrêt, abstinence temporaire, etc...), et concourt à normaliser la réduction du risque par l'utilisation de «bonne nicotine» (par rapport à la mauvaise du tabac). Compte tenu de l'arrivée de la cigarette électronique que les fumeurs se sont appropriée plus rapidement

que le TNS, il est certain que le domaine de l'arrêt du tabac vit actuellement une révolution.

## ● Le tabagisme est-il une maladie neuropsychiatrique ?

*Dingel MJ et al. Soc Sci Q. 2012 Dec 1;92(5):1363-1388.*

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23476081>

A l'heure ou la sortie du nouveau DSM V (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) cause quelques discussions, et comme l'article de Morphett et al. dans le résumé précédent le souligne, il est peut-être temps de se poser la question de la médicalisation trop systématique du traitement de la dépendance tabagique. Cet article vous est proposé pour la réflexion. Il a été construit sur l'analyse d'entretiens avec des chercheurs du domaine de la nicotine et du tabac, et du domaine du contrôle du tabac. Tout comme Morphett et al., les auteurs arrivent à la conclusion que la focalisation sur le « tout biologique » de la dépendance tabagique, pourrait conduire le public et les autorités à croire qu'il existe une « recette magique » pour traiter la dépendance au tabac, et à détourner l'attention et les recherches de questions qui pourraient apporter d'autres solutions.

## ● L'interdiction de fumer dans les lieux publics aurait aussi un impact sur l'asthme des adultes, le poids des bébés à la naissance ou le taux de naissances prématurées !

*Sims M et al. Thorax. 2013 Apr 15. doi: 10.1136/thoraxjnl-2012-202841. [Epub ahead of print]*

*Kabir Z et al. PLoS One. 2013;8(3):e57441.*

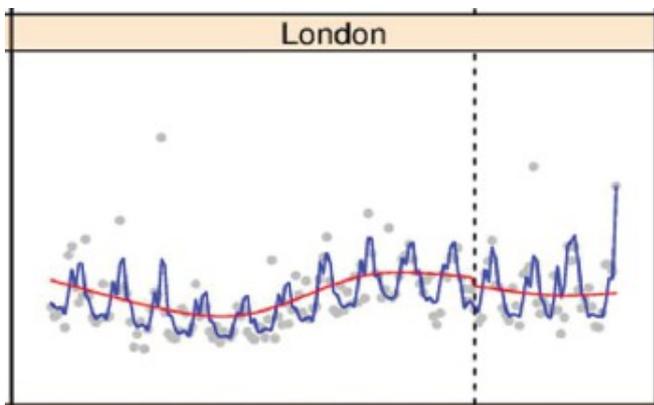
*Cox B et al. BMJ. 2013 Feb 14;346:f441.*

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23589509>

Article en libre accès : <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0057441>

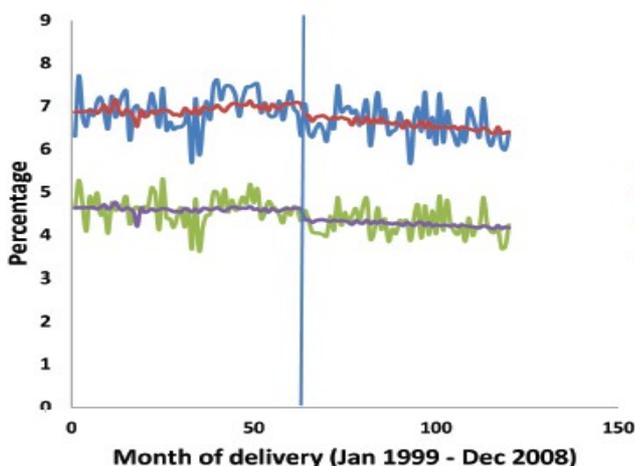
Article en libre accès : <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f441?view=long&pmid=23412829>

Après avoir vu ces dernières années une série d'articles sur la diminution des admissions pour infarctus du myocarde (IDM) faisant suite aux interdictions de fumer dans les lieux publics, on commence à recenser des études montrant un plus large impact sur la santé des populations. En janvier dernier (Lettre N°37) c'était l'impact sur les admissions pour asthme des enfants, cette fois c'est chez les adultes. L'étude de Sims et al. s'est



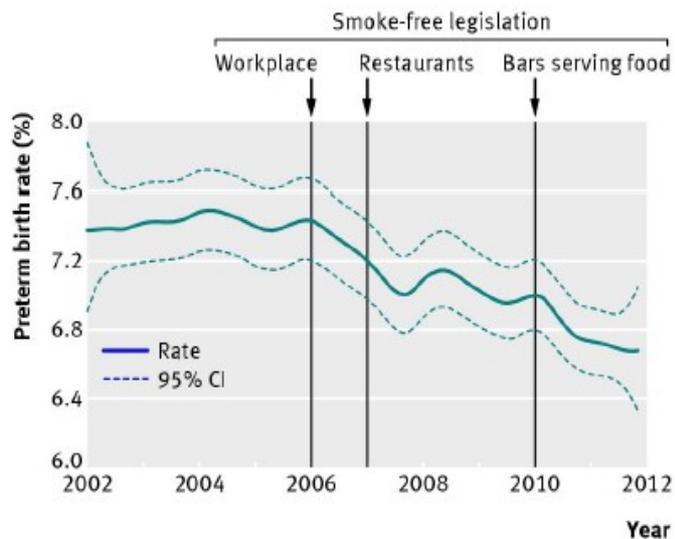
intéressée aux admissions pour asthme des adultes anglais, en prenant en compte les tendances à long-terme, et en analysant si des différences étaient observées dans les différentes régions. Selon ces analyses, l'interdiction de fumer dans les lieux publics introduite le 1er juillet 2007 a été associée à une réduction immédiate de 4,6% (IC 95% 0,6%-9,0%) des admissions d'urgence pour asthme chez l'adulte. Cela se traduit par environ 1900 admissions de moins chaque année pendant les 3 années après l'introduction de la loi. Aucune différence significative n'a été observée entre les différentes régions. Contrairement à

certaines études sur l'incidence des admissions pour IDM, il semble que la méthodologie employée soit robuste et démontre un réel effet.



Dans l'étude de Kabir et al. c'est l'impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en Irlande sur le faible poids des bébés à la naissance qui a été déterminé. Là encore, la méthode statistique semble appropriée. Malgré une tendance à long-terme à la baisse, à la fois pour les bébés de faible poids (en bleu sur le graphique,  $-0,02\% \pm 0,004$  ;  $p < 0,0001$  après l'interdiction) et pour les bébés de très faible poids (en vert,  $-0,6\% \pm 0,002$  ;  $p < 0,0001$ , après l'interdiction), on observe bien un décrochement dans la courbe, de  $-0,45\% (\pm 0,13$  ;  $p = 0,0007$ ) pour les bébés de faible poids, et de  $-5,3\% (\pm 0,06$  ;  $p < 0,0001$ ) pour les bébés de très faible poids, ces résultats étant ajustés par rapport au tabagisme de la mère. Cet effet est moins important,

mais toujours significatif si l'on exclut les prématurés, ou si l'on exclut les bébés de mères fumeuses.



Dans l'étude de Cox et al. c'est l'impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en Belgique (Flandres) sur le taux de naissances prématurées qui a été déterminé. La méthodologie semble correcte, même si la durée d'analyse avant l'introduction de la législation est peut-être un peu courte (ce qui pourrait expliquer l'absence de tendance à la diminution, comme observée par exemple dans l'étude de Kabir et al. sur poids de naissance). En Belgique, la législation a été introduite en 3 phases (lieux de travail et publics en janvier 2006, restaurants en janvier 2007, et bars servant de la nourriture en janvier 2010). L'analyse a montré une diminution significative des naissances prématurées spontanées de -3,13% (IC 95% -4,37% à -1,87% ;  $p < 0,01$ ) au 1er janvier 2007

(interdiction dans les restaurants) et un changement de la pente de la courbe annuelle de -2,65% (-5,11% à -0,13%) après le 1er janvier 2010 (interdiction dans les bars). En prenant l'ensemble des naissances prématurées, on obtient pour les mêmes dates, -3,18% (-5,38% à -0,94% ;  $p < 0,01$ ) pour la diminution des naissances prématurées, et -3,50% (-6,35% à -0,57% ;  $p = 0,02$ ) pour la pente de la courbe annuelle. Par contre cette étude n'a pas trouvé d'effet sur le poids de naissance. N'ayant pas de données personnelles des femmes enceintes, il est impossible de savoir quels facteurs précis ont pu jouer (diminution de l'exposition passive ou active), mais il semble qu'une baisse de la prévalence du tabagisme (de 22% des femmes flamandes en 2004 à 17,9% en 2008, et de 22,7% des femmes avant la grossesse à 12,3% pendant la grossesse en 2008-2009) puisse aussi avoir joué un rôle.

## ● Etudier le pouvoir renforçateur de la nicotine fumée.

**Perkins KA & Karelitz JL. *Psychopharmacology (Berl)*. 2013 Mar 15. [Epub ahead of print]**  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23494236>

Les études animales et humaines ont montré que la nicotine était un renforçateur primaire du comportement tabagique, mais que ses effets étaient aussi sous l'influence de renforcements secondaires (ex : stimuli en lien avec le fait de fumer). Cette étude a cherché à montrer un autre type de renforcement, celui qui augmente le pouvoir renforçateur de stimuli non directement liés à la prise de nicotine. Selon les auteurs, cet effet de la nicotine pourrait refléter directement l'activation du système de récompense (mésolimbique dopaminergique) ou d'autres structures cérébrales impliquées. Pour cela, 25 fumeurs dépendants ( $\geq 10$  cigarettes/jour et critère DSM de dépendance) et 27 fumeurs non dépendants ( $\leq 5$  cigarettes/j et pas de dépendance selon DSM) ont réalisé une tâche où le renforcement était soit positif (musique, argent), soit négatif (arrêt d'un bruit désagréable), ou sans renforcement (situation contrôle). Au cours de 3 séances où les sujets devaient être abstinents depuis 12h, ils fumaient (6 bouffées en 3 minutes avec mesure topographique des bouffées) une cigarette normale (Quest 1 à 0,6 mg de nicotine), une cigarette dénicotinisée (Quest 3 à 0,05 mg de nicotine), ou ils ne fumaient pas (sevrage). Pour comparaison, une quatrième séance était réalisée en fumant leur propre cigarette de façon *ad libitum* et sans abstinence préalable. La tâche réalisée sur ordinateur était une tâche simple ("Applepicker"; Norman & Jongerius 1985), dont la difficulté était augmentée au fur et à mesure des bonnes performances. La tâche consiste à gagner des points qui selon les conditions étaient transformés en 30 s de musique préférée des sujets, 0,10 \$ (en plus de l'indemnisation pour participer à l'étude), l'arrêt pour 30 s d'un bruit désagréable, ou rien du tout. Ces différentes conditions étaient testées au cours de séances de 2h, dans un ordre aléatoire. Les résultats montrent que seul l'effet renforçateur de la musique a été augmenté par la cigarette normale, par rapport à la cigarette dénicotinisée ou pas de cigarette. Cette majoration de l'effet renforçateur par la nicotine n'a pas été différent entre les fumeurs dépendants et non-dépendants, indiquant qu'il serait indépendant des symptômes de sevrage (pas sensés être présents chez les non-dépendants). Par ailleurs, l'effet observé après une prise aiguë de nicotine en état d'abstinence, n'était pas différent de celui observé lors de la séance réalisée en fumant leur propre cigarette de façon *ad libitum* et sans abstinence préalable. Selon les auteurs, il s'agit donc d'un effet renforçateur de la nicotine qui est indépendant de l'état de satiété et des symptômes de sevrage, mais qui serait spécifique à certains renforcements (musique et pas monétaire, positif et pas négatif...), peut-être uniquement sensoriels.

- **L'étude de la cohorte ATTEMPT ne montre pas d'exacerbation des symptômes dépressifs ou anxieux lors de l'arrêt du tabac.**

**Shahab L et al. Psychol Med. 2013 Mar 14:1-15. [Epub ahead of print]**

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23507203>

L'exacerbation de symptômes dépressifs ou anxieux a souvent été rapportée dans des études par le passé. Shahab et al. ont recherché ces symptômes parmi les fumeurs d'une cohorte internationale (ATTEMPT) ayant arrêté de fumer depuis moins de 3 mois (n=159) ou plus de 3 mois (n=123) durant l'année écoulée, en les comparant aux fumeurs persistants (n=1358). Il faut préciser que cette cohorte n'est peut-être pas représentative de la population, car le recrutement est fait par internet, et que ces fumeurs (USA, Canada, UK, France et Espagne) devaient fumer au moins 5 cigarettes/jour, avoir l'intention d'arrêter dans les 3 mois, et étaient âgés de 35 à 65 ans. De plus, l'échantillon d'ex-fumeurs est relativement faible. Ils ont été suivis pour cette étude pendant 18 mois en répondant tous les 3 mois à des questionnaires envoyés par courriel. L'évaluation s'est faite en comparant les réponses lors de l'inclusion à celles 12 mois plus tard. Après 12 mois donc, 9,7% (IC 95% 8,3-11,2) des fumeurs avaient arrêté de fumer depuis moins de 3 mois, et 7,5% (6,3-8,9) depuis 3 mois ou plus. Par rapport aux fumeurs persistants, la prévalence de prescription d'antidépresseurs au cours des 2 précédentes semaines était plus faible chez ceux ayant arrêté de fumer depuis au moins 3 mois (OR=0,25 ; IC 95% 0,06-0,94), ou moins de 3 mois (OR=0,37 ; 0,14-0,96), après ajustement par rapport aux prescriptions à l'entrée dans l'étude, et autres facteurs confondants. La prévalence des symptômes dépressifs était aussi plus faible (OR=0,24 ; 0,009-0,67 pour arrêt d'au moins 3 mois, et OR=0,34 ; 0,15-0,78 pour arrêt de moins de 3 mois). Par ailleurs, aucune variation d'anxiété n'a été mesurée dans la population totale, et aucune augmentation des symptômes dépressifs ou anxieux n'a été mesurée chez les ex-fumeurs avec antécédents de dépression ou d'anxiété. Les auteurs concluent que l'arrêt du tabac ne semble pas associé à une exacerbation de symptômes dépressifs ou anxieux, mais au contraire qu'il pourrait être associé à une diminution des symptômes dépressifs. Aucune information n'est donnée quant aux éventuels traitements d'aide à l'arrêt reçus par les fumeurs pour arrêter de fumer au cours de ce suivi.

- **Encore un échec du vaccin anti-nicotine !**

**Tonstad S et al. Nicotine Tob Res. 2013 Mar 7. [Epub ahead of print]**

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23471101>

Cette étude a été réalisée en deux phases, une première phase consistait à réaliser une pré-immunisation des fumeurs en leur injectant le vaccin (n=178) ou un placebo (n=177) aux jours 0, 28, 56 et 90, et à partir du jour 56 à traiter tous les sujets avec de la varénicline pendant 6 semaines jusqu'au jour 98. A partir de là, seuls les fumeurs ayant arrêté de fumer (mesuré entre les jours 90 et 98, n=265) étaient éligibles pour la suite. La seconde phase consistait à injecter 2 nouvelles doses de vaccin (n=134) ou de placebo (n=131) à J150 et J210. Ils étaient ensuite suivis pendant 1 an depuis le début du traitement par la varénicline. Globalement, il s'agit donc d'une étude d'efficacité de protection par rapport à la rechute (et non pas d'efficacité du vaccin dans l'arrêt). La rechute était définie comme ayant fumé plus de 5 cigarettes au cours des 7 derniers jours ou depuis le dernier contact, ou d'avoir fumé à plus de 5 occasions au cours des 7 derniers jours ou depuis le dernier contact (pour l'abstinence continue un CO<sub>2</sub> ≤ 4 était requis). Au bout d'un an de suivi après la date d'arrêt (à J70), le pourcentage d'ex-fumeurs n'ayant pas rechuté était de 43,3% dans le groupe vaccin et de 51,1% dans le groupe placebo (différence non significative = -7,9% ; IC 95% -20,6% - 4,9%). Globalement il n'y a eu aucun bénéfice du vaccin sur l'abstinence à 6 ou 9 mois, sur le taux de CO, le temps écoulé jusqu'à la rechute, les symptômes de sevrage, ou le plaisir à fumer. Les taux d'anticorps anti-nicotine (moyenne = 1,34 ± 2,84 µg/ml) n'étaient pas liés à la rechute. Ce nouvel échec a conduit à l'arrêt du développement de ce vaccin.

- **Vers la fin du tabagisme ?**

**Warner KE. An endgame for tobacco? Tob Control. 2013 May;22 Suppl 1:i3-i5**

**Kozlowski LT. Ending versus controlling versus employing addiction in the tobacco-caused disease endgame: moral psychological perspectives. Tob Control. 2013 May;22 Suppl 1:i31-i32.**

Issue spéciale en accès libre : [http://tobaccocontrol.bmj.com/content/22/suppl\\_1.toc](http://tobaccocontrol.bmj.com/content/22/suppl_1.toc)

La communauté du contrôle du tabac, qui grâce à un formidable réseau international (Globalink) unique dans le domaine des addictions, a obtenu un succès planétaire en étant à l'origine de la Convention cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS, ratifiée par plus de 170 pays (sur 196), est malheureusement en train de s'éloigner du but initial qui était de réduire la mortalité due au tabagisme dans le monde. Elle est en train de se focaliser maintenant sur l'éradication du tabagisme et de son industrie, au détriment des fumeurs qui continuent de mourir

à un rythme effréné de plus de 5 millions par an. La prévalence du tabagisme stagne, lorsqu'elle ne remonte pas, et les prévisions d'un milliard de morts au 21ème siècle ne semblent pas être fortement érodées. C'est ainsi que la revue Tobacco Control publie ce mois-ci un numéro spécial sur le «Tobacco endgame», la fin programmée du tabagisme. Dans un éditorial, Ken Warner pose d'abord la question de ce que représente la victoire finale sur le tabagisme pour la communauté du contrôle du tabac. Est-ce la réduction de la mortalité à 10% voire 5% de ce qu'elle est actuellement ? Est-ce plutôt la réduction de la consommation de cigarettes à 10% ou 5% de la population mondiale ? Est-ce la fin de toute consommation de tabac, voire de nicotine ? Ou bien pourrions-nous nous contenter d'abord d'une réduction substantielle du risque tabagique ? Ken Warner pointe du doigt que toutes les stratégies présentées dans ce numéro spécial n'envisagent pas une seconde la collaboration avec l'industrie du tabac, mais au contraire son élimination, et il n'est guère question du principal intéressé, le fumeur. Dans un commentaire, Lynn Kozlowski, propose au contraire de viser non pas la fin du tabagisme, mais la fin des maladies dues au tabagisme, et il le fait sous l'angle de la psychologie morale ([https://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie\\_du\\_d%C3%A9veloppement\\_moral\\_de\\_Kohlberg](https://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie_du_d%C3%A9veloppement_moral_de_Kohlberg)). Il évoque le fait qu'il existe des facteurs complexes qui sous-tendent les divergences de vues entre les défenseurs de la réduction du risque et ceux qui prônent une solution plus radicale (éradication du tabac, voire de la consommation de nicotine) dans l'addiction. Il souligne pour finir que, puisque la communauté du contrôle du tabac vise la fin des maladies dues au tabagisme, les moyens pour y parvenir sont un facteur critique et sont sous-tendus par différentes philosophies et psychologies morales tout autant que par les évidences scientifiques. Il est peut-être temps de se demander ce que souhaitent les fumeurs ?

---

### [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.

**[Les ventes de cigarettes reculent en France pour la première fois depuis dix ans](#)**

**[Cigarettes : "Pour que la consommation baisse encore, il faut une forte hausse des prix"](#)**

**[Asthme : la lutte anti-tabac fait baisser les admissions aux urgences](#)**

**[L'Italie interdit la cigarette électronique aux moins de 18 ans](#)**

**[E-cigarette : coup de tabac sur la clope](#)**

**["Tabac : nos gosses sous intox"](#)**

**[TABAGISME: La stimulation magnétique transcrânienne réduit l'envie de fumer](#)**

**[Les séropositifs meurent davantage du tabac que de l'infection au VIH](#)**

**[Tabac : les ados, cibles d'un marketing meurtrier](#)**

**[Le tabac des vapoteuses](#)**

**[Le cinéma français vend du temps de cerveau disponible à l'industrie du tabac](#)**

**[La CIGARETTE ÉLECTRONIQUE réduit l'envie de fumer chez 9 fumeurs sur 10](#)**

**[Vente de tabac aux mineurs : détaillants encore délinquants](#)**

**[Tabac : la première du matin est la pire !](#)**

**Pour les anglophones :**

**[Tesco and Sainsbury's urged to stub out cigarette displays in smaller stores](#)**

**[Minister moves on plain cig packaging](#)**

**[USA: FDA says longer use of nicotine gum is OK](#)**

## *congrès*

### **RESPADD 28 mai : Conférence dans le cadre de la Journée Mondiale Sans Tabac**

Au programme de cette nouvelle édition, les premiers résultats de l'enquête SNIPP portant sur la prescription de substituts nicotiques chez la femme enceinte et trois tables rondes sur la Convention Cadre pour la lutte Anti-Tabac (Interdiction de publicité, promotion et parrainage des produits du tabac ; article 13), le tabagisme chez les jeunes et la cigarette électronique.

Cette journée est organisée en collaboration avec le Ministère de la santé, l'Alliance contre le tabac et la Fédération addiction.  
Programme en cours de finalisation

**28 mai 2013, de 9 heures à 17 heures, Direction générale de la santé, 14 avenue Duquesne - Amphithéâtre Laroque.**

Inscription gratuite mais obligatoire : [Vous inscrire ici](#)

---



Le **7ème Congrès national** de la SFT se tiendra du jeudi **24** au vendredi **25 octobre 2013**.

Lieu : Polydôme, **Clermont-Ferrand**.

Thème : **De la clinique à la recherche**

Retrouvez toutes les informations relatives à ces journées sur le site [www.csft2013.fr](http://www.csft2013.fr).

Renseignements : Sarah Bordas, PubliClin', 84, avenue de la République, CS 40701, F-63050 Clermont-Ferrand  
Tél. 33 (0)4 73 98 39 39 - 33 (0)6 37 43 34 87  
Fax : 33 (0)4 73 98 39 35 [S.BORDAS@publiclin.com](mailto:S.BORDAS@publiclin.com)

---

## *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>

---

***et comme toujours !***

**Si vous avez des annonces (congrès, symposium, offre d'emploi...) à proposer pour cette lettre, merci de les adresser à Jacques Le Houezec [jacques.lehouezec@amzer-glas.com](mailto:jacques.lehouezec@amzer-glas.com)**