

- **Aux USA, les Afro-Américains meurent plus du cancer du poumon que les Caucasiens, mais ce n'est pas à cause de leur tabagisme.**

Prizment AE et al. Am J Prev Med. 2014 Jun;46(6):624-32.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24842739>

Aux USA, l'incidence du cancer du poumon est plus importante chez les Afro-Américains (hommes) que chez les Caucasiens. Le comportement tabagique est aussi différent entre ces deux populations (voir article ci-dessous). C'est afin de comparer le risque de cancer du poumon dû au tabagisme, que cette étude a analysé les données d'une cohorte de 14610 personnes incluses dans un étude prospective sur l'athérosclérose. Les données sur le tabagisme ont été recueillies au cours d'une visite d'entrée et de 3 visites de suivi, en 1990-92, 1993-95 et 1996-98 (les taux de réponses étaient respectivement de 93%, 86% et 80%), complétées par des entretiens annuels par téléphone. La prévalence tabagique était plus élevée chez les hommes Afro-Américains (39%) que chez les hommes Caucasiens (25%), mais il n'y avait pas de différence chez les femmes (25%). Par contre, les hommes comme les femmes Afro-Américains fument moins de cigarettes par jour (23% et 22% moins) que les hommes et les femmes Caucasiens. De même, les gros fumeurs (>24 cigarettes par jour) sont beaucoup moins nombreux chez les Afro-Américains que chez les Caucasiens (17% vs. 49% chez les hommes, 5% vs. 28% chez les femmes). Mais le pourcentage de fumeurs ayant arrêté de fumer est inférieur dans la population Afro-Américaine que dans la population Caucasienne (46% vs. 66% chez les hommes, 41% vs. 50% chez les femmes). Des modèles statistiques multivariés ont été utilisés pour calculer le rapport de risque (hazard ratio) de cancer du poumon. Au cours des 20 ans de suivi (1987-2006), 470 cas de cancer du poumon ont été rapportés. L'incidence était la plus importante chez les hommes Afro-Américains, et la plus basse chez les femmes Afro-Américaines. Cependant, aucun indice n'a permis d'associer le risque de cancer au statut tabagique, son intensité, ou l'âge d'initiation tabagique en fonction de l'origine ethnique (tous les p d'interaction $\geq 0,25$). Le rapport de risque, indépendamment de l'origine ethnique, pour ceux qui avaient commencé à fumer à 12 ans ou moins, par rapport à ceux ayant commencé à fumer après 22 ans était de HR=3,03 (IC 95% 1,62-5,67). Par contre, cette étude montre aussi qu'une abstinence prolongée (≥ 10 ans) est associée à une diminution du risque de cancer du poumon, mais sans que se dégage de différence significative entre Afro-Américains et Caucasiens (84% vs. 74% ; p d'interaction = 0,25). Cette étude conclue donc qu'il n'y a pas de différence de risque de cancer du poumon dû au tabagisme entre ces deux populations, malgré la différence de comportement tabagique observée.

- **L'association entre le niveau de dépendance tabagique et les marqueurs biologiques diffère entre Afro-Américains et Caucasiens.**

St Helen G et al. Addiction. 2013 Mar;108(3):607-17.

Article en libre accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3553231/pdf/nihms407380.pdf>

Le comportement tabagique des afro-américains est différent de celui des caucasiens. Cette étude a cherché à évaluer les relations entre le niveau de dépendance et l'exposition à la nicotine et aux carcinogènes du tabac, dans ces deux populations (69 fumeurs afro-américains et 135 fumeurs caucasiens ayant participé à deux essais cliniques). La nicotine totale (nicotine + métabolites), un marqueur des nitrosamines spécifiques du tabac

(NNAL) et les métabolites des PAH (hydrocarbures aromatiques polycycliques) ont été mesurés dans l'urine. La dépendance a été évaluée par le FTND et le délai de la première cigarette du matin (DPC). Les résultats montrent que les mesures de dépendance n'étaient pas différentes entre les deux populations (moyenne FTND = 5,1 pour les deux groupes, DPC ≤ 15 min pour 59,4% des afro-américains et 57,8% des caucasiens, DPC >15 min pour 40,6% des afro-américains et 42,2% des caucasiens). Par contre, les concentrations urinaires de NNAL et de nicotine totale augmentaient proportionnellement au score de Fagerström (FTND) chez les caucasiens, mais pas chez les afro-américains (interactions entre origine ethnique x FTND, $p \leq 0,031$ pour les deux). Dans les analyses de régression linéaire multivariées, aucune interaction n'a été observée pour les PAH. En rapportant ces mesures par cigarette (pour éliminer une possible différence de consommation), une corrélation négative a été trouvée entre le FTND et la nicotine totale, le NNAL et les PAH chez les afro-américains (tous les $p \leq 0,039$), mais pas chez les caucasiens. Indépendamment du niveau de dépendance (DPC ≤ 15 min ou > 15 min), ni le FTND, ni le DPC, n'étaient corrélés significativement avec la nicotine totale ou les carcinogènes chez les afro-américains, alors qu'une corrélation faible a été observée chez les caucasiens faiblement dépendants (DPC > 15 min), mais pas chez les fortement dépendants (DPC ≤ 15 min). Les auteurs concluent que, aux USA, les mesures de dépendance sont linéairement corrélées à l'absorption de nicotine et à l'exposition aux carcinogènes chez les caucasiens, mais pas chez les afro-américains. Les corrélations entre les mesures de dépendance et les biomarqueurs du tabagisme observées chez les afro-américains, ressemblent à celles observées chez les fumeurs caucasiens fortement dépendants, indépendamment de leur propre niveau de dépendance. Il serait intéressant de faire des études similaires dans d'autres populations d'origine africaine ailleurs dans le monde pour comparaison.

- **Exposition à la nicotine et aux carcinogènes après utilisation d'un narghilé.**

St Helen G et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014 May 16. [Epub ahead of print]
<http://cebp.aacrjournals.org/content/early/2014/05/14/1055-9965.EPI-13-0939>

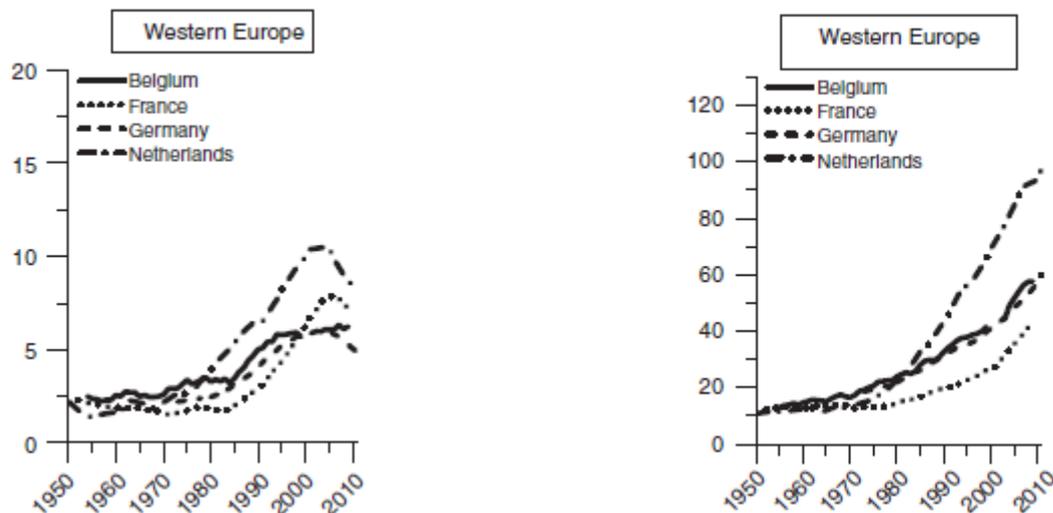
Le narghilé, très populaire chez les jeunes du monde entier, est souvent perçu comme moins dangereux que la cigarette, car les fumeurs pensent que l'eau « purifie » la fumée. Cette étude a été réalisée dans des conditions naturelles, après utilisation du narghilé dans un bar à shisha. Pour cela, 55 utilisateurs expérimentés ont été étudiés, avant et après utilisation d'un narghilé dans leur bar favori. Des échantillons urinaires ont été prélevés afin d'analyser les concentrations de nicotine, de cotinine, de NNAL (nitrosamine spécifique du tabac), ainsi que 7 métabolites des composés organiques volatiles (COV). Après consommation de narghilé, les analyses ont montré que la concentration de nicotine (rapportée à la créatinine) a été multipliée par 73 (de 3,12 ng/mg de créatinine à 227 ng/mg, $p < 0,001$), celle de cotinine a été multipliée par 4 (de 14,4 ng/mg à 59,3 ng/mg, $p < 0,001$), le NNAL par 2 (de 1,32 pg/mg à 2,84 pg/mg, $p < 0,001$), et une augmentation de 14% à 91% des métabolites des COV (tous les p significatifs sauf 1). Les corrélations entre ces métabolites des COV et les biomarqueurs spécifiques du tabac (nicotine, cotinine, NNAL) ont été de modérées à élevées. Une autre mesure effectuée le lendemain a montré que les concentrations de cotinine, de nicotine, et de NNAL étaient toujours significativement plus élevées qu'avant consommation (tous les $p < 0,001$). Ces résultats montrent bien que l'utilisation du narghilé, même après une seule séance de consommation (dans certains pays c'est parfois plusieurs fois par jour), expose à des quantités importantes de nicotine et de carcinogènes du tabac. La majorité des fumeurs de narghilé étaient non fumeurs de cigarettes ($n=47$), mais 8 étaient suspectés d'être fumeurs de cigarettes (par rapport à leurs concentrations initiales de nicotine et de cotinine). Chez les fumeurs de cigarettes, seules les concentrations de nicotine et de cotinine ont augmenté significativement après consommation, tous les autres marqueurs, NNAL et COV, n'ont pas augmenté de façon significative. Le lendemain, les concentrations de nicotine, cotinine et NNAL n'étaient plus significativement plus élevées qu'avant consommation chez les fumeurs de cigarettes.

- **La mortalité par cancer du poumon semble diminuer chez les femmes jeunes (30-49 ans), mais continue d'augmenter chez les plus âgées (50-74 ans).**

Torre LA et al. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014 May 16. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24836468>

Une analyse des données mondiales sur le cancer du poumon chez la femme a été réalisée à partir de la base de données de l'OMS sur la mortalité par cancer dans 65 pays, répartis sur les 6 continents. Elle a permis de calculer le taux de mortalité standardisé sur l'âge des années 2006 à 2010, ainsi que la variation de ce taux pour les données disponibles entre 1985 et 2011, et pour les données des 5 dernières années, par pays et par classe d'âge

(30-49 et 50-74 ans). Les données montrent une très grande disparité dans le taux de mortalité (pour 100 000) par cancer du poumon chez les femmes jeunes (30-49 ans), allant de 0,7 au Costa Rica, à 14,8 en Hongrie, pour la période 2006 à 2010. La France, avec un taux de 7,6 est en antépénultième position, juste avant les Pays-Bas et la Hongrie ! Ces taux ont été stables ou ont décliné dans 47 pays sur les 52 étudiés. Chez les femmes plus âgées (50-74 ans) le taux va de 8,8 en Géorgie et en Egypte, à 120,0 en Ecosse. La France, avec un taux de 40,4 se situe en milieu de tableau (sans doute à cause de l'évolution tardive du tabagisme chez la femme dans notre pays, par rapport aux pays d'Europe du Nord). Dans les deux classes d'âge, les taux sont plus élevés dans certains pays européens (Ecosse, Hongrie, Danemark) et l'Amérique du Nord, et sont les plus faibles en Afrique, en Asie, et en Amérique latine. Chez les femmes plus âgées, le taux de mortalité par cancer du poumon a augmenté dans plus de la moitié des pays (34/64) étudiés, incluant la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest, du Sud et de l'Est, ainsi que l'Amérique du Sud. Les auteurs concluent que si la baisse de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes jeunes reflète le succès des campagnes de prévention et de contrôle du tabac, la mortalité chez les femmes plus âgées continue d'augmenter dans de nombreux pays (y compris en France). Les graphiques ci-dessous correspondent aux deux classes d'âge, femmes jeunes (30-49 ans) à gauche, et femme plus âgées (50-74 ans à droite).



- **La vitamine C donnée aux femmes enceintes fumeuses améliore la fonction pulmonaire des nourrissons.**

McEvoy CT et al. JAMA. 2014 May 18. doi: 10.1001/jama.2014.5217. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24838476>

Le tabagisme au cours de la grossesse a des effets délétères sur le développement pulmonaire du nourrisson pouvant s'étendre à la vie entière et augmentant le risque de développement de maladie asthmatique. Cette essai clinique randomisé, contrôlé et à double insu, a été réalisé entre mars 2007 et janvier 2011 afin de vérifier si les données d'efficacité de la vitamine C observées sur un modèle de primate étaient extensibles à la femme enceinte. L'étude a randomisé 89 femmes enceintes fumeuses dans le groupe actif (500 mg par jour de vitamine C) et 90 femmes enceintes fumeuses dans le groupe placebo. Le traitement a commencé au maximum à la 22ème semaine d'aménorrhée, chez des femmes enceintes fumeuses ne souhaitant pas arrêter de fumer. Des femmes non fumeuses ont été incluses comme groupe contrôle. Au total 159 nourrissons, 76 nés de femmes traitées à la vitamine C, 83 nés de femmes sous placebo, et 76 nés de femmes non fumeuses, ont subi des tests de la fonction pulmonaire (rapport entre le temps de débit expiratoire de pointe à la durée d'expiration [TPTEF/TE] et la compliance respiratoire passive par kilogramme [Crs/kg] dans les 72 premières heures de vie). Des visites post-natales ont eu lieu jusqu'à l'âge d'un an pour vérifier la fonction pulmonaire et la présence éventuelle de sifflement (symptômes d'asthme), et un nouveau test de la fonction pulmonaire a eu lieu à 1 an. Les résultats montrent que les enfants nés de femmes ayant reçu de la vitamine C avaient une fonction pulmonaire améliorée par rapport aux enfants nés de femmes ayant reçu un placebo (rapport TPTEF/TE = 0,383 vs. 0,345 ; IC 95% de la différence 0,011-0,062 ; p=0,006 ; et Crs/kg = 1,32 vs. 1,20 ml/cmH₂O/kg ; IC 95% 0,02-0,20 ; p=0,01), et du même ordre de grandeur que celle des enfants nés de femmes non fumeuses. Par contre à 1 an, malgré des valeurs supérieures dans le groupe traité par rapport au groupe placebo, l'effet n'était plus significatif (peut-être dû aux pertes de vues relativement importantes, 7,7% dans le groupe placebo et 14,6% dans le groupe vitamine C). Les enfants nés de femmes ayant reçu de la vitamine C avaient aussi moins de sifflements pendant la première année de vie que ceux nés de femmes ayant reçu un placebo (15/70 ou 21% vs. 31/77 ou 40% ; risque

relatif 0,56 ; IC 95% 0,33-0,95 ; p=0,03). Un sous-groupe de femmes (n=173) a été génotypé pour 2 types de récepteurs nicotiniques, ce qui a permis de montrer que l'effet du tabagisme maternel sur la fonction pulmonaire de l'enfant était lié (p<0,001 pour l'interaction) au génotype maternel pour la sous-unité $\alpha 5$ des récepteurs nicotiniques (celle qui est couramment associée à une forte dépendance). Pendant l'étude, les femmes enceintes fumeuses ont reçu des conseils brefs d'arrêt du tabac (10 min) à chaque visite. A la fin de la grossesse, 10% d'entre elles avaient cessé de fumer (il n'est pas précisé dans l'article la répartition par groupe).

- **L'exposition précoce à la fumée de tabac est-elle liée aux symptômes dépressifs chez la femme de 40 ans ?**

Elmasry H et al. Nicotine Tob Res. 2014 Apr 28. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24776377>

Le lien entre tabagisme et dépression est toujours source de nouvelles études. Celle-ci a cherché à savoir si l'exposition intra-utérine (EIT) au cours de la grossesse et l'exposition passive (EP) à la fumée de tabac au cours de l'enfance, étaient liées aux symptômes dépressifs au milieu de la vie. Des femmes enceintes incluses dans cette étude ont fourni des données concernant leur tabagisme ainsi que d'autres caractéristiques parentales. Les enfants de sexe féminin ont été suivies jusqu'à l'âge de 7 ans, puis en milieu de vie (âge entre 38 et 44 ans), et ont fourni des données concernant leur propre statut tabagique, leur exposition passive à la fumée de tabac, et ont rempli l'échelle CES-D pour les symptômes dépressifs actuels. Parmi les femmes revues en milieu de vie (72 avec EIT, 104 sans EIT), celles exposées à l'EIT présentaient un risque plus grand de symptômes dépressifs (RR=1,83 ; IC 95% 1,08-3,09 ; valeur de p non donnée dans tout l'article) que celles non exposées à l'EIT. Par rapport à celles qui n'avaient eu ni EIT ni EP, celles qui avaient ces deux types d'exposition (EIT + EP) avaient un risque de symptômes dépressifs plus que doublé (RR=2,40 ; 1,07-5,41). En prenant en compte les facteurs confondants, tels que le tabagisme actuel de ces femmes, l'association n'était plus significative (RR=1,36 ; 0,75-2,45). Les auteurs concluent que l'exposition précoce à la fumée de tabac augmente le risque de dépression en milieu de vie chez les femmes, mais que ce risque est largement influencé par le propre statut tabagique de ces femmes, et que donc l'exposition précoce pourrait aussi déterminer le tabagisme futur. Cependant, lorsque tous les facteurs confondants sont pris en compte (éducation de la mère, EP, statut fumeur, niveau d'éducation), ces associations ne sont plus significatives (l'IC inclut la valeur 1), le risque de symptômes dépressifs chez les femmes avec EIT + ou - EP est RR=1,69 (0,73-3,93) et chez les femmes sans EIT mais avec EP, le RR=1,45 (0,59-3,58). Ce qui modère un peu les conclusions des auteurs, qui vont un peu trop loin dans l'association, sans prendre suffisamment de précautions avec les facteurs confondants et les faibles effectifs de cette étude.

- **L'arrêt du tabac est associé à l'augmentation du taux sanguin de bilirubine, un antioxydant diminuant le risque cardiovasculaire et de cancer du poumon.**

O'Malley SS et al. Nicotine Tob Res. 2014 May 8. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24812024>

Un faible de taux de bilirubine, un antioxydant endogène, est associé à un risque plus élevé de maladies dues au tabagisme, incluant le cancer du poumon et les maladies cardiovasculaires. Les fumeurs ont des taux de bilirubine plus faibles que les non-fumeurs et les ex-fumeurs. Une hypothèse non réellement démontrée serait que la nicotine ou d'autres composés de la fumée de tabac inhiberaient une enzyme (glucuronosyl-transférase diphosphate) qui catalyse la conjugaison de la bilirubine, une étape métabolique majeure dans son élimination. Cette étude a étudié les variations des taux de bilirubine au cours de l'arrêt du tabac. C'est une analyse secondaire d'un essai clinique ayant testé l'efficacité de la naltrexone dans l'arrêt du tabac. Les auteurs ont comparé les taux de bilirubine chez 155 fumeurs abstinents pendant 6 semaines, à ceux de 193 fumeurs non abstinents. A l'entrée dans l'étude les fumeurs fumaient ≥ 20 cigarettes par jour, et ont été traités par un patch de nicotine à 21 mg, plus un placebo ou de la naltrexone (25, 50 ou 100 mg), ainsi qu'un suivi pendant 6 semaines. Les taux de bilirubine ont été mesurés aux semaines 1, 4 et 6, et comparés au taux avant arrêt. Indépendamment de la dose de naltrexone reçue, les fumeurs abstinents avaient un taux de bilirubine non conjuguée (libre) augmenté (différence par rapport à la ligne de base : $+0,06 \pm 0,17$ mg/dl) par rapport aux fumeurs non abstinents ($+0,02 \pm 0,15$ mg/dl ; p=0,015) (les taux de bilirubine libre de base étaient de 0,29 mg/dl dans les 2 groupes). Des résultats similaires ont été observés avec le taux de bilirubine total (différence $+0,05 \pm 0,18$ vs. $+0,02 \pm 0,18$ mg/dl ; p=0,037) (les taux de bilirubine totale de base étaient respectivement de 0,45 et 0,44 mg/dl). Les auteurs concluent que malgré le fait qu'il s'agisse d'une analyse secondaire (post-hoc), ces résultats montrent que l'augmentation, même faible, des taux de bilirubine, apparaissent très tôt au cours de l'arrêt et pourraient contribuer aux bénéfices précoces de

● **Quels sont les déterminants de l'utilisation d'aides à l'arrêt du tabac ? Analyse de données de 27 pays européens.**

Filippidis FT et al. Prev Med. 2014 May 14. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24832820>

Cette étude est basée sur les données de l'Eurobaromètre (février-mars 2012) chez 9921 fumeurs et ex-fumeurs de 27 pays européens. Des régressions multivariées ont été utilisées afin de tester les corrélations entre l'utilisation de méthodes validées d'aide à l'arrêt (pharmacothérapie et support psychosocial) en fonction des caractéristiques socio-économiques, la région européenne, et le niveau de politique d'aide à l'arrêt du pays considéré. Parmi les fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt et les ex-fumeurs, 19,9% avaient utilisé une aide à l'arrêt validée (en France 25,3% ; IC 95% 20,8-29,8). Par rapport aux résidents de pays de l'Europe du Sud, les résidents de l'Europe du Nord (OR ajusté = 1,90 ; 1,44-2,52), de l'Ouest (ORa=3,21 ; 2,37-4,35) et de l'Est (ORa=1,69 ; 1,26-2,25) étaient plus enclins à utiliser les méthodes d'aide à l'arrêt validées (tous les p<0,05). Les résidents de pays proposant des programmes d'aide à l'arrêt complets prenant en charge des lignes d'aide à l'arrêt, des traitements pharmacologiques, et d'autres services de soutien ont aussi une plus grande probabilité d'utiliser les méthodes d'aide à l'arrêt validées (OR=1,29 ; IC 95% 1,07-1,55). Pour les autres variables, seul l'âge était corrélé à une plus grande utilisation des méthodes validées (entre 25 et 39 ans OR=1,50 : 1,02-2,21 et entre 40 et 54 ans OR=1,88 ; 1,28-2,76), ni le sexe, ni le niveau socio-économique, ni l'éducation n'étaient corrélés. Selon les auteurs, ces résultats soulignent le besoin pour les pays d'assurer l'accessibilité à l'aide à l'arrêt (recommandation de l'Article 14 de la CCLAT).

● **Efficacité comparée de l'e-cigarette, des TNS et de l'arrêt sans aide dans la population anglaise.**

Brown J et al. Addiction. 2014 May 20. [Epub ahead of print]
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12623/abstract>

Cette étude n'est pas une étude contrôlée et randomisée, c'est une étude en population, mais elle n'est pas pour autant inintéressante. Elle est issue de l'enquête Smoking tool kit de Robert West, dont nous avons plusieurs fois rapporté des résultats dans cette Lettre. Il s'agit d'une enquête transversale qui interroge des fumeurs tous les mois afin de suivre l'évolution des tendances à l'arrêt. Cette étude porte sur 5863 adultes qui ont fumé au cours des 12 derniers mois et fait au moins une tentative d'arrêt durant cette période en utilisant soit la cigarette électronique (n=464), soit des TNS achetés sans ordonnance (n=1922), soit qui ont arrêté sans aide (n=3477). Le critère principal d'efficacité était l'abstinence tabagique rapportée (sans validation biologique) au moment de l'enquête, ajusté sur des facteurs confondants, dont la dépendance. Les résultats montrent que ceux qui ont utilisé une cigarette électronique étaient plus susceptibles d'être abstinentes que ceux qui ont utilisé un TNS (OR=2,23 ; IC 95% 1,70-2,93 ; 20% vs. 10,1% ; p<0,001) ou ceux qui n'ont utilisé aucune aide (OR=1,38 ; 1,08-1,76 ; 20% vs. 15,4% ; p<0,05). Les données ajustées sur les facteurs confondant (âge, sexe, niveau socio-économique, durée de la tentative d'arrêt, nombre d'arrêts dans l'année, arrêt brusque par rapport à graduel, année de l'enquête, durée et intensité des épisodes d'envie de fumer, et l'interaction entre ces facteurs et le délai depuis le début de cette tentative d'arrêt) donnent pour ceux ayant utilisé une cigarette électronique par rapport à ceux ayant utilisé un TNS, un OR=1,63 (1,17-2,27 ; p<0,01), et par rapport à ceux ayant arrêté sans aide un OR=1,61 (1,19-2,18 ; p<0,01). Les auteurs concluent que parmi les fumeurs n'ayant pas recherché l'aide d'un professionnel de santé, ceux ayant utilisé une cigarette électronique avaient plus de chance d'être abstinentes que ceux ayant choisi un TNS ou aucune aide, et que cette différence persiste lorsque l'on prend en compte les facteurs confondants tels que le niveau de dépendance tabagique. Dans la discussion, les auteurs indiquent que les résultats non ajustés apporte une vision brute de l'utilisation de ces aides à l'arrêt dans des conditions naturelles. Cependant, ils notent que les caractéristiques des trois groupes sont différentes. Par exemple, les fumeurs les plus dépendants ont plus tendance à utiliser un traitement, et les fumeurs les plus défavorisés ont moins tendance à utiliser la cigarette électronique. Les auteurs n'excluent pas que d'autres facteurs confondants que ceux utilisés puissent avoir un effet sur les résultats. Par exemple que la motivation à l'arrêt soit associée avec l'utilisation d'un traitement, bien qu'aucune étude n'ait montré que l'intensité de cette motivation soit associée avec le succès d'une tentative d'arrêt lorsqu'elle est initiée. Les auteurs vont même plus loin, en disant que cette observation pose la question du bien-fondé de l'accès au TNS sans ordonnance, sans aide ou conseil d'un professionnel de santé. Ils notent aussi que l'attrait pour la cigarette électronique, et par là le fait qu'elle soit utilisée plus facilement qu'un traitement validé, pourrait lui conférer un impact potentiel en termes de santé publique.



Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

Les sections **Efficacité** des traitements et **Economie de la santé** ont été mises à jour, la version française et déjà disponible. La nouvelle section sur la **e-cigarette** vient d'être mise en ligne (http://www.treatobacco.net/fr/page_492.php), et sera prochainement traduite en français.

[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.

[Renoncer à la cigarette "dope" le moral !](#)

[Tabac : un enfant de gros fumeur risque de le devenir lui-même](#)

[États-Unis: Les enfants qui travaillent dans la culture du tabac encourent des dangers pour leur santé](#)

[Les ados moins accros au tabac](#)

[New York interdit l'achat de cigarettes en dessous de 21 ans](#)

[E-cigarette avec nicotine autorisée mais tour de vis pour la clope](#)

[Les liens entre les politiques et l'industrie du tabac épinglés](#)

informations

La SFT annonce la création d'un annuaire des consultations de tabacologie des membres de la SFT, avec une mise en ligne pour la rentrée 2014. Tout membre qui n'aurait pas reçu le questionnaire correspondant, peut contacter le secrétariat de la SFT : sft@larbredecomm.fr.



PARIS, 30 avril 2014 (APM) - Dix experts, réunis à l'initiative de l'Office français de prévention du tabagisme (OFTA), ont formulé 45 constats et recommandations pour guider les professionnels de santé sur la conduite à tenir concernant le recours à la cigarette électronique notamment dans l'arrêt du tabac.

http://p.arvers.free.fr/forum/IMG/pdf/Avis_experts_e-cigarette_30_avril_2014_VF.pdf

congrès

Numéro de DPC : 15871400005

8^e Edition de l'ALBATROS
Congrès International d'Addictologie
Hôpital Paul Brousse - Département de Psychiatrie et d'Addictologie - Villejuif

Jeudi 5 & Vendredi 6
JUN 2014

www.centredesaddictions.org

ADDICTIONS : de la transversalité aux partenariats

PARIS

La 8^{ème} édition du Congrès de l'ALBATROS aura lieu le jeudi 5 et le vendredi 6 juin 2014 au Novotel Tour Eiffel à Paris (programme téléchargeable sur le site www.centredesaddictions.org).

8^e Congrès national
de la Société française
de tabacologie

**Tabagisme :
enjeu majeur
de santé
publique !**

6 & 7 novembre 2014
Espace Charenton
327 rue de Charenton • 75012 Paris

www.csft2014.fr
01 43 25 19 65

OFTA
OBSERVATOIRE FRANÇAIS
DE TABACOLOGIE

Société
française de
tabacologie

Vous pouvez vous inscrire en ligne (tarif préférentiel avant le 15 juin) au 8^{ème} congrès de la SFT.

<http://www.csft2014.fr/index.html>

Programme

IRAAT
INSTITUT RHÔNE-ALPES-AUVERGNE
DE TABACOLOGIE

17^{ème} Journée
Scientifique
MAT'AB (IRAAT)
Maternité sans tabac

**Femmes enceintes
et nouvelles
consommations**

Jeudi 12 juin 2014
Hôtel Best Western
23 Cours Charlemagne - Perrache
69002 LYON

MAT'AB 2014 - Femmes enceintes et nouvelles consommations

La 17^{ème} journée scientifique Maternités sans tabac, organisée par l'Institut Rhône-Alpes-Auvergne de Tabacologie, se tiendra le 12 juin 2014 à Lyon, Hôtel Best Western.

[Télécharger le programme de MAT'AB 2014 - IRAAT.](#)

Les 19èmes Rencontres se tiendront les 25 et 26 juin prochains à Biarritz, sur le thème "Addictologie : favoriser les interfaces", en partenariat avec le centre BIZIA, et le réseau RESAPSAD (Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie). Au programme de ces nouvelles Rencontres, l'Addiction aux certitudes ; le réseau hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé (HSPS) ; les usages de drogues pendant la grossesse ; hébergement, addictions et psychiatrie ; CSAPA, hôpitaux de jour en addictologie et ELSA : quels rôles pour chacun ?

Programme et ouverture des inscriptions disponibles très prochainement.

<http://www.respadd.org/>



N'oubliez pas de vous inscrire à la 15ème Conférence de la SRNT Europe :

<http://2014srnt.sergas.es/Default.aspx>

offres d'emploi

Le centre de réadaptation cardiovasculaire de la clinique Allera y Labrouste (Paris) cherche un **tabacologue** pouvant intervenir une demi-journée par semaine.

Contact : Dr Philippe Duc, Responsable de la réadaptation cardiovasculaire, Tél. 06 64 54 37 04, philippeduc94@gmail.com

(annonce du 14.01.14)

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



6^{ème} Rencontre



27 Novembre 2014

Faculté de médecine de Nancy

Amphithéâtre Lepois

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

CHU de NANCY - Unité de Coordination de Tabacologie
Bâtiment des spécialités médicales Philippe Canton
Rue du Morvan - 54 511 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX
TEL : 33 (0)3 83 15 34 08 FAX : 33 (0)3 83 15 35 41 MEL : a.spinosa@chu-nancy.fr

Tabac & Alcool

27 Novembre 2014
Faculté de médecine de Nancy

6^{ème} Rencontre



Programme

8h00 à 8h45 - Accueil & café d'accueil

8h45 Ouverture de la journée - Dr N. Wirth

9h00 Tabac et alcool : état des lieux en France et en Lorraine
Michel Bonnefoy, ORSAS Lorraine

9h45 La réduction du risque en tabacologie
Pr Y. Martinet, CHU de Nancy

10h30 - Pause

11h00 La réduction des risques et des dommages en alcoologie
Pr F. Paillé, CHU Nancy

11h45 Tabac et alcool chez les jeunes : caractéristiques et devenir
Dr Geneviève Lafaye, AP-HP Paris

12h30 - Déjeuner (sur réservation)

14h00 Evaluation clinique et biologique de la consommation
d'alcool et conduite à tenir en fonction du résultat
Dr Hervé Martini, CHU Nancy

14h45 Intérêt de l'anêt du tabac en alcoologie
Dr N. Wirth, CHU Nancy

15h30 Tabac, alcool et odontologie
Pr Pascal Ambrosini, CHU Nancy

16h30 - Assemblée Générale

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

6^{ème} Rencontre



Tabac & Alcool

- 27 Novembre 2014 -
Faculté de médecine de Nancy

Bulletin de participation

À retourner avant le 12/11/2014

Mme M Dr Pr

Nom Prénom(s)

Fonction Structure

Adresse

Code postal Ville

Téléphone E-mail

Prix d'inscription

Tarif Non-adhérent AALT 40 €

Tarif Adhérent AALT 25 €

Adhésion ou renouvellement de cotisation lors de l'inscription,
cocher ci-dessous et compléter le bulletin d'adhésion 2014

Cotisation AALT 2014 Personne morale 20 €

Personne physique 10 €

Déjeuner (Pas de réservation possible sur place) 25 €

Total à régler €

Mode de règlement :

Chèque, à l'ordre de AALT

Virement Attention nouvelles coordonnées bancaires

Titulaire du compte : Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie
Code Banque : 30002 - Code Guichet : 07300
Numéro de Compte : 0000709719Q - Clé RIB : 54
IBAN : FR15 3000 2073 0000 0070 9719 Q54 - BIC : CRLYFRPP
Domiciliation : LCL Nancy, 7 B rue Saint Georges

Date : / / 2014

Signature :

Bulletin à retourner, avant le 12/11/2014, à Anna SPINOSA

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

CHU de NANCY - Unité de Coordination de Tabacologie
Bâtiment des spécialités médicales Philippe Canton
Rue du Morvan - 54 511 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX

TEL : 33 (0)3 83 15 34 08 FAX : 33 (0)3 83 15 35 41 MEL : a.spinosa@chu-nancy.fr

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie



Bulletin d'adhésion 2014

Nouveau membre Renouvellement de cotisation

Nom Prénom(s)

Adresse

Code postal Ville

Téléphone E-mail

Cotisation

Personne morale 20 €

Membre institutionnel
Structure représentée

Personne physique 10 €

Membre individuel
Fonction

Règlement :

Chèque, à l'ordre de AALT

Virement bancaire

Attention nouvelles coordonnées bancaires

Titulaire du compte :
Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie
Code Banque : 30002 - Code Guichet : 07300
Numéro de Compte : 0000709719Q - Clé RIB : 54
IBAN : FR15 3000 2073 0000 0070 9719 Q54
BIC : CRLYFRPP
Domiciliation : LCL Nancy, 7 B rue Saint Georges

Date : / / 2014

Signature :

Bulletin à retourner à :

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

CHU de NANCY
Unité de Coordination de Tabacologie
Bâtiment Philippe Canton - Rue du Morvan
54 511 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX

TEL : 33 (0)3 83 15 34 08
FAX : 33 (0)3 83 15 35 41
MEL : a.spinosa@chu-nancy.fr