

• Comparaison de la prévalence tabagique en France et en Angleterre, pourquoi une telle différence ?

McNeill A et al. *Addiction*. 2014 Nov 13. doi: 10.1111/add.12789. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25393099>

La prévalence tabagique a diminué dans les deux pays depuis les années 1970. En France, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence chez les hommes est passée de 60% en 1976 à 38% en 2010, et chez les femmes elle a peu changé restant aux alentours de 30%. En Angleterre, chez les personnes âgées de 16 ans et plus, la prévalence chez les hommes est passée de 51% en 1974 à 22% en 2010, et chez les femmes durant la même période, de 41% à 21%. En comparant la prévalence dans les deux pays entre 2005 et 2010, dans la même catégorie d'âge (16-75 ans), celle-ci est passée de 32% à 34% en France, alors qu'elle baissait de 25% à 22% en Angleterre. L'écart de prévalence entre les groupes socio-économiques (les plus désavantagés fumant plus) a augmenté en France depuis 2000, alors qu'il est resté stable en Angleterre. A l'heure actuelle, cet écart est sensiblement le même (différence de 11%) dans les deux pays. Quelles sont les explications plausibles d'une telle différence de prévalence tabagique entre la France et l'Angleterre. Les auteurs ont pour cela analysé les politiques de santé, et ont trouvé 5 points sur lesquels les deux pays diffèrent :

- 1) manque d'une stratégie cohérente de contrôle du tabac et de volonté politique en France (voir le Rapport de la Cour des Comptes et le Rapport Bur).
- 2) politique de prix inappropriée en France, où le prix du paquet de cigarettes le plus vendu est 2 à 3€ moins cher qu'en Angleterre entre 2005 et 2008, en 2010 l'écart est légèrement supérieur à 1€ (les prix ayant un peu baissé en Angleterre en 2009 et 2010). Par ailleurs, l'augmentation du prix en France au cours de ces années n'a pas résulté d'une augmentation des taxes, mais d'un accord entre l'industrie et l'Etat sur le prix de vente.
- 3) financement insuffisant pour le contrôle du tabac dans les deux pays, en-dessous des recommandations internationales.
- 4) influence de l'industrie du tabac, la France n'ayant pas mis en œuvre l'Article 5.3 de la CCLAT (interférences de l'industrie dans les politiques de santé).
- 5) le rôle des buralistes, qui ont reçu des aides conséquentes pour soi-disant compenser les pertes de revenus dues aux baisses des ventes de tabac, qui n'ont pas réellement eu lieu, et qui fait que cette catégorie a vu ses revenus augmenter régulièrement alors que le pouvoir d'achat des français diminuait. Cet investissement de l'Etat, supérieur à ses investissements pour le contrôle du tabac, fait qu'il a tout intérêt à ne pas voir baisser les ventes.

Les auteurs concluent sur la nécessité de faire des études de cas comparative entre les pays de ce type afin de mieux comprendre le rôle et l'influence des politiques de contrôle du tabac sur la consommation et la prévalence tabagiques.

Table 1 Current smoking prevalence^a in France and England

	France (16-75 years)			England (16-75 years)		
	2000 N(>13K)	2005 N(>30K)	2010 N(>27K)	2000 N(~20K)	2005 N(~20K)	2010 N(~18K)
Total	35	32 ^b	34 ^c	28	25 ^b	22 ^c
• Men	39	36 ^d	38 ^e	30	27 ^b	22 ^c
• Women	31	27 ^b	30 ^c	27	24 ^b	21 ^c

K= x1000. **a** « Current » défini comme : « fumer, même si seulement de temps en temps » en France ; « fumez-vous en ce moment ? » en Angleterre ; **b** p<0,001 (2005 comparé à 2000) ; **c** p<0,001 (2010 comparé à 2005) ; **d** p<0,01 (2005 comparé à 2000) ; **e** non significatif (2010 comparé à 2005).

- **Associations entre l'utilisation de pharmacothérapie lors d'une tentative d'arrêt et les tentatives d'arrêt suivantes.**

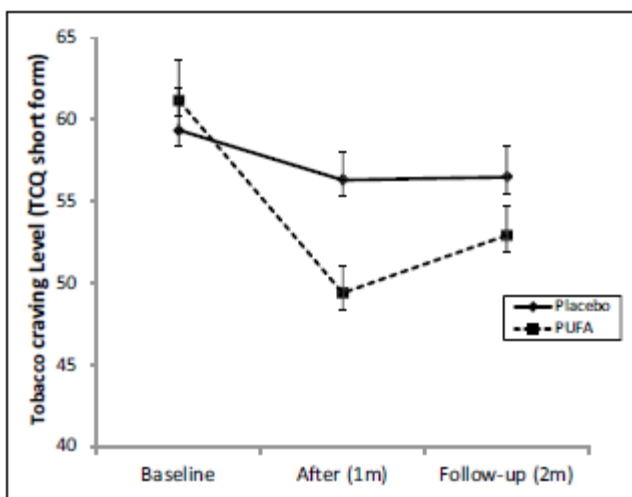
Ferguson SG et al. *Addiction*. 2014 Nov 13. doi: 10.1111/add.12795. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25393225>

Le but de cette étude était de mieux comprendre si le choix de la méthode d'arrêt lors d'une tentative influait les décisions des éventuelles tentatives suivantes et/ou les traitements utilisés lors de ces tentatives. Cette étude est une étude préliminaire pour tenter de modéliser l'impact et la rentabilité des aides à l'arrêt du tabac dans la population. Les données sont issues de la Smoking Tool Kit Study réalisée en Angleterre par Robert West. L'étude a porté sur 5489 fumeurs ayant répondu à un questionnaire de base, puis à un second 6 mois plus tard. Une des questions portait sur la méthode utilisée pour arrêter de fumer (médication prescrite [bupropion, varénicline ou TNS], TNS sans ordonnance, ou sans aide) lors de la précédente tentative d'arrêt, et celle utilisée le cas échéant dans les 3 derniers mois avant le questionnaire final (6 mois). Les résultats montrent que ceux qui avaient fait une tentative d'arrêt lors de l'enquête initiale étaient plus enclins à avoir essayé de nouveau lors de la seconde enquête, par rapport à ceux qui n'avaient pas fait de tentative d'arrêt initialement (OR=2,19 ; IC 95% 1,70-2,81 pour les prescriptions, OR=3,30 ; 2,72-4,00 pour le TNS sans ordonnance, et OR=2,98 ; 2,50-3,55 sans aide ; tous les $p < 0,001$). Ceux qui avaient fait leur tentative initiale d'arrêt avec pharmacothérapie étaient aussi plus enclins à avoir essayé de nouveau lors de la seconde enquête, toujours par rapport à ceux n'ayant pas fait de tentative ($p < 0,001$). Par ailleurs, les fumeurs avaient tendance à réutiliser la même méthode d'arrêt que celle utilisée initialement (OR=2,47 ; IC 95% 1,47-4,14 ; $p < 0,001$ pour les prescriptions, OR=2,57 ; 1,83-3,63 ; $p < 0,001$ pour le TNS sans ordonnance, et OR=1,48 ; 1,07-2,06 sans aide ; $p < 0,05$). Les auteurs concluent que les fumeurs qui ont fait une tentative d'arrêt dans l'année, sont plus enclins à essayer de nouveau dans les 6 mois qui suivent, indépendamment de la méthode utilisée pour arrêter de fumer, et qu'ils réutilisent en général la même méthode lors d'une tentative ultérieure.

- **Une étude pilote montre l'intérêt des oméga-3 pour réduire l'envie de fumer.**

Rabinovitz S. *J Psychopharmacol*. 2014 Jun 4;28(8):804-809. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24899596>

Le tabagisme induit un stress oxydatif provoquant la peroxydation des acides gras polyinsaturés (AGPI), et résultant en une diminution de leur concentration. De faibles concentrations en AGPI oméga-3 affectent la neurotransmission, résultant en une réduction de l'activité mésocorticale associée aux mécanismes de



récompense et de dépendance. La diminution des AGPI peut aussi affecter la possibilité de lutter efficacement contre le stress. Cela peut accroître l'envie irrésistible de fumer (craving) et influencer sur l'arrêt du tabac. Cette étude pilote, contrôlée contre placebo et randomisée, a été faite chez 48 fumeurs, dont 25 ont reçu un supplément sous forme de 2710 mg d'acide eicosapentaénoïque (EPA) et 2040 mg d'acide docosahexaénoïque (DHA) par jour pendant un mois, et 23 ont reçu un placebo durant la même période. Les résultats montrent que les fumeurs sous traitement ont réduit significativement leur consommation quotidienne de cigarettes de 11,2% ($12,7 \pm 3,4$ vs. $14,3 \pm 4,4$ cig/j ; $p < 0,001$) à 1 mois, par rapport aux fumeurs sous placebo ($13,3 \pm 4,1$ vs. $13,5 \pm 4,3$; non significatif). Mais aussi, que lors d'un test de craving (après 2 heures d'abstinence contrôlée, le craving était mesuré par

l'échelle TCQ-SF après les avoir exposés à des stimuli liés au tabagisme) réalisé à 1 mois (fin de traitement) et à 2 mois (sans traitement), leur niveau de craving était significativement réduit ($p < 0,01$). Bien que cette étude soit limitée par son faible échantillon, elle apporte un résultat intéressant qui pourrait peut-être améliorer les résultats des tentatives d'arrêt du tabac chez les fumeurs, si tant est qu'elle puisse être reproduite dans un échantillon de fumeurs plus importants, voire dans un essai clinique associant les oméga-3 à un traitement conventionnel.

- **Arrêt du tabac chez des fumeurs avec diagnostic psychiatrique utilisant une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt.**

Kerkvliet JL et al. *Nicotine Tob Res.* 2014 Nov 9. pii: ntu239. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25385874>

Parmi les appelants des lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt un certain pourcentage souffre de pathologies psychiatriques. Cette étude a cherché à quantifier la proportion des ces fumeurs souffrant de pathologie psychiatrique et leur taux de succès lors d'une tentative d'arrêt du tabac, par rapport à des fumeurs ne souffrant pas de telles pathologies. Afin de les repérer, le questionnaire d'évaluation initial comportait une question sur les maladies chroniques (infarctus, AVC, cancer, diabète, hypertension, hypercholestérolémie, pathologie psychiatrique, incluant dépression, anxiété, trouble bipolaire, etc...), ceux répondant par l'affirmative concernant une pathologie psychiatrique étaient retenus pour ce groupe. Les données démographiques et de comportement tabagique ont été collectées lors du premier appel, et 7 mois plus tard, chez 10720 fumeurs appelant la ligne téléphonique entre septembre 2010 et août 2012. La prévalence de pathologie psychiatrique dans cette population était de 19,8% (2086/10720). Les données d'abstinence (abstinence rapportée de 30 jours) ont été traitées soit en intention de traiter (en tenant compte des perdus de vue), soit en ne tenant compte que des personnes ayant répondu à 7 mois. Le taux d'abstinence en intention de traiter a été de 16,4% chez les fumeurs ayant une pathologie psychiatrique contre 21,5% pour ceux n'en ayant pas ($p < 0,001$). Le taux d'abstinence chez les répondants était respectivement de 36,9% vs. 44,4% ($p < 0,001$). Le rapport des cotes ajusté (OR) décrivant l'association entre le statut tabagique lors du suivi et une pathologie psychiatrique était identique dans les deux analyses, en intention de traiter, ou chez les répondants seulement, indiquant que les fumeurs ayant une pathologie psychiatrique avaient environ 23% de chances en moins d'arrêter de fumer que les fumeurs sans une telle pathologie (OR=0,78 ; IC 95% 0,68-0,89 en intention de traiter, OR=0,77 ; 0,66-0,90 chez les répondants, $p < 0,05$ pour les deux). Aucun facteur, tels que le sexe, l'ethnicité, l'éducation, la durée du tabagisme ou le type de tabac utilisé n'ont eu d'influence sur l'arrêt. Les auteurs concluent qu'il est nécessaire de comprendre pourquoi cette population a un moindre succès dans ses tentatives d'arrêt. Il est possible aussi qu'il faille utiliser une approche spécifique dans cette population afin d'améliorer le taux de succès.

- **Etude pharmacocinétique d'un nouvel inhalateur de nicotine.**

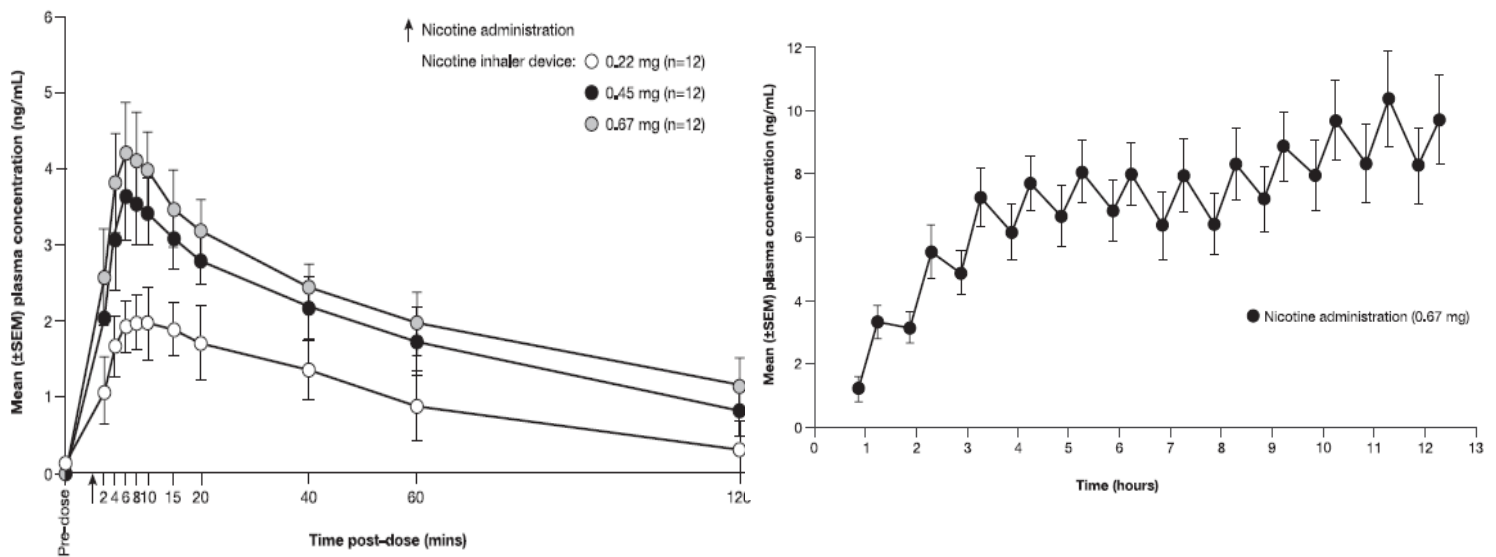
Moyses C et al. *Nicotine Tob Res.* 2014 Nov 10. pii: ntu228. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25385878>



Cet article complète celui sur l'efficacité de ce produit contre le craving, présenté dans la Lettre n°53 de septembre. Il s'agit en fait d'une sorte de cigarette électronique développée par Nicoventures, une filiale de BAT. Cette série d'étude vise en fait à enregistrer ce produit comme un médicament en Angleterre (MHRA) afin d'être utilisé pour la réduction du risque tabagique et l'arrêt du tabac. Il s'agit des études de phase I pour déterminer les caractéristiques pharmacocinétiques de ce produit.

Dans la première partie de cette étude, 18 fumeurs ont testé chacun deux doses différentes de nicotine parmi les 3 doses testées (0,22 ; 0,45 et 0,67 mg) avec 5h30 d'écart entre les deux doses testées. La procédure consistait à prendre une inhalation toutes les 15 s pendant 2 min (8 inhalations en tout). A 2 min (fin de l'administration) la concentration artérielle (pas de précision de la localisation de la prise de sang) de nicotine était respectivement de 1,10 ; 2,06 et 2,59 ng/ml pour chacune des doses testées. Le pic (Cmax) correspondant à chaque dose était de 2,11 ; 3,73 et 4,38 ng/ml, correspondant à un Tmax (temps correspondant au Cmax) de 10,2 ; 7,3 et 6,5 min (voir graphique ci-dessous, à gauche).

La nicotineémie veineuse donne un pic (Cmax) un peu plus faible (3,3 ng/ml pour la dose moyenne de 0,45 mg de nicotine) et plus tardif (18,4 min) (voir la Lettre de septembre pour la comparaison avec l'inhalateur Nicorette). Dans la seconde partie de cette étude, cet inhalateur a été utilisé une fois par heure pendant 12h, à la dose de 0,67 mg de nicotine. La nicotineémie veineuse correspondante est présentée dans le graphique ci-dessous (à droite). La nicotineémie moyenne à l'équilibre se situe autour de 8 ng/ml (6 à 10 ng/ml). Globalement ces résultats ne semblent pas apporter une supériorité évidente de ce produit par rapport à l'inhalateur Nicorette, si ce n'est peut-être un pic de nicotineémie un peu plus précoce, qui semble améliorer l'effet sur le craving.



- **Essai randomisé sur l'efficacité et la rentabilité de la distribution gratuite de patchs par une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt.**

Burns EK et al. *Tob Control*. 2014 Nov 21. pii: tobaccocontrol-2014-051843. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-051843. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25416755>

Cette étude réalisée par la ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac du Colorado (USA) a cherché à savoir si le fait de distribuer gratuitement 8 semaines de traitement par patch de nicotine (pratique courante aux USA) était rentable, compte tenu du fait que peu de fumeurs les utilisent en totalité. Les auteurs ont recruté des fumeurs de 16 à 20 cigarettes par jour, et les ont randomisés pour recevoir 4 ou 8 semaines (envoyé en deux fois pour les 8 semaines, la seconde partie n'étant envoyée que si elle était réclamée) de traitement par patch de nicotine (Nicoderm) en indiquant aux participants que les instructions d'utilisation de ces patchs recommandent une utilisation sur 10 semaines, laissant le soin aux participants d'acheter les patchs supplémentaires éventuellement nécessaires. L'abstinence (de 7 jours, de 30 jours, et prolongée à 6 mois) était évaluée à 6 mois. L'étude a inclus 1495 fumeurs dont 57,7% ont répondu à 6 mois. L'abstinence de 30 jours (non vérifiée par marqueur), en intention de traiter (considérant les perdus de vue comme toujours fumeurs), n'a pas été significativement différente entre les deux groupes, 13,8% pour le groupe de 4 semaines de traitement, contre 12,4% pour le groupe de 8 semaines de traitement. Pour l'abstinence de 7 jours les valeurs étaient respectivement de 16,1% et 14,8%, et pour l'abstinence prolongée de 6 mois, de 5,7% et 5,6%. Plus de 90% des participants ont utilisé les patchs, pendant 35 jours (médiane) dans les deux groupes, et 27,8% du groupe de 4 semaines de traitement a racheté des patchs supplémentaires, 15,8% dans le groupe de 8 semaines de traitement. Un tiers des participants du groupe de 8 semaines a réclamé le second envoi de 4 semaines. Ceux qui ont racheté des patchs, quel que soit le groupe, ont eu des taux d'abstinence supérieurs (35,2% et 28,1% respectivement pour l'abstinence de 30 jours chez les réponders uniquement) mais pas statistiquement différents ($p=0,34$). La façon dont les données sont présentées n'est pas très claire dans l'article et rend l'interprétation un peu difficile. En termes de rentabilité, le groupe de 4 semaines de traitement a coûté 23% de moins par arrêt que le groupe de 8 semaines de traitement, et a augmenté la volonté d'acheter des patchs supplémentaires chez les participants. Les auteurs concluent que leur étude permet difficilement de faire un choix clair, en termes de rentabilité, entre les deux protocoles pour les lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt, d'autant que les fumeurs recrutés sont des fumeurs « modérés » (exclusion des gros fumeurs) et que tous les fumeurs n'ont pas forcément les moyens de payer la totalité de leur traitement.

- **Comparaison de la dépendance chez des fumeurs et utilisateurs de tabac non-fumé.**

Rodu B et al. *Nicotine Tob Res*. 2014 Oct 30. pii: ntu224. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25358658>

Cette étude à laquelle a participé Karl Fagerström, s'est intéressée au délai entre le réveil et la première cigarette ou la première utilisation de tabac non-fumé (TNF) de la journée. L'échantillon analysé provient d'une enquête américaine (TUS-CPS) de 2003, il est constitué de 10478 fumeurs (25% fumant 1-14 cig/j, 52% fumant 15-24 cig/j, et 23% fumant 25+ cig/j) et 1176 utilisateurs de TNF, dont 38% étaient des ex-fumeurs, le reste des

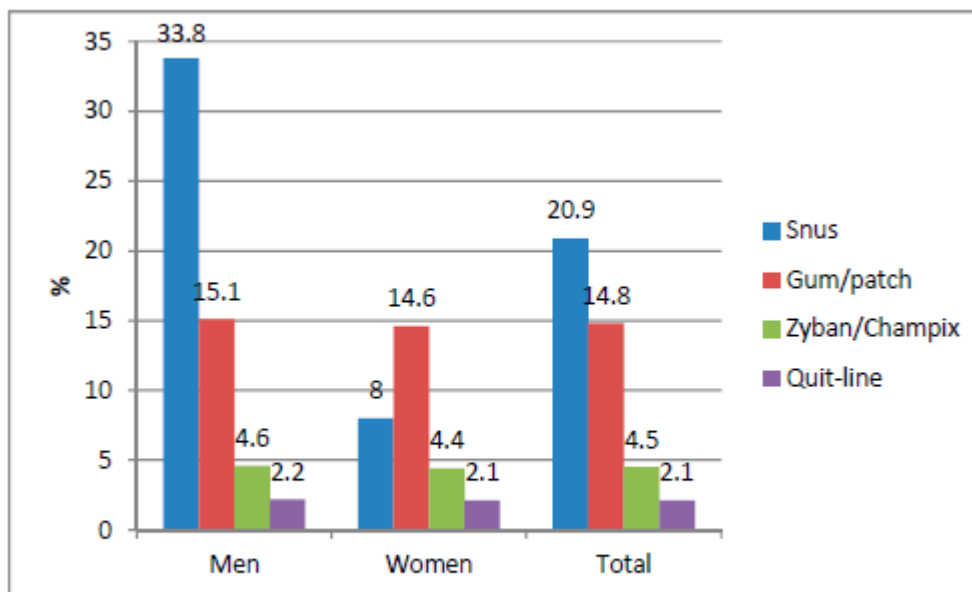
utilisateurs exclusifs. Un modèle de régression logistique multivarié a été utilisé pour comparer les groupes par rapport au délai de la première cigarette ou de TNF (dans les 5 min, et dans les 30 min). Pour ceux qui utilisent du tabac dans les 5 min après le réveil, les utilisateurs exclusifs de TNF n'étaient pas différents des petits fumeurs (1-14 cig/j, pris comme référence), OR=1,28 (IC 95% ; 0,97-1,68), alors que les fumeurs modérés (15-24 cig/j), les gros fumeurs (25+ cig/j), et les utilisateurs de TNF ex-fumeurs étaient tous différents des petits fumeurs (respectivement, OR=3,09 ; 2,65-3,60 ; $p<0,0001$; OR=9,09 ; 7,72-10,71 ; $p<0,0001$; OR=1,46 ; 1,06-1,68 ; $p=0,022$). Pour ceux qui utilisent du tabac dans les 30 min après le réveil, les utilisateurs exclusifs de TNF étaient significativement moins enclins que les petits fumeurs à utiliser du tabac dans les 30 min (OR=0,74 ; 0,62-0,89 ; $p=0,001$). Les fumeurs modérés et les gros fumeurs étaient tous plus enclins à fumer que les petits fumeurs, tant à 5 min qu'à 30 min. Les auteurs concluent que par comparaison aux petits fumeurs, les utilisateurs exclusifs de TNF ont une propension similaire à utiliser du tabac dans les 5 min après le réveil, alors que les utilisateurs de TNF ex-fumeurs sont un peu plus nombreux à utiliser du tabac dans les 5 min, montrant ainsi que les utilisateurs exclusifs ont un niveau de dépendance plus faible que la majorité des fumeurs. Ceci semble confirmer l'hypothèse selon laquelle la cigarette est le mode de consommation du tabac qui crée la dépendance la plus forte.

● L'utilisation du snus en Norvège a permis une réduction globale de la consommation de tabac.

Lund I & Lund KE. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Nov 13;11(11):11705-17.

Article en libre accès: <http://www.mdpi.com/1660-4601/11/11/11705>

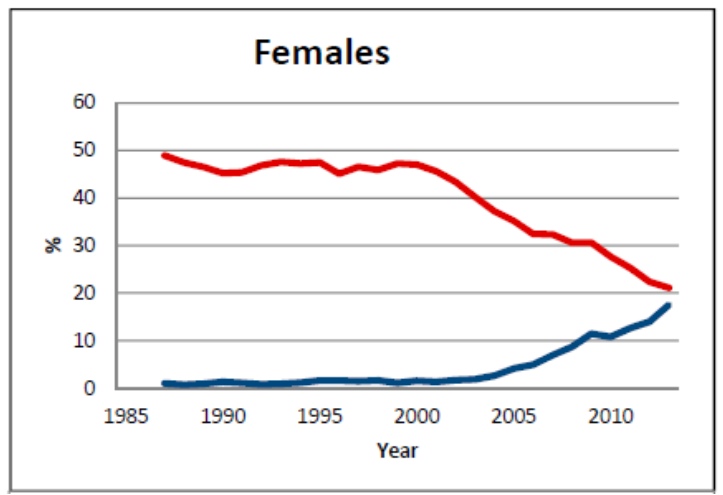
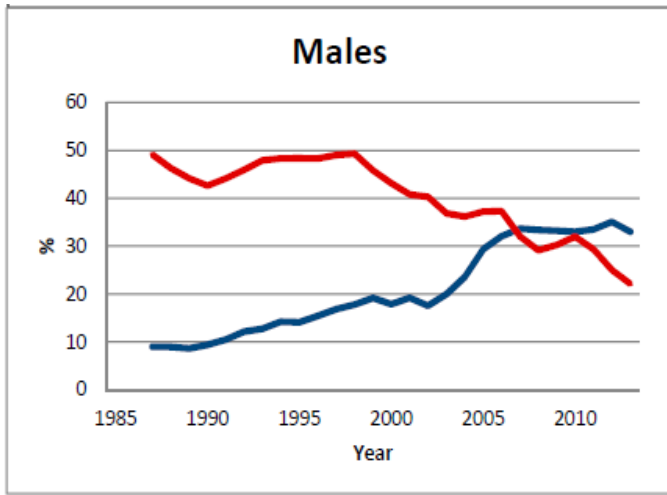
Cet article a analysé les données de 9 enquêtes transversales réalisées entre 1985 et 2013, représentant un échantillon de 19269 fumeurs ou ex-fumeurs. Les données montrent que les parts de marché du snus sont passées de 4% en 1985, à 28% en 2012, mais que pendant cette période la consommation totale de tabac a diminué de 20,3% (passant de 2065 g à 1646 g par habitant). Le snus a été rapporté (données groupées de 2007-2013) comme la méthode la plus utilisée par les fumeurs pour arrêter de fumer (voir graphique ci-dessous).



Source: Statistics Norway and Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research.

Comparé aux fumeurs n'ayant jamais utilisé de snus, les utilisateurs exclusifs de snus avaient un taux d'arrêt de la cigarette significativement supérieur (dans 7 des 9 enquêtes, $p<0,001$; pour les deux autres $p<0,01$ et $p<0,035$). Parmi les jeunes hommes adultes (16-30 ans), la prévalence du tabagisme (quotidien + occasionnel) est passée de 50% en 1985, à 21% en 2013. Au cours de la même période, l'utilisation du snus est passée de 9% à 33%. Cette corrélation négative ($r = -0,9$; $p<0,001$) a aussi été observée chez les jeunes femmes adultes ($r = -0,811$; $p<0,001$), mais avec un délai par rapport aux hommes (voir graphiques ci-dessous).

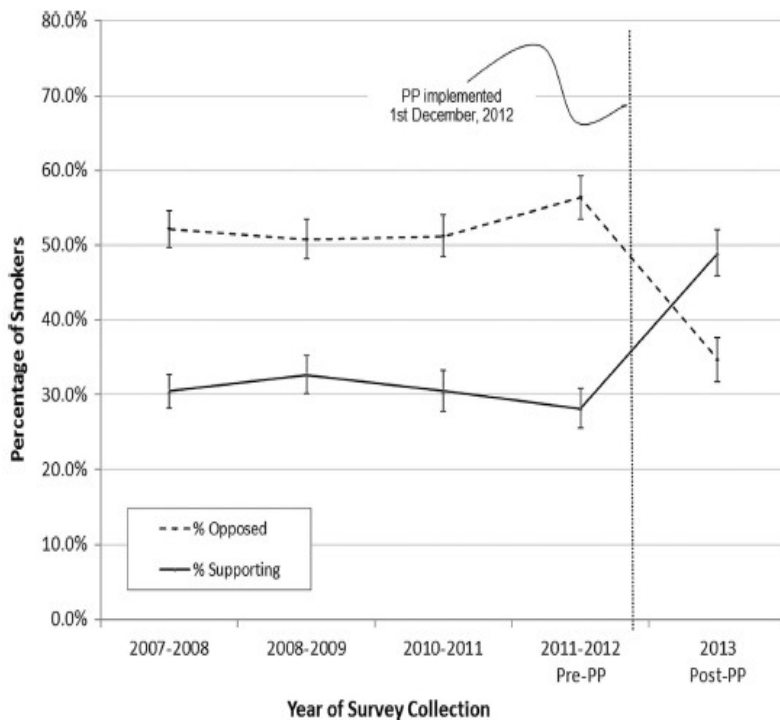
Les auteurs concluent que ce qui s'est passé en Norvège avec le snus pourrait représenter ce qui pourrait se passer ailleurs maintenant avec les produits nicotiques alternatifs (ex : cigarette électronique), à condition qu'ils aient la possibilité d'entrer en compétition avec les cigarettes sur le marché.



- **L'acceptation du paquet neutre a augmenté chez les fumeurs australiens depuis son introduction.**

Swift E et al. Tob Control. 2014 Nov 10. pii: tobaccocontrol-2014-051880. doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-051880. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25385449>

L'introduction du paquet neutre pour les produits du tabac est entrée en vigueur le 1er décembre 2012 en Australie, incluant aussi des avertissements sanitaires plus grands. Des données longitudinales de l'enquête ITC (four country survey) ont été utilisées pour examiner l'attitude des fumeurs face à ce changement (quatre mesures entre 2007 et 2012, et une mesure post-introduction en 2013). L'analyse des tendances montre une légère augmentation de l'opposition au paquet neutre avant son introduction, sans changement chez ceux l'approuvant. Après l'introduction du paquet neutre, l'approbation a clairement augmenté, passant de 28,2% à 49%, alors que



dans le même temps l'opposition est passée de 49% à 34,7%. Des analyses multivariées ont montré que ceux qui supportaient le paquet neutre, tant avant qu'après son introduction, croyaient plus dans les méfaits du tabac, avaient plus le désir d'arrêter et avaient une dépendance moins forte. Parmi ceux qui n'approuvaient pas le paquet neutre avant son introduction, ceux qui n'avaient pas une opinion tranchée (par rapport à ceux réellement hostiles) étaient plus susceptibles de l'approuver après l'introduction. L'approbation du paquet neutre était aussi associée à un plus grand nombre de tentatives d'arrêt du tabac. Selon les auteurs, l'acceptation du paquet neutre en Australie a augmenté parmi les fumeurs qui sont le plus inquiets des effets néfastes du tabagisme, qui sont moins dépendants et qui font plus de tentatives d'arrêt.

La nouvelle section sur la cigarette électronique et la mise à jour de la section Politiques sont disponibles en français sur www.treatobacco.net

congrès

**CBT : JOURNEE REGIONALE ANNUELLE DE TABACOLOGIE
TABAC ET CANNABIS - Vendredi 6 février 2015 (voir présentation en dernière page)**



[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.

[Comment arrêter de vapoter](#)

[Le tabac pourrait tuer un quart de la population calédonienne](#)

[La e-cigarette aiderait les fumeurs à réduire leur consommation](#)

['Vapoter', élu mot de l'année 2014 par le site Oxford Dictionaries](#)

[e-CIGARETTE: Elle peut réduire de 60% le tabagisme!](#)

[E-cigarette : comment des consommateurs ont converti les médecins](#)

[Sevrage tabagique : faut-il combiner patchs et Varénicline](#)

["La Belgique n'a plus de politique forte anti-tabac depuis 2007"](#)

[Les géants du tabac accusés de s'entendre sur le prix du paquet de cigarettes](#)

[Plus de 20% des lycéens américains fument](#)

[Tabac : les Australiens convaincus par l'efficacité des paquets neutres](#)

La situation du tabac au mois d'octobre 2014

Le "tableau de bord" tabac mensuel de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies confirme, pour octobre 2014, la tendance marquée au recul des ventes de tabac dans le réseau des buralistes. Les ventes de cigarettes de ce mois sont inférieures d'environ 6 % à celles du mois d'octobre 2013. C'est également le cas pour les ventes de tabac à rouler (- 5,7 % par rapport à octobre 2013). Sur les dix premiers mois de 2014 le recul est du même ordre pour les cigarettes (- 5,8 %) et un peu plus faible pour le tabac à rouler (- 4,2 %).

Les ventes de traitements d'aide à l'arrêt sont en recul de - 13 % par rapport à octobre 2013 et - 28 % depuis le début de l'année. Le niveau d'appels à la ligne Tabac info service enregistre une hausse importante (+ 67 % par rapport au mois précédent) après le lancement d'une campagne de l'INPES dans le cadre du PNRT (radio, télévision et web) le 26 septembre 2014.

[Consulter le tableau de bord tabac](#)

[Consulter le tableau de bord tabac](#)

Sur le site de la SFT :

Prix du meilleur Mémoire des DIU de tabacologie - Session 2014

offres d'emploi

5 vacations tabac et 1 vacation alcool seront disponibles en début d'année 2015 au Centre hospitalier d'Argenteuil (Val d'Oise).

Adresser CV et lettre de motivation au Dr Anne Bretel : bretelanne@gmail.com

(annonce du 23.06.14)

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

JOURNEE REGIONALE ANNUELLE DE TABACOLOGIE

Organisée par la Coordination Bretonne de TABACOLOGIE – Contact : 02 98 22 30 38



TABAC ET CANNABIS

Vendredi 6 février 2015

Centre de Keraudren

110, Rue Ernestine de Trémaudan - BREST

La Coordination Bretonne de Tabacologie organisée sa 12^{ème} Journée Annuelle à Brest le 6 Février 2015.

Le thème retenu cette année est "Tabac et cannabis" le matin et une **synthèse des meilleures sessions du congrès de la SFT de novembre 2014** l'après midi.

La matinée nous permettra de faire le point successivement sur les toxicités pulmonaire, cardiovasculaire et psychique du cannabis avant d'aborder la question de la prise en charge thérapeutique des patients présentant une co-addiction au tabac et au cannabis. Cette dernière session comportera une courte partie théorique mais surtout plusieurs cas cliniques sur lesquels les participants seront invités à réfléchir.

L'après midi sera consacré à la synthèse des meilleures sessions du Congrès de la Société Française de Tabacologie qui aura lieu à Paris les 6 et 7 novembre 2014.

En effet, tous les tabacologues ne peuvent pas assister à ce congrès souvent riche en informations et il a paru important au Conseil d'Administration de la CBT de se répartir le travail de façon à "couvrir" le plus largement possible les sessions de ce congrès pour en faire bénéficier tous les participants à cette journée.

Nous espérons que ce programme retiendra votre attention et que nous aurons le plaisir de vous compter parmi les participants le 6 février prochain.

Pr. Jean-Dominique Dewitte

Infos pratiques

Depuis la Gare SNCF : Se rendre à la place de la Liberté (5mn de marche), prendre le bus N° 7 en direction de Kerguen, descendre à l'arrêt « Keraudren » (attention bus passant toutes les 15 mn en heure de pointe puis toutes les 30 mn – Durée du trajet 20 mn)

Arrivée par la N12 : Avant d'arriver à Brest, Prendre la sortie « Bohars, Keraudren D112 ». Vous y êtes !

Arrivée par la N165 : En arrivant à Brest, prendre la direction « Brest Guparvas » pour contourner la ville jusqu'à arriver sur la RN 12 à prendre en direction de BREST. Prendre la sortie « Bohars, Keraudren D112 ». Vous y êtes !

COUPON-REPONSE à retourner **avant le 14 janvier 2015** :

CBT 2014, Consultation Hospitalière de Tabacologie
Centre de Pathologies Professionnelles
CHU MORVAN,
29609 BREST Cedex

NOM : Profession :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

Souhaite participer à la Journée Régionale Annuelle de Tabacologie à BREST le 6 février 2015.

Je suis membre de la CBT, à jour de mes cotisations 2014, mon inscription est gratuite.

Sinon, je joins un chèque de 30 euros, à l'ordre de la « Coordination Bretonne de Tabacologie ».

NB : Seules les inscriptions accompagnées du chèque de réservation incluant la participation aux conférences et le **reçu du mail** seront prises en compte. Les inscriptions seront retenues dans la limite des places disponibles.

PROGRAMME

9H00 Accueil à partir de 9h

9H30 Toxicité pulmonaire du cannabis

Docteur Michel ANDRE

HIA - BREST (20 mn + 10 mn questions /réponses)

10H00 Toxicité cardiovasculaire du cannabis

Docteur Ulfic VINSOINEAU

HIA - BREST (20 mn + 10 mn questions /réponses)

10H30 Toxicité psychique du cannabis

Docteur P. BODENEZ

CHRU de Brest (30 mn + 15mn questions/réponses)

11H15 Pause Café

11H45 Prise en charge intégrée " Tabac et Cannabis"

Docteur Audrey SCHMITT

CHRU Clermont-Ferrand

(45 mn + 30 mn questions/réponse)

13H00 Déjeuner

14H00 Synthèse des meilleures sessions du Congrès de la

SFT (6 et 7 Novembre 2014)

16H00 Conseil d'Administration CBT