

Lettre Thématique : sevrage tabagique et cancers

● INCa : les cancers en France en 2014.

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-Edition-2014>

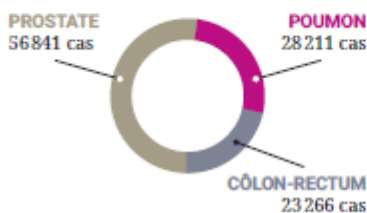
Le taux d'incidence des cancers baisse ou tend à se stabiliser depuis 2005 (-1,3% chez l'homme et +0,2% chez la femme), mais en raison de l'augmentation et du vieillissement de la population, on assiste à une hausse du nombre de nouveaux cas de cancers.

355 000 NOUVEAUX CAS DE CANCERS PAR AN

Chez les hommes

200 000 nouveaux cas de cancers
en France métropolitaine (données 2012)
+ 107 % en 32 ans

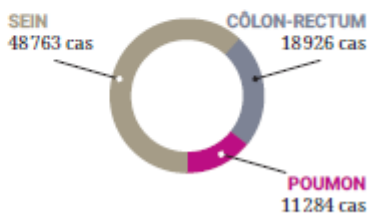
LES 3 CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS :



Chez les femmes

155 000 nouveaux cas de cancers
en France métropolitaine (données 2012)
+ 111,4 % en 32 ans

LES 3 CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS :



* Nombre de cas pour 100 000 personnes/an standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale. C'est-à-dire des chiffres qui permettent des comparaisons entre pays ou dans le temps en s'affranchissant des particularités des populations nationales, notamment leur augmentation et leur vieillissement.

Le taux de mortalité par cancer baisse aussi (-1,5% chez l'homme et -1% chez la femme entre 1980 et 2012), dû à des diagnostics plus précoces, des traitements plus efficaces et à la diminution des risques, mais en raison de l'augmentation du nombre de cas de cancers, on assiste à une hausse du nombre de décès par cancer.

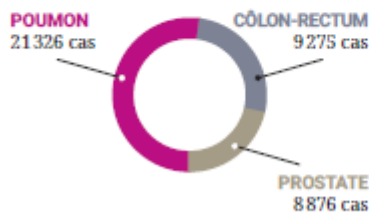
148 000 DÉCÈS PAR CANCERS CHAQUE ANNÉE

Chez les hommes

Les cancers sont la première cause à la fois de mortalité tous âges confondus et de mortalité prématurée (< 65 ans)

85 000 décès en France métropolitaine (données 2012): +11 % en 32 ans

LES 3 CANCERS LES PLUS MEURTRIERS :



Chez les femmes

Les cancers sont la première cause de mortalité prématurée (< 65 ans) et la deuxième cause de mortalité tous âges confondus derrière les affections circulatoires.

63 000 décès en France métropolitaine (données 2012): +20,3 % en 32 ans

LES 3 CANCERS LES PLUS MEURTRIERS :



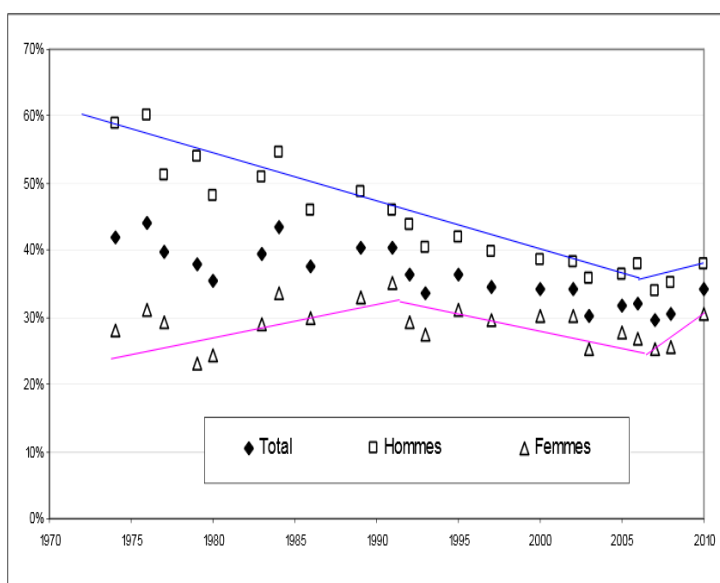
* Nombre de cas pour 100 000 personnes/an standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale. C'est-à-dire des chiffres qui permettent des comparaisons entre pays ou dans le temps en s'affranchissant des particularités des populations nationales, notamment leur augmentation et leur vieillissement.

● La mortalité attribuable au tabac en France.

Ribassin-Majed L, Hill C. *Eur J Public Health*. 2015 May 9. pii: ckv078. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25958238>

Selon cet article, la mortalité due au tabagisme en France en 2010 a été évaluée à 78000 décès, alors que la prévalence du tabagisme était de 33% (39% chez les 18-44 ans). En 2014, ces chiffres sont stables avec 34% de fumeurs parmi les 15-75 ans, une prévalence beaucoup plus élevée que dans d'autres pays comme la Grande-Bretagne, la Canada ou l'Australie (Baromètre santé 2014 <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2014/index.asp>).

La prévalence du tabagisme en France depuis 1980 a beaucoup moins baissé que chez nos voisins britanniques, qui sont passés sous la barre des 20%.



Sources : enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; INPES, 2003, 2005, 2010.

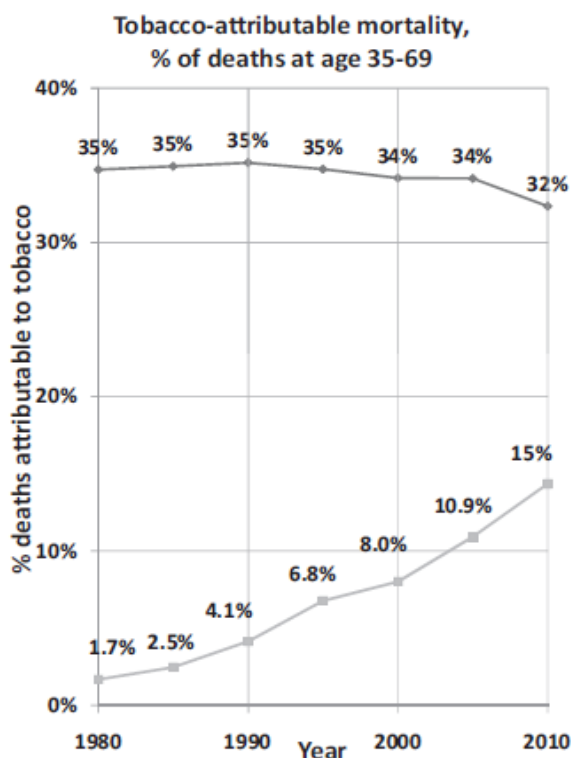
Source: <http://www.enfield.gov.uk/healthandwellbeing/smoking>

En conséquence, le pourcentage des décès attribuables au tabac (incluant aussi les décès par les autres causes que les cancers) a peu évolué depuis 1980 chez les hommes, mais a considérablement augmenté chez les femmes, comme le montre le tableau présenté dans cet article.

Table 2 Tobacco-attributable mortality in France by sex and year every 5 years

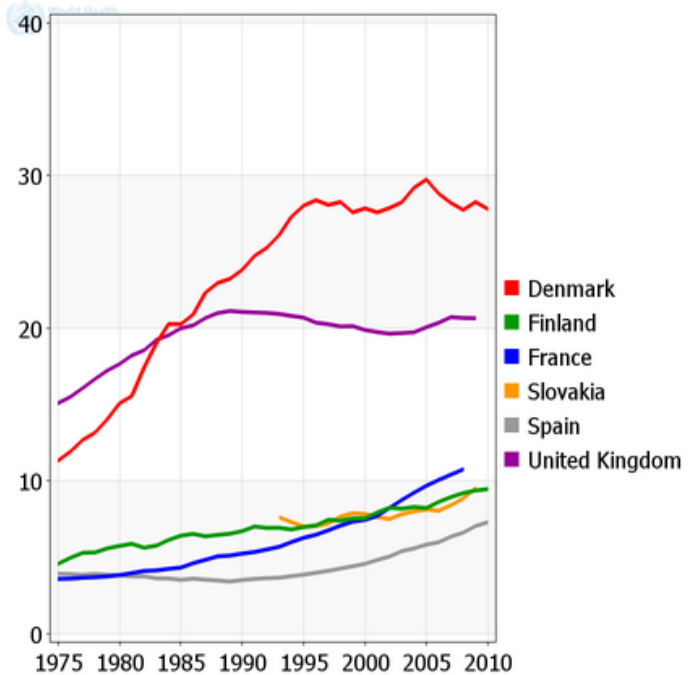
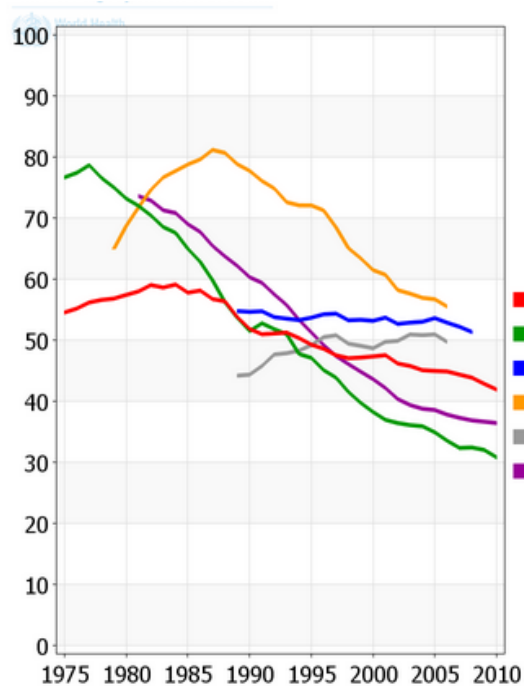
Year	Men			Women			Total		
	Number of deaths (thousands)		Tobacco-attributable fraction %	Number of deaths (thousands)		Tobacco-attributable fraction %	Number of deaths (thousands)		Tobacco-attributable fraction %
	Tobacco-attributable	Total		Tobacco-attributable	Total		Tobacco-attributable	Total	
1980	63	285	22	2.7	262	1.0	66	547	12
1985	66	287	23	4.7	266	1.8	71	552	13
1990	64	273	23	5.9	254	2.3	69	526	13
1995	64	275	23	11	257	4.1	75	532	14
2000	60	272	22	11	258	4.1	71	530	13
2005	61	271	23	16	257	6.2	77	528	15
2010	59	276	21	19	265	7.1	78	541	14

Chez l'homme, ce pourcentage est resté légèrement supérieur à 20%, par contre chez la femme ce pourcentage est passé de 1% à 7,1%. Ces chiffres sont encore plus élevés dans la population âgée de 35 à 69 ans, comme le montre le graphique ci-dessous.



Cependant, les cancers contribuent à la plus grande part des décès attribuables au tabac, avec 47000 décès par cancers par rapport aux 78000 décès attribuables au tabac. Cela représente 44% de la mortalité par cancer chez l'homme, et 58% chez les 35-69 ans. Chez la femme, 13% de la mortalité par cancer est attribuable au tabac, et atteint 20% chez les 35-69 ans. Le cancer contribuant le plus à cette mortalité est bien entendu le cancer du poumon avec 28000 décès (23000 chez l'homme et 5000 chez la femme), suivi par les cancers de la tête et du cou (bouche, pharynx, œsophage et larynx) avec 7400 décès (6500 chez l'homme et 900 chez la femme). Les maladies cardiovasculaires et pulmonaires (autres que cancers) représentent respectivement 20000 et 11000 décès attribuables au tabac.

Les deux graphiques ci-dessous montrent l'évolution de la mortalité par cancer du poumon (taux normalisé selon l'âge, pour 100000) en Europe chez les hommes (à gauche) et chez les femmes (à droite) (notez la différence d'échelle). On voit que par rapport au Royaume-Uni, la mortalité chez les hommes ne baisse pas franchement, et que celle des femmes continue de monter alors que le pic de mortalité est atteint chez les femmes britanniques. (source : http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)



- **Le pourcentage de mortalité attribuable au tabagisme va continuer de baisser chez les hommes, mais va continuer d'augmenter chez les femmes.**

Stoeldraijer L et al. *Addiction*. 2015 Feb;110(2):336-45.

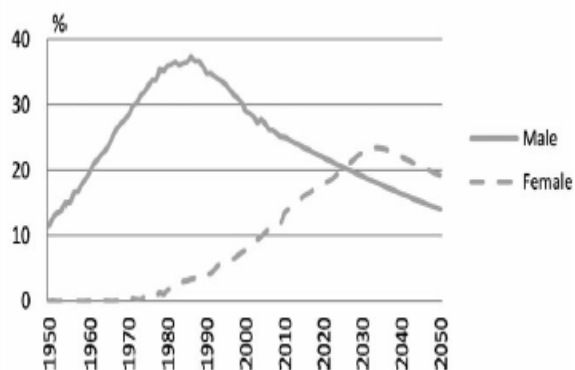
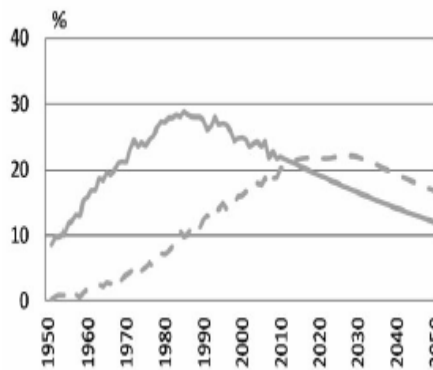
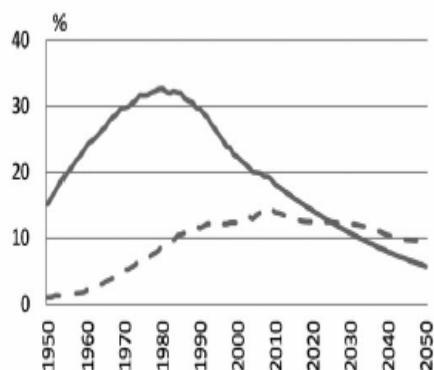
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25331556>

Cet article propose une estimation de l'évolution du pourcentage de mortalité attribuable au tabagisme jusqu'en 2050, pour l'Angleterre et le Pays de Galles, le Danemark, et les Pays-Bas. Les auteurs ont utilisé les données concernant la prévalence tabagique et la mortalité par cancer du poumon pendant la période 1950-2009, puis ils ont estimé le pourcentage de mortalité attribuable au tabagisme en utilisant la projection de la mortalité par cancer du poumon (en tenant compte des cohortes d'âge), qui tend à suivre la prévalence tabagique, ainsi que les autres causes de mortalité dues au tabagisme. Ils ont pour cela utilisé une version simplifiée de la méthode Peto-Lopez (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1349675>).

En 2009, le pourcentage de mortalité attribuable au tabagisme chez les hommes était de 19% en Angleterre et Pays de Galles, 22% au Danemark, et 25% aux Pays-Bas (sur le tableau de la page précédente, on voit qu'en France ce taux était de 21% en 2010). Selon les estimations des auteurs, ces pourcentages seront respectivement de 6% (marge d'erreur : 1% à 8%), 12% (8% à 13%) et 14% (11% à 16%) en 2050.

Pour les femmes, le pic de mortalité attribuable au tabagisme n'est pas encore atteint, sauf en Angleterre et Pays de Galles. Le pic (14%) a été atteint en 2008 en Angleterre et Pays de Galles, et les estimations donnent 22% pour le Danemark en 2028, et 23% aux Pays-Bas en 2033. En 2050, ces pourcentages sont estimés respectivement à 9% (7% à 16%), 17% (12% à 26%) et 19% (13% à 31%). (voir le graphique page suivante).

Ces données montrent que la mortalité attribuable au tabagisme restera importante dans les années à venir, même dans des pays où la prévalence tabagique est plus faible qu'en France, et plus particulièrement chez les femmes, car celles-ci ont commencé à fumer plus tard (en termes de générations, pas en termes d'âge d'initiation) que les hommes, et que le pic de la mortalité par cancer est décalée de 30 à 40 ans.



● Mise à jour de la mortalité par cancer aux Etats-Unis (2011).

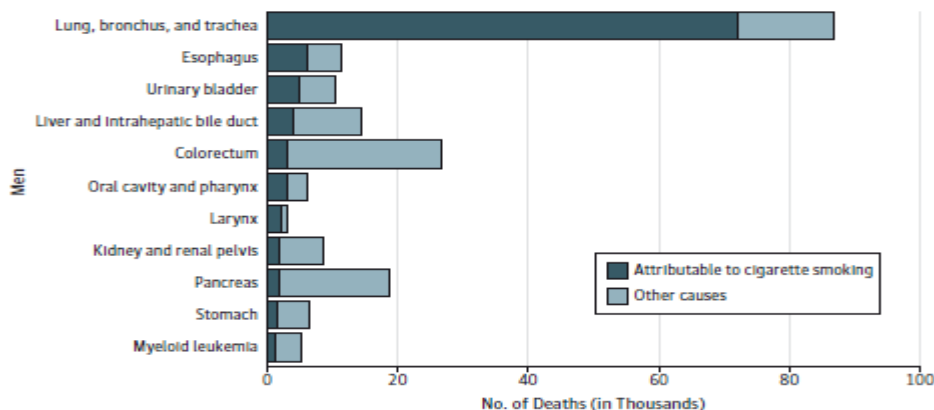
Siegel RL et al. JAMA Intern Med. 2015 Jun 15. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.2398. [Epub ahead of print]

<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2301375>

Cette Lettre au JAMA vient compléter les données du rapport du Surgeon General de 2014, où les données n'étaient disponibles que pour le cancer du poumon ou la totalité des cancers. Les auteurs ont calculé le pourcentage de mortalité par cancer attribuable au tabagisme pour 12 cancers pour lesquels le tabagisme est reconnu comme un risque.

Les calculs ont été fait en tenant compte des tranches d'âge (35-54, 55-64, 65-74, et ≥ 75 ans), de la prévalence tabagique (fumeurs actuels, ex-fumeurs et non-fumeurs) (enquête NHIS de 2011) et du risque relatif de cancer établi grâce à l'enquête CPS-II (pour les 35-54 ans) et à une cohorte (PCC, 2000-2011) pour les autres tranches d'âge, toutes deux étant des études de prévention du cancer.

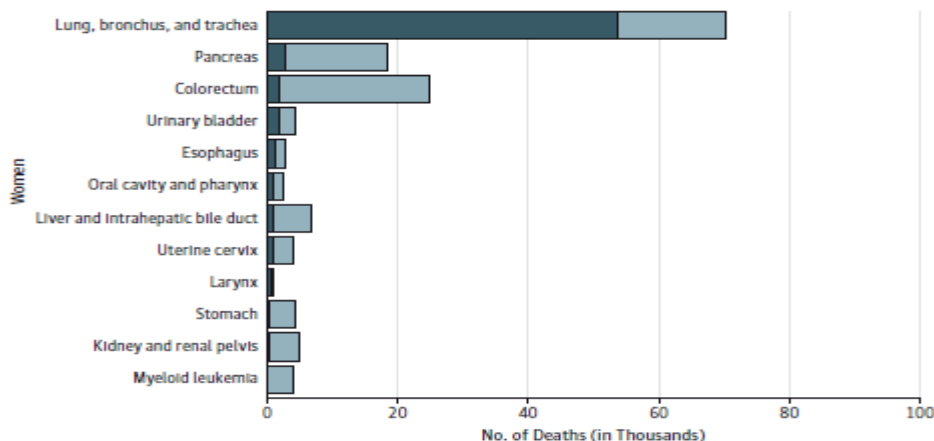
Les résultats montrent que pour les cancers du poumon, des bronches et de la trachée le pourcentage de mortalité attribuable au tabagisme est de 83,2% chez l'homme et 76,4% chez la femme.



Pour le cancer du larynx la fraction attribuable est de 72,1% et 93,4%, respectivement.

Pour le cancer de l'œsophage la fraction attribuable est de 52,3% et 44,4%, respectivement.

Pour le cancer de la bouche et du pharynx la fraction attribuable est de 48,7% et 43,0%, respectivement.



Pour la totalité de ces cancers la fraction attribuable est de 51,5% chez les hommes et de 44,5% chez les femmes.

Une limitation de cette analyse, selon les auteurs, est due au fait que les populations des cohortes sont généralement plus éduquées et moins diverses ethniquement que la population générale, et qu'ils n'ont pris en compte uniquement que la consommation de cigarettes (excluant les autres formes de tabac et l'exposition passive).

● La mortalité causée par le tabac pourrait être plus importante que celle rapportée jusqu'à présent.

Carter BD et al. *N Engl J Med*. 2015 Feb 12;372(7):631-40.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25671255>

La mortalité parmi les fumeurs courants est 2 à 3 fois plus élevée que chez les personnes n'ayant jamais fumé. La grande partie de cet excès de mortalité est habituellement expliquée par les 21 maladies pour lesquelles il a formellement été établi que le tabac était un facteur de risque.

Cette étude a cherché à déterminer si le tabac n'était pas aussi un facteur de risque pour d'autres maladies pour lesquelles le lien n'est pas clairement établi. Pour cela les auteurs ont utilisé les données de 5 cohortes américaines, totalisant 421378 hommes et 532651 femmes de 55 ans et plus, suivis entre 2000 et 2011. Des modèles de risque proportionnel de Cox ont été utilisés, avec un ajustement en fonction de l'âge, de l'ethnicité, du niveau d'éducation, de la consommation d'alcool, et de la cohorte des participants.

Durant la période de suivi, 181377 décès ont été observés, dont 16475 chez les fumeurs actuels. Près de 17% de la mortalité observée étaient due à des causes qui ne sont pas actuellement considérées comme liées au tabagisme. Ainsi, un excès de mortalité chez les fumeurs actuels, par rapport aux non-fumeurs, a été observé pour l'insuffisance rénale (risque relatif, RR=2,0 ; IC 95% 1,7-2,3), l'ischémie intestinale (RR=6,0 ; 4,5-8,1), la cardiopathie hypertensive (RR=2,4 ; 1,9-3,0), les infections (RR=2,3 ; 2,0-2,7), plusieurs maladies respiratoires (RR=2,0 ; 1,6-2,4), le cancer du sein (RR=1,3 ; 1,2-1,5), et le cancer de la prostate (RR=1,4 ; 1,2-1,7). Chez les ex-fumeurs, le risque relatif décroît en fonction du nombre d'années depuis l'arrêt du tabac.

Table 3. Mortality and Excess Mortality, According to Sex and Smoking Status.*

Cause of Death	Women			Men		
	Never Smoked	Current Smoker	% of Excess Mortality†	Never Smoked	Current Smoker	% of Excess Mortality†
	deaths/1000 person-yr‡			deaths/1000 person-yr‡		
All causes	1035.5	2541.8	—	1528.0	3921.9	—
Diseases established as caused by smoking§	474.7	1729.0	83.3	802.4	2806.6	83.8
Additional diseases associated with smoking						
All infections, A00–B99¶	19.7	43.5	1.6	28.4	64.6	1.5
Breast cancer, C50	62.7	79.8	1.1	—	—	—
Prostate cancer, C61	—	—	—	65.7	85.6	0.8
Rare cancers	42.0	41.8	0.0	25.5	35.0	0.4
Cancers of unknown site	28.1	71.2	2.8	40.5	110.5	2.9
Hypertensive heart disease, I11	7.7	13.3	0.4	12.1	33.1	0.9
Essential hypertension and hypertensive renal disease, I10 and I15	7.9	17.0	0.6	10.4	23.8	0.6
All other respiratory diseases**	14.3	21.7	0.5	22.9	41.2	0.8
Ischemic disorders of the intestines, K55	2.8	14.6	0.8	2.8	13.9	0.5
Liver cirrhosis, K70 and K74	6.9	20.8	0.9	10.5	47.9	1.6
All other digestive diseases††	20.0	35.3	1.0	23.7	55.9	1.3
Renal failure, N17–N19	16.1	25.6	0.6	25.0	41.2	0.7
Additional rare causes combined‡‡	51.7	93.4	2.8	38.6	64.1	1.1
Unknown causes	33.0	90.9	3.8	53.4	104.9	2.2
Excess risk explained by additional outcomes			16.9			15.3

Un point intéressant concerne la cirrhose du foie, pour laquelle une augmentation de risque dû au tabagisme a été observée, tout comme dans l'étude anglaise sur 1 million de femmes (voir la [Lettre de la SFT n°35 de novembre 2012](#)), y compris chez des fumeurs ne buvant pas d'alcool. Par contre, aucune relation avec la quantité de cigarettes fumées, ou la durée depuis l'arrêt n'a été significative. Les auteurs indiquent que les antécédents de consommation d'alcool pourraient intervenir comme variable confondante, mais il se pourrait aussi que le tabagisme joue un rôle dans cette maladie. Ils recommandent aux futures études de regarder de plus près cette association chez les personnes n'ayant jamais bu d'alcool.

Pour le cancer du sein, certaines études (dont l'étude anglaise sur 1 million de femmes) envisagent l'alcool comme un facteur confondant, mais dans cette étude le tabagisme était un risque significatif, même chez les femmes qui ne buvaient pas d'alcool au moment de l'enquête. Les auteurs évoquent le fait que l'association soit biaisée par des différences dans les dépistages ou les traitements chez les fumeuses, mais ces données n'étaient pas disponibles dans ces enquêtes pour le vérifier.

De même, le risque de cancer de la prostate pourrait être augmenté par le tabagisme, particulièrement pour les cas de maladie avancée et la mortalité par cancer de la prostate. Cela pourrait être dû à un diagnostic plus tardif chez les fumeurs qui ont moins tendance à se préoccuper de leur santé, ou par un effet promoteur du tabagisme sur les stades avancés de ce cancer. Les auteurs penchent pour la seconde hypothèse car ils n'ont pas observé d'augmentation de la mortalité par cancer de la prostate chez les personnes qui avaient arrêté de fumer récemment.

Cette étude devrait sans doute encourager d'autres études dans le domaine, et probablement augmenter la liste des maladies pour lesquelles le tabagisme est un facteur de risque important.

● Prédications de la mortalité par cancer en Europe en 2015.

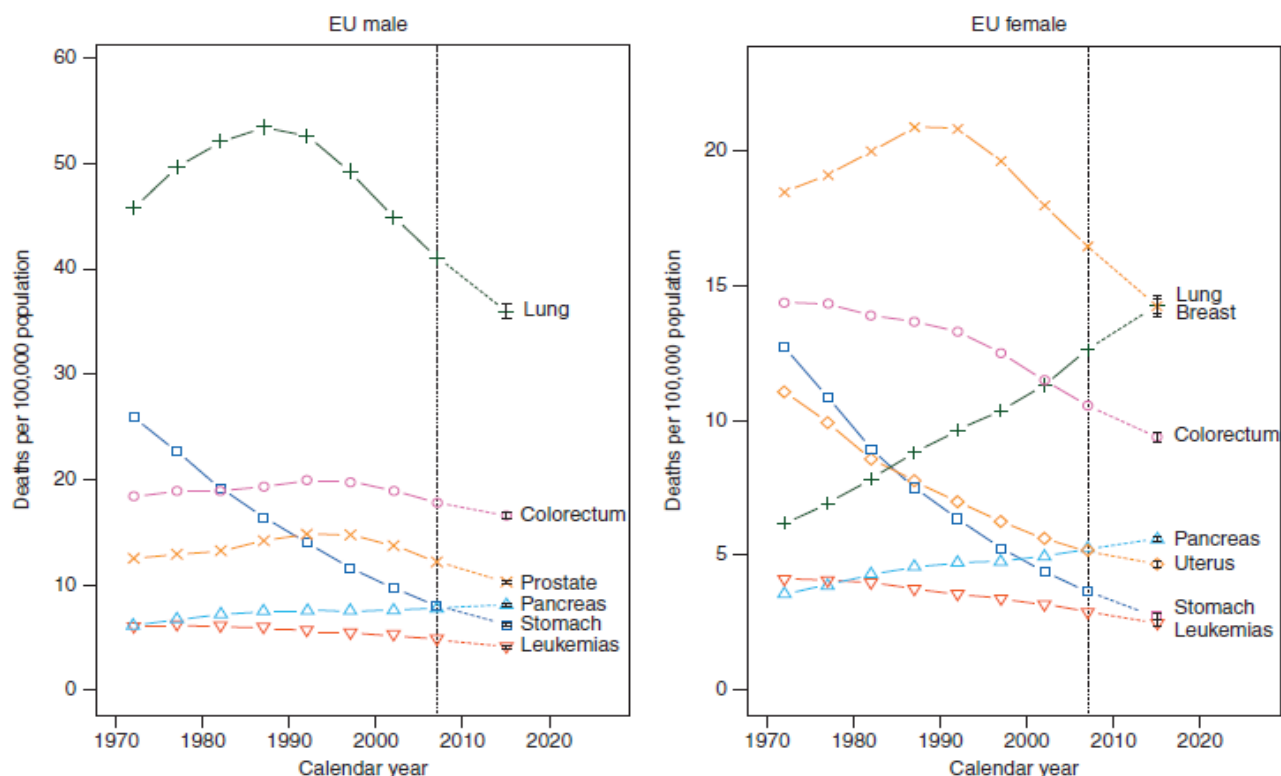
Malvezzi M et al. *Ann Oncol.* 2015 Apr;26(4):779-86.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25623049>

Cet article a cherché à estimer la mortalité par cancer en Europe en 2015 chez les hommes et les femmes. Les données sont issues de la base de données de l'OMS et de l'Eurostat, et les estimations ont été faites pour l'Union européenne, l'Allemagne, l'Espagne, la France, l'Italie, la Pologne, et le Royaume-Uni. L'article ne présente que les données pour l'UE. Les estimations ont été faites par régression linéaire à partir de l'évolution des années récentes, les calculs ne tiennent pas compte, comme dans les articles précédents, de la prévalence tabagique ou le risque relatif de cancer.

Selon ces estimations, chez l'homme, la mortalité par cancer du poumon (-9%), du colon (-5%), et de la prostate (-12%) sont en déclin. Chez la femme, la mortalité par cancer du sein (-10%) et du colon (-8%) baisse, mais la mortalité par le cancer du poumon (+9%) progresse et dépasse le cancer du sein. Chez l'homme (+4%) et la femme (+5%), la mortalité par cancer du pancréas est en augmentation (notez la différence d'échelle entre hommes et femmes dans le graphique ci-dessous).

Globalement au niveau de l'Europe la mortalité par cancer régresse, mais il existe des disparités entre l'Ouest et l'Est, et le tabagisme reste un facteur de risque majeur, plus particulièrement chez les femmes.



● Impact du diagnostic de cancer sur l'arrêt du tabac.

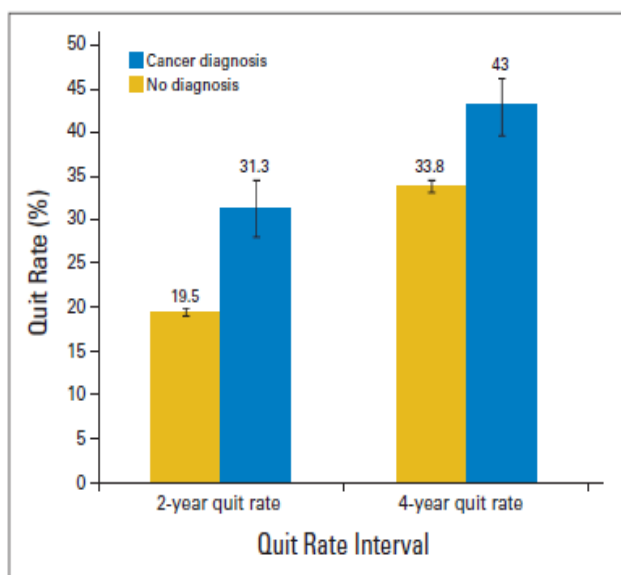
Westmaas Jlet al. *J Clin Oncol.* 2015 May 20;33(15):1647-52.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25897151>

L'étude de Westmaan et al. s'est intéressée à l'impact du diagnostic de cancer sur l'arrêt du tabac chez les fumeurs. Pour cela, les auteurs ont utilisé les données d'une cohorte de prévention du cancer (CPS-II) américaine. Les participants ont été inclus en 1992 et 1993, et suivis tous les 2 ans jusqu'en 2009. Pour évaluer l'impact du diagnostic de cancer, les auteurs ont calculé le taux d'arrêt du tabac à 2 et 4 ans après le diagnostic. Ils n'ont pas évalué les arrêts plus longs car il est probable que l'impact du diagnostic a moins d'influence avec le temps.

Dans les analyses, un fumeur peut être pris en compte dans plusieurs estimations, une fois par exemple en tant que fumeur n'ayant pas arrêté au cours d'un premier intervalle de 2 ans, puis comme ex-fumeur lors de l'intervalle suivant. En conséquence, les auteurs ont retenu une variable appelée l'intervalle d'arrêt-personne (IAP) comme variable d'observation. Chaque IAP est l'intervalle de temps qui démarre avec une personne fumeuse, et qui soit se termine avec une personne fumeuse ou ayant arrêté de fumer. Les fumeurs ayant reçu un diagnostic tardivement dans la période de 2 ans ou de 4 ans (derniers 6 mois) étaient exclus, afin de réduire le risque que le diagnostic soit postérieur à l'arrêt du tabac.

Dans un premier temps les calculs ont été faits sans ajustement, comparant les fumeurs ayant été diagnostiqués (n=772) et ceux ne l'ayant pas été (n=11410). Puis les calculs ont été ajustés en fonction de l'âge, du sexe, de la période de l'enquête, de la présence d'une BPCO ou d'une maladie cardiovasculaire (MCV) et de l'interaction entre ces maladies, le sexe et le diagnostic de cancer. Les ajustements en fonction de l'éducation, du statut marital, et de la consommation d'alcool (< 1 ou ≥ 1 verre par jour) ou de tabac (< 20 ou ≥ 20 cigarettes par jour), n'ont pas modifié de façon significative les résultats (on voit que tant pour l'alcool que pour le tabac, la mesure de consommation est loin d'être précise malheureusement).



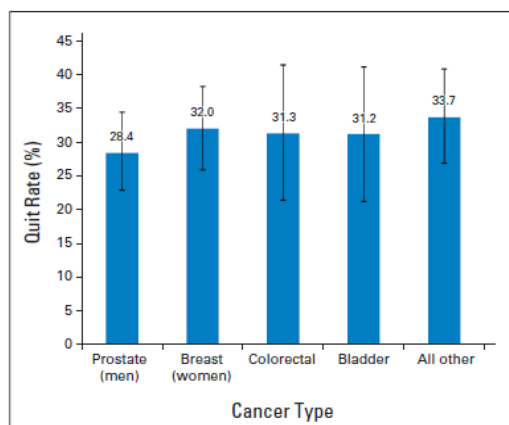
Pour l'intervalle de 2 ans, les fumeurs ayant été diagnostiqués pour un cancer avaient arrêté en plus grand nombre que ceux n'ayant pas été diagnostiqués (31,3% vs. 19,0%). Après ajustement en fonction des variables confondantes, les résultats étaient similaires (31,3% vs. 19,5%, $p < 0,001$).

Les deux seuls facteurs influant étaient le sexe (hommes 28,8% vs. 21,0% ; femmes 33,6% vs. 17,7% ; $p = 0,019$) et les maladies associées (pas de BPCO/MCV 33,3% vs. 19,6% ; avec BPCO/MCV 22,3% vs. 19,1% ; $p = 0,041$).

Pour l'intervalle de 4 ans, les fumeurs ayant été diagnostiqués pour un cancer avaient arrêté en plus grand nombre que ceux n'ayant pas été diagnostiqués (43,0% vs. 33,9%). Après ajustement en fonction des variables confondantes, les résultats étaient similaires (43,0% vs. 33,8%, $p < 0,001$).

Les auteurs ont aussi analysé le taux de rechute pour l'intervalle de 2 ans. Le taux de rechute chez ceux ayant arrêté de fumer dans

l'intervalle de 2 ans, lors de l'analyse de l'intervalle de 4 ans, était de 12,4% (19 sur 153 personnes) chez ceux ayant eu un diagnostic de cancer et de 15,4% (759 sur 4916 personnes) chez ceux n'ayant pas été diagnostiqués (signification statistique non donnée dans l'article).



Enfin, les données pour l'intervalle de 2 ans n'ont pas été statistiquement différentes selon le stade de diagnostic du cancer ou sa localisation (graphique ci-contre).

Les limitations de ces résultats, indiqués par les auteurs, sont que les fumeurs de cette cohorte sont principalement d'origine caucasienne, ont plus de 50 ans, et ont un niveau d'éducation supérieur à la population générale. Ils invitent donc à la prudence dans la généralisation de ces résultats dans des populations plus jeunes, ou d'ethnicité différente. Les arrêts du tabac n'ont pas non plus été confirmés par un marqueur biologique.

- **L'arrêt du tabac reste une priorité pour réduire la mortalité par cancer.**

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

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

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. *Br J Cancer*. 2005 Feb 14;92(3):426-9.

<http://www.nature.com/bjc/journal/v92/n3/pdf/6602359a.pdf>

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004 Jun 26;328(7455):1519.

<http://www.bmj.com/content/328/7455/1519.full.pdf+html>

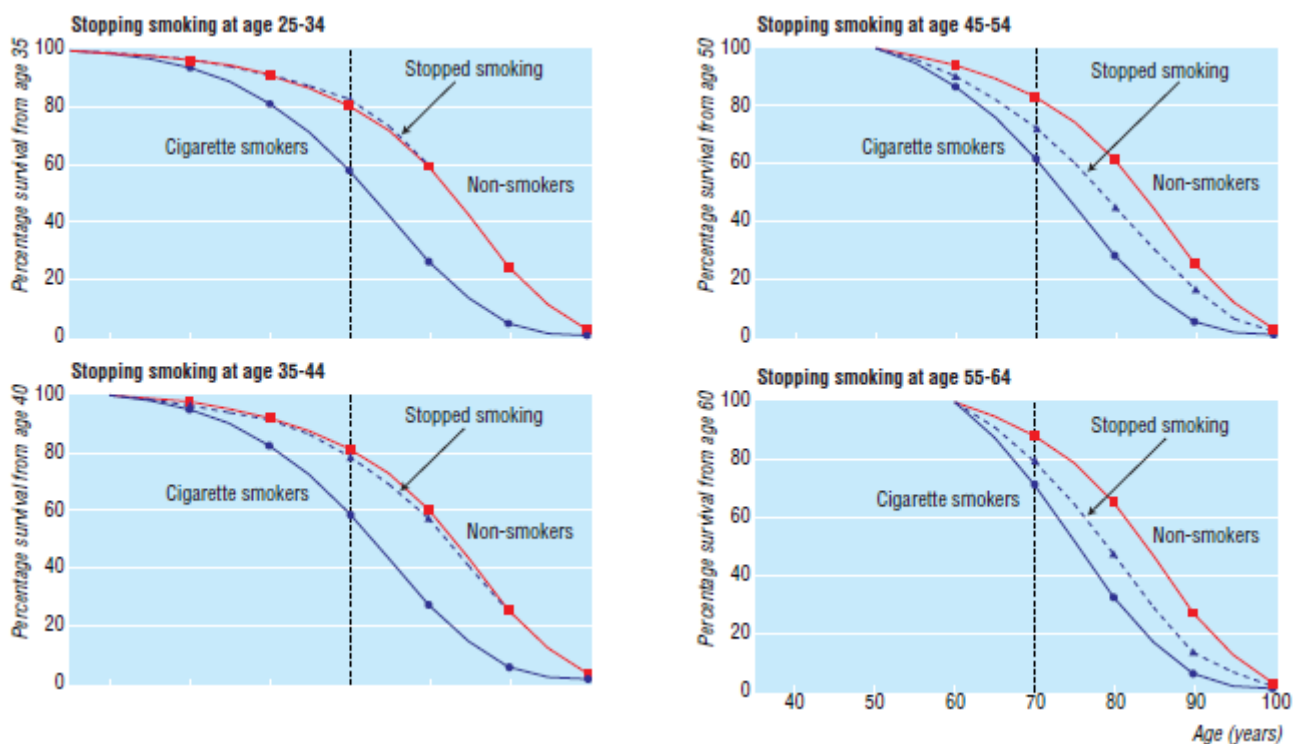
Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, McAfee T, Peto R. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med*. 2013 Jan 24;368(4):341-50.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1211128>

Rappelons ici les deux grandes études britanniques, l'une chez les hommes médecins anglais, et l'autre chez 1 million de femmes anglaises qui ont clairement démontré le bénéfice de l'arrêt du tabac sur la mortalité par cancer ou autres causes, ainsi qu'une plus récente chez 113752 femmes et 88496 hommes américains.

Pour l'étude de Pirie et al., vous pouvez vous reporter à la [Lettre de la SFT n°35 de novembre 2012](#).

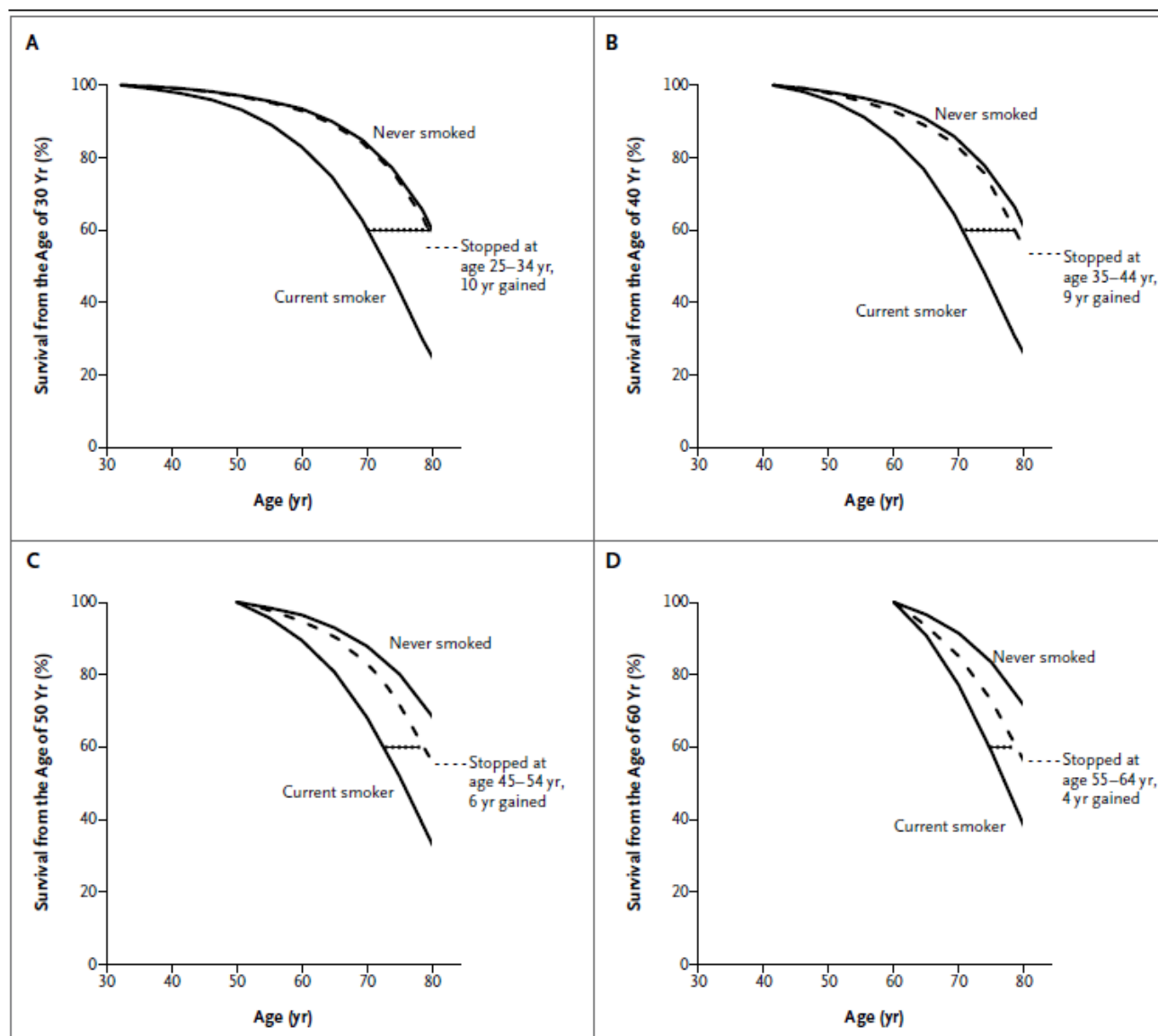
Pour celle de Doll et Peto (en libre accès), il suffit de présenter ici les figures que tout le monde connaît.



L'étude de Jha et al. confirme les résultats des études anglaises (article en libre accès), montrant que les fumeurs perdent 10 ans de vie, et que l'arrêt du tabac avant l'âge de 40 ans réduit le risque d'environ 90%.

Selon leurs résultats, la probabilité de survie entre 25 et 79 ans est double chez les personnes n'ayant jamais fumé par rapport aux fumeurs actuels (70% vs. 38% chez les femmes, et 61% vs. 26% chez les hommes).

Sur le graphique page suivante, on retrouve des données similaires à celles de Doll et Peto ci-dessus.




treatobacco.net

Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence
www.treatobacco.net

Une nouvelle section sur l'Article 14 de la CCLAT a été mise en ligne sur le site.

Congrès

Les présentations faites lors du Colloque DGS à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2015 sont disponibles : <http://www.sante.gouv.fr/colloque-dgs-a-l-occasion-de-la-journee-mondiale-sans-tabac-2015.html>

Tabac et Qualité de Vie

9^{ème} Congrès national
Société Française de Tabacologie



5 et 6 novembre 2015 - Toulouse

Centre de Congrès Pierre Baudis

11 esplanade Compans Caffarelli



Les inscriptions sont ouvertes <http://www.sft2015.com/>

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.

Le tabac bientôt banni des aires de jeux pour enfants

Tabac : une amende record au Canada contre les cigarettiers

Tabac : « En France, les possibilités d'actions de groupe sont trop restreintes »

Suisse: Loi sur les produits du tabac: mieux protéger la santé de la population

Publicité pour l'alcool : le cri d'alarme de Claude Evin

Alcool: le gouvernement fait barrage à une nouvelle tentative de miner la loi Evin

Arrêt du tabac : les réseaux sociaux triplent les chances de succès

Tabac. Une journée pour tenter d'arrêter la clope

Plages sans tabac : on en cause aussi en Béarn

Tabagisme passif : moins 80 % chez les enfants

Tabac : la loi de Québec contestée en Cour d'appel par les cigarettiers

La ville de Lyon va expérimenter les aires de jeu sans tabac

formations

L'IRAAT (Institut Rhône Alpes Auvergne de Tabacologie) organise différentes formations centrées sur la tabacologie dans la région Rhône Alpes Auvergne en 2015 (voir les annonces dans la Lettre de la SFT N°57 et 58).

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