

● Utilisation de la cigarette électronique et du tabac : premières données de la cohorte française CONSTANCES.

Goldberg M et al. BEH. 2016, 15:264-271.

Article en libre accès : http://www.invs.sante.fr/beh/2016/15/pdf/2016_15_2.pdf

Constances est une cohorte en population dont le recrutement a commencé en 2012, qui doit s'étendre jusqu'en 2017 pour atteindre 200 000 participants affiliés au régime général de l'Assurance maladie (excluant les régimes agricole et indépendants). Les participants sont volontaires (ce qui limite l'extrapolation à la population française) ont entre 18 et 69 ans, et résident dans 16 départements métropolitains représentant les différentes régions françaises. Après inclusion dans un centre d'examen de santé de la Sécurité sociale, ils sont suivis annuellement par auto-questionnaire.

Les questions sur la cigarette électronique (CE) ont été introduites en 2013. Le taux de participation au questionnaire de suivi en 2014 a été de 81,3% (n=24157). Les paramètres de santé étudiés sont des proxys de l'état de santé général et mental, où l'état de santé perçu est déclaré sur une échelle allant de A (très bon) à H (très mauvais), regroupés en très bon et bon (A+B), assez bon (C) et mauvais à très mauvais (D à H). L'état dépressif est évalué par le score CES-D (Center for Epidemiologic Studies – Depression scale) et catégorisé en état normal ou état dépressif. Les trajectoires de modification de statut vis-à-vis de la CE et du tabac entre 2013 et 2014 ont été obtenues pour les sujets ayant complété les deux questionnaires (n=8042). Points importants, l'enquête ne fait pas de différence entre utilisation quotidienne ou occasionnelle de la CE, et comme il s'agit de volontaires la prévalence tabagique est nettement sous-estimée.

En 2014 (voir tableau 1 de l'article), 12,9% se déclaraient fumeurs (dont 15,3% d'entre eux utilisaient aussi la CE), 36,5% se déclaraient ex-fumeurs (dont 2,8% d'utilisateurs de CE), 42,3% se déclaraient non-fumeurs (dont 0% d'utilisateurs de CE, en fait 11 participants sur un total de 10219), et 8,3% avaient un statut inconnu. Pour rappel en 2014, le Baromètre santé donnait une prévalence tabagique de 34% parmi les 15-75 ans. Dans toutes les catégories d'âge, ce sont les plus gros fumeurs (catégorisés en paquets-années) qui sont le plus utilisateurs de CE (voir figure 2 de l'article).

Concernant les données sociodémographiques (voir tableau 2 de l'article), l'usage de la CE est similaire chez les hommes et les femmes. En fonction de l'âge, la prévalence est stable de 30 à 59 ans (de 1 à 1,6% chez les ex-fumeurs, et de 2,2 à 2,5% chez les fumeurs), et plus faible chez les plus jeunes et les plus âgés.

Concernant la catégorie socio-professionnelle (CSP) la fréquence du double usage (vapofumeurs) est plus importante parmi les employés et les ouvriers que chez les cadres et professions intermédiaires. Il faut tout de même noter que les effectifs de ces sous-catégories sont très faibles, et posent donc des problèmes d'interprétation. De même pour les données de santé (voir tableau 3), les vapofumeurs se jugent en moins bonne santé et plus dépressifs que les autres catégories, mais là encore les échantillons sont de l'ordre de la centaine de participants, donc non réellement significatifs.

On pouvait espérer qu'une étude de cohorte, même s'il s'agit de volontaires, et donc non représentative de la population française (biais de sélection), avec un suivi d'un an pour l'instant, pourrait nous donner des résultats intéressants. Malheureusement cette cohorte, et surtout le sous-échantillon de suivi (n=8042) ne permet pas d'obtenir de données fiables. En 2013, il y a eu 54 ex-fumeurs consommateur de CE et 119 consommateurs mixtes. Parmi les 54 utilisateurs de CE exclusifs 11,1 % sont redevenus fumeurs et ont abandonné la CE, 24,1 %

ont arrêté la CE sans redevenir fumeur et 11,1 % sont devenus des consommateurs mixtes. Les effectifs sont trop faibles pour faire des conclusions. Puisque la cohorte continue de grandir (pour atteindre 200 000 participants en 2017), espérons que les données de 2015 et 2016 seront plus solides, et que peut-être les questions concernant le tabac et la CE seront affinées.

Un article concernant cette cohorte, focalisée principalement sur le vieillissement et les maladies chroniques est disponible en libre accès :

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4690834/pdf/10654_2015_Article_96.pdf

● Association d'un inhalateur de nicotine à dose contrôlée et d'un patch pour l'aide à l'arrêt du tabac.

Caldwell BO et Crane J. *Nicotine Tob Res.* 2016 May 16. pii: ntw093. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27185903>

L'inhalation est la voie la plus rapide pour délivrer la nicotine. Le principe de l'inhalateur pressurisé à dose contrôlée (comme pour l'asthme) permet de développer un produit peu onéreux selon les auteurs et permettrait même à des pays à faible revenu de le faire.

Cette étude néozélandaise est un essai randomisé, contrôlé contre placebo en double-insu. Les fumeurs (n=502) recrutés (≥ 18 ans) devaient fumer au moins 9 cigarettes par jour, avoir un score FTCD ≥ 3 , et désirer arrêter de fumer. L'intervention a comparé un groupe (n=246) utilisant l'inhalateur plus un patch actifs à un groupe utilisant un inhalateur placebo plus un patch actif (n=256). Les participants devaient utiliser l'inhalateur à la demande lorsqu'ils ressentaient une envie de fumer pendant 6 mois (première phase avec 100 μg /bouffée, puis seconde phase une fois l'adaptation à l'effet irritant établie avec 200 μg /bouffée), et le patch quotidiennement pendant 5 mois (18 semaines à 21 mg/24h, 2 semaines à 14 mg/24h et 2 semaines à 7 mg/24h). Ils devaient réduire progressivement leur consommation de tabac et faire une tentative d'arrêt avant la fin de la quatrième semaine. L'inhalateur actif et le placebo contenaient du menthol à la fois pour atténuer l'irritation de la nicotine (comme dans les cigarettes) et pour masquer le placebo.

Toutes les visites de suivi, sauf celle initiale (ligne de base) et celle à 1 mois qui avaient lieu dans un centre d'aide à l'arrêt, ont été faites par téléphone (y compris pour les symptômes de sevrage et les effets indésirables). Le critère principal d'efficacité était de ne pas avoir fumé pendant 7 jours consécutifs à chaque visite de suivi, les critères secondaires incluaient l'abstinence prolongée (pas une seule bouffée de cigarette), le tout jusqu'à 6 mois. Pour le critère principal, les résultats à 6 mois (vérifié par mesure de CO) sont de 26% pour le groupe actif contre 14% pour le groupe contrôle (OR=2,15 ; IC 95% 1,37-3,41 ; $p < 0,001$), en intention de traiter (ITT), car dans chaque groupe il y a environ 100 participants perdus de vue à 6 mois.

Pour l'abstinence prolongée (vérifiée par mesure de CO), les chiffres sont de 13,4% vs. 8,6% (OR=1,65 ; 0,94-2,95 ; $p = 0,086$, non significatif). La vérification par CO est mentionnée dans le tableau des résultats, mais ne l'est nulle part dans le texte, les résultats à 6 mois sans validation par CO sont significatifs (15,9% vs. 9% ; OR=1,91 ; 1,11-3,34 ; $p = 0,019$). Selon l'interprétation que l'on peut faire, les chiffres à 6 mois validés par CO, doivent correspondre aux participants dont l'abstinence a été validée par CO à 1 mois (mais ce n'est pas clairement explicité).

Les scores de symptômes de sevrage (Minnesota Nicotine Withdrawal Scale) ont été similaires dans les deux groupes, sauf à 3 mois et à 6 mois où le score de « craving » était significativement plus faible dans le groupe actif que dans le groupe contrôle (1,2 vs. 2,0 ; $p = 0,009$ à 3 mois et 1,2 vs. 2,0 ; $p = 0,001$ à 6 mois).

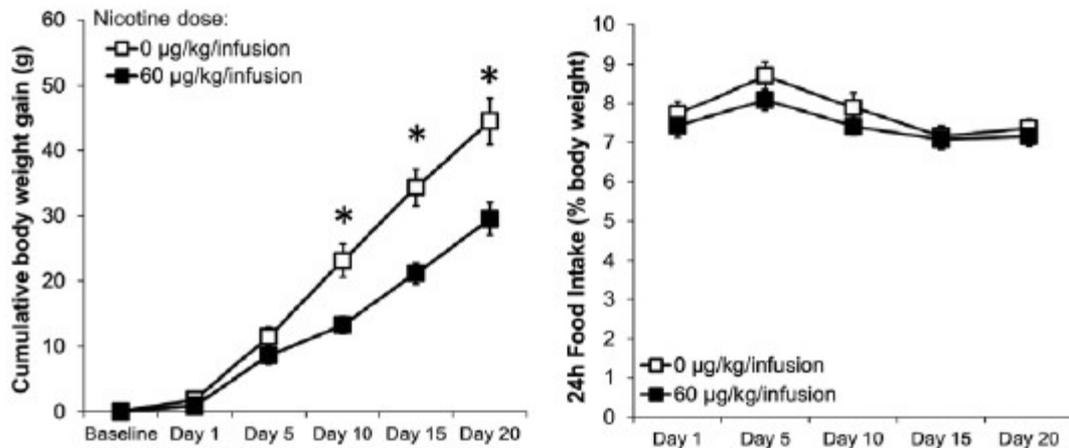
Le principal effet indésirable de l'inhalateur était la toux, qui a causé plus de sorties d'étude dans le groupe actif que dans le groupe contrôle (6,1% vs. 1,2%, $p = 0,003$).

Les auteurs concluent de façon optimiste que l'association d'un inhalateur de nicotine à dose contrôlée associé à un patch de nicotine est un traitement efficace et devrait offrir aux fumeurs une solution supplémentaire dans l'aide à l'arrêt. Plus objectivement, ces résultats ne montrent pas clairement d'efficacité significativement supérieure par rapport à l'utilisation du patch seul et on peut se demander si des différences si faibles ont une signification clinique.

● L'auto-administration de nicotine chez le Rat mâle réduit la prise de poids indépendamment de la prise de nourriture.

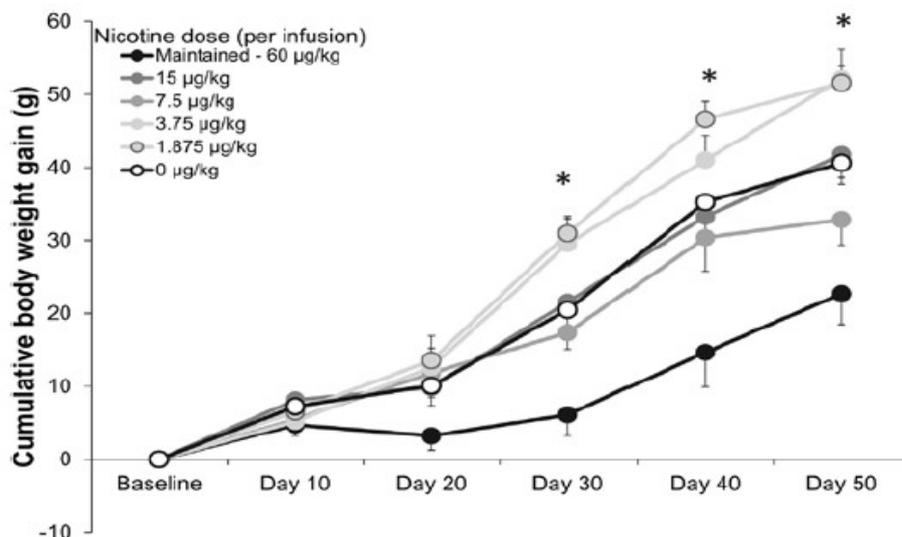
Rupprecht LE et al. *Nicotine Tob Res.* 2016 May 18. pii: ntw113. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27194544>

La prise de poids à l'arrêt du tabac est souvent imputée à des composants de la fumée de tabac, plus qu'à l'effet de la nicotine. Cette étude chez le Rat démontre que la nicotine a un effet indéniable sur la prise de poids. Dans une première expérience, des rats ayant accès librement à la nourriture ont été entraînés à s'auto-administrer des injections (intra-jugulaire) de nicotine (60 µg/Kg/injection) ou de sérum physiologique (contrôle), à raison de séances d'une heure par jour. Les résultats montrent que les rats recevant de la nicotine prennent moins de poids que les rats contrôles, mais que leur prise de nourriture, en fonction de leur poids, n'est pas différente.



Dans une seconde expérience, plusieurs doses de nicotine ont été testées (3,75 ; 7,5 ; 15 et 60 µg/Kg) contre un groupe contrôle, chez des rats maintenus à 80% de leur poids (restriction alimentaire). En plus de la nicotine, la solution d'auto-administration contenait d'autres composés de la fumée de tabac (acétaldéhyde, harmane, norharmane, anabasine, nor nicotine, anatabine, myosmine et cotinine). Les résultats montrent un effet similaire sur la prise de poids proportionnel à la dose de nicotine. Dans cette expérience, les rats s'auto-administraient des doses plus importantes de nicotine, probablement dû selon les auteurs au fait qu'ils étaient en restriction alimentaire, puisque dans ces conditions, les rats acquièrent plus rapidement le comportement d'auto-administration et s'auto-administrent des doses plus importantes (démonstré dans la littérature scientifique).

Enfin, dans une troisième expérience, ils ont comparé la réduction progressive de la dose de nicotine effectuée dans plusieurs groupes de rats, par rapport à un groupe où la dose de 60 µg/Kg était maintenue, et ont montré que la réduction de nicotine entraînait une prise de poids plus importante (voir graphique ci-dessous, les * indiquent une différence significative, $p < 0,01$ pour les deux doses les plus faibles par rapport à celle à 60 µg/Kg).



Selon les auteurs, cette dernière expérience a été réalisée dans le cadre de la possibilité pour la FDA américaine de réduire progressivement la quantité de nicotine dans les cigarettes afin de la limiter à une dose qui n'a pas d'effet renforçant, en espérant éliminer ainsi progressivement le tabagisme, tout en donnant accès aux fumeurs à d'autres sources de nicotine (TNS par exemple), c'est la théorie développée par Neal Benowitz et Jack Henningfield dont nous avons parlé dans d'autres Lettres. Les auteurs alertent ainsi la FDA sur les possibles conséquences négatives (prise de poids importante) qu'une telle politique pourrait avoir sur la population de fumeurs. Cette étude néanmoins démontre que c'est bien la nicotine qui est responsable du fait que les fumeurs pèsent moins que les non-fumeurs, à données démographiques similaires, et pourrait expliquer ce qui a été observé avec les substituts nicotiques qui antagonisent la prise de poids tant que les doses prises sont suffisantes.

● **Tabagisme intra-utérins : un facteur de risque d'obésité chez les pré-adolescents ?**

Massion S et al. Arch Dis Child. 2016 May 9. pii: archdischild-2015-309465. doi: 10.1136/archdischild-2015-309465. [Epub ahead of print]

Article en libre accès : <http://adc.bmj.com/content/early/2016/03/31/archdischild-2015-309465.long>

Cette étude s'est intéressée au surpoids et à l'obésité chez les pré-adolescents (11 ans) en regardant plus particulièrement l'effet de facteurs précoces. Il est clair que le surpoids et l'obésité sont plus importants dans les populations défavorisées, mais le rôle d'autres facteurs ont aussi été pris en compte.

Les données sont issues de la cohorte MCS (Millennium Cohort Study), qui est un échantillon représentatif de la population britannique née entre septembre 2000 et janvier 2002. L'étude a porté sur 11764 enfants vus à 9 mois et 11 ans. La prévalence du surpoids était de 33,1% chez les enfants nés de mères ayant une faible qualification (faible niveau d'études), contre 20,1% chez ceux nés de mères ayant les meilleurs qualifications. Les facteurs confondants étudiés en dehors de la qualification ont été le sexe, l'origine ethnique, plus de 35 ans pour la mère au moment de la naissance, le surpoids de la mère avant la grossesse, le tabagisme de la mère durant la grossesse, le fait d'avoir plus d'un enfant, un fort poids de naissance de l'enfant, la naissance par césarienne, un allaitement inférieur à 4 mois, et l'introduction de nourriture solide avant 4 mois (tous ces facteurs étant corrélés avec un accroissement du risque relatif d'être en surpoids à l'âge de 11 ans, dans une analyse de régression univariée).

Le risque relatif (RR) entre le niveau de qualification de la mère (faible comparé à haute) et le surpoids de l'enfant sans prendre en compte les facteurs confondants était de RR=1,72 (IC 95% 1,48-2,01), après ajustement avec toutes les facteurs confondants le RR=1,80 (1,54-2,10). En répétant l'analyse, mais en utilisant seulement le surpoids de la mère avant la grossesse et son tabagisme durant la grossesse, le RR=1,47 (1,26-1,71), indiquant que le pourcentage de variance dû à ces facteurs était de 41,3%. Une analyse de sensibilité, utilisant le niveau socio-économique du foyer au lieu du niveau de qualification de la mère a produit des résultats similaires.

Ces données indiquent que le surpoids de la mère et son tabagisme durant la grossesse sont des facteurs importants d'inégalité sociale vis-à-vis du surpoids chez l'enfant de 11 ans. Les auteurs dans la discussion reconnaissent que le surpoids de la mère peut aussi impliquer d'autres facteurs non modifiables (ex : facteurs génétiques), et que le tabagisme est très lié au niveau socio-économique. Cependant, ils ont trouvé aussi un effet dose-réponse en fonction du tabagisme de la mère (nombre de cigarettes fumées par jour) qui restait significatif après ajustement sur le niveau socio-économique, indiquant un possible effet causal. Selon les auteurs les politiques de santé doivent encourager les mères à maintenir un poids « normal », à allaiter leur enfant et à arrêter de fumer, et surtout faire en sorte que les interventions puissent atteindre les couches sociales les moins favorisées.

● **Lien entre la perception de son poids corporel et le comportement tabagique chez les adolescents.**

Yoon J et Bernell SL. Nicotine Tob Res. 2016 Apr 23. pii: ntw116. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27107434>

Le lien entre la perception de son poids corporel et l'initiation tabagique est un problème complexe, car le tabagisme a un effet sur la prise de poids, et il peut être perçu par les adolescents comme un moyen de contrôler

son poids.

Pour étudier cette relation, les auteurs ont utilisé les données de 5 vagues (répétées tous les 2 ans de 2005 à 2013) de l'enquête sur les comportements à risque chez les jeunes (Youth Risk Behavior Survey) allant de l'équivalent aux USA de la fin du collège à la Terminale (âge moyen 16 ans). Un total de 73376 adolescents a ainsi pu être suivi.

Le tabagisme a été catégorisé en courant (avoir fumé au cours des 30 derniers jours, soit 18,8% de l'échantillon) et fréquent (plus de 20 fois dans le mois, soit 7,1% de l'échantillon). La perception de son poids a été catégorisée en « maigre » (13,6%), « poids normal » (56,6%), « légèrement en surpoids » (25,7%) et « très en surpoids » (4,1%). Basée sur les recommandations internationales, la répartition était en fait de 2,28% de maigres, 65,5% de poids normal, 14,9% en surpoids et 17,3% d'obèses. Les données de ceux se trouvant maigres et de ceux se trouvant de poids normal ont été combinées, et comparées séparément à ceux se trouvant légèrement en surpoids et à ceux se trouvant très en surpoids.

Les résultats montrent que ceux qui ont la perception d'être très en surpoids sont plus enclins à fumer (+6,1 ± 1,6 points de pourcentage ou pp, p<0,001) ou à fumer fréquemment (+3,3 ± 1,2 pp, p<0,01) que ceux s'estimant de poids normal. Ceux qui ont la perception d'être légèrement en surpoids sont aussi plus enclins à fumer (+7,9 ± 1,0 pp, p<0,001) ou à fumer fréquemment (+2,5 ± 0,6 pp, p<0,001) que ceux s'estimant de poids normal.

Globalement, le lien entre la perception de son poids et le comportement tabagique est similaire pour les deux groupes s'estimant en surpoids. Ainsi, l'effet incrémentiel dû à perception de son poids (+7,9 et +2,5 pp pour ceux se trouvant légèrement en surpoids) représente 44% et 37% de la probabilité moyenne pondérée de fumer (18%) ou fumer fréquemment (6,7%) de l'enquête. D'autres résultats montrent que cet effet est plus important chez les filles qui essayent de perdre du poids (61% des filles contre 31% des garçons), par rapport au garçon. Les auteurs concluent que les programmes cherchant à réduire le tabagisme chez les jeunes, et ceux cherchant à combattre l'obésité et le surpoids chez les jeunes travaillent ensemble pour prendre en compte l'inter-relation entre ces deux phénomènes.

● Tabagisme, sevrage tabagique et maladie de Crohn.

Underner M et al. Presse Med. 2016 Apr;45(4 Pt 1):390-402.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27016849>

Cette revue systématique de la littérature a fait le point sur les connaissances des liens entre maladie de Crohn (MC) et tabagisme. C'est une revue très complète qu'il est difficile de résumer, mais qu'il convient de diffuser largement car le manque de connaissances sur le sujet semble flagrant. Une communication de Jacques Cosnes (hôpital St Antoine et université Paris VI) a eu lieu au 9ème congrès de la SFT à Toulouse.

http://societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/csft2015-PL2d_Cosnes.pdf

En France, la maladie de Crohn concerne 75 000 à 150 000 personnes (plus les femmes que les hommes). La maladie peut toucher tous les segments du tube digestif, de la bouche à l'anus. Le tabagisme augmente le risque (OR=1,76 ; IC 95% 1,40-2,22), il y a un effet dose, les fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour ayant un risque significativement accru par rapport à ceux fumant jusqu'à 10 cigarettes par jour et il y a un effet significatif sur la qualité de vie (mesurée par échelle). L'arrêt du tabac est associé à une baisse de l'activité de la maladie. Le bénéfice apparaît dès 3 mois après le sevrage et se prolonge les années suivantes. Les ex-fumeurs retrouvent une qualité de vie similaire aux non-fumeurs.

D'après certaines études, peu de patients sont au courant du lien entre MC et tabagisme, l'une d'entre elles a montré que seulement 12,9% des patients connaissaient les effets délétères du tabac, et parmi les fumeurs 36,5% n'avaient jamais reçu le conseil d'arrêter de fumer par un médecin hospitalier, et 65,8% par un médecin généraliste.

Dans une étude prospective réalisée par l'un des auteurs de cette revue systématique, les poussées de la maladie sont plus fréquentes en période de tabagisme que dans les périodes d'abstinence (42% vs. 12% ; p<0,002). L'activité de la maladie, évaluée par une échelle (CDAI) montre que le score est plus élevé chez les fumeurs que chez les ex-fumeurs et les non-fumeurs, mais qu'il n'y a pas de différence entre ex-fumeurs et non-fumeurs. Chez les fumeurs ayant arrêté depuis au moins un an, le recours à la chirurgie est significativement diminué (p=0,005) par rapport aux fumeurs persistants. Il est donc très important que les patients, mais aussi les professionnels de santé soient informés de ce lien entre MC et tabagisme et de la nécessité d'obtenir une abstinence durable chez ces patients.

● **Bénéfices de l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur la précocité des naissances en Suisse.**

Vicedo-Cabrera AM et al. Tob Control. 2016 Apr 26. pii:tobaccocontrol-2015-052739. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052739. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27118814>

En Suisse, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail est réglementée à la fois au niveau fédéral et au niveau cantonal. En mai 2010, le Parlement suisse a voté une interdiction de fumer dans la plupart des lieux publics et de travail clos (loi fédérale), mais avec des exceptions notables (pas d'interdiction par exemple pour les bars ou restaurants dont la surface est < 80 m²). Lorsque l'interdiction de fumer a été mise en place, 12 des 26 cantons avaient déjà introduit des lois, dont la plupart étaient plus restrictives que la loi fédérale. Cette situation particulière fait que les auteurs ont pensé à faire une étude basée sur cette expérimentation naturelle.

Si plusieurs études se sont penchées depuis quelques années sur l'effet de ces interdictions de fumer sur les maladies cardiovasculaires, peu l'ont fait sur les conséquences sur la grossesse et les naissances. Utilisant la base de donnée fédérale des naissances, qui inclut depuis 2007 les informations sur l'âge gestationnel des nouveau-nés, les auteurs se sont focalisés sur l'effet avant/après introduction de l'interdiction de fumer sur l'incidence des naissances prématurées (limité aux naissances entre 26 et 37 semaines d'aménorrhée) et des naissances précoces (entre 37 et 38 semaines).

Dû à l'hétérogénéité du type d'interdiction de fumer et aux caractéristiques tabagiques et démographiques observés dans les différents cantons (différence d'exposition au tabagisme passif, ou différence de prévalence du tabagisme actif chez les femmes en âge de procréer), les données ont été analysées par des méthodes de métarégression. Par ailleurs, une approche de type temporelle (time-to-event) a permis de prendre en compte l'effet de l'introduction des interdictions de fumer en fonction du moment au cours de chaque grossesse où elles ont été mises en place. Le risque (HR) a été calculé en utilisant des modèles de régression de risque proportionnel de Cox, ajustés par le genre du nouveau-né et par les caractéristiques de la mère (âge, parité, statut civil, nationalité et canton de résidence).

Au total, 446 492 naissances (non gémellaires) ont été incluses dans cette étude, avec 5,5% de naissances prématurées et 27,1% de naissances précoces. Après implication des critères d'inclusion, 400 784 naissances ont été utilisées pour la métarégression et 413 516 naissances ont été utilisées pour l'analyse temporelle. Les pourcentages de naissances prématurées et précoces étaient les mêmes que dans l'ensemble de l'échantillon. Une prévalence plus élevée de chaque type de naissance a été observée chez les garçons, et chez les femmes de plus de 35 ans. Une prévalence plus élevée de naissances prématurées a été observée chez les femmes primipares et celles non mariées de nationalité Suisse, alors que ce n'était pas le cas pour les naissances précoces.

Les résultats ont montré une diminution significative du risque de naissance précoce de 5% (IC 95% -7,5% à -2,5%) et une diminution non significative de 3% (IC 95% -9,3% à +2,5%) pour les naissances prématurées. Les résultats ont aussi montré un effet dose-réponse ; les cantons qui ont adopté des interdictions plus sévères que la loi fédérale, et les femmes pour qui l'interdiction est arrivée plus tôt au cours de leur grossesse ont montré des réductions de risque plus grandes.

C'est la première fois qu'un effet sur les naissances précoces est montré. Le risque associé est certes moins important que le risque associé à la prématurité, mais il touche une population plus large. L'effet observé sur les naissances prématurées (diminution du risque) a aussi été plus important pour les femmes pour qui l'introduction d'une interdiction de fumer plus stricte que la loi fédérale est arrivée au cours du 1er et du 2ème trimestre de la grossesse. Une étude de Cox et coll. (BMJ 2013) avait trouvé des résultats similaires en Belgique (Flandre) sur les naissances prématurées (voir [Lettre de la SFT n°40](#), avril 2013).

Certes, ces mesures ne sont que des proxys de l'exposition à la fumée de tabac ou de l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes (ces données individuelles n'étaient pas disponibles), mais ces résultats sont encourageants.

● **Application de la Directive européenne sur les produits du tabac et produits connexes.**

Ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes.
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=FB6F240E90A4A3329BF5F621AE914B22.tpdila17v_1?

Ce qu'il faut retenir concernant la prescription des substituts nicotiniques. La possibilité de prescription est élargie:

« Art. L. 3511-3.- Les substituts nicotiniques peuvent être prescrits par :

- « 1° Les médecins, y compris les médecins du travail aux travailleurs ;
- « 2° Les chirurgiens-dentistes, en application de l'article L. 4141-2 ;
- « 3° Les sages-femmes, en application de l'article L. 4151-4 ;
- « 4° Les infirmiers ou les infirmières, en application de l'article L. 4311-1 ;
- « 5° Les masseurs-kinésithérapeutes, en application de l'article L. 4321-1.

Pour le tabac, le paquet neutre est introduit :

« Art. L. 3512-20.-Sans préjudice des dispositions de l'article 575 D du code général des impôts, les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés.

Pour les produits du vapotage (qui devient de fait le terme officiel pour la réglementation) :

« Art. L. 3513-1.-Sont considérés comme produits du vapotage :

- « 1° Les dispositifs électroniques de vapotage, c'est-à-dire des produits, ou tout composant de ces produits, y compris les cartouches, les réservoirs et les dispositifs dépourvus de cartouche ou de réservoir, qui peuvent être utilisés, au moyen d'un embout buccal, pour la consommation de vapeur contenant le cas échéant de la nicotine. Les dispositifs électroniques de vapotage peuvent être jetables ou rechargeables au moyen d'un flacon de recharge et d'un réservoir ou au moyen de cartouches à usage unique ;
- « 2° Les flacons de recharge, c'est-à-dire les récipients renfermant un liquide contenant le cas échéant de la nicotine, qui peuvent être utilisés pour recharger un dispositif électronique de vapotage.

« Art. L. 3513-2.-Ne constituent pas des produits du vapotage les produits qui sont des médicaments ou des dispositifs médicaux au sens des articles L. 5111-1 et L. 5211-1. (ndlr : cela concernera les produits qui auront obtenu une autorisation de mise sur le marché auprès de l'ANSM).

Interdiction aux mineurs :

« Art. L. 3513-5.-Il est interdit de vendre ou d'offrir gratuitement, dans les débits de tabac et tous commerces ou lieux publics, à des mineurs de moins de dix-huit ans des produits du vapotage.

« La personne qui délivre l'un de ces produits exige du client qu'il établisse la preuve de sa majorité.

Interdictions de vapoter dans certains lieux :

« Art. L. 3513-6.-Il est interdit de vapoter dans :

- « 1° Les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ;
- « 2° Les moyens de transport collectif fermés ;
- « 3° Les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

Suivi des effets indésirables :

« Art. L. 3513-13.-Les fabricants, les importateurs et les distributeurs de produits du vapotage contenant de la nicotine mettent en place et tiennent à jour un système de collecte d'informations sur tous les effets indésirables présumés de ces produits sur la santé humaine.

Entrée en vigueur :

Un décret en Conseil d'Etat va déterminer les conditions d'application de ces dispositions.

treatobacco.net

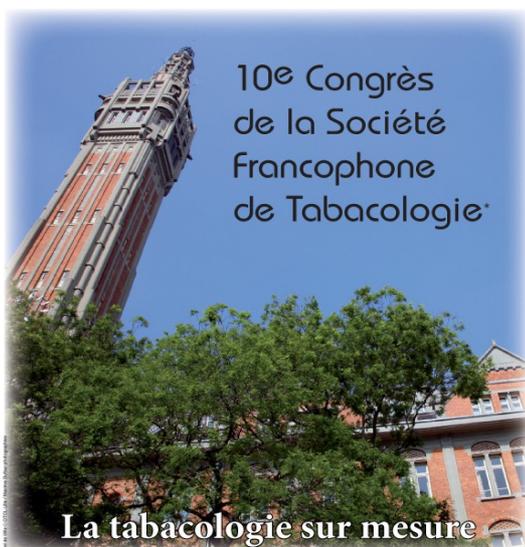
Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence
www.treatobacco.net

Un nouvel article dans la section « Ask the Experts » Qu'est-ce que la cytosine ? a été mis en ligne sur le site.

Congrès

La Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe (SRNT Europe) aura son congrès annuel à Prague, République Tchèque, les 8-10 septembre 2016.

Visitez son site ici : <http://www.srnt-e2016.com/>



La Société Francophone de Tabacologie (SFT) a le plaisir de vous annoncer son 10e Congrès qui se déroulera à Lille Grand Palais les 3 et 4 novembre 2016.

A l'occasion de ce 10e Congrès, la SFT s'engage dans une réflexion approfondie sur le thème "La tabacologie sur mesure".

Ce congrès s'articulera autour de séances plénières, sessions parallèles (dont deux dédiées aux communications libres) et sessions posters.

3 - 4 novembre 2016
Lille, France

www.csft2016.com

Société
Francophone
de **T**abacologie

*La Société Française de Tabacologie devient la Société Francophone de Tabacologie

Inscrivez-vous en ligne et retrouvez le programme et des informations pratiques sur le site Internet du congrès :

<http://www.csft2016.com>



<http://jda.centredesaddictions.org/index.php?lang=fr>



21E RENCONTRES DU RESPADD

« Addictions Ici et Ailleurs »

Organisées en collaboration avec le BUS 31/32, les prochaines rencontres du RESPADD « Addictions Ici et Ailleurs » auront lieu à Marseille, les 7 et 8 juin 2016.

<http://www.respadd.org/save-the-date-21e-rencontres-du-respadd/>

Réunions d'experts

LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES LIES AUX CONDUITES ADDICTIVES 7 et 8 avril 2016



Les présentations des experts et le rapport d'orientation et les recommandations de la Commission d'Audition sont disponibles sur le site de la FFA :

http://www.addictologie.org/spip.php?page=avec titre&id_rubrique=4#64

Colloques

Le 1er Sommet de la Vape – politique de santé et cigarette électronique se tiendra au CNAM à Paris le 9 mai 2016
Organisé par Didier Jayle, Jacques Le Houezec et Bertrand Dautzenberg

Téléchargez les [conclusions du sommet sur le site](#)

offres d'emploi

Appel à candidature :

Poste de Praticien Hospitalier Temps plein, pour prendre la direction de l'UCT du CHU de Caen. Poste ouvert pour psychiatre, addictologue, médecin généraliste ou médecin de spécialité, possesseur d'un DIU de Tabacologie et/ou ayant une expérience solide en tabacologie. Poste à pourvoir fin septembre 2016. L'équipe actuelle se compose de 2 médecins PH TP, d'une infirmière TP diplômée en tabacologie, de 0,2 ETP de diététicienne diplômée en tabacologie et de 0,2 ETP d'une psychologue clinicienne, d'une secrétaire médicale TP

Contact: lemaitre-b@chu-caen.fr

Vacations en Tabacologie :

Le Centre Hospitalier d'Argenteuil, 69 rue du Lieutenant Colonel Proudhon, 95100 ARGENTEUIL, recherche des médecins pour assurer des vacances en Tabacologie, mais également en Addictologie et Alcoologie, à partir de début juin. Les médecins intéressés peuvent contacter le Dr SOBANN Monique au 01 34 23 29 32 ou 33.

Consultez les offres d'emploi sur le site de la SFT :

<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/emplois1.html>

information

L'association Actions Traitements vient d'éditer : « Se libérer du tabac quand on vit avec le VIH ».

Cette brochure est gratuite et disponible sur leur plateforme :

<http://www.actions-traitements.org/commande/>

Lien direct vers le PDF : <http://www.actions-traitements.org/wp-content/uploads/2014/06/Se-lib%C3%A9rer-du-tabac-quand-on-vit-avec-le-VIH.pdf>

Ouverture du portail « Addict'Aide : Le village des addictions »

<http://www.addictaide.fr/>

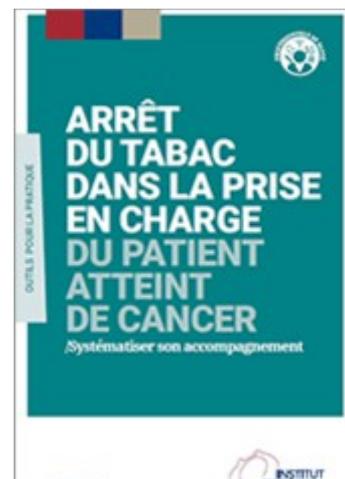
Le référentiel AFSOS « sevrage tabagique » mis à jour par le groupe de travail auquel la SFT a participé est en ligne sur le site public Oncologik, à l'adresse suivante :

http://www.oncologik.fr/index.php/Afsos:Sevrage_tabagique.



L'INCa a édité un fascicule Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer - Systématiser son accompagnement

[Téléchargement ici](#)





Flash info

INFOLETTRE N° 127 - 18 mai 2016

Médecins ou infirmiers(res) du travail : devenez formateurs en prévention des conduites addictives en milieu professionnel

[PLUS D'INFORMATIONS](#)

[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.

[CNCT : dernières actus](#)

[Les relations demeurent opaques entre Bruxelles et le lobby du tabac](#)

[La justice européenne valide la directive tabac](#)

[Expérimentation de l'AP-HP : des femmes enceintes payées pour arrêter de fumer](#)

[1er Sommet de la vape : que faire de la cigarette électronique ?](#)

[La cigarette électronique ne serait pas la porte d'entrée vers le tabagisme si redoutée](#)

[La e-cigarette sous-estimée dans la lutte anti-tabac](#)

[L'e-cigarette n'incite pas les jeunes à fumer](#)

[Lutte anti-tabac : Touraine annonce la création "d'un fonds de prévention" doté "de 32 millions d'euros ...](#)

[Lutte contre le tabagisme et les addictions : réduire les risques plutôt que réprimer](#)

[Tabagisme : le paquet neutre arrive dans les bureaux de tabac](#)

[L'engouement pour la cigarette électronique, interdite de publicité](#)

[Novembre sans tabac en France](#)

[Axa arrête d'investir dans le tabac](#)

["Produit du tabac" comme les autres, la cigarette électronique interdite de publicité](#)

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