

Thématique du mois : femmes et tabac

- Point épidémiologique : un effet de génération dans l'évolution du tabagisme féminin

Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du baromètre santé 2016.

Pasquereau *et al.*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, mai 2017.

http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/pdf/2017_12_1.pdf

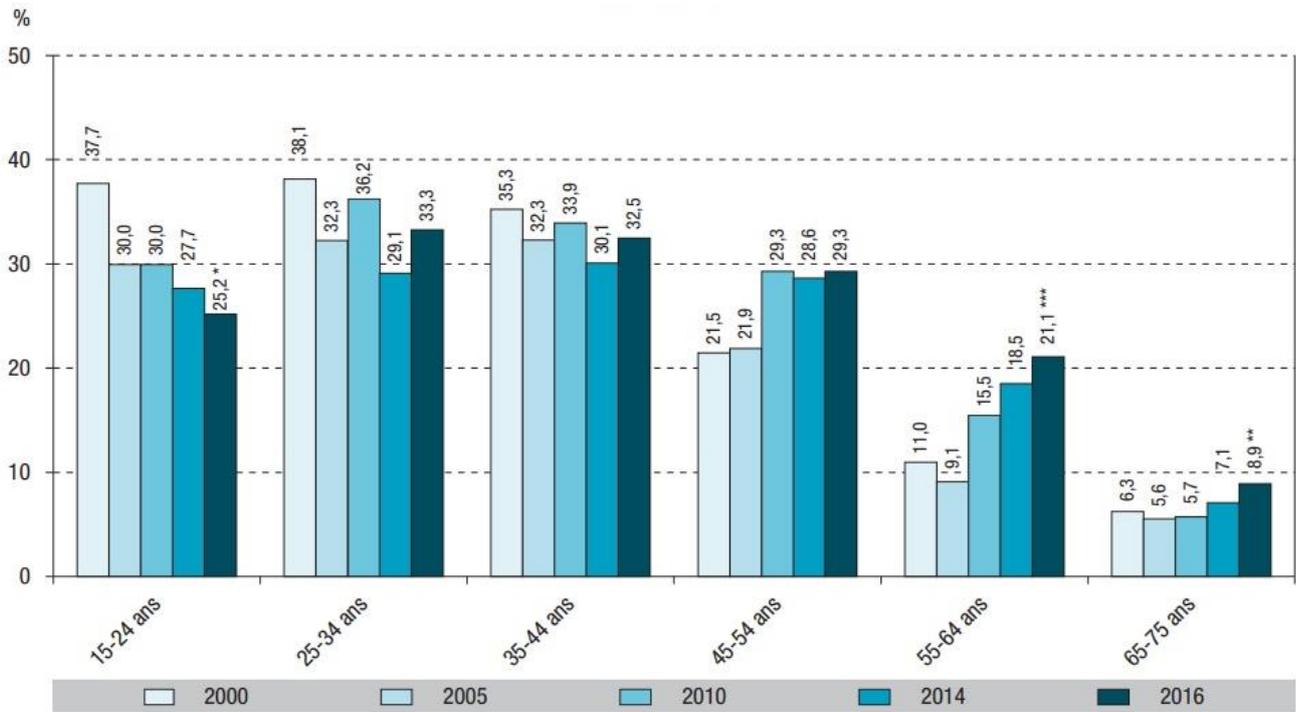
En 2016, 31 % des femmes se déclarent fumeuses, contre 38 % des hommes (*voir tableau ci-dessous*). Parmi elles, la grande majorité (82 %) se déclarent fumeuses quotidiennes. Moins adeptes de la cigarette que les hommes, les femmes sont aussi moins nombreuses à pratiquer la vape : seules 2,6 % d'entre elles vapotent, contre 4,0 % des hommes.

	Hommes	Femmes	Ensemble
Tabac			
Fumeur actuel	38,1	31,2	34,5
<i>Fumeur occasionnel</i>	6,0	5,7	5,8
<i>Fumeur quotidien</i>	32,1	25,5	28,7
Ex-fumeur	32,1	27,2	29,6
E-cigarette			
Vapoteur actuel	4,0	2,6	3,3
<i>Vapoteur occasionnel</i>	1,0	0,7	0,8
<i>Vapoteur quotidien</i>	3,0	1,9	2,5

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France.

Prévalences du tabagisme et du vapotage selon la fréquence de consommation et le sexe, France, en 2016.

Après une baisse entre 2000 et 2005, puis une hausse entre 2005 et 2010, le tabagisme des Français s'est stabilisé depuis 2010, pour les hommes comme pour les femmes. Mais en ventilant ces résultats selon l'âge et le sexe (*voir figure ci-dessous*), on observe une augmentation du tabagisme chez les femmes âgées de plus de 55 ans.



Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien des Françaises selon l'âge, entre 2000 et 2016.

Les astérisques indiquent une évolution significative entre 2010 et 2016 (* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$). Seules les évolutions entre 2010 et 2016 sont étudiées.

L'augmentation du tabagisme chez les femmes les plus âgées s'explique par un effet de génération. La diffusion du tabagisme chez les femmes suit un cycle identique à celui des hommes, avec une à deux générations de décalage. Les femmes ayant commencé à fumer dans les années 70-80 – pour qui la cigarette était souvent un symbole d'émancipation – n'ont souvent pas réussi à arrêter de fumer.

L'autre extrémité de la pyramide des âges témoigne en revanche d'une évolution encourageante, avec une nette diminution du tabagisme chez les femmes de 15-24 ans ces quinze dernières années. Les risques du tabac pour la santé sont bien identifiés au sein des jeunes générations, et la valeur sociale de la cigarette tend même à devenir négative.

● Grossesse : résultats prometteurs pour le dosage systématique du CO

Evaluation of a complex healthcare intervention to increase smoking cessation in pregnant women: interrupted time series analysis with economic evaluation.

Bell et al., Tobacco Control, février 2017.

<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/27/1/90>

Au Royaume-Uni, la prise en charge des femmes enceintes repose depuis 2010 ([recommandations NICE](#)) sur un dosage systématique du monoxyde de carbone suivi d'une orientation par défaut (« *opt-out referral* ») des patientes fumeuses vers une consultation d'arrêt du tabac. Cette prise en charge, issue du [programme BabyClear](#) (*en anglais*), repose sur une étroite coordination entre les maternités et les services d'aide à l'arrêt du tabac, et une formation appropriée des sages-femmes.

Dans les huit jours suivant le dosage du monoxyde de carbone, toutes les patientes fumeuses, même légères (CO > 4 ppm), sont orientées vers une consultation d'aide au sevrage (*voir figure ci-dessous*). En cas de refus de la patiente, une nouvelle proposition d'aide est faite à l'occasion de la première échographie. La prise en charge tabacologique comporte quant à elle un suivi au long de la grossesse, à raison d'un appel téléphonique par mois.

1. Avant l'enregistrement (par l'équipe de sages-femmes)

Dosage du CO chez toutes les femmes enceintes (en routine).

2. Un jour ouvré après le dosage du CO (par le SSPS)

Envoi de tous les dosages de CO au service d'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse (*Stop Smoking in Pregnancy Service, SSPS*) par fax ou par email.

3. Deux jours après réception de la lettre d'orientation dans le SSPS (par le SSPS)

Si le rendez-vous n'a pas été pris par l'équipe de la maternité, appel téléphonique de la part du service d'aide à l'arrêt du tabac (SSPS). En cas de refus de la patiente, la maternité est informée et une lettre est envoyée pour renouveler l'offre de prise en charge.

4. Cinq jours ouvrés après l'étape 3 (par le SSPS)

Consultation avec le conseiller d'aide à l'arrêt du tabac, pour évaluation et proposition d'une aide au sevrage.

En cas d'absence de la patiente à la consultation, prise de contact avec elle.

Les sages-femmes sont averties en cas d'arrêt de la prise en charge, et une lettre est envoyée à la patiente.

5. Première échographie (par la sage-femme spécialiste)

Intervention sur la perception du risque tabagique si la patiente n'est pas suivie par le SSPS, avec inscription du résultat au dossier.

Nouvelle proposition de prise en charge tabagique.

6. Autres visites prénatales (par l'équipe de sages-femmes)

Dosage du CO et orientation des patientes fumeuses non pris en charge par le SSPS.

7. Dix à 14 jours ouvrés après l'orientation vers le SSPS (par le SSPS)

Appel téléphonique à la patiente, pour évaluer le degré de satisfaction vis-à-vis de la prise en charge tabagique. En cas d'insatisfaction ou d'interruption de la prise en charge, proposition de nouvelles options.

8. Suivi mensuel pendant la grossesse (par le SSPS)

Appel téléphonique à la patiente, pour évaluer le degré de satisfaction vis-à-vis de la prise en charge tabagique et s'enquérir des besoins supplémentaires.

OU

Si la patiente a décliné la prise en charge tabagique mais a accepté d'être contactée (étapes 3 et 4), nouvelle proposition d'aide à l'arrêt du tabac.

9. Accouchement (par l'équipe de sages-femmes et le SSPS)

Le statut tabagique de toutes les patientes est recueilli à l'occasion de l'accouchement, par l'équipe de suivi de grossesse.

Toutes les patientes encore fumeuses se voient proposer à nouveau une prise en charge tabagique.

10. En sortie de maternité (par l'équipe de sages-femmes, aidées du dossier patient)

Le *Health Visiting Service* (service de prévention à domicile du NHS) est informé du statut tabagique de la patiente.

Protocole d'orientation des femmes enceintes fumeuses au Royaume-Uni (adapté depuis Bell et al.)

SSPS : Stop Smoking in Prevention Service, service d'aide à l'arrêt du tabac du NHS pour les femmes enceintes.

Mais l'efficacité de cette prise en charge volontariste reste sujette à caution : une étude ([Bauld et al., 2012](#)) a montré une augmentation des consultations sans effet sur le taux d'arrêt, tandis qu'une autre plus récente ([Campbell et al., 2017](#)) a montré des taux de sevrage à 4 semaines multipliés par deux. Dans cette étude, les auteurs, de l'université de Newcastle, ont donc entrepris d'évaluer l'efficacité de cette prise en charge sur 37 726 grossesses menées à terme, au sein de huit réseaux d'hôpitaux publics britanniques (« *NHS trust* »).

Un tiers des mères fumeuses arrêtent

À l'issue du dosage du CO, 28 % des mères (n = 10 594) ont été comptabilisées comme fumeuses. L'analyse en séries interrompues montre que l'intervention complexe a permis de multiplier par plus de deux le taux de recours aux services d'aide au sevrage (IRR = 2,47 ; IC 95 % 2,16 – 2,81) Au moment de l'accouchement, 35 des mères fumeuses avaient arrêté de fumer. D'après le modèle, ce taux est supérieur de 80 % (OR ajusté = 1,81 ; IC 95 % 1,54 – 2,12) à celui précédant l'intervention.

Le modèle employé était ajusté pour le groupe ethnique, l'âge, le niveau socio-économique, et le nombre d'enfants antérieurs des patientes. Les mères de niveau socio-économique faible étaient moins nombreuses à arrêter de fumer (OR ajusté = 0,52 ; IC 95 % 0,42 – 0,65). Les mères issues de l'immigration avaient en revanche plus de chances de bénéficier de l'intervention (OR ajusté = 2,52 ; IC 95 % 1,84 – 3,44).

Un surcoût de mille euros par sevrage

Un volet médico-économique a aussi permis d'évaluer le coût de ce type d'intervention. Le coût moyen de mise en œuvre à l'échelle d'un « *NHS trust* » était d'environ 650 000 euros (572 009 livres) sur cinq ans.

Le coût additionnel de cette intervention complexe était ainsi de 35 euros (31 livres) pour chaque grossesse, soit un peu plus de 1000 euros (952 livres) par sevrage tabagique. Dans l'ensemble, il a fallu prendre en charge 31 femmes enceintes pour chaque femme ayant arrêté de fumer pendant sa grossesse.

● BPCO : les femmes sont plus à risque que les hommes

Female Smokers Are at Greater Risk of Airflow Obstruction Than Male Smokers.

Amaral *et al.*, AJRCCM, mai 2017.

<https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201608-1545OC>

Avec 251 millions de cas en 2016, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sera la troisième cause de décès dans le monde, principalement dans les pays en développement. Si les hommes sont plus touchés, du fait d'un tabagisme plus marqué, l'écart entre les sexes tend à se réduire et l'on soupçonne que les femmes sont en fait plus à risque de développer une BPCO liée au tabac. Elles sont par ailleurs encore sous-diagnostiquées par rapport au hommes ([Rahérison *et al.*, 2010](#)).

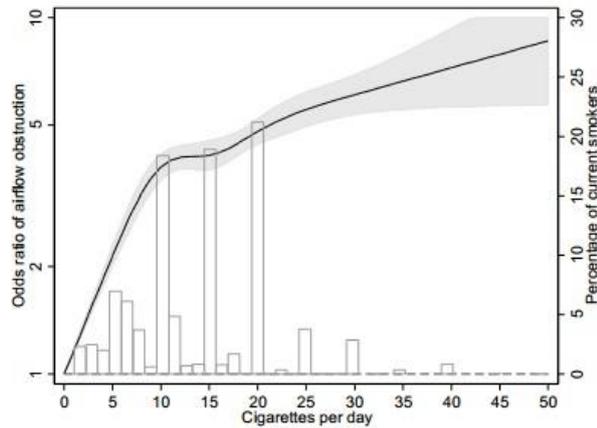
Cette vaste étude épidémiologique repose sur les données recueillies auprès de 249 327 Britanniques entre 2006 et 2010. Chaque participant a fait l'objet d'une exploration des fonctions respiratoires, et a dû remplir un questionnaire sur ses habitudes de vie et sa consommation de tabac. Au spiromètre, l'indicateur retenu pour évaluer la présence d'un syndrome obstructif était un rapport de Tiffeneau (VEMS/CV) inférieur à la limite inférieure de la normale. Seules les données spirométriques de qualité ont été retenues dans l'analyse.

Un risque accru de syndrome obstructif

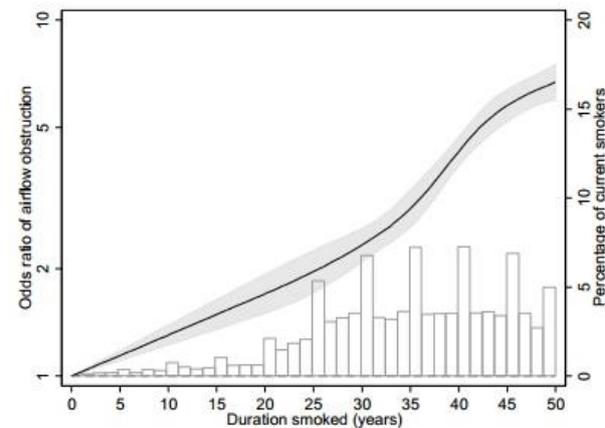
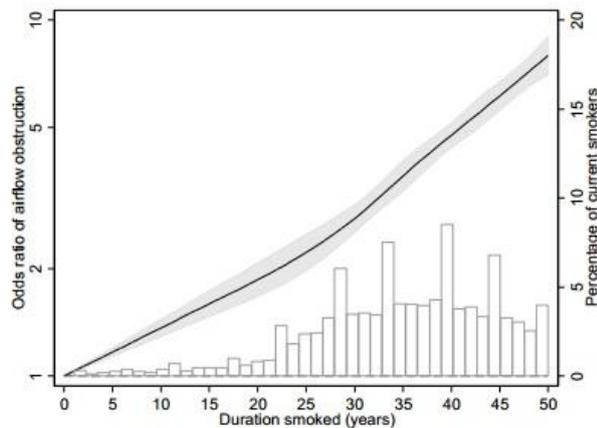
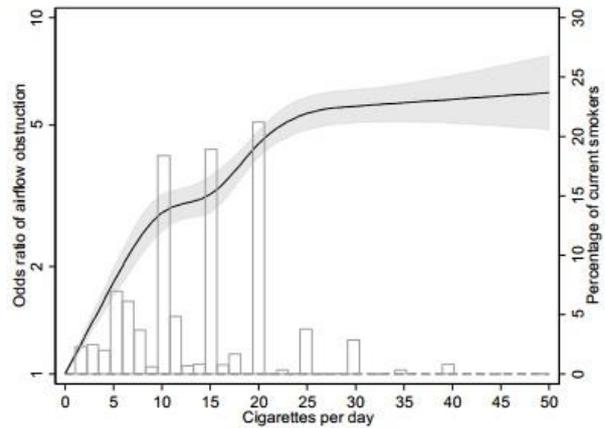
Sur l'ensemble des participants, 41 % des femmes et 52 % des hommes avaient un historique de tabagisme. Comparées aux non-fumeuses, les fumeuses actuelles avaient un risque 1,4 fois supérieur d'avoir un syndrome obstructif (OR = 1,44 ; IC 95 % 1,38 – 1,50), contre seulement 1,25 (IC 95 % 1,19 – 1,32) chez les hommes. Même constat pour les fumeuses actuelles, avec un risque 3,5 fois supérieur (OR = 3,45 ; IC 95 % 3,27 – 3,63) d'obstruction, contre 3,06 (IC 95 % 2,87 – 3,25) pour hommes. Ces différences entre les sexes étaient hautement significatives ($p < 0,001$).

En affinant l'analyse, les auteurs ont mis à jour une relation dose-effet entre le risque de syndrome obstructif et l'exposition au tabac, mesurée via la consommation quotidienne, la durée du tabagisme et le nombre de paquets-années (*voir figure ci-dessous*). Chez les fumeuses actuelles, le risque accru de BPCO débutait à partir de 1 cigarette par jour et 15 ans de tabagisme, contre 1 cigarette par jour et 20 ans de tabagisme pour les hommes. Le « *pattern* » est identique chez les anciens fumeurs.

Women (current smokers)



Men (current smokers)



Association entre le risque de syndrome obstructif et la consommation tabagique chez les fumeurs actuels.

En haut : risque de syndrome obstructif en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour, chez les femmes (à gauche) et les hommes (à droite). L'association est plus forte chez les femmes que chez les hommes ($p = 1,1 \cdot 10^{-5}$).

En bas : risque de syndrome obstructif en fonction du nombre d'années de tabagisme, chez les femmes (à gauche) et les hommes (à droite). L'association est plus forte chez les femmes que chez les hommes ($p = 0,004$). L'aire grisée représente l'intervalle de confiance à 95 %. L'histogramme représente la distribution de la consommation.

Le modèle a été ajusté pour le centre de santé, l'âge, le groupe ethnique, la taille, le niveau socio-économique et la consommation de fruits frais. Le groupe de référence est constitué des patients n'ayant jamais fumé.

Le risque de syndrome obstructif était maximal chez les fumeurs, anciens ou actuels, qui avaient commencé à consommer du tabac avant l'âge de 18 ans. Sur ce plan, une éventuelle différence hommes-femmes n'a pu être mise en évidence.

Les mécanismes physiologiques à l'origine de la plus grande sensibilité des femmes à la fumée de cigarette sont encore mal connus, et plusieurs hypothèses cohabitent. La première a trait à la physiologie féminine : à taille de poumon et consommation tabagique équivalentes, les femmes ont un arbre bronchique plus réduit que les hommes. Mais les recherches sur la souris suggèrent également que les œstrogènes ([Tam et al., 2016](#)) favorisent la réponse oxydative à la fumée de tabac.

• Environ un cancer du sein sur neuf est attribuable au tabac

The fraction of breast cancer attributable to smoking: The Norwegian women and cancer study 1991–2012.

Gram *et al.*, *British Journal of Cancer*, juin 2016.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4997535/>

Dans cette vaste étude épidémiologique, 130 053 femmes danoises, d'âge compris entre 34 et 70 ans, ont été suivies entre 1991 et 2007. Au moment de l'inclusion, les deux tiers (67,5 %) des femmes déclaraient avoir déjà fumé, avec un âge moyen à la première cigarette de 18,7 ans et une moyenne de 10 paquets-années. Au cours du suivi, un total de 4293 participantes se sont vu diagnostiquer un cancer du sein invasif.

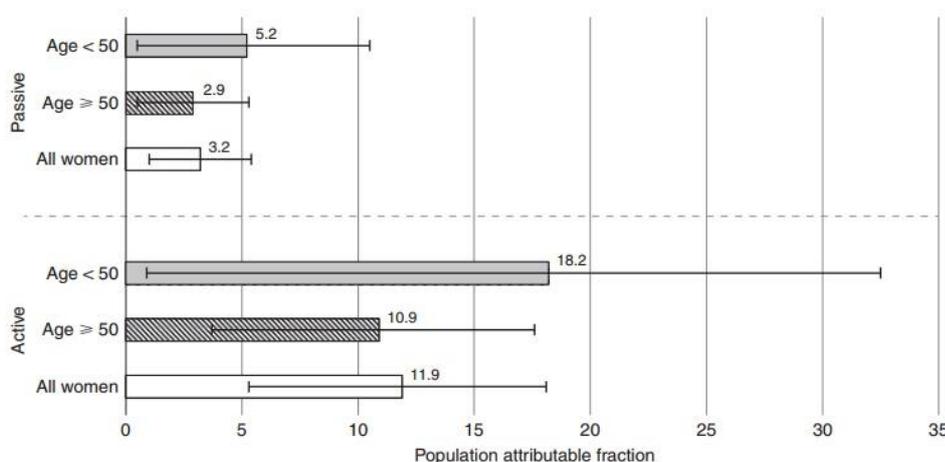
L'analyse multivariée a montré que les fumeuses passives avaient un risque accru de 18 % d'avoir un cancer du sein (HR ajusté = 1,18 ; IC 95 % 1,05 – 1,33) par rapport aux femmes n'ayant jamais fumé. Chez les fumeuses actuelles, ce risque s'élevait à 21 % (HR ajusté = 1,21 ; IC 95 % 1,08 – 1,34). La maternité et la ménopause n'influaient pas significativement sur le sur-risque de cancer du sein.

Les auteurs ont contrôlé un très grand nombre de facteurs de confusion, conservés dans le modèle lorsqu'ils faisaient varier le HR de plus de 5 % : l'âge à l'inclusion, le niveau d'éducation, l'âge des premières règles, l'utilisation d'un contraceptif, le nombre d'enfants, l'âge au premier enfant, des antécédents familiaux de cancer du sein, l'IMC, l'utilisation d'un traitement hormonal de la ménopause, et la consommation d'alcool.

18 % des cancers précoces liés au tabac

Chez les fumeuses, anciennes ou actuelles, les auteurs estiment que 17,3 % (IC 95 % 7,4 – 25,4) des cancers du sein sont attribuables au tabac. C'est même le cas pour 25,6 % d'entre eux (IC 95 % 0,76 – 44,3) lorsque la maladie est diagnostiquée avant 50 ans. À noter : le faible nombre de cancers diagnostiqués induit une incertitude importante sur ces chiffres.

Au sein de la population globale, 11,9 % (IC 95 % 5,3 – 18,1) des cancers du sein pouvaient ainsi être attribués au tabagisme (*voir figure ci-dessous*). Pour les cancers diagnostiqués avant 50 ans, cette proportion s'élevait à 18 %. Fait intéressant, le tabagisme passif pouvait être associé à 3,2 % des cancers du sein détectés (IC 95 % 1,0 – 5,4 %), et 5 % des cancers détectés avant 50 ans.



Fraction de cancers du sein attribuables aux tabagismes passif et actif chez les Danoises d'âge moyen en 2012.

• Aide au sevrage tabagique : la varénicline plus efficace que le bupropion chez les femmes

Sex Differences in Smoking Cessation Pharmacotherapy Comparative Efficacy: A Network Meta-analysis.

Smith *et al.*, *Nicotine & Tobacco Research*, mars 2017.

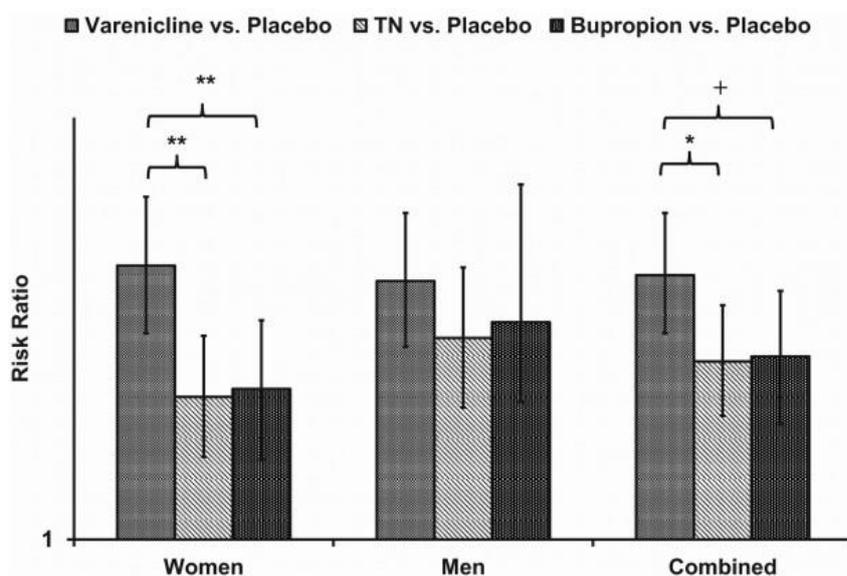
<https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/19/3/273/2631646>

En 2013, une revue Cochrane ([Cahill *et al.*, 2013](#)) a évalué les traitements d'aide à l'arrêt du tabac, et conclu que la varénicline était plus efficace que le bupropion et les patchs de nicotine. Dans cette méta-analyse conduite à Yale, les auteurs ont cherché à savoir comment ce résultat se décline en fonction du sexe. Pour cela, ils ont compilé les données de 14 389 fumeurs, dont 51 % de femmes.

Dans l'analyse finale, 28 essais contrôlés randomisés en double aveugle ont été retenus. Le critère primaire était l'abstinence à six mois, validée par un dosage des marqueurs du tabac. Les auteurs ont opté pour une méta-analyse en réseau, qui permet de combiner les comparaisons directes (traitement vs traitement) et indirectes (traitement vs placebo), afin de tirer un profit maximum des données.

40 % d'abstinences en plus

L'analyse confirmait les résultats de la revue Cochrane, avec une supériorité de la varénicline sur les autres traitements (VAR > BU = PATCH). En ventilant les résultats par sexe (*voir figure ci-dessous*), il apparaît que les femmes ont 41 % plus de chance d'être abstinentes à six mois avec la varénicline qu'avec les patchs de nicotine (RR = 1,41 ; IC 95 % 1,12 – 1,76), et 38 % plus de chances qu'avec le bupropion (RR = 1,38 ; IC 95 % 1,08 – 1,77). Chez les hommes, le gain d'efficacité de la varénicline par rapport aux autres traitements est plus faible et non significatif.



Méta-analyse en réseau : efficacités comparées des traitements d'aide à l'arrêt du tabac.

Sur l'histogramme figurent les RR combinés pour chaque traitement comparé à des placebos.

Les comparaisons directes de traitement à traitement (« head-to-head ») sont figurées par les accolades.

+ : $p < 0,10$; * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$.

Cette différence pourrait s'expliquer par la propension des femmes à métaboliser plus rapidement que les hommes, par la voie des cytochromes P450, le bupropion et la nicotine – et pas la varénicline. En tout état de cause, ces données militent en faveur de l'utilisation de la varénicline en première intention chez les femmes.

● Tabagisme féminin : un risque entièrement réversible avant 30 ans

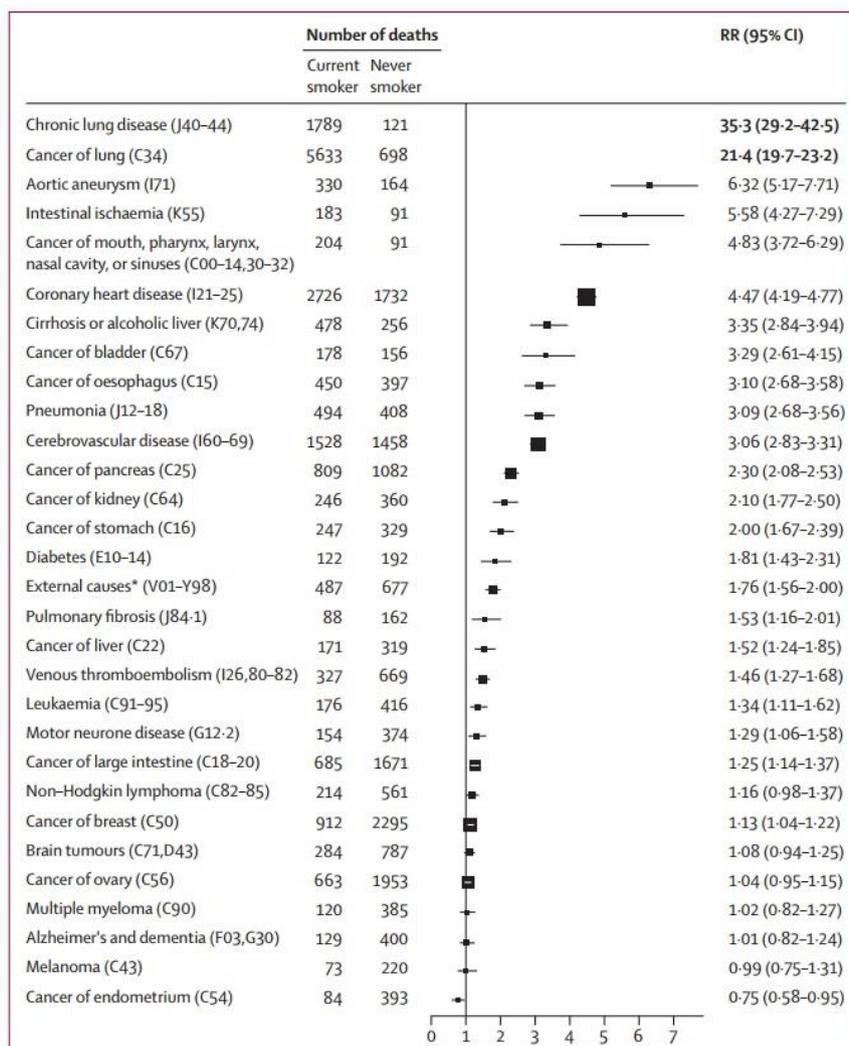
The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK.

Pirie *et al.*, *The Lancet*, 2013.

Article en libre accès : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61720-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61720-6/fulltext)

Cette publication séminale repose sur les données de la Million Women Study : de 1996 à 2001, plus d'un million de femmes britanniques ont été incluses dans une cohorte d'une ampleur exceptionnelle. Les données recueillies, d'excellente qualité, ont permis d'établir l'impact du tabagisme féminin en matière de surmortalité, avec un suivi moyen de 12 ans. Chez les 1,2 million de femmes retenues dans cette étude, 20 % étaient fumeuses, 28 % d'anciennes fumeuses et 52 % n'avaient jamais fumé.

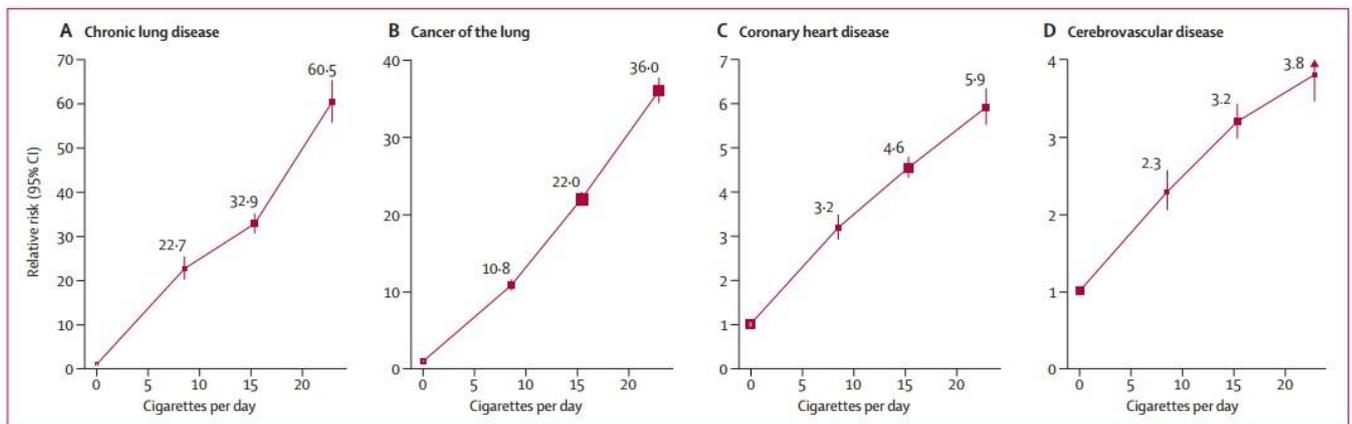
Premier constat : les femmes qui fumaient au moment de l'inclusion avaient un risque de décès presque trois fois supérieur (RR ajusté = 2,76 ; IC 95 % 2,71 – 2,81) à celui des femmes n'ayant jamais fumé. Les deux causes de décès les plus communes sont, de très loin, la bronchopneumopathie chronique obstructive (RR ajusté = 35,3 ; IC 95 % 29,2 – 42,5) et le cancer du poumon (R = 21,4 ; IC 95 % 19,7 – 23,2). Viennent ensuite la rupture d'anévrisme, l'ischémie intestinale, les cancers ORL, et les maladies coronaires (*voir figure ci-dessous*), avec des risques de mortalité multipliés par 5 environ.



Les 30 causes les plus communes de surmortalité liée au tabac chez les femmes britanniques.

Données issues de la comparaison des fumeuses (actuelles et anciennes) aux femmes n'ayant jamais fumé, à 12 ans de suivi. Les deux premières maladies (en gras) sont hors échelle.

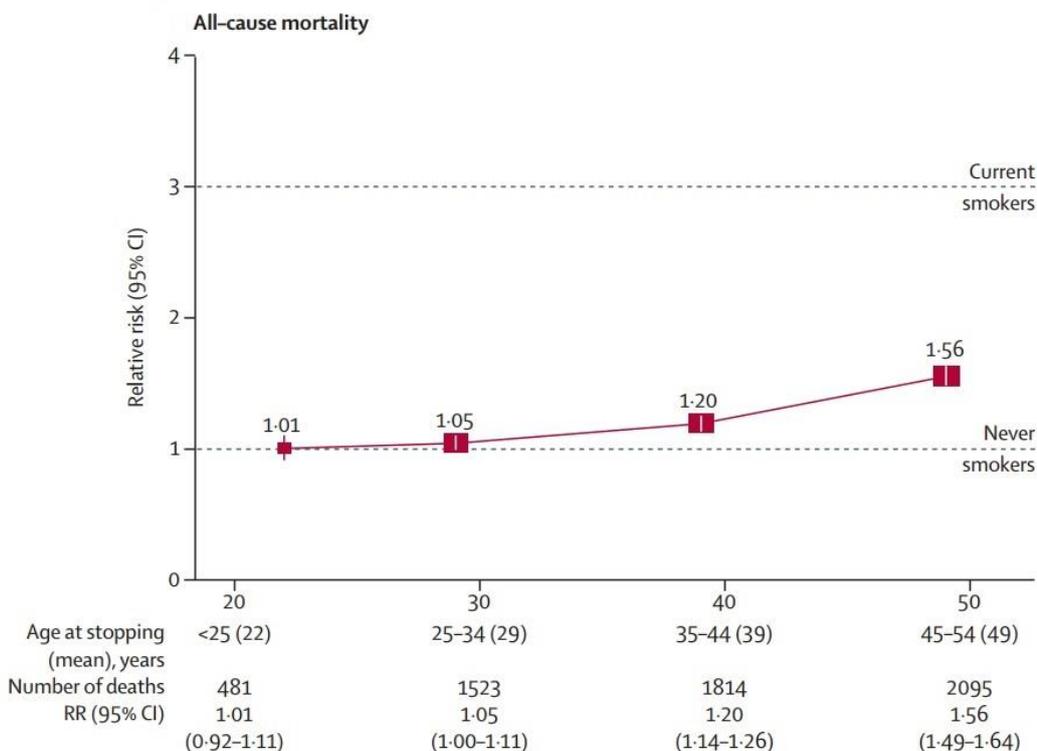
Autre enseignement : la relation entre l'exposition au tabac et le risque des principales maladies associées est principalement linéaire, avec une pente très marquée (voir figure ci-dessous). Même les femmes fumant moins de dix cigarettes par jour avaient un risque de mortalité globale deux fois supérieur aux non-fumeuses.



Risque relatif de mortalité spécifique à 12 ans chez les fumeuses actuelles comparées aux non-fumeuses.

A : BPCO ; B : cancer du poumon ; C : maladie coronaire ; D : accident vasculaire cérébral.

Les participantes à l'étude ont fait l'objet de questionnaires de suivi tous les trois ans pendant 12 ans en moyenne. Ces données ont permis aux auteurs d'évaluer la réversibilité du risque de surmortalité du tabac en fonction de l'âge du sevrage tabagique chez les participantes ayant décidé d'arrêter de fumer pendant le suivi. Les données de mortalité toutes causes confondues ainsi obtenues sont résumées dans la figure ci-dessous.



Risque relatif de mortalité globale à 9 ans de suivi chez les anciennes fumeuses en fonction de l'âge d'arrêt du tabac, par rapport aux non-fumeuses.

Les femmes ayant arrêté de fumer dans la tranche d'âge 45-54 ans ont encore un sur-risque de mortalité important au moment de l'arrêt du suivi, alors qu'elles abordent la soixantaine : RR = 1,56 (IC 95 % 1,49 – 1,4), contre RR = 3 pour les fumeuses actuelles. Mais plus l'arrêt intervient tôt, plus les risques de mourir d'une maladie liée au tabac diminuent, et ce de façon non linéaire.

Ainsi, les femmes ayant arrêté de fumer entre 35 et 44 ans (39 ans, en moyenne) évitaient environ 90 % de l'excès de risque de mortalité des fumeuses actuelles. Le risque résiduel n'est pourtant pas négligeable, avec RR = 3 pour le cancer du poumon. En revanche, un sevrage entre 25 et 34 ans – avant 30 ans, en moyenne – protège presque entièrement de la surmortalité liée au tabac, avec une réduction de 97 % de l'excès de risque global et une diminution équivalente du sur-risque de cancer du poumon.

CONGRÈS



Le 12^e Congrès national de la SFT se tiendra du jeudi 29 au vendredi 30 novembre 2018.

Thème : La tabacologie au cœur de la santé

Lieu : Corum, Montpellier

Site du congrès : www.csft2018.com

Renseignements :

Carte Blanche

7, chemin En Barbaro, F-81710 Saïx

Tél. 33 (0)5 63 72 31 00

contact@csft2018.com

12^e EDITION

Congrès International d'Addictologie de l'ALBATROS

Mercredi 6, jeudi 7 et vendredi 8 juin 2018

PARIS

Les addictions : du défi de la prévention à l'innovation thérapeutique

www.congresalbatros.org

La 12^e édition du Congrès de l'ALBATROS aura lieu les mercredi 6, jeudi 7 et vendredi 8 juin 2018 au CAP 15 à Paris sur le thème :

"Les addictions : du défi de la prévention à l'innovation thérapeutique".

www.congresalbatros.org/programme-2018



Retrouvez la SFT au congrès Infogyn 2018 pour une session thématique femmes & tabac
Inscriptions bientôt disponibles [en ligne](#).



Congrès de la Nouvelle Société Française d'Athérosclérose
à Biarritz, du 20 au 22 juin 2018.

Vendredi 22 juin : journée commune NSFA-SFT

Les membres de la SFT qui souhaiteraient n'assister qu'à
cette journée pourront bénéficier d'une inscription à la
Journée, à tarif réduit (entre 80 et 100 euros).

Infos pratiques sur : nsfa.asso.fr

Vendredi 22 juin

9h00-11h15 Session VI Journée conjointe Société Francophone de Tabacologie - NSFA

9h00-9h30 "Polymorphismes des récepteurs à la nicotine et dépendance" **Uwe MASKOS**

9h30-9h50 "Tabac et diabète" **Vincent DURLACH**

9h50-10h10 "Tabac et lipides" **Michel FARNIER**

10h10-10h55 Pause, visites des posters et des expositions

10h55-11h25 "Cannabis et athéro-Thrombose" **Reto AUER**

11h25-12h25 Symposium **PFIZER**

12h25-14h00 Pause déjeuner, visites des posters et des expositions

14h00-15h30 Session parallèle VII NSFA/SFT actualités en tabaco -addictologique

14h00-14h20 "Tabac et thrombose et/ou Endothélium" **Eduardo ANGLES-CANO**

14h20-14h40 "Femme, tabagisme et risque CV" **Daniel THOMAS**

14h40-15h00 "Le contrôle du tabac" **Stephen LEQUET**

15h00-15h20 "Comment aborder un fumeur porteur d'une pathologie cardio-vasculaire" **Anne-Laurence Le FAOU**

14h00-15h30 Session parallèle VIII Hot topics

Communications orales sur sélection

15h30-16h00 Conférence Plénière "La cigarette électronique en 2018" **Ivan BERLIN**



Dear Colleagues and Friends,

It is a great pleasure for us to invite you to the **18th Annual Conference of the SRNT Europe** from **6 – 8 September 2018** in Munich, Germany.

ABSTRACT SUBMISSION

You can now submit an [abstract](#) for oral and/or poster presentation, symposia, transdisciplinary topical discussions and SRNT network meetings.

DEADLINES FOR SUBMISSIONS

- 11 March, 2018: deadline for submissions of symposia
- 8 April, 2018: deadline for submissions of oral/poster presentations and Transdisciplinary Topical Discussions (TTDs)

PROGRAMME

The SRNT Europe [scientific programme](#) will cover the broad range of disciplines involved.

This year's conference will be centered around the topic of smoking and other diseases, so we would very much appreciate contributions regarding to this relation.

REGISTRATION

The registration will open in Spring.

If you have questions we kindly ask you to check the [homepage](#) or directly contact the conference office via email srnt@eventlab.org or telephone +49 341 240596-64.

On behalf of the Organizing Committee we look forward to welcoming you to Munich in 2018!

INFORMATIONS


treatobacco.net

Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

<http://www.treatobacco.net/>

Retrouvez la Synthèse de la Journée Alliance contre le Tabac du 11 décembre 2017 rédigée par Marie Malécot, Secrétaire générale de la SFT :

<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/ACT-11decembre2017-Malecot.pdf>

Moi(s) Sans Tabac - Synthèse des actions menées en 2017 par les membres de la SFT :

<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/MoisSansTabac-actions2017.pdf>

OFFRES D'EMPLOI

Médecin tabacologue à temps partiel (0,1 ETP) au service des consultations externes de l'Hôpital Stell à Rueil Malmaison (Hauts-de-Seine).

Contact :

Dr BOUKHSIBI Fatima, chef de pôle, fatima.boukhsibi@ch-rueil.fr

1 rue Charles Drot, 92500 Rueil-Malmaison

L'Unité de coordination de tabacologie de l'Hôpital Paul Brousse (Villejuif, Val-de-Marne) recherche un **médecin tabacologue** pour un poste de praticien attaché (2 vacations par semaine).

Prérequis : diplôme interuniversitaire de tabacologie.

Missions du poste : consultations externes (patients externes et personnels) ; liaison dans les services suivants : centre hépatobiliaire, service de cancérologie, service d'hépatogastroentérologie ; participation au staff mensuel de l'Unité ; informations du personnel médical et paramédical de l'établissement ; participation aux travaux de recherches de l'UCT.

L'UCT comprend un PH temps plein, deux praticiens attachés, une IDE tabacologue temps plein, une secrétaire temps plein, un temps psychologue. Ses missions sont : consultations externes ; liaison ; enseignements ; recherche. L'UCT est l'une des unités du département d'addictologie et de psychiatrie du Pr Benyamina. Le service d'addictologie (Centre d'enseignement, de recherche et de traitements des addictions - CERTA) prend en charge toutes les addictions avec ou sans produit, adolescents et adultes.

Contact :

Dr Patrick Dupont, Praticien hospitalier tabacologue, CERTA, APHP, GHU Paris Sud, Site Paul Brousse, 12, avenue P. Vaillant-Couturier, F-94800 Villejuif, Tél. 01 45 59 69 25, patrick.dupont@aphp.fr.

Poste de **tabacologue** (2 demi-journées) disponible à la Consultation de médecine du Groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (Paris) à partir du 1^{er} septembre 2017 pour cause de départ à la retraite.

Consultations d'aide au sevrage tabac (Drs Berlin, Zeganne et Iatchev, une IDE clinicienne en tabacologie Mme Pison-Diakhaté, une diététicienne et une psychologue) et alcool (Drs Kosim et Pham) au sein d'une consultation polyvalente (médecine générale, médecine interne, rhumatologie, dermatologie, hépatogastrologie) partie prenante de l'UF d'addictologie (ELSA : Dr Edel, lits sevrage complexe : Dr Podevin et Pr Millet, UCT : Pr Dautzenberg).

Consultations mais aussi enseignement aux étudiants/stagiaires, participation aux activités transversales (Moi(s) sans tabac, projet pilote de repérage et substitution de tout patient hospitalisé...) et études.

Contact :

Dr Christian de Gennes, UF Consultation de Médecine (pôle 3I), GH Pitié-Salpêtrière, 47-83, boulevard de l'Hôpital, F-75013 Paris, Tél. 01 42 17 62 61, christian.de-gennes@aphp.fr.

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

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

VU SUR LE NET

Quelques liens de nouvelles qui ont fait la une du net ce mois-ci.

CNCT : dernières actus

[La Société Francophone de Tabacologie \(SFT\) tient à exprimer sa vive inquiétude à propos de l'ajout du pictogramme « Femmes enceintes » « DANGER GROSSESSE » sur les boîtes de substituts nicotiniques](#)

[Qu'est-ce que la "taxe mégot", actuellement étudiée par le gouvernement ?](#)

[Les combines de Philip Morris pour vous vendre du tabac](#)

[Les livraisons de cigarettes en chute libre chez les buralistes](#)

[Chez lui en Seine-Maritime, gendarmes et douaniers saisissent 25 kilos de tabac de contrebande](#)

CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser à Alice Deschenau : alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr