TABAC & LIBERTÉ Réseau de Médecins

TRIMESTRIELLE TTRE D'INFORMATION ANNÉE 13 - NUMÉRO 47 MARS 2007

Même avec le concours de 9 femmes il n'est pas possible de faire un bébé en 1 mois.

EDITORIAL

La place du Médecin Généraliste dans l'aide à l'arrêt du Tabac.

En 2000 il v a eu plus de 27000 morts par Cancer des Poumons et plus de 5000 par Cancer du larynx, une augmentation très importante par rapport aux années précédentes. La mortalité globale par Tabagisme est proche de 70 000 en ces premières années 2000; elle est le reflet du Tabagisme des années 1970-1980. Ce drame risque de se poursuivre puisque la progression du tabagisme n'a réellement commencé qu'en 2000 et encore très lentement. L'aide à l'arrêt du tabac est donc une urgence de Santé Publique pour pouvoir réduire la future mortalité des fumeurs actuels, car les risques commencent à régresser dès le jour de l'arrêt. Pour agir au mieux il est nécessaire de rappeler quelques faits concernant la prise en charge du Tabagisme.

1 - Il y a en France 12 à 13 millions de fumeurs avec une consommation moyenne de 12 cigarettes/jour, qui se répartissent en plusieurs catégories selon le degré de motivation et l'importance de la dépendance. L'ensemble des personnels de Santé doit donc intervenir. Le médecin généraliste constitue

le socle essentiel pour l'aide à l'arrêt du tabac.

2 - Le Tabagisme est un comportement renforcé par une dépendance pharmacologique dont la Nicotine est la principale responsable. L'approche est donc différente des soins traditionnels: rien n'est possible si le sujet n'est pas motivé et décidé personnellement à l'arrêt.

3 - Toute consultation, quelqu'en soit le motif doit toujours comporter une question sur le statut tabagique:

Êtes-vous fumeur, non-fumeur ou ex-fumeur? Souhaitez-vous arrêter de fumer?

Il est important de savoir à quel stade se situe ce fumeur car les stratégies sont différentes dans chaque situation.

- Certains fumeurs ne sont pas motivés à l'arrêt, au moins dans un futur proche, au-delà de six mois un an. Il faut interroger sur la connaissance des risques liés au tabagisme et les rappeler sans dramatiser. Indiquer « le jour

où vous serez prêt, je peux vous aider »

- D'autres envisagent d'arrêter mais plus tard, dans les six mois à venir (stade d'indécision) Pour ces fumeurs. discuter le « pour », c'est-à-dire ce qu'ils recherchent et trouvent dans la cigarette: plaisir, détente, gestion du stress, de la prise de poids, stimulation intellectuelle; et le «contre» c'est-à-dire les risques pour eux-mêmes, pour leur famille et maintenant la pression sociale et les interdits. Prévoir éventuellement une consultation spéciale si le sujet semble vouloir approfondir le problème. Il est alors possible de lui proposer «l'entretien motivationnel» et un bilan comme pour le fumeur motivé.
- Enfin une minorité ont décidé d'arrêter dans le mois à venir: proposer une consultation spéciale en soulignant la nécessité d'un bilan:
- Préciser l'importance et l'ancienneté du tabagisme : nombre de cigarettes par jour, âge du début du tabagisme régulier (au moins une cigarette par jour), tentatives antérieures d'arrêt;

- Évaluer la dépendance physique (test de Fagerström);
- Étudier les déterminants psychologiques, c'est-à-dire ce que le sujet recherche dans la cigarette;
- Dépister les troubles anxieux et dépressifs (auto-

questionnaires HAD);

- 4 Mettre en place le traitement pharmacologique avec les seules thérapeutiques ayant fait la preuve de leur
- Les substituts nicotiniques à doses et durée adaptées au degré et à l'évolution de la dépendance;
- Certains psychotropes agissant spécifiquement sur le besoin de fumer, tels le Bupropion, la Varenicline en respectant les contre-indications:
- Des psychotropes appropriés en cas de troubles

- anxieux ou dépressifs associés; 5 Proposer le suivi et l'accompagnement indispensables pour prévenir les rechutes. Le Médecin Généraliste est idéalement placé pour cette prise en charge. Mais les difficultés pratiques sont considérables:

6 - Certains fumeurs (heureusement de moins en moins) refusent d'en parler...
7 - Les médecins généralistes doivent avoir acquis une formation de base, car jusqu'à une date récente (2001-2002) le traitement des dépendances Tabac-Alcool... n'était pas au programme des études médicales! C'est là le rôle et la mission de « Tabac et Liberté ». 8 - Cette prise en charge est différente des soins

traditionnels en raison de l'importance des phénomènes comportementaux et psychologiques. Compréhension et empathie sont, ici encore plus qu'ailleurs, indispensables.

9 - Tout ceci implique une grande disponibilité et du temps; une consultation initiale nécessite au moins 3/4 d'heure et les consultations de suivi 30 minutes. L'organisation matérielle actuelle de la Médecine rend difficile l'application de ces impératifs. Je connais beaucoup de Médecins Généralistes qui le font par passion et désir d'aider. Mais c'est alors un véritable apostolat! Une organisation différente serait nécessaire pour réaliser au mieux la prise en charge de ces dépendances. Un précédent DGS (Joël Menard) avait proposé à son ministre (Bernard Kouchner) l'organisation d'un espace-temps « Prévention ». Mais celui-ci, malgré ses efforts, s'est heurté à de trop nombreux obstacles administratifs et autres...

Les Médecins Généralistes jouent ainsi le rôle principal. En cas de situations difficiles en particulier très forte dépendance, troubles anxieux et dépressifs importants, usage d'autres substances psycho-actives, le fumeur doit être adressé pour avis à un Centre de Tabacologie. Le suivi pourra alors être réalisé conjointement. Les échanges alors réalisés entre médecins généralistes et spécialistes constituent un élément important de formation continue.

> Pr Lagrue G - Centre de Tabacologie de l'Hôpital Albert Chenevier - 94 000 Creteil

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES SPÉCIAL FEMMES

A Versailles: Les femmes enceintes et les maris

La Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise (CPAV) (Dr Maurice Toledano) a décidé de s'attaquer au tabagisme pendant la grossesse. Elle informe systématiquement les femmes enceintes sur les dégâts causés par le tabac (risque de prématurité multiplié par 3, risque de retard de croissance intra utérin, hypoxie chronique, pathologies ORL accrues, risque de mort subite du nourrisson multiplié par quatre, etc).

La CPAV a recueilli 1006 réponses à un questionnaire proposé aux femmes qui consultaient dans les maternités partenaires (30 % des grossesses du bassin de vie). 14 % des femmes fument pendant leur grossesse et parmi celle-ci 60 % ont un conjoint qui fume, 42,3 % des futures mères étaient d'anciennes fumeuses (5,8 % avaient arrêté en vue de leur grossesse, 15 % avaient arrêté au début de leur grossesse, 21,5 % avaient arrêté avant) 27 % de celles qui ont arrêté de fumer ont connu des rechutes.

À cette proportion il faut ajouter 19 % de non fumeuses victimes de tabagisme passif. L'enquête a montré que 84 % des femmes enceintes avaient réduit leur consommation car elles avaient pris conscience des dangers du tabagisme et pensaient pouvoir se sevrer seules.

Le Dr Toledano, Président de la CPAV, a mis en place des ateliers de sevrage (un par semaine et par maternité). En effet seul l'arrêt total du tabac pendant la grossesse est efficace avec un bénéfice immédiat se faisant sentir sur le fœtus dès les premières 24 heures du sevrage. Il souligne aussi qu'il faut « éduquer les maris » première source de tabagisme passif et aux dires des femmes qui ont recommencé à fumer après un arrêt, raison majeure de la rechute.

Site www.net78.com cpav@wanadoo.fr

Maternités: Sevrage Tabagique un succès à Lyon

Une consultation antitabac « expérimentale » créée en septembre 2004 dans une maternité des Hospices Civils de Lyon a permis le sevrage tabagique de 70 % des consultantes. La consultation antitabac à la maternité de l'Hôpital Edouard Herriot a pu être créée grâce à un crédit de 30000 euros obtenu dans le cadre du plan cancer. La première consultation, ouverte pour les patientes enceintes et leurs conjoints est une séance d'information.

Les substituts nicotiniques ne sont proposés qu'en deuxième intention. Sur 400 consultations le sevrage a été obtenu dans 70 % des cas.

Quotidien du Médecin – 7757 – 26 mai 2005 p 16

Tabac et grossesse... One more time

C'est notre ami Michel Delcroix en compagnie de C. Gomez (sage-femme, Arras) qui vient de publier les premiers résultats d'une étude multicentrique. Ils démontrent que plus la concentration du CO dans l'air expiré par la parturiente est élevée, plus le poids de naissance est diminué, plus le périmètre crânien est diminué, plus le score d'Apgar est faible, etc.

Le CO était mesuré à l'entrée en salle de naissance dans l'air expiré chez la patiente et chez le conjoint présent lors de l'accouchement d'une grossesse non pathologique et non compliquée.

En France la prévalence des fumeuses chez les femmes en âge de procréer est proche de 38 %. Sur les 13330 parturientes incluses à partir de 31 maternités (âge moyen 31 ans) 30 % ont déclaré fumer avant leur grossesse, 53 % des fumeuses ont arrêté de fumer pendant la grossesse.

Cette étude a aussi montré que plus le taux de CO expiré est élevé chez la mère, plus le risque de survenues d'anomalies du rythme cardiaque fœtal est élevé.

Cette étude a aussi montré que le CO du père est lui aussi toxique pour le fœtus alors que la mère a un CO expiré normal. Plus le CO du père est élevé, plus le poids du nouveau né est diminué. « Ces résultats confirment le lien entre le degré du tabagisme passif, le degré d'hypoxie et la diminution du poids de naissance ».

Quotidien du Médecin 27 Sept. 2006 – 8017. p 7 « Revue Sage-femme » 2006, 5, 119 – 124. Traduction du CO des parents chez le bébé

Tabagisme: Baisse en 5 ans chez les femmes

En 1999 environ 30 % des femmes âgées de 12 à 75 ans fumaient. En 2004 ce chiffre est passé à 26.6 %. Cela représente une baisse sensible en 5 ans. Pour le Dr Béatrice le Maître (Caen) la demande de sevrage chez les femmes correspond à des périodes particulières de la vie. Un équilibre psychologique stable favorise l'arrêt. Le désir de grossesse en est un bon exemple alors que l'arrêt en cours de grossesse est plus difficile à obtenir. Avec les enfants qui grandissent la femme à le souci de leur montrer le bon exemple, ou de leur faire plaisir car les enfants de mieux en mieux informés demandent à leurs parents d'arrêter de fumer. Le sevrage tabagique doit tenir compte de la crainte de prise de poids et d'un contexte anxiodépressif, « Tout professionnel de santé se doit d'aborder régulièrement la question tabac afin que l'idée d'arrêt fasse son chemin ». Pour le fumeur le non dit est une forme d'acceptation et de non-gravité. « Les substituts nicotiniques sont efficaces à condition de les utiliser à la bonne dose et suffisamment longtemps ».

Entretien publié dans Panorama du Médecin, 27 février 2006, n° 5007, p 36

Femme incontinente: Attention à la cigarette

Fumer augmente de 34 % le risque d'incontinence urinaire sévère chez les femmes indique la grande étude de cohorte américaine NHS (Nurse Health Study). Cet effet serait lié à la diminution de la synthèse du collagène associé au tabagisme, aux conséquences de la toux sur le sphincter ou encore aux maladies cardiovasculaires ou respiratoires dues au tabac. Parmi les autres facteurs on retrouve bien sûr l'âge, la parité, les hystérectomies.

L'obésité est un facteur majeur qui multiplie par trois le risque d'incontinence sévère.

Un des résultats de ce travail a été de retrouver une incontinence chez 43 % des 83 000 infirmières participant à ce travail : près d'une sur deux ont signalé au moins un épisode mensuel.

Enquête Nurse Health Study, 2006 – Février, 194, 2339 – 345 - Panorama du Médecin 20 février 2006 – 500, p 9

La Naltrexone favorise le sevrage chez la femme

Une étude en double aveugle, réalisée chez 44 femmes fumeuses dépendantes (avec un taux de CO inférieur ou égal à 15 ppm), a testé l'efficacité de la naltrexone 50 mg (N) versus placebo. Les deux groupes avaient en outre une substitution nicotinique (SN) et une thérapie de soutien psychologique (PT). Au bout de 12 semaines de traitement les auteurs ont observé 91,7 % de succès chez les femmes traitées par N+SN+PT et 50 % chez les femmes versus placebo+SN+PT. Ils concluent que la Naltrexone combinée aux substituts nicotiniques et au soutien psychologique est un traitement efficace et peut-être proposé aux femmes qui ont repris leur tabagisme.

BYARS — JOANNE À AND AL.—NALTREXONE AUGMENTS THE EFFECTS OF NICOTINE REPLACEMENT THERAPY IN FEMALE SMOKERS. J. ADDICT DIS 2005, 24, 2, 49-60 NDLR — LA NALTREXONE REVIA® EST UN ANTAGONISTE DES RÉCEPTEURS AUX OPIACÉS. CELUI-CI EST UTILISÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DU PRURIT INDUIT PAR LA CHOLOSTASE CAR CELLE-CI INDUIT UNE AUGMENTATION DE LA SYNTHÉSE DES OPIOIDES ENDOGÈNES. L'INDICATION RECONNUE PAR L'AMM EST LE TRAITEMENT DE ROUTINE DANS LE MAINTIEN DE L'ABSTINENCECHEZ LES ALCCOLO-DÉPENDANTS

Mère fumeuse, enfant gros

Une équipe américaine (N. Stetter et coll) s'est intéressée au problème de surpoids de l'enfant. Elle a concerné 20000 femmes américaines (49 % de race noire, 48 % de race caucasienne). 45 % d'entre elles fumaient: (consommation moyenne de 10 cigarettes par jour pendant la grossesse). Après ajustement de divers facteurs (âge, indice de masse corporelle maternelle, âge gestationnel, poids de naissance de l'enfant) les chercheurs ont mis en évidence une association entre le tabagisme maternel et le surpoids de l'enfant à l'âge de 7 ans quelle que soit la race.

On savait déjà le tabagisme maternel responsable du risque accru de MSN et de complications respiratoires chez le nourrisson, on connaît depuis cette étude son influence sur le surpoids avec toutes ses conséquences sur l'obésité et les complications cardiovasculaires à l'âge adulte.

Panorama du Médecin – 28 novembre 2005 – p 54

Fumer ou FIV: la femme doit choisir

Une étude néerlandaise publiée dans Human Reproduction et conduite sur 8457 femmes montre que le tabac abaisse les chances d'avoir un enfant par FIV.

Une femme de 20 ans qui fume et qui veut avoir recours à une FIV pour un problème de fertilité a moins de chances de succès. Son taux de réussite est ramené à celui d'une non fumeuse âgée de 10 ans de plus.

Globalement le taux de naissances viables par cycle de traitement a été de 28 % plus faible chez les femmes fumeuses que chez celles qui ne fumaient pas. Lorsque l'infécondité n'était reliée à aucune cause la différence est encore plus marquée 13 % chez les fumeuses contre 20 % chez les non fumeuses (45 % d'écart!). Le taux de fausses couches est également apparu significativement augmenté chez les fumeuses (21 % versus 16 %)

Lintsen B et al. Human Reproduction SAVR 2005 en ligne Quotidien du Médecin – 7724, 7 avril 2005, p 8

Femme et tabac

Interview du Pr Michel Delcroix à l'occasion des rencontres nationales « Femmes et tabac » « les femmes sont les seules à porter des enfants.

Les répercutions du tabac sont à ce titre particulièrement importantes chez elles. Les enfants de mère fumeuse gardent des traces indélébiles du tabac. Les filles ont une baisse de fécondité identique à celle qu'elles auraient eue si leur mère avait pris du Distilbène. Quand aux garçons leur volume testiculaire est inférieur de 10 % à la moyenne si leur mère a fumé durant la grossesse. Certaines femmes sont stériles à cause du tabagisme anténatal ou du tabagisme actif ».

Quotidien du Médecin - 7756, 25 mai 2005, p 14

La grand-mère fumeuse est responsable de sa fille et de sa petite fille

Lorsqu'une femme fume pendant sa grossesse, non seulement son enfant, mais aussi ceux auxquels ce dernier donnera naissance s'il s'agit d'une fille sont davantage exposés à développer une maladie asthmatique. C'est ce qu'a démontré une enquête menée auprès de 908 enfants. Chez les enfants nés de mère ayant fumé pendant leur grossesse, le risque de développer un asthme à un âge précoce est multiplié par 1,5. Le risque est multiplié par 2,6 si la grand-mère maternelle a fumé pendant la grossesse ainsi que la mère, il est multiplié par 1,8 si seule la grand-mère a fumé pendant sa grossesse et la mère est non fumeuse.

L'explication avancée est que la fumée entraîne des altérations de l'ADN fœtal. Si le fœtus est de sexe féminin ses ovocytes subiront des altérations qui retentiront sur sa propre progéniture.

Les substances chimiques de la fumée peuvent aussi causer aux mitochondries du fœtus des dommages qui, s'il s'agit d'une fille, seront transmis aux futurs enfants. Le tabagisme féminin a sur la famille un impact néfaste à long terme.

Villiland F.D. et al. Asthma and tobacco during pregnancy. Long-term effect 11 avril 2005.

Tabac et pilule: BOUM!

En France les jeunes femmes en âge de procréer sont de plus en plus nombreuses à fumer précocement. Près de 40 % d'entre elles fument à l'âge de 18 ans.

Chez les femmes qui prennent la pilule et fument le risque d'accident cardiovasculaire est âge dépendant (multiplié par 12 après 35 ans avec le tabac seul, multiplié par 32 avec l'association tabac pilule).

La fumeuse qui arrête la cigarette plutôt que la pilule diminue le risque cardiovasculaire. En revanche si elle arrête les œstroprogestatifs et continue de fumer, elle augmente son risque cardiovasculaire. Après 35 ans la pilule œstroprogestative est absolument contre indiquée chez les femmes qui continuent de fumer.

L'accident vasculaire cérébral voit sa fréquence multipliée par 2 en cas d'utilisation d'OES et par 5 en cas de tabagisme.

Les accidents thromboemboliques sont majorés par le tabagisme quelque soit le type d'OES.

Source: Michel Delcroix, APPRI, Bailleul - Sevrage tabagique pratique - Mars 2006 - 12 - p 13

Les femmes ont un cœur accessible aux pathologies cardiovasculaires

En France une femme sur 3 meurt des conséquences d'une maladie cardiovasculaire, (une femme sur 25 meurt d'un cancer du sein).

À l'occasion de la Journée Internationale de la Femme, l'Observatoire national, Pfizer/Fédération française de cardiologie, a réalisé l'enquête TNS Healthcare

Dans l'inconscient collectif la maladie cardiovasculaire reste une maladie d'homme. Dans le passé on croyait la femme mieux protégée que l'homme de ce risque cardiovasculaire grâce à son profil hormonal. Actuellement le risque cardiovasculaire de la femme rejoint celui des hommes, avec l'augmentation du tabagisme de l'obésité et de la sédentarité.

C'est un des mérites de cette enquête dont les résultats doivent inciter à la prévention, rôle qui « pourrait être joué par le gynécologue » comme l'a expliqué le Dr Lachowsky (Paris): « en effet lorsque les femmes évoquent le tabagisme, l'hypertension ou le cholestérol c'est de leur mari ou de leurs enfants qu'elles parlent. « Pour faire entrer le risque cardiovasculaire dans le parcours des femmes les gynécos ont la chance que les femmes viennent les voir tôt et les quittent tard ».

Panorama du Médecin – 20 mars 2006 – 5010, p 84

Les femmes ignorantes des pathologies pulmonaires

La Fondation britannique des maladies respiratoires à indiqué que les taux de pathologies pulmonaires chroniques obstructives étaient en train de croitre et qu'elles allaient représenter la 4e cause de mortalité chez les femmes. Or seul 1 % des 1200 femmes interrogées ont indiqué que la BPCO comptait parmi leur préoccupation majeure en matière de santé. Les femmes craignent surtout le cancer du sein et 27 % pensaient que c'était la 1re cause de mortalité chez les femmes en Grande Bretagne.

http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4237684.stm

Grossesse – le tabagisme augmente les syndactylies

Une étude publiée dans *Plastic and Reconstructive Surgery* montre que le tabagisme pendant la grossesse est associé à un plus grand risque d'anomalie des doigts et des orteils (types polydactylie, syndactylie et adactylies).

Les auteurs ont analysé 6839854 naissances vivantes sur lesquelles ils ont identifié 5171 nouveaux nés présentant une telle anomalie. Le risque de ces pathologies touchant les doigts ou les orteils est augmenté de 31 % lorsque la mère a fumé pendant la grossesse. Il est proportionnel à l'importance du tabagisme.

LI-XING et al. Maternal cigarette smoking during Pregnancy increases the risk of having a child with a congenital Digital anomaly Plastic and Reconstructive Surgery 2006, 1.7, 301 – 308 www.plasreconsurg.com

La consommation de Tabac s'est modifiée...

Depuis la loi EVIN de 1991 le prix du tabac a été nettement relevé. Une tendance à la baisse de la consommation vient d'être observée à la suite des fortes hausses des prix qui auraient entrainé, selon un rapport de l'INSEE, une chute de près de 30 % des achats en volume de tabac en France entre 2002 et 2004. En 2005 le prix et le volume des achats se sont stabilisés. Mais si on regarde la période 1960-2005, les achats de tabac en France, quelle que soit leur forme, ont augmenté de 1 % en moyenne par an à prix constants. Les optimistes ne considèrent que le poids

total des cigarettes qui en France a régressé (55 milliers de tonnes en 2005) les réalistes, souvent pessimistes en matière de tabagisme, considèrent que pendant cette même période de 1960-2005 le nombre d'unités vendues n'a cessé d'augmenter. Cela s'explique par la diminution du poids moyen de tabac dans les cigarettes (1,2 g en 1960, 0,8 en 2005). Ceci est confirmé par une étude réalisée par BVA publiée par l'INPES qui montre que le nombre de fumeurs augmente à nouveau en France (31,2 % de femmes dans la tranche 15-75 ans, 31,8 % en 2006).

Pour augmenter les profits, diront certains, une partie exclusivement des cigarettes est vendue avec filtre (11 % des cigarettes étaient vendues avec filtre en 1960, 94 % des cigarettes sont vendues en 2005 avec un filtre).

Ce rapport de l'INSEE se console en précisant que les Français ne sont pas les plus gros consommateurs de tabac au sein de l'U.E. mais il précise qu'en 2004 un Français dépensait 1,7 % de son budget au tabac.

INSEE Première n° 1110 – Dec 2006 L'express 1.2 – 07 – p 9

Tuberculose: Risque chez les fumeurs

Des médecins américains (HSIEN-HO et coll. de Harvard) viennent de mettre en évidence le risque pour un fumeur de contacter une tuberculose. Ils ont constaté en effet deux fois plus de cas de tuberculose chez les fumeurs que chez les nonfumeurs. De même les fumeurs meurent davantage de tuberculose. Pour étayer cette hypothèse les auteurs ont analysé 33 articles concernant le tabac et la tuberculose, cinq sur le tabagisme passif et cinq sur la pollution aérienne domestique.

Quotidien du Médecin n°8085, 17 janvier 2007

Offensive des cigarettiers: cigarettes « BONBON»

Les jeunes sont l'objet de toutes les sollicitudes surtout de la part des cigarettiers qui veulent les transformer en consommateurs captifsaddicts. Après des études de marketing les cigarettiers offrent des cigarettes « bonbons » sucrées et parfumées à la vanille, au chocolat ou encore à la fraise. Elles sont roulées dans un papier rose ou noir. Elles n'ont bien sûr rien d'un bonbon inoffensif. Elles contiennent autant de nicotine addictive et de goudron cancérigène que les plus fortes marques du marché. Sous le masque de « bonbon », la combustion de ces cigarettes entraine autant de CO que les autres.

De la même façon que les jeunes sont soumis à l'alcool avec les prémix, ils sont à nouveau pris pour cible avec ces bonbons meurtriers.

La consommation de tabac chez les 18-25 ans a progressé de plus de 8 % depuis 2003.

MNH revue 155, p 9

Scanner Helicoïdal et cancer du poumon

Une étude internationale réalisée sur 31 000 personnes asymptomatiques à risque de cancer du poumon a conduit au diagnostic de cancer du poumon chez 405 participants. Par ailleurs à la suite de 27 000 dépistages annuels 74 autres cancers ont été dépistés. Enfin 5 autres cancers ont été diagnostiqués après l'apparition de symptômes moins d'un an après le dépistage initial. Au final 85 % des patients présentaient un cancer détecté au stade I, dans le sous-groupe le taux de survie estimé à 10 ans est de 92 %.

Il reste à confirmer l'intérêt d'un tel dépistage pour des rapports coût/efficacité.

Pharmacien Hospitalier Nov 2007 p 5

Les substituts nicotiniques remboursés

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et le Ministère de la Santé se sont mis d'accord pour rembourser un forfait de 50 euros concernant les substituts nicotiniques (SN) par année civile et par personne. L'assuré doit fournir une prescription médicale sur ordonnance réservée exclusivement aux SN. Le tiers payant n'est pas accepté. Les SN doivent être réglés en totalité au pharmacien, le traitement peut être acheté en plusieurs fois.

Certaines mutuelles et assurances complémentaires prennent en charge le sevrage tabagique. La CNAMTS publie sur son site internet la liste des 92 présentations de SN: 21 présentations de la gamme Pierre Fabre (Nicopatch®, Nicogum®, Nicopas®), 18 présentations de la gamme Novartis (Nicotinell®), 25 présentations de la gamme de Pfizer (Nicorette®) et 25 présentations de la gamme de GSK (Niquitin®).

Le médicament d'aide à l'arrêt du tabac Zyban n'est pas concerné par le forfait. L'autre traitement non nicotinique Champix (varénicline) de Pfizer ne sera pas non plus concerné par le forfait au 1er février dans la mesure où la procédure de remboursement est en cours d'examen (actuellement mi-mars)

Source APM - 16 janvier 2007

Pas sérieux s'abstenir

Souvent dans les petites annonces, le demandeur précise ses désidératas. C'est ainsi qu'une entreprise irlandaise Directories. com a fait paraître une offre d'emploi précisant « fumeur s'abstenir ». Il est bon de rappeler que fumer relève des libertés fondamentales et que l'embaucheur ne peut pas procéder à une discrimination à cause d'une addiction fut-elle socialement admise comme celle à la nicotine. Et pourtant en décembre 2005, l'OMS à la suite d'un vaste plan « Pour un monde sans tabac » décidait de ne plus recruter de fumeurs « pour des raisons de crédibilité ». Et pourtant aux Etats-Unis, quand la loi locale le permet, des entreprises n'hésitent pas à refuser d'embaucher des fumeurs tests de nicotine à l'appui.

L'express - 17/08/2006 - p 52

Un mégot à 5000 dollars

Un mégot a été vendu pour plus de 5000 dollars américains aux enchères sur internet en Nouvelle Zélande. Ce mégot est le reste de la dernière cigarette fumée dans un bar populaire d'Auckland avant l'entrée en vigueur de la loi antitabac du 10 décembre 2004.

Les Echos 15 avril 2005 p 20

La dépendance enfin vaincue?

Une équipe internationale a découvert une voie cérébrale liée aux dépendances ainsi qu'une méthode permettant de bloquer son action: une enzyme de signalisation (le PTEN), naturellement présent dans le cerveau, transmet des messages de plaisir cérébral chez les toxicomanes. Elle agit dans la zone du circuit de la récompense (VTA). Elle est associée au phénomène de dépendance de la grande majorité des drogues. Le PTEN agit sur les récepteurs de

sérotonine de cette zone en augmentant l'activité cérébrale comme lors d'absorption de drogues avec le même processus de récompense.

Le Dr Xia Zhang et ses collègues de l'Université de Trouts et de l'Université de Vanderbilt (Tennessee) ont mis au point un peptide qui bloque le PTEN en prenant sa place sur les récepteurs de sérotonine. Sur les rats ce bloqueur stoppe le circuit de récompense y compris les symptômes de manque. L'étude a été réalisée avec la nicotine et le THC, les chercheurs espèrent que cette méthode fonctionne avec la cocaïne, l'héroïne et les méthamphetamine,

zangxia@duke.usask.ca

Revue du mois de mars de Nature Médecine http://www.usask.ca/research/news/read.php?id =520

BE Canada, n° 294 du 22 février 2006 accessible gratuitement sur www.bulletin-electroniques.com

Les Européens favorables aux bars sans fumée

Dans les États membres de l'UE, 61 % de la population de plus de 15 ans approuvent les bars sans fumée et 77 % les restaurants sans fumée. Ce résultat a été obtenu par une enquête réalisée pendant le dernier trimestre 2005.

Par exemple l'opinion favorable aux bars sans fumée est 88 % en Italie, 82 % en suède et en Irlande, 81 % à Malte. Ces 4 États ont déjà appliqué la réglementation. Pour les restaurants sans fumée les pourcentages favorables sont encore plus nets: 93 % pour l'Irlande et Malte, 90 % pour l'Italie, 89 % pour la Suède.

Source: http://ec.europa.eu/comm/healthpr_publication/eurobarometers_en.htm6.6.2006

NDLR on ne comprend pas pourquoi en France les restaurants sont encore enfumés et bénéficient d'un sursis jusqu'au 1er janvier 2008, de même pour les cafés, hôtels, discothèques et casinos. Les mesures s'avèrent être des mesurettes.

Mieux vaut être riche et en bonne santé que fumeur et déjà défavorisé!

Nous avions déjà publié une étude montrant que les cols blancs payaient un tribut moins lourd au tabagisme que les cols bleus.

Une nouvelle étude publiée dans le LANCET (14 juillet 2006) montre que le tabagisme est en cause pour la moitié du différentiel de taux de mortalité entre les hommes selon qu'ils sont issus des catégories défavorisées ou de milieux aisés. Le Pr Sir Richard Peto (un des auteurs de l'Oxford University) précise que le risque de mortalité est de 19 % plus élevé en moyenne dans les milieux défavorisés que dans les milieux les plus favorisés. Le tabac est responsable de la moitié de cet écart. BBC news 14 juillet 2006

http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/P1150140673606689769/fulltext?iseop=true

Tabagisme et anévrysme de l'aorte abdominale (AAA).

L'AAA se définit par un diamètre antéropostérieur de l'aorte abdominale sous-rénale supérieur à 30 mm (normale 20 mm). La rupture de l'AAA est possible à toute taille mais présente un risque spontané à partir de 50 mm. Si la rupture se fait en plein ventre elle est synonyme de mort subite, la seule chance de survie est qu'elle se fasse dans l'espace clos retroperitonéal. Dans 85 % des cas, les patients porteurs d'AAA mourraient d'autre chose que de la rupture de cet anévrysme. « Au premier rang desquelles les accidents cardio-vasculaires et les complications du tabagisme ».

Le tabagisme est un facteur de risque de survenue, de progression et de rupture d'AAA et aussi facteur de complications post-opératoires.

Les autres facteurs de risque sont, les antécédents familiaux d'AAA, le surpoids et l'HTA.

Quotidien du Médecin 8014, 22 septembre 2006, 16 (Entretien avec le Pr Beker, médecine vasculaire, Besancon)

Cigarettes sans fumée... À voir

Philip Morris dégaine une nouvelle arme surprenante : le HEATBAR qui chauffe la cigarette à 500 degrés sans produire de fumée.

Et alors... plus de CO?

http://www.heatbar.ch/Main.aspx?uc=commen/Welcom

Tout savoir sur le décret. Vous pouvez aller sur le site: www.tabac.gouv.fr

Infection à VIH, le tabac favorise-t-il la séroconversion?

Une étude publiée dans sex.transm.infect montre que « le tabagisme et l'infection par le VIH représentent les deux causes majeures de décès dont l'ampleur continue à croître ». On sait depuis longtemps que le tabagisme augmente les risques infectieux et notamment celui des MST. Les auteurs ont voulu voir si le tabac peut constituer un facteur de risque indépendant de deux situations cliniques liées au VIH: la séroconversion et la progression vers le Sida.

Une analyse de la littérature fondée sur des méthodologies épidémiologiques ou observation-nelles a permis de sélectionner cinq études sur six analysées qui retiennent le tabagisme comme facteur de risque indépendant après correction pour les variables confondantes (odd ratio entre 1,6 et 3,5).

De la même façon une seule étude sur dix autres a permis de conclure à l'existence d'une relation entre l'étape « progression vers le Sida » et le tabagisme

L'importance du tabagisme était évaluée à partir d'un auto-questionnaire et non à partir de critères biologiques.

Les mécanismes sont expliqués par les changements immunitaires dus au tabac: réduction des taux d'immunoglobulines circulantes, dépression des réponses Ac, réductions des CD4 et augmentation des CD8, dépression de l'activité des phagocytes et réduction des cytokines pro-inflammatoires

Sex.transm.infect publié sur internet (Sheffield, UK) Furber A.S. et coll. Quotidien du Médecin n°8014 – 22 sept. 2006

Pour les curieux:

Le bulletin québécois Info-Tabac n° 65 est en ligne

Sommaire: Conférence de Washington (PVD davantage affectés par la mondialisation)

Mobilisation des parents américains contre le tabagisme dans les films. Québec veut réduire la prévalence du tabagisme à 18 % d'ici 2012. La loi sur le tabac contesté par certains tenanciers de bars etc. http://www.info-tabac.ca/liens65.htm

France: Lieux publics sans tabac...

A compter du 1et février 2007 on ne peut plus fumer dans les lieux fermés et couverts qui accueillent du public, dans les entreprises, dans les transports collectifs, dans les espaces non couverts des écoles et dans les structures hébergeant des mineurs.

Les entreprises peuvent aménager des « salles closes » avec « fermeture automatique » n'excédant pas 35 m² et inaccessibles aux mineurs. Par contre aucun fumoir n'est autorisé dans les lieux de soins, dans les établissements d'enseignement, d'hébergement ou de pratique sportive pour moins de 18 ans. L'amende est de 68 euros pour le fumeur, et la contravention est de 135 euros pour le responsable du lieu. Ce dispositif concerne 25 millions de citoyens.

Il faudra attendre le 1er janvier 2008 pour que le décret Bertrand du 16 novembre 2006 entre enfin en vigueur pour les « débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques et restaurants ».

L'association Droit des non-fumeurs DNF et le syndicat FO casinos n'a pas attendu et en toute logique ont dénoncé ces aménagements qui excluent de la protection de leur santé 12 000 employés des 200 casinos. Ils ont déjà intenté une action devant les tribunaux contre les casinos d'Enghien les Bains (Val d'Oise) et de Cannes (Alpes Maritimes). D'après nos renseignements ils sont déterminés à entamer conjointement et rapidement d'autres procédures.

NDLR: A la rédaction nous ne comprenons pas pourquoi on prend des mesures et des mesurettes. Cela rappelle trop le passé des lois un coup VEIL, un coup EVIN, un coup j'applique deux coups je n'applique pas. Pourquoi les accidents de la route ont motivé des mesures strictes et strictement appliquées alors que les accidents dus au tabagisme, beaucoup plus nombreux et beaucoup plus mortels, ne font l'objet que de mesures partielles?

Comme l'a rappelé l'Alliance contre le Tabac par la voix du Pr Dubois, ce décret est « scientifiquement inadéquat, techniquement insuffisant et politiquement incohérent ». L'Alliance d'ailleurs précisait que cette interdiction partielle conduit à ne pas protéger les personnes fréquentant les lieux « les plus pollués » (discothèques, bars...). « Autant supprimer les limites de vitesse dans les virages les plus dangereux » précisait avec beaucoup d'à-propos l'Alliance.

Nous restons étonnés de voir comment le ministre de la santé godille entre les lois, décrets, groupes de pression, mission de santé publique, devant près d'un milliard d'euros de revenus, le tout à quelques encablures de l'arrivée de la présidentielle.

Quotidien du Médecin n°8054, 2 novembre 2006, p16, n° 8016 26 septembre 2006 p 18.

DANEMARK à petit pas... lui aussi

Le gouvernement danois a proposé d'interdire la cigarette dans tous les lieux publics à compter du 1er avril 2007. Cela concerne les ministères, les institutions et les sociétés publiques, les centres commerciaux, les halls de sport et les centres culturels. Metro 29 Mars 2006 p 5

CHINE – Le tabac appauvrit les pauvres

Le tabagisme est malsain et cher. Les dépenses

pour le tabac prennent la place d'autres dépenses y compris des dépenses de base. Cet effet, remarqué dans plusieurs pays est le plus important dans les pays de faible revenu. Les dépenses de tabac ont été allongés ainsi que leur impact sur les dépenses du ménage en Chine rurale.

La Chine est un pays à faible revenu et à fort tabagisme. Les résultats de cette étude montrent que les dépenses liées au tabac affectent l'investissement de capital humain (éducation santé) la productivité (rendement des femmes...) le tabac contribue donc à l'accroissement de la pauvreté.

Hong Wang, Jodyl et al. Tobacco and expenses in rural China - Social Science and medicine, 62, 6, Mars 206, 1414 – 1426

ITALIE - BRAVO les cigarettiers Consommation en hausse

Les Italiens qui avaient contre toute attente parfaitement respecté les lois anti tabac et l'interdiction de fumer dans les lieux publics entrées en vigueur le 10 janvier 2005 ont fumé davantage en 2006.

Et pourtant il y a eu une augmentation des prix des cigarettes. Et pourtant on avait annoncé un recul du tabagisme de près de 8 % en novembre 2005.

http://annonc.oxfordjour!nals.org

Malgré l'augmentation de prix, malgré les interdictions la consommation a augmenté. La hausse des ventes serait de 1,1 %, ce qui correspond à quelque 50 millions de paquets.

Le Figaro 31 janvier 2007 p 6.

SUISSE première étude suisse sur les additifs

En Suisse une cigarette peut contenir 25 % d'additifs. Entre autres ils servent à aromatiser et à humidifier le tabac. Mais les additifs servent aussi à rendre les cigarettes plus addictives en augmentant la part de nicotine sous forme de base libre. L'office fédéral de santé publique a donc mandaté un projet de recherche qui a permis de déceler 48 additifs sur les 32 marques de cigarettes analysées. La plupart des ingrédients sont des substances aromatiques (menthol...) du sel d'ammonium et de l'urée (libérateur de nicotine) etc.

http://www.su.chtundaids.bag.admin.ch/the-men/sucht/tabak/produkte/02478

NDRL: une cigarette c'est 1g de tabac, 2500 produits chimiques, 10 à 20 mg de nicotine et 0 mg de goudron (les goudrons se dégagent lors de la combustion).

La voie est ouverte sur le contrôle des produits additifs qui rendent dépendants à la cigarette depuis que le Parlement européen a voté un amendement qui place les additifs sur la liste des substances chimiques du ressort du projet de règlement Reach. Le règlement Reach instaure sur 11 ans un système d'enregistrement de 30000 substances fabriquées ou importées dans l'UE dans des quantités dépassant une tonne par an.

En avant... les nabant!

Sanofi-Aventis présente le Rimonabant, sur le plan marketing, comme un médicament de l'obésité, améliorant le profil lipidique et le tour de taille.

Son voisin le surinabant est en phase I de développement. Un autre composé de ce type le GW468816 est en phase II de développement chez GSK. Cette drogue est présentée comme un adjuvant au sevrage chez le fumeur qui vient d'arrêter, elle retarderait le moment de la rechute. Un autre composé le ADX 10061 est en phase de développement clinique chez ADDEX Pharmaceuticals: c'est un antagoniste sélectif des récepteurs à Dopamine D1 déjà étudié dans la schizophrénie.

Somaxon Pharmaceuticals de son côté mène une étude sur le malmefene, un antagoniste de récepteur opioïde déjà disponible pour la dépendance à l'opium et à l'étude pour les autres dépendances.

NDLR: A la rédaction nous regardons avec intérêt les efforts des industriels du médicament cherchant la drogue miracle permettant d'arrêter sans volonté et sans motivation l'intoxication au tabac. Nous sommes aussi vigilants sur les efforts des cigarettiers à maintenir et développer l'addiction à la nicotine. La courbe des profits d'Altadis ou d'Altria (maison mère de Philip Morris) montre que l'industrie du tabac a de beaux jours et des belles années encore devant elle.

Le point sur la Varenicline

Le JAMA a publié trois études (deux américains et une norvégienne) sur la Varenicline (molécule dérivée de la cytisine, alcaloïde présent dans certaines plantes : cityse). Le médicament cible les mêmes récepteurs que la nicotine et neutralise la sensation de plaisir que procurerait la cigarette aux fumeurs (libération de dopamine moindre). C'est un antagoniste partiel de l'alpha 4 beta 2 n AChR récepteur (nicotinic acetylcholine récepteur) qui a une grande affinité pour la nicotine et qui semble principalement responsable de la dépendance à la nicotine. La nicotine stimulant les récepteurs α4B2 situés sur des neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale libère la dopamine dans le noyau acumen et le cortex préfrontal.

Une de ces études (Gonzales) porte sur 1025 fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour et compare varénicline 1 mg 2 fois par jour – bupopion 150 mg deux fois par jour – placebo. Le traitement durait 12 semaines (environ 3 mois) et le suivi sans médicaments durait 40 semaines (9 mois).

Entre la 9° et 12° semaine le taux d'abstinence fut de 44% avec la varenicline versus 17,7 % pour le placebo et 29,5 % pour le bupropion.

Le taux d'abstinence des semaines 9 à 52 est comparable pour la varénicline (21,9 %) et le bupropion (16,1 %) versus placebo (8,4 %).

Les effets secondaires furent des nausées pour la varenicline et de l'insomnie pour le bupropion.

Gonzales D. Rennard SI al. Varenicline Phase 3 Study group. A randomized controlled trial JAMA 2006 – Juill 5, 296 (1): 47-55 Jorenby D.E and al. Efficacy of varenicline vs placebo or sustained – release bupropion for smoking cessation JAMA 2006, Jul 5, 296, 56-63

Tonstad S and all. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. JAMA. 200, Jul 5, 296, 64-71.

La Varenicline fera-t-elle un tabac

Pharmacologiquement la varenicline est à la nicotine ce que la buprenophine (SUBUTEX) est à l'héroïne. C'est un agoniste sélectif partiel des récepteurs nicotinique neuronaux $\alpha 4B2$ de l'acétylcholine de longue durée d'action (1/2 vie élimination de 24h) et de meilleure affinité que la nicotine.

Elle entraîne une réponse réduite de la dopamine et atténue ainsi les symptômes de manque et de sevrage.

C'est donc un médicament de substitution (Therapie 2003, 58, 123). En parallèle elle empêche la liaison de Nicotine au récepteur ce qui réduit les effets de récompense et de renforcement de tabagisme. Si le fumeur craque et fume il ne ressent pas de plaisir, ce qui limite le risque de rechute totale.

L'abstinence tabagique à un an (plus précisément 40 semaines après l'arrêt du traitement) est supérieure au placebo (rapport de côte : 3) et également au bupropion (rapport de côte 1,6) (Cochrane database Syst Rev 2007).

Elle présente des effets indésirables « très fréquents observés » : nausées, céphalées insomnies (≥ 1/10) et on note fréquemment une augmentation de l'appétit.

A. Roussin BIP 2007, 14, 1, 5 G.Peiffer AIM, 2007, 122, 25-28

Nicotine... Et allez donc!

La nicotine est une drogue, elle entraîne une addiction. Cette vérité, que les cigarettiers ont toujours connue mais nié tant qu'ils le pouvaient, est aujourd'hui reconnue de tous. Comme cette addiction est à la base du commerce criminel des cigarettiers, il était normal que ceux-ci gonflent la concentration en nicotine de leurs cigarettes. C'est ainsi que le taux de nicotine dans les cigarettes a augmenté de 10% depuis 6 ans. Cela bien sur augmente les profits des cigarettiers mais aggrave la dépendance au tabac et rend plus difficile le sevrage comme vient de le montrer une étude du département de la santé du Massachusetts (Etats Unis): 93% des 179 marques testées présentent des taux de nicotine proches de la limite maximale contre 84% en

L'express 07/09/2006 – p22 Communiqué de presse Massachusetts Department of Public Health

http://www.mass.gov/dph/mtcp/reports/nicotineyield s19982004.pdf

INFORMATIONS

AG (22 février 2007)

Ouverture de l'assemblée générale par le Président à 15 heures après la signature de la liste des présents et le contrôle des procurations.

Rapport moral

Le président remercie les membres qui ont fait l'effort de se déplacer et les absents qui ont pris la plume ou le téléphone pour s'excuser de ne pouvoir être là et ont adressé leur procuration.

Le rapport moral est axé sur deux thèmes.

1 - la formation des médecins généralistes et des professionnels de santé à l'aide au sevrage tabagique qui est notre savoir faire. Nous sommes la seule association qui assure depuis 1994 ce type de formation et nous maîtrisons parfaitement le sujet aujourd'hui en assurant les institutions que nous sommes les seuls à faire des formations identiques en France de Lille à Marseille et de Brest à Strasbourg, en employant le même matériel pédagogique et les mêmes méthodes, nos formateurs ayant été formés « T&L ».

2 - le projet PESCE a été l'autre gros chantier de l'association cette année. Il nous a fallu après avoir obtenu l'agrément de la Commission Européenne, nous battre auprès des institutions pour obtenir les moyens financiers propres pour nous permettre de signer le contrat européen à la fin du mois d'août. Seuls la MILDT, et nous sommes très reconnaissant au Pr Jayle son Président, et les Laboratoires Pierre Fabre (mécénat d'entreprise) nous ont soutenu d'emblée inconditionnellement. Le travail a débuté avec 3 mois de retard perdus ou gagnés. à la recherche des fonds.

Le rapport moral est ensuite adopté à l'unanimité.

Rapport financier

Le trésorier présente le rapport financier. Les comptes sont approuvés et quitus est donné au trésorier. La cotisation 2007 est fixée à 20 €. L'appel de cette cotisation sera fait sans tarder.

L'assemblée à l'unanimité, donne quitus de sa gestion au trésorier

Le conseil d'administration et le conseil scientifique sont reconduits inchangés. Un nouveau comité de pilotage devra être proposé par le conseil d'administration à sa prochaine réunion.

L'assemblée générale est close à 17h30.

Tabac et entreprise

Dans le cadre du nouveau décret du mois de novembre 2006 de très nombreuses entreprises recherchent une information et des compétences pour mettre en application cette nouvelle réglementation et aider les fumeurs à arrêter de fumer. Dans ce cadre Tabac & Liberté est actuellement très sollicitée dans toute la France pour apporter son savoir faire dans ce domaine.

C'est pour cette raison que Tabac & Liberté s'associe aux laboratoires Pierre Fabre Santé qui proposent aux entreprises trois journées d'information-formation à l'intention des directeurs des ressources humaines, des membres des CHSCT et aux service médicaux du travail.

Ces journées se dérouleront :

- le 20 avril à Paris
- le 24 avril à Toulouse
- le 27 avril à Lyon

Renseignements et inscriptions : Tél 05 61 00 01 59

REUNIONS

Réunions de la Société Française d'Alcoologie.

Du changement sans traitement à l'obligation de soins.

Thème : obstacle au changement et entretien motivationnel. Jeudi 15 et vendredi 16 Mars 2007 – PARIS

Inscription – Princeps/SFA 64 Avenue du Général de Gaulle 92130 Issy les Moulineuax Tél : 01 46 38 24 14

tabac et psychiatrie

Thème : tabac et psychotropes et tabagisme en milieu psychiatrique 29 mars 2007

Centre Hospitalier Belain Charleville – Mézières Inscription: Catherine Fournier Tél.: 0324 56 87 23

Maternité sans tabac 22 mars 2007

IRAAT – Hôtel Dieu – 1 place de l'Hôpital 69000 LYON

Tél: 04 78 42 59 18

JMST (Journée Mondiale Sans Tabac) 31 mai 2007

Thème:

- des espaces sans tabac (Interdiction totale de fumer mans les lieux de travail et les lieux publics fermés, Droits à l'air pur)

Journée prévention

3º journées annuelles 29-30 mars 2007 Maison de la Mutualité 24 rue St Victor 75005 PARIS - Tél : 01 41 49 04 19

Les Journées de l'Albatros

8 juin 2007 - Centre des addictions Paul Brousse-Inscription : Princeps Editions Tél : 01 46 38 24 1

Editeur: Association Tabac & Liberté Tabac & Liberté

10, rue des Arts 31000 Toulouse Tél. 0561 44 90 46 - 0614 08 5628 - 0562 88 6774 Email: asso.tabac-et-liberte@wanadoo.fr

Directeur de la publication: Docteur DAVER Dépôt légal: 3º trimestre 2007 - ISSN 1260-2469 Conception, composition et impression: Art et Caractère (S.I.A.) - 81500 LAVAUR

COU	DAI	NI D	= 07	VIVE	QE.
		VE D		AV	

Je soussigné : M, M. ®, M. B, Dr (Nom)	Prénom :	ed soul	1 - 1 3 .4 5		
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,					
Adresse:					
Code Postal:	Ville:	184	14.5	14 13	
Pays:	Téléphone :				
Désire adhérer à l'association (ci-joint un chèque de 7,60 €) et mo	n adhésion à la cha	arte Tabac	& Liberté.		

Association Tabac & Liberté: Tabac & Liberté - 10, rue des Arts - 31000 Toulouse
E-mail: daver.jean@wanadoo.fr — asso.tabac-et-liberte@wanadoo.fr — site internet: www.tabac-liberté.com