

TABAC & LIBERTÉ

Réseau de Médecins

LETTRE TRIMESTRIELLE D'INFORMATION
ANNÉE 14 - NUMÉRO 51 2008

EDITORIAL : 1958-2008 CINQUANTE ANNÉES DE PRATIQUE MÉDICALE

Au terme d'un long mandat, pour un de ses derniers éditoriaux, votre Président se permet une fantaisie, sous forme d'un retour sur son passé quand il exerçait la médecine générale. Ce papier n'a d'autre ambition que de fournir un témoignage dans le débat national sur les missions du généraliste. A l'époque on ne se posait pas de questions métaphysiques, on soignait les malades, estimant que c'était notre rôle et qu'il fallait assurer une prise en charge globale.

Quand j'étais généraliste, il y a bien longtemps j'étais quelqu'un de bien considéré dans mon quartier, les gens étaient gentils avec moi (clients ou non). Ils me respectaient pour mes fonctions et mon rôle, et j'en faisais autant pour eux lorsqu'ils franchissaient la porte de mon cabinet de consultation d'un quartier alors excentré de la ville.

J'écoutais les patients, je prenais en compte leurs difficultés et leurs soucis, à une époque où l'IVG était proscrite, et la contraception illégale, et tout cela entraînait en compte dans le choix de ma prescription, du maintien à domicile ou de l'hospitalisation. J'ai aujourd'hui conscience que cette médecine fruste était nulle, ne rentrerait pas dans les schémas imposés par les bonnes pratiques et que, chose impardonnable, je perdais beaucoup de temps à dialoguer avec ces patients au lieu de remplir des pages de questionnaires précis et impersonnels pour savoir s'ils n'étaient pas tombés d'une échelle à l'âge de sept ans. On a beau faire mais je suis trop âgé pour faire mon mea culpa sur ma façon d'exercer la médecine générale en ce temps là car j'ai, en mon âme et conscience, la tranquille assurance d'avoir été fidèle au serment d'Hippocrate, d'avoir fait de mon mieux pour secourir et aider mes patients par delà les normes administratives et professionnelles. Iconoclaste jusqu'au bout des ongles je souhaiterais qu'on revienne à une médecine plus humaine, plus compassionnelle qui refasse du dialogue le socle du diagnostic clinique. Je suis étonné par le manque d'attention trop souvent porté aux informations données par le malade ou son entourage qui rendraient caduques bien des questionnaires normalisés et des batteries de tests biologiques aussi variés qu'inutiles.

Je crois sincèrement qu'il faut revoir notre façon de penser. Le généraliste ne doit pas être le petit soldat de l'épidémiologiste de santé publique ou du pathologiste spécialisé du service hospitalier, il ne devrait pas être obligé d'appliquer les mêmes méthodes scientifiquement approuvées à usage des cas difficiles hospitaliers pour soigner un patient d'une angine à la campagne. En voulant normaliser à tout prix par le haut en partant des données de disciplines fondamentales, peu au fait de la clinique en pratique quotidienne, on arrive non seulement à des aberrations diagnostiques mais on fait perdre au généraliste son rôle principal qui est de soigner certes mais aussi comprendre et reconforter ce qui lui permettait autrefois de bénéficier de la considération de ses malades. Ceux-ci ne l'ont plus aujourd'hui pour le praticien pressé qui donne une ordonnance normalisée et passe le temps de la consultation à pianoter sur son ordinateur. J'ose espérer qu'ils s'en racontent de « bonnes » avec le computer pour égayer la journée. A mon âge il m'arrive fréquemment de consulter mes jeunes confrères pour lesquels je suis un patient lambda. Si je ne peux que me féliciter de la qualité des soins reçus, je me dois de noter l'absence de dialogue et du nombre extrêmement réduit des phrases échangées pendant une consultation (4 à 5 en moyenne en comptant parfois même le bonjour et l'au revoir).

Je crois qu'il faut changer notre mode de penser et rendre à notre métier de généraliste ce qui en faisait son charme et sa difficulté, l'indépendance, le dialogue, l'analyse et une décision thérapeutique adaptée au patient que l'on a en face de soi. Dans la majorité des cas cela résoudra le problème posé, à la satisfaction du malade et du médecin, sans faire dépenser à la sécurité sociale des montagnes d'exams inutiles sous prétexte du principe de précaution et des normes à respecter (administratives et scientifiques), et dans la majorité des cas cela pourra se faire sans arrêt de travail ou avec le minimum nécessaire.

Le vrai rôle du généraliste est, me semble-t-il, dans cette responsabilisation et dans cette autonomie à condition qu'on ne le menace pas de tous côtés de diverses sanctions pour son indépendance. Le niveau au-dessus relève de la consultation apportée au généraliste pour l'aider dans les cas difficiles et se prête à l'opposé à toutes les normes et aux contrôles utiles. Cette hiérarchie doit être recréée au plus vite pour changer notre système de santé, le rendre plus efficace et la médecine générale plus attrayante pour les jeunes surtout si en plus comme le suggère avec justesse le rapport Larcher on leur donne la

responsabilité de maisons médicales de premier accueil (les ex-établissements de 3^e catégorie de la réforme Debré devenant des services médicaux d'accueil, de suivi et de diagnostic sous la responsabilité du praticien généraliste local exerçant comme autrefois à temps partiel) Cela représente 50 ans d'errements pour revenir à la case départ.

Mais pour remplir ce rôle le généraliste doit être spécialement formé en recevant la quantité suffisante de notions scientifiques et pas plus, mais surtout en faisant provision de beaucoup d'expérience clinique acquise pendant de longs stages en service hospitalier. Bien sûr cela diminuera l'importance, dans l'enseignement, des sciences fondamentales qui ont connu une croissance pléthorique dans les années 68 (nombreuses créations de postes pas toutes justifiées) et perturbé le recrutement des futurs médecins, excluant l'humanisme des critères de sélection alors que c'est sûrement la qualité fondamentale d'un bon praticien. La reconversion dans la recherche des fondamentalistes devrait permettre de développer une recherche pratique terriblement déficitaire aujourd'hui. La recherche se devrait de suivre deux voies parallèles. L'une en produisant des travaux de qualité sur des sujets déjà définis par les autorités et donnant lieu à des publications scientifiques de niveau international, pour combler très vite notre retard dans ce domaine et arrêter l'hémorragie des jeunes vers l'étranger. L'autre en s'appliquant à sélectionner les notions fondamentales qui sont indispensables pour assurer au généraliste la qualité de sa pratique, et veiller à le débarrasser des connaissances encyclopédiques qui concernent des maladies qu'il a peu de chances de rencontrer tout au long de sa vie professionnelle.

Le médecin généraliste avait autrefois une charge de travail qui était équilibrée entre les consultations et les visites à domicile. Il était au service de ses malades.

Aujourd'hui, pour autant que je le sache, les choses ont changé le malade est au service du médecin, il va le voir quand celui-ci veut bien le recevoir et s'il s'impatiente il peut toujours aller faire queue à l'hôpital. Sans porter de jugement les choses sont différentes, mais le médecin généraliste reçoit toujours le même enseignement, fait le même cursus universitaire. Ces études sont-elles bien adaptées à la situation présente ? La réponse à cette question est très probablement non. Il faut repenser la formation du médecin généraliste en lui évitant d'accumuler des sommes de connaissances inutiles pour augmenter son temps de formation pratique au pied du lit du malade (qui est maintenant en chambre individuelle, alors que dans les années 50 il était parqué dans un lit au milieu de 25 autres infortunés dans une salle commune).

Il faut aussi revoir les conditions pratiques d'exercice pour les rendre acceptables si on veut recruter des jeunes, organiser et rationaliser la pléthore et la pénurie, cesser de le suspecter en permanence d'être un fraudeur malhonnête et incompetent, et décider enfin si le médecin généraliste doit être un acteur ou un expert.

Si le médecin généraliste est un acteur il ne peut assurer plus de travail qu'il n'en fait et son action est donc par essence limitée. Avec la pénurie qui s'installe des médecins généralistes on peut être soucieux à terme pour la santé de la population.

Si le médecin généraliste est un expert il couvre de son diplôme des professionnels de santé auxquels il délègue un certain nombre d'actes ce qui permet tout de suite de démultiplier son activité par 10 ou 15 ce qui permet d'avoir un maillage sanitaire pouvant pendant un temps compenser le problème de la pénurie en attendant qu'une réforme y mette fin.

Mais le médecin a-t-il la formation nécessaire pour assurer le rôle d'acteur ? ce n'est pas sûr; le rôle d'expert ? pas du tout. Il faut modifier la formation, les conditions d'exercice, de rémunération, de considération (image de marque auprès de la population) des médecins généralistes. Cela ne peut se faire que dans le cadre d'une adaptation à des restructurations nécessaires de l'organisation des soins donc dans le cadre d'une remise à plat et d'une refonte totale de notre système de santé, il faut une réforme « Debré 2 ». Tous les acteurs de santé en sont persuadés, mais sont-ils prêts à accepter les difficultés et les contraintes d'une nécessaire réforme d'une telle ampleur ?

Vous avez sûrement remarqué que le mot "tabac" est pour une fois absent de mon propos, c'est volontaire dans un souci d'honnêteté intellectuelle, car à cette époque, comme la majorité des médecins, votre Président fumait, beaucoup, il a arrêté depuis longtemps, très simplement. Au revoir et bonne chance à Tabac & Liberté pour la continuation de son action.

Docteur Jean DAVER - Président

Billet d'humeur : J'ACCUSE

J'accuse l'industrie des cigarettiers de se livrer à des manœuvres fourbes et sournoises pour recruter des jeunes afin de les droguer. J'accuse les médias de faire l'apologie du crime par tabac. Trop d'articles de la presse écrite louent le tabac. Trop de photos vantent des artistes fumant. Et même quand ces soi-disant vedettes décèdent d'un cancer du poumon, elles font la une dans un nuage de fumée. Mais jamais on ne parle du véritable tueur : la cigarette. J'accuse les promoteurs du tabac de promouvoir l'instrument d'un véritable génocide (définition : crime commis dans l'intention de détruire un groupe humain). Cette année tous les jours (chaque 24 h) 10000 citoyens du monde (dont 1780 en EU, 180 en France) vont perdre la vie à cause de la cigarette. Celle-ci d'objet de désir, puis instrument de plaisir est devenue l'arme du trépas. L'étendue du mal engendré par le tabac répond à la définition de forfait contre la société, forfait contre l'humanité.

J'accuse tous ceux qui ne luttent pas contre le tabac de non assistance à personne en danger. Trop de jeunes sont en danger, trop de mères sont intoxiquées, trop de fœtus sont étranglés, trop d'adultes sont étouffés.

Quousque tandem... Jusques à quand, jusques à où va-t-on laisser les criminels, les meurtriers, les sicaires et autres tueurs persévérer dans leur commerce assassin ?

Où sont-ils les bons principes de précaution, les laissez-les-vivre, les plus jamais ça ? Pourquoi tout doit-il s'effacer devant le tabac ? Pourquoi, nous qui défendons la vie, ne réussissons-nous pas aussi bien que ceux qui véhiculent la mort ?

Répondez-moi, ... s'il vous plaît.

Dr Pierre Rouzard

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Cancer Parkinson et tabac

Les auteurs d'Harvard ont analysé 20 études épidémiologiques des 20 dernières années en vue de préciser la relation entre cancer et maladie de Parkinson en s'intéressant au diagnostic de cancer précédant celui de maladie de Parkinson.

L'étude concernée a porté sur une cohorte de 22 071 médecins américains âgés de 40 à 80 ans.

Le diagnostic de Maladie de Parkinson éliminait les Parkinson secondaires (AVC, encéphalite, tumeur, neuroleptique). Le diagnostic de cancer séparait ceux liés au tabagisme (cancer épidermoïde du tabac brun, adénocarcinome du poumon lié au tabac blond, cancer colorectal, vessie, rein, pancréas, tête, cou) et ceux non liés au tabagisme.

Sur 22 ans, 487 cas de Parkinson ont été comparés à 487 témoins sans Parkinson.

L'étude met en évidence une fréquence de

survenue de tout type de cancer moindre chez les Parkinsoniens que chez les témoins.

Le tabagisme s'est avéré modifier significativement la relation entre Maladie de Parkinson et cancer lié au tabagisme (OR pour les cancers liés au tabagisme de 0,32 chez les Parkinsoniens fumeurs, OR de 6,85 chez les Parkinsoniens n'ayant jamais fumé). Les auteurs concluent que cette fréquence élevée et inattendue de cancer liés au tabagisme chez les Parkinsoniens non fumeurs appelle confirmation et explication.

DRIVE J.A. - Prospective case-control study of non fatal cancer preceding the diagnostic of Parkinson's disease - Cancer causes control 2007, 18, 705-11

BPCO à l'honneur

Une étude réalisée dans 12 pays montre une progression des pathologies pulmonaires incurables.

Sur 9 500 adultes, âgés de plus de 40 ans, une personne sur 10 souffre de bronchite pulmonaire chronique obstructive (BPCO).

La BPCO est actuellement la 5^e cause principale de mortalité dans le monde. Elle devrait se hisser au 3^e rang d'ici 2020. Le tabagisme est le principal facteur de développement de la maladie et explique la différence entre le taux de BPCO chez les hommes et celui observé chez les femmes.

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/6970190.stm>
www.cnct.fr

Tabac et lupus

Le lupus érythémateux disséminé est une maladie auto-immune qui affecte principalement les femmes en âge de procréer. La thérapeutique par les corticoïdes ou les immunosuppresseurs a amélioré son pronostic. Certains LED sont provoqués par des médicaments. Les auteurs ont recherché l'influence du tabac sur les données cliniques et biologiques, sur 140 patients. 85 n'avaient jamais fumé, 55 étaient des fumeurs habituels.

Les fumeurs avaient plus souvent les anticorps anti ADN positifs et le facteur rhumatoïde plus présent. Sur le plan clinique les fumeurs avaient l'index d'activité du LED plus élevé que les non fumeurs aussi bien au moment du diagnostic qu'à la fin de l'étude. De plus les fumeurs atteints de LED présentaient plus souvent des symptômes rhumatismaux. Il n'y a pas de corrélation entre l'activité clinique du LED et le taux de tabagisme que ce soit en paquets par jour ou paquets par année.

Les auteurs concluent que le tabagisme est un facteur puissant qui influe de façon significative l'activité du LED.

PAPADOPOULOS N.G TSIAOUSIS G. - Does smoking influence clinical and laboratory features in patients with systemic lupus erythematosus? OASIS online abstract submission and invitation system. 11, 10, 2007, 524, 1910

Encore une aide au sevrage : le topiramate

Les auteurs ont réalisé une étude en double

aveugle avec contrôle par placebo sur une période de 11 semaines. 38 hommes et 49 femmes étaient concernés et fumaient en moyenne plus de 10 cigarettes par jour. Tous étaient motivés pour essayer d'arrêter de fumer.

Le topiramate était prescrit à la dose de 200 mg par jour (43 sujets) alors que le placebo était donné à 44 sujets. Cette thérapeutique s'accompagnait de conseils prodigués tout au long de la période de 11 semaines. Le suivi était contrôlé par la mesure du CO expiré ainsi que le contrôle du poids. Il n'a pas été observé d'augmentation significative du taux d'abstinence. Par contre les hommes traités avec topiramate étaient 16 fois plus adeptes du sevrage que les femmes et quatre fois plus capables d'arrêter que les hommes traités par placebo. Les hommes traités au topiramate ressentaient moins les effets de manque que les femmes traitées au topiramate ou que les hommes sous placebo. Les hommes avec placebo ont pris en moyenne 3,3 kg alors que ceux sous topiramate perdaient 0,72 kg !

Les effets secondaires étaient observés avec une plus grande fréquence dans le groupe topiramate et concernaient paresthésie, fatigue, nervosité et difficulté à se concentrer. Le topiramate se révèle être donc plus efficace chez les hommes que chez les femmes et se révèle être un médicament « plein de promesses » pour traiter l'addiction au tabac.

ANTHENELLI R. et al.
Potential efficacy and safety of topiramate as an aid to smoking
Addiction, 103, 4, April 2008, 687-694

Cigarette et infarctus

Ce sont les Italiens qui prouvent une fois de plus que la fréquence des accidents coronaires aigus sont en relation avec le Tabac.

Une étude menée à ROME avant et après l'interdiction de fumer dans les lieux publics (depuis janvier 2005) a analysé la fréquence des accidents coronariens aigus. Elle a pris en compte, la pollution de l'air, la température, les épidémies de grippe. La réduction est significative aussi bien dans la tranche d'âge 35-64 ans (11,2%) que dans la tranche 65-74 ans (7,9 %). Par contre l'interdiction de fumer n'a pas d'influence sur la fréquence des accidents coronaires au delà de 75 ans. La réduction des accidents est plus importante chez les hommes et dans les populations de niveau socioéconomique bas.

Les auteurs concluent que l'interdiction de fumer a eu des « implications énormes » dans l'amélioration de la santé publique.

CESARONI G et al - Effect of the Italian Smoking ban on population rates of acute coronary events. - Circulation - 4 Mars 2008

NDLR. Encore une étude qui prouve l'évidence. FUMER NUIT GRAVEMENT A LA SANTE. Nous remarquerons que les fumeurs qui ont passé le cap de 75 ans sont résistants, ce que nous savions déjà, par contre avant soixante ans le lien tabac accident coronarien est largement prouvé et reconnu. Ce qu'il faudrait savoir c'est comment reconnaître les personnes qui peuvent fumer et qui seront résistantes aux maladies cardio-vasculaires. Elles existent - nous en avons rencontré.

Le CO tue

30 villes à travers l'Europe ont été impliquées dans un programme d'étude multicentrique des effets à court terme de la pollution atmosphérique. Une étude a analysé les effets à court terme de la pollution par le CO sur la mortalité.

Un accroissement de 1mg/m³ de la moyenne de deux jours des niveaux de CO atmosphérique s'est avéré associé à une élévation de 1,2 % des décès totaux et de 1,25 % des décès de cause cardiovasculaire. Cet effet sur la mortalité cardiovasculaire est peut être lié au fait que les décès de cause cardiovasculaire comptent pour 45 % environ du nombre total de décès dans les villes étudiées.

SAMOLI E et al. - Short term effect of carbon monoxide on mortality: APHEA project - Environ. Health Perspective 2007, 115, 1578-83

Nicotine et alcool

Une publication très intéressante conduite par Selena Bartlett (neurologue à San Francisco, Université de Californie) tend à prouver que la **dépendance** n'est pas toujours spécifique d'une drogue mais peut parfois être rattachée à une **personnalité**. C'est ainsi que Christopher de Fiebre (Professeur de pharmacologie et de neuroscience à l'Université du Nord Texas : centre de santé science à Fort Worth) a commenté la publication analysée disant que dorénavant on doit s'intéresser aux interactions nicotine-alcool beaucoup plus que par le passé. Le traitement de l'addiction présente en effet des points communs, que ce soit l'addiction au jeu, aux drogues, etc. Les chercheurs ont en effet remarqué que la nicotine libère de la dopamine dans les centres du plaisir et qu'une drogue comme la Varenicline bloque cette action de la nicotine. Ils ont observé aussi que l'alcool (souvent associé au tabac) agit sur les mêmes locus cérébraux. Selena BARTLETT conclue que « la Varenicline est une drogue potentielle pour lutter contre la dépendance à l'alcool » d'après ses observations chez l'animal.

Source ASH news (www.ask.org.uk) Forbes.com 9 juillet 2007

<http://tinyurl.com/3dydn5>

STEENSLAND P, BARTLETT S.E - Varenicline and $\alpha 4 \beta 2$ nicotine acetylcholine receptor partial agonist Proct. National Aca Sci. USA 2007 24 juillet 104, 30, 12518-23

Tabac Alcool Cannabis

Primo adolescence

L'enquête HQBC est une enquête internationale réalisée tous les 4 ans depuis 1982. En 2006, 9000 élèves ont été interrogés en France sous la coordination du service médical du rectorat de Toulouse (Dr Navarro et Dr Godeau). Cette enquête menée dans 41 pays du monde occidental est conduite auprès des élèves de 11, 13 et 15 ans scolarisés. Voici les premiers résultats du volet français de cette enquête (résultats de 2006) sur les consommations de produits psychoactifs. Le produit dont l'**expérimentation déclarée** s'avère la plus fréquente est l'alcool (à 11 ans 64 % des garçons 54 % des filles) (à 12 ans 74 % des garçons 71 % des filles) (à 15 ans 84 % des garçons

83 % des filles) puis le tabac (à 11 ans 10 % des garçons 5 % des filles) (à 13 ans 30 % des garçons 29 % des filles) (à 15 ans 52 % des garçons 57 % des filles) puis l'ivresse (à 11 ans 9 % des garçons 4 % des filles), (à 13 ans 17 % des garçons 14 % des filles) (à 15 ans 44 % des garçons 38 % des filles) et enfin le cannabis (à 11 ans 1 % des garçons et des filles) (à 13 ans 5 % des garçons et 4 % des filles) (à 15 ans 30 % des garçons et 25 % des filles).

L'abord des jeunes à l'alcool est très précoce : 59 % des jeunes de 11 ans déclarent avoir déjà bu alors qu'à peine 8 % disent avoir déjà fumé. Les alcools concernés sont le cidre, la bière, le vin ou le champagne.

L'expérimentation du tabac est forte à 15 ans (plus d'un jeune sur deux fume) et l'abord du cannabis explose entre 13 et 15 ans (de 5 à 30% chez les garçons et de 4 à 25 % chez les filles).

La consommation hebdomadaire de tabac apparaît quasi inexistante à 11 ans. A 15 ans 22 % des filles déclarent un usage au moins hebdomadaire du tabac dont 19 % un usage quotidien. La proportion de fumeurs quotidiens varie peu avec le sexe (20 % avec prédominance chez les filles), mais la quantité fumée est plus importante chez les garçons. Le lien entre la sociabilité (passer du temps le soir avec ses amis au moins trois fois par semaine) et les usages de produits psychoactifs est très marqué.

LEGLÉY S. et al - Tabac alcool et cannabis durant la primo-adolescence. Tendances, mars 2008, 59 <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxtsto4.pdf>

Tabac et Chicha

53 % des jeunes de 16 ans ont fumé la chicha, 70 % à 18 ans!!

Le « tabac-narghilé » est un mélange de tabac de mélasse parfumé à la pomme ou d'autres parfums qu'on place dans la « douille » du narghilé. Il est recouvert d'une feuille d'aluminium percée de trous sur laquelle on met du charbon incandescent. Chaque volume de fumée pris par le fumeur est considérable (1,2 à 1,5 litre à chaque bouffée), 100 fois plus de volume de fumée inhalée qu'avec une cigarette. Le CO n'est pas arrêté par l'eau et il est absorbé de façon 30 fois plus importante qu'avec une cigarette.

Pour le non fumeur qui passe une heure dans un bar à chicha il a été montré que cela équivaut à fumer 6 cigarettes (pour le CO) !

La quantité de nicotine absorbée avec une chicha est comparable à celle fumée avec 2 à 3 cigarettes (l'eau arrête en grande partie la nicotine, environ les ¾). Le bullage arrêterait la moitié des goudrons.

B. DAUTZENBERG - Réseau Hôpital Sans TABAC Oct 2007, 26, 4

Proposition de loi

C'est le 20 décembre 2007 que la Présidence de l'Assemblée Nationale a enregistré une proposition de loi visant à préserver les mineurs du tabagisme.

En 1991 la France a fait voter la loi Evin « relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ».

En mai 2003 l'OMS a adopté le premier traité international destiné à lutter contre le tabagisme et dans la foulée en octobre 2003 le gouvernement Français augmentait très fortement les taxes entraînant 40 % de hausse du prix du paquet.

Le 15 novembre 2006 le décret 2006-1386 interdit de fumer dans les lieux publics. Malgré cela 30 % de la population, 14 millions de Français, fument.

Pour protéger les mineurs qui n'ont pas « toutes les cartes en mains » pour faire le choix de fumer un groupe de députés vient de proposer :

- l'interdiction de la vente aux mineurs des produits du tabac,

- l'interdiction des produits du tabac qui ciblent délibérément les mineurs (« cigarettes bonbons ») qui ont un goût de vanille, chocolat, etc... ou de couleur noire ou rose bonbon,

- limiter l'offre de tabac à rouler, réglementer le papier à rouler, fiscaliser le tabac à rouler.

Cette dernière mesure concernera 61 millions de cahiers de 10 feuilles correspondant aux 7200 tonnes de tabac à rouler et à tuber. Or les chiffres officiels font état de 150 millions de cahiers de 100 feuilles consommés en France. Il y a donc 90 millions de cahiers de 100 feuilles qui sont utilisés pour autre chose, vraisemblablement pour alimenter la consommation d'un marché de produits stupéfiants (6,3 % des 18-25 ans consommant du cannabis : rapport OFDT).

Le tabac à rouler ne serait plus conditionné qu'en blagues ou pots à partir de 30 g et composé d'une multiple de 10 (on trouve actuellement 30 g 33 g 35 g 40 g 50 g 65 g etc...).

Le papier à rouler serait taxé à la même hauteur que le tabac à rouler (58,57 %)

Doc Assemblée Nationale - 14 mars 2008

Le décret du 15 novembre 2006

C'est devant la Société Française de Médecine légale qu'a été évoquée l'évolution juridique vers une protection contre le tabagisme passif. La loi « Evin » pendant 15 ans avait été insuffisamment appliquée. La progression des connaissances scientifiques concernant l'exposition à la fumée de tabac a fait évoluer la jurisprudence. Le 29 juin 2006 la Cour de Cassation estimait que l'employeur avait une **obligation de sécurité de résultat** concernant la protection de ses salariés vis-à-vis de la fumée de tabac. Le processus scientifique, juridique et politique était en marche. Le 16 Novembre 2006 le J.O. publiait le décret n° 2006-1386 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Ce décret était bien sur attaqué en Conseil d'Etat (19 mars 2007) par quelques fanatiques et quelques séides plus ou moins commissionnés par les professionnels du tabac. Mais il n'a pas été annulé. Il a été complété par plusieurs circulaires : celles du 29 novembre 2006 concernant les établissements d'enseignement et de formation publics ou privés, celle du 8 décembre 2006 concernant les établissements de santé, celle du 31 janvier 2007 concernant l'administration pénitentiaire etc. Ce décret est aujourd'hui bien appliqué.

Actuellement, déclarent les auteurs, on constate une réduction de la consommation du tabac mais avec 30 % de fumeurs la France reste loin de l'objectif fixé à 20 % à par le bureau régional pour l'Europe de l'O.M.S.

(Pour mémoire l'Irlande est à 19,8 %, le Canada 18 %, la Suède 16 % !!)

GIGNON M. et al. - Le décret du 15 Novembre 2006 Evolution juridique vers une protection contre le tabagisme passif. I Med. Le 9. Droit Med. 2007-50, 8, 418-424

Le fumeur dort mal

C'est parce que, la nuit, le fumeur ne fume pas qu'il dort mal. En effet des chercheurs de la John Hopkins University de Baltimore aux Etats-Unis ont comparé le sommeil de 40 fumeurs et de 40 non fumeurs, tous en bonne santé et dont aucun ne prenait de somnifères.

Les troubles de l'endormissement et du sommeil profond sont 4 fois plus fréquents chez les fumeurs que chez les non fumeurs. Les fumeurs dorment moins que les non fumeurs. Les chercheurs ont attribué ces troubles au **syndrome de manque de nicotine**. En effet chez les fumeurs qui ne fument pas pendant la nuit, la nicotine bien sur diminue (1/2 vie de la nicotine, 1/2 heure à 4 heures). C'est l'abstinence nocturne qui entraîne un syndrome de manque qui est à l'origine des troubles du sommeil observés chez les fumeurs et c'est la « nicotine inhalée en fin de journée qui exerce d'abord son effet excitant et qui explique pourquoi les fumeurs ont tant de mal à s'endormir ».

http://www.destinationsante.com/fr_depeche.php?id_rubrique=130&id_article=24207&cat=1
Chest - 4 fev 2008

Comment gagner de la vie

Des chercheurs de l'Université de Cambridge et du Conseil de recherche médicale au Royaume Uni ont étudié les styles de vie et les déterminants de la Santé. Ils ont étudié quatre critères : le fait de **ne pas fumer**, le fait d'**avoir une activité physique**, le fait d'**avoir une consommation limitée d'alcool** et le fait de consommer au moins **cinq fruits et légumes par jour**. Ils ont étudié le risque de mortalité globale en fonction de la présence de ces 4 facteurs. Les résultats prouvent que le risque de mortalité globale augmente de manière significative en cas de diminution de ces quatre indicateurs. Ceux qui adoptent chaque jour les 4 critères présentent un risque de mortalité réduit au quart par rapport à ceux qui n'adoptent aucune des pratiques étudiées. Les chercheurs ont également établi une relation avec la prévention de la survenue de cancers et d'autres pathologies (l'incidence la plus forte correspondait à la diminution des pathologies cardiovasculaires). Les auteurs concluent que ne pas fumer, réduire sa consommation d'alcool, avoir une activité et consommer des fruits et des légumes peut accroître de 14 ans l'espérance de vie.

Combined impact of health behaviours and mortality in men and women.
The EPIC Norfolk prospective population study
Source nouvelles du CNCT www.cnct.fr

Toute puissance du cinéma

Une nouvelle étude publiée dans le journal de l'« Association for psychological science » démontre que le fait de voir sur grand écran un acteur fumer influence les fumeurs à continuer à fumer et pousse les non fumeurs à entrer dans le tabagisme. C'est l'équipe de Sonya Dalcin (Norris Corton Centre, Ecole de Médecine de Dartmouth) et ses collègues (Université de Waterloo et Université Central Michigan) qui a trouvé le niveau auquel l'identification à un protagoniste dans le film altère la conduite personnelle de chacun et favorise le tabagisme. Ces résultats montrent l'évidence du mécanisme grâce auquel faire fumer des acteurs sur un écran de cinéma influe sur les convictions et le comportement des spectateurs.

http://www.eurekalert.org/pub_release/2007-06/afps-nss061307.php

NDLR - Les chercheurs de l'industrie du tabac savaient depuis longtemps comment faire fumer les jeunes par le biais des acteurs de cinéma. Il y a longtemps d'ailleurs qu'ils ont mis en application ces connaissances en payant des acteurs comme Sylvester Stallone et les autres.

Le médecin en 2015

La médecine française est en pleine mutation dont les effets seront maximum en 2015. Les principaux mouvements concernent la démographie médicale et l'augmentation des coûts et de la technicité. Pour Guy NICOLAS, membre de l'Académie Nationale de Médecine, et le groupe de travail qu'il anime, cela doit entraîner une réforme du système de santé. L'organisation des soins primaires devient une priorité à court terme en regroupant les professionnels de santé afin de faciliter la permanence des soins et l'accès des malades. La réforme des études médicales doit aussi être envisagée pour adapter le mode de sélection (actuellement inadapté) et former le M.G. à sa véritable profession. « La formation actuelle du M.G. ne correspond pas au métier exercé ».

GUY NICOLAS rapporteur
Bull. Acad. Nat. Med., 2007, 191, 2, 413-423, séance du 20 fev 2007

NDLR. La lecture de cette communication renvoie à la lecture des conclusions du projet PESCE publiées dans cette lettre et montre que notre système de santé doit évoluer. Les deux articles ont beaucoup de points communs.

COMPTE-RENDU DE CONGRÈS

PESCE - Barcelone 27-28 mars 08 General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe

Notre association grâce à son président le Dr Daver a obtenu l'accord de la Commission européenne pour un financement à 60 % du projet PESCE (660 000 euros). Depuis août 2006 Tabac & Liberté a coordonné les actions des partenaires des 27 pays de l'U.E. (plus la Norvège et la

Suisse) pour améliorer la participation des MG dans la lutte contre le tabagisme en Europe. Le projet PESCE devrait en effet définir les moyens qui permettront à la communauté de mieux impliquer les M.G. en fonction de l'environnement socio-économique et analyser les bénéfices sur la santé et la croissance économique que peuvent engendrer ces actions.

Les différents experts ont étudié, grâce à l'analyse de la littérature internationale et des littératures grises nationales, la motivation des médecins, les facteurs dus aux patients et les conditions d'exercice des M.G.

Une réunion d'un comité d'expert à Varsovie a permis d'établir 15 recommandations pour améliorer l'implication des médecins généralistes dans le sevrage tabagique qui concernent principalement l'enseignement et la formation des M.G., les conditions de son activité et son rôle dans la société.

Ces travaux réalisés dans le cadre du projet PESCE ont été présentés à Barcelone. Un accord s'est fait pour tenter d'appliquer ces différentes recommandations dans les pays participants à ce travail, tout en respectant les individualités nationales de chaque système de santé.

Le rapport final sera établi pour la Commission Européenne qui rendra compte de ces propositions pour améliorer l'implication des M.G. dans la prévention et plus spécialement dans la lutte contre le tabagisme en Europe.

D'ores et déjà PESCE révèle que la prise en charge de la prévention et du sevrage nécessite dans la hiérarchie des importances : **du temps**, **une rémunération correcte** et de la **considération**. Il révèle aussi que le M.G. aura le choix, suivant les systèmes de santé, entre rester **l'acteur** de santé tel qu'il est aujourd'hui (c'est-à-dire obsolète en matière de santé publique) ou évoluer vers une position d'**expert** d'un groupe de professionnels de santé auquel il délèguera sous sa responsabilité un certain nombre d'actes. C'est ainsi qu'en France quelques 10 000 M.G. pourront prendre en charge 13 millions de fumeurs. Mais cela demande une réorganisation des structures de soins et une reconsidération totale du système de santé. PESCE en pose clairement les conditions scientifiques et économiques sur lesquelles l'ensemble de l'U.E. pourra s'appuyer pour envisager l'application des recommandations par chaque pays selon ses structures et sa conjoncture.

Journées de l'Albatros

Vendredi 6 juin 2008

Lieu : Espace Saint-Martin, Paris

Thème : actualités de la recherche clinique et thérapeutique en addictologie (génétique et épigénétique des addictions, addiction et périnatalité, traitements pharmacologiques et neurophysiologiques)

Contact : Jeanne Romero
Tel : 0146382414 / 0662197215
Fax : 0140957215
Princeps.formation@orange.fr

Tribune libre Vaccin antitabac

En 2005 il était à la mode de parler du vaccin anti-tabac. Pour empêcher la nicotine d'atteindre les récepteurs nicotiniques du cerveau, on voulait faire créer par le système immunitaire du fumeur des anticorps capables de reconnaître la nicotine et donc de la bloquer dans le torrent circulatoire. Il suffit en effet de coupler la nicotine à une protéine étrangère immunisante. Les anticorps ainsi formés neutraliseront à la fois cette protéine étrangère et la nicotine. Mais l'expérimentation animale n'a toujours pas permis de bloquer totalement la nicotine. De plus s'est posé le problème de la durée de l'immunisation et de la nécessité des injections de rappel. Mais l'objection majeure consistait à injecter à un sujet des protéines étrangères avec les risques de réveil ou de déclenchement de maladies auto-immunes. Ces risques, comme le souligne le Pr Lagrue, sont aujourd'hui confirmés. Comme l'avait dit, lors des 8^{es} journées régionales de tabacologies, le Dr Le Houezec, cette approche, théoriquement très intéressante, était d'application clinique délicate chez l'homme.

Aujourd'hui, comme diraient certains, ça a fait « PSCHITT » et le mythe de la « potion magique » reste toujours le rêve du fumeur dépendant.

Pierre ROUZAUD

REVUE DE PRESSE

EVINCOR

Evaluation de l'impact de l'interdiction de fumer sur les syndromes coronaires aigus.

Une conférence de presse organisée par le président du CNCT (Pr Yves Martinet) a permis au Pr Daniel Thomas d'expliquer la baisse de 15 % des admissions aux urgences pour infarctus du myocarde observée depuis le 1^{er} janvier 2008 par rapport à janvier 2007. « Ce chiffre est plausible car les mécanismes mis en cause dans le déclenchement des accidents coronaires aigus se corrigent très rapidement lors de l'arrêt de l'exposition » (au tabac). Il a mis en valeur aussi « la baisse spectaculaire du nombre de lieux publics ayant des taux de pollution reconnus comme toxiques » comme les cafés et les discothèques. Ces résultats sont cohérents avec les résultats des études italiennes (réduction des admissions hospitalières pour infarctus de 11 % chez les plus de 60 ans) et des résultats observés en Irlande et en Ecosse (14,5 % et 17 % de réduction). Cependant ce ne sera que l'année prochaine que l'Étude EVINCOR livrera les résultats de l'analyse du nombre d'admissions hospitalière pour I.M. en 2005-2006-2007 et 2008 avec « une éventuelle cassure des courbes » autour du 1^{er} février 2007 et du 1^{er} janvier 2008 dates d'entrée en vigueur des deux volets de l'interdiction.

Source APM - 1^{er} avril 2008

Des chiffres

En 2006 : le nombre de cigarettes vendues a augmenté de 1,8 % pour atteindre 55,7 milliards de cigarettes !

Le nombre de cigares, cigarillos a diminué de 1,6 % (1,8 milliard). Le marché réel (élargi aux achats frontaliers, ventes à la sauvette) correspond à environ 100 milliards de cigarettes.

Il est consommé par 14 millions de fumeurs dont 11,8 millions de fumeurs réguliers. On estime à 750 000 le nombre de personnes qui arrêtent de fumer (2 000 arrêts par jour). Un fumeur sur trois réussit à s'arrêter avec l'aide d'un médicament. Le **conseil minimal** permettrait à au moins 200 000 fumeurs par an de prendre la voie de l'abstinence. Il y a 500 consultations de tabacologie, trois sur cinq accueillent entre 50 et 600 patients par an et 1 sur 5 plus de 1 000. Le nombre de nouveaux patients est en hausse de 0,6 % en octobre 2007 par rapport à octobre 2006. Le délai de rendez-vous est de 20 jours.

Les chirurgiens dentistes (37 000 en France) vont être reconnus par l'assurance maladie comme prescripteurs de sevrage tabagique (au même titre que les médecins et sages-femmes). L'OFT devrait recevoir 15 000 euros pour former les chirurgiens dentistes à cette pratique.

Quotidien du Médecin n° 8278, 14 déc 2007

Assemblée générale de Tabac & Liberté 25 juin 2008

Vous recevez avec cette lettre une seconde convocation à l'assemblée générale de l'association qui aura lieu le 25 juin. Vous êtes déjà un certain nombre à avoir envoyé votre procuration et je vous en remercie vivement. Je demande instamment à ceux qui appartiennent à la seconde catégorie de bien vouloir faire l'effort d'envoyer leur procuration et je les en remercie très vivement. La vie d'une association comme la nôtre, qui entreprend beaucoup, a besoin de sentir le soutien de ses membres - pensez-y !

Dr Jean Daver - Président

Infarctus

Une étude canadienne a cherché à évaluer le bénéfice de l'arrêt de tabac après un infarctus du myocarde. Plus de 9 000 patients dans ce cas dont deux tiers de fumeurs au moment de l'accident cardiaque ont été analysés rétrospectivement. L'arrêt de l'intoxication tabagique réduisait la mortalité à un an de 40 % et à trois ans de 50 %.

Paris Match, 1047, 17 oct 2007, p 136

Interdiction de fumer dans les cafés, brasseries

Depuis le 2 janvier il est interdit de fumer dans les cafés, hôtels, restaurants et discothèques

(CHRD). Le Ministère de la Santé a mis en place un groupe de travail composé de représentants des établissements CHRD, de l'INCA, de l'INPES, de l'Alliance contre le tabac (ACT), et du Comité National contre le tabagisme (CNCT). Ce groupe de travail a présenté le 1er avril les premières lignes d'un bilan économique globalement positif pour les 2 premiers mois de 2008. Une légère diminution de la fréquentation (3 % en janvier et février) a affecté 550 cafés, bars-tabac et brasseries-tabac. Cette diminution est attribuée à « l'effet décret » (interdiction du 16 novembre 2006 appliqué le 1^{er} janvier 2008) auquel s'ajoute « l'effet conjoncture ». L'effet conjoncture se caractérise par une diminution de 28 % de la consommation de bière dans les CHR.

La dépense moyenne du consommateur dans les établissements consultés est par contre restée identique à celle du mois correspondant en 2007.

Quotidien du Médecin, n° 8344, 2 avril 2008

NDLR. Les consommations de bière dans les CHR ont beaucoup diminué car on observe que les jeunes achètent leur bière dans les supermarchés et boivent dans la rue. Quant aux cigarettiers, il faut leur faire confiance pour pousser la consommation de tabac. Chez nos voisins Italiens qui nous ont précédé dans leur interdiction de fumer, la consommation de tabac a augmenté alors que l'interdiction est parfaitement respectée !!

La FDA met en garde contre la varenicline

L'autorité sanitaire américaine de la FDA indique qu'il est de plus en plus probable que la varenicline commercialisée par PFIZER aux USA sous le nom de Champix® et en France sous le nom de Champix® (un des traitements pour arrêter de fumer), entraîne des **manifestations psychiatriques graves** et notamment des pensées suicidaires.

Pfizer a récemment mentionné avec insistance que les patients prenant le Champix® pouvaient avoir des pensées suicidaires et des troubles psychiatriques.

Le Figaro - 04-02-08

Picardie à l'honneur dans la « Grossesse sans tabac »

25 à 30 % des femmes enceintes fument. Sous l'égide du département de santé publique (Pr Gérard Dubois) une mission régionale pour l'amélioration des pratiques professionnelles, dirigée par le Dr Alain Braillon, a été mise en place en 2006 en Picardie et concerne l'opération « grossesse sans tabac ». Cette mission associe l'association périnatalité-prévention-recherche-information, la DRASS, l'association nationale des sages-femmes tabacologues (ANSF) et le réseau PERINAT qui regroupe les 20 maternités Picardes. C'est le Pr Michel Delcroix qui a assuré la formation des professionnels avec Conchita Gomez (ANSFT). Les maternités ont été équipées en analyseur de Monoxyde de Carbone de dernière génération avec mesure du CO fœtal. Le nombre d'analyseurs a été multiplié par trois dans les établissements signataires de la charte

« Maternité sans tabac ». A la maternité de Beauvais il y a même quatre testeurs de CO : un en salle de naissance, un réservé aux consultations, deux pour les chambres.

Sur le plan thérapeutique les patchs occupent une place de choix, il y a des patchs « d'urgence » efficaces sur 24 h pendant l'hospitalisation. Des conseils en diététique et en hygiène sont prodigués. Des consultations de suivi sont assurées à raison de deux par mois. C'est ainsi que la Picardie est au « top » pour la prévention du tabagisme des mères. Cette opération « grossesse sans tabac » est une première nationale financée par l'ARH, le GSP (Groupement de Santé Publique) la CRAM, le Ministère de la Santé et la Ligue contre le cancer de l'Oise.

Quotidien du Médecin - n°8341- 28 mars 2008 - p18

Espagne : les ratées de la loi

L'Espagne a promulgué sa loi antitabac il y a 2 ans. Elle compte 10 % de fumeurs en moins soit 1,2 millions de personnes selon le comité national pour la prévention du tabagisme. L'interdiction de fumer est respectée dans les entreprises. Par contre elle est très peu appliquée dans les bars et les restaurants. Les établissements de moins de 100 mètres carrés ont le choix de rester fumeur ou de devenir non fumeur. La majorité est restée fumeur.

Ceux de plus de 100 mètres carrés peuvent conserver une zone fumeur isolée ne dépassant pas 30 % de la surface. Mais les sanctions sont rares.

Au final, seuls 16,2 % des restaurants et 13,5 % des bars ont officiellement banni la cigarette.

L'express 20/03/08 p85

Qui fume

« Les chômeurs boivent, fument et se défonce plus que les autres ». C'est ce qui ressort du Baromètre santé 2005. Plus de 53 % des hommes chômeurs (39 % pour les femmes) fument contre 37,5 % chez les hommes actifs (29,6 % pour les femmes actives).

Pour le cannabis et l'alcool le « sur risque » serait respectivement de 80 % et 40 % selon qu'on travaille ou qu'on est sans emploi. Le niveau d'étude a aussi une influence sur le pourcentage des fumeurs. Les personnes qui sont les plus diplômées, sont les premières à se mettre à fumer mais sont aussi les premières à s'arrêter.

20 Minutes p6 - 11 avril 2008

ANALYSE LIVRE/CD

Parents : Alerte Tabac-Cannabis

C'est sous ce titre que le Pr Lagrue fait le point sur ce grave problème qui touche de plus en plus d'adolescents à savoir la dépendance d'une façon générale et celle au tabac en particulier.

Le Pr Lagrue explique avec la clarté qu'on lui connaît ce qu'est la cigarette, comment s'installe la dépendance. Il explique aussi comment elle peut être responsable de cancers et de maladies cardiovasculaires.

Il démystifie le rôle des industriels et leurs manœuvres perverses pour recruter des jeunes et les transformer en drogués à la cigarette. Il démontre que il n'y a pas de drogues « douces » comme il n'y a pas de cigarettes peu dangereuses. Il explique comment les cigarettiers mettent à profit la période de l'adolescence, période de vulnérabilité psychologique, pour faire fumer le jeune et devenir les maîtres de la consommation. Très rapidement en effet le jeune va être « piégé ». Il explique aux parents que l'environnement, et en particulier le milieu familial est initiateur. Il explique que la précocité du tabagisme aggrave la dépendance et favorise bien sur les complications liées au fait de fumer mais aussi favorise l'usage des autres drogues. Il parle alors du trio infernal : tabac-alcool-cannabis. Il parle aussi du cannabis, de la chicha, du bang des bidis, du snus, etc.. Il explique ce que doit être un dialogue avec un ado, détaille les tests pour apprécier la dépendance et propose des orientations pour le sevrage.

A mettre entre TOUTES les mains

LAGRUE G - Parents : Alerte au Tabac et au Cannabis - Ed. Odile JACOB. Paris 2008

Tabac bobards

Notre confrère le Dr Raoul HARF aidé d'une journaliste publie un livre très bien documenté.

Bien qu'il se déclare « pas politiquement correct » les propos contenus dans cet opuscule sont d'une pertinence remarquable. La dépendance est envisagée avec son facteur social (sortie de l'enfance / entrée au secondaire) un facteur chimique (la nicotine reconnue comme « drogue dure » qui soulage le manque mais n'apporte pas d'ivresse ou de « trip ») et un facteur comportemental. La phase psychanalytique du tabagisme est rappelée par la pulsion orale (cigarette/tétine) et le stade anal (expulsion de la fumée). Puis la période de la compensation (la cigarette comble un manque) et l'ère du changement sont décrits. L'auteur pense que la situation actuelle ne serait pas aussi catastrophique si « tout médecin proposait systématiquement à tout fumeur une aide à l'arrêt ». Le lancement à grands renforts médiatiques du bupropion est décrit avec ses dessous

et ses études cliniques avec des « anomalies ». L'homéopathie, l'hypnose et l'acupuncture sont citées. La nicotine est présentée comme une procédure idéale pour le sevrage avec un bémol sur la sémantique : le terme d'équivalent nicotinique est selon l'auteur plus attractif que celui de substitution. Le Dr HARF regrette et explique l'utilisation insuffisante de la nicotine dans le sevrage. La varenicline et son « pactole inépuisable » (Pfizer) est évoquée. Les relations de la presse écrite sont décrites avec la dépendance publicitaire. Les anecdotes sont très documentées et passionnantes (certains journalistes ayant écrit : en attaquant le tabac et l'alcool « c'est la civilisation française qu'on assassine »).

Au-delà de ces contes anecdotiques, ce livre présente un argumentaire très intéressant, appuyé sur les (substituts) nicotiniques, qui devrait faire de l'arrêt du tabac une procédure simple et facile... A lire + +

HARF Raoul et FAESCH Caroline - TABAC BOBARDS Edition GOLIAS -103p 9€

L'hypnose

Un DVD vient de sortir et permet une séance d'hypnose associée avec les technologies de l'image et du son. Trois techniques d'hypnose sont utilisées dans la séance. Le film dure 80 minutes environ et son visionnage est conseillé après avis du médecin traitant.

Pour se défaire de l'emprise de la cigarette, ce DVD est un accompagnement « efficace » qui permet un voyage passionnant au cœur de votre inconscient.

« J'arrête définitivement de fumer »

Séance d'hypnose en DVD philsor@psy-lag.fr
Psy-log 3 chemin de la blanchisserie 69250 Neuville
Sur Saône 0478917116

Editeur : Association Tabac & Liberté

Tabac & Liberté

10, rue des Arts
31000 Toulouse
Tél. 05 61 44 90 46 - 06 14 08 56 28 - 05 62 88 67 74
Email : asso.tabac-et-liberte@wanadoo.fr

Directeur de la publication : Docteur DAVER

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2008 - ISSN 1260-2469

Conception, composition et impression :
Art et Caractère (S.I.A.) - 81 500 LAVAUR

COUPON-RÉPONSE

Je soussigné : M, M. me, M. lie, Dr (Nom) _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Pays : _____ Téléphone : _____

• Désire adhérer à l'association (ci-joint un chèque de 20 €) et mon adhésion à la charte 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-liberte.com