

TABAC & LIBERTÉ

Réseau de Médecins

LETTRE TRIMESTRIELLE D'INFORMATION
ANNÉE 14 - NUMÉRO 53 2009

EDITORIAL

Aide aux fumeurs et aux tabacologues : les TCC

Revenir sur la définition des thérapies « cognitivo-comportementales » est indispensable. Si je le pouvais, j'écrirais ce mot sans trait d'union tant les contre sens viennent de la séparation entre comportement et cognition. Cette approche psychologique suppose que les deux champs soient étroitement liés et que l'on ne peut pas travailler sur le comportement sans impliquer le cognitif, et inversement.

Les TCC sont fondées sur le concept de la triade cognitivo-comportementale où en réaction à une situation, pensée, émotion et comportement sont étroitement liés, et, interagissent entre eux. L'analyse de ces relations, mettant en évidence les erreurs de traitement de l'information, sert au diagnostic des processus psychologiques intervenant au cours des différentes situations où le fumeur allume sa cigarette.

Les TCC s'appuient sur les théories de l'apprentissage. Défaire l'écheveau des liens tissés par le fumeur avec la cigarette est extrêmement complexe. En tisser d'autres avec les situations qui appelaient la cigarette n'est pas une tâche aisée. La connaissance de ces modes d'apprentissage permet de comprendre mieux certaines difficultés de nos patients et les modes de rechutes. Tout au long du travail de sevrage on va se servir des différents modes d'apprentissage qui ont servi à l'initiation, à l'installation et au maintien du tabagisme pour initier, installer et maintenir des comportements plus adaptés.

Le choix du nouveau comportement se fait à partir des cercles vicieux et constructifs. La recherche de comportements alternatifs afin de gérer au mieux les situations à risque aura pour point d'impact les émotions (relaxation par exemple), les pensées (discussion des pensées automatique par exemple), la ré-évaluation des conséquences de la prise de cigarette. Un nouveau comportement plus adapté se dessine. Le patient approuve ce nouveau comportement. Il s'engage à le mettre en place entre les deux séances, et à l'adopter s'il s'avère efficace. Et pour inciter notre patient à remettre cent fois sur le métier son ouvrage, (comme le nôtre), l'instauration d'un rapport collaboratif est indispensable. Ainsi l'apprentissage d'un nouveau comportement repose sur les résultats de l'analyse fonctionnelle, le choix d'une attitude, et, sur son application et sa répétition entre les séances.

Les TCC reposent sur le rapport collaboratif qui va instituer une alliance thérapeutique avec le fumeur. Rapport collaboratif, empathie sont les mots que l'on entend en permanence, mais sait-on quel travail personnel le thérapeute a dû accomplir pour y arriver ?

On sait que l'alliance thérapeutique permet de situer le problème au centre du travail commun où chacun des partenaires apporte son expertise : le patient en tant que fumeur en situation, le thérapeute avec son savoir faire et savoir être. Mais il n'est pas habituel en médecine d'instituer un rapport où le patient se sent expert ; c'est une première difficulté. Pour le thérapeute les pièges sont nombreux : ne pas refuser la charge émotionnelle exprimée par le patient en se retranchant dans une attitude rigide, blindée, accepter ses propres émotions, en tenir compte et arriver à apporter de l'aide, être capable de se situer en tant qu'expert et non dominant.

En effet la relation la plus fréquente repose sur la sympathie. On comprend la situation du patient, on partage son émotion, on est même souvent submergé par celle-ci et alors... comment aller au-delà et apporter de l'aide. Cette phase est indispensable car la relation empathique est centrée sur le patient, ses émotions, la réalité de son vécu.

En symétrie, en tant que thérapeute nous devons savoir prendre conscience de nos propres émotions et à partir d'un travail sur nous-mêmes « être à l'aise avec notre malaise » afin d'instaurer une relation chaleureuse démontrant notre envie d'aider la personne en face de nous. Ch. Cungi aime à dire : « suivre le patient pour mieux le soutenir, ne pas avoir peur d'aller dans le nœud du problème, ne pas redouter les émotions ; l'émotion étant la voie royale du changement. » Ce travail du thérapeute sur lui-même permet d'aller de la sympathie vers l'empathie.

La pratique des TCC nécessite du temps, un travail personnel et un apprentissage des outils tels que : analyse fonctionnelle, balance décisionnelle par exemple.

Qu'apportent ces outils ?

L'analyse fonctionnelle pose le diagnostic, sert à la prévention des rechutes et le traitement de celles-ci : c'est l'analyse fonctionnelle. Elle est le point de départ d'un travail de restructuration cognitive et d'orientation de modification de comportement, (outils TCC). Il ne viendrait pas à l'idée d'un médecin de commencer un traitement sans un diagnostic précis de la pathologie de son patient. Pourtant, en tabacologie, cette étape est parfois trop rapidement faite. Cela conduit à des interprétations de la part du tabacologue, en fonction de ses propres schémas et représentations, éloignées de la réalité du patient. On est donc, alors en dehors du champ des TCC. L'analyse fonctionnelle examine une situation précise « ici et maintenant ». Par exemple fumer en rentrant du travail. Comme les fumeurs ont beaucoup d'occasions d'allumer une cigarette, on fera autant d'analyses fonctionnelles que des situations différentes. En les recoupant, on verra se dessiner une sorte de fil rouge qui sous-tend les besoins de cigarettes. Ainsi à partir d'analyse de situations ponctuelles, on va aller à la source du problème. Le tabacologue doit se poser alors la question : « suis-je capable d'aller plus loin seul ou dois-je avoir l'aide d'un psychologue... »

La balance décisionnelle remplie par le patient lui permet de verbaliser, et visualiser ses liens avec le tabac et les points négatifs. Cet exercice permet de pointer l'ambivalence des patients de les y confronter et de les faire réagir.

Et c'est bien avec les techniques de reformulation, de recontextualisation, résumé et renforcement, associées au questionnement ouvert, socratique que l'on avance pas à pas vers ce changement. Cette façon d'aborder le fumeur nécessite un apprentissage de la part du thérapeute.

Je rappellerai que les TCC sont considérées de grade A par l'INSERM pour leur efficacité dans le sevrage tabagique, doublant l'efficacité des traitements de substitution. Elles ont leur place au cours des poly addictions, des troubles du comportement alimentaire ou des troubles sévères de l'humeur à type de dépression ou d'anxiété généralisée.

On reproche parfois aux TCC de ne voir que « l'ici et maintenant », la situation de consommation par exemple en dehors de son contexte. S'il est vrai que l'on part de la problématique du patient qui en l'occurrence est sa consommation de cigarette, au cours de l'analyse fonctionnelle, des balances décisionnelles, de l'analyse des ambivalences, on accède avec le patient à d'autres dimensions psycho comportementales : dépression, anxiété, troubles de la personnalité... Comme il s'agit là du fond du problème il est nécessaire d'en faire part au patient et de voir avec lui comment se réorienter.

Mais il faut aussi considérer qu'un processus de généralisation permet, à partir d'un changement modeste de comportement, d'entraîner des modifications importantes favorables des troubles anxieux par exemple ou des dépressions.

La pratique des tcc ouvre un champ d'une richesse insoupçonnée : arriver à être sur la même longueur d'onde que la personne en face de soi permet d'aborder des territoires inconnus que le patient nous dévoile. Le thérapeute en sort plus épanoui. Le patient fumeur renait à la vie et exprime son sentiment de liberté. Il suffit d'écouter pour se rendre compte des ouvertures faites dans des domaines où tout était figé.

Voilà le reflet de l'expérience de l'aide que peuvent apporter les pratiques des TCC aussi bien aux tabacologues qui les pratiquent qu'à leurs patients fumeurs.

A.-M. Clauzel

Aubin HJ, Tilikete S, Lahmek P. Traitement cognitivo-comportemental du tabagisme. *Alcoologie et addictologie* 2000 ; 22 :313-318. I. Clauzel : Ne plus fumer - Retz 2005. Ch. Cungi : Faire face aux dépendances Retz. 2000. Guichenez P, Denis C., Clauzel I. Prise en charge d'un trouble panique avec agoraphobie par TCC et arrêt du tabac. *Courrier des addictions* 2005 ; 7(3) :107-108. Lefoll B., Aubin H.-J., Lagrue G. Les thérapies comportementales et cognitives dans l'aide à l'arrêt du tabac : revue de la littérature et mise au point. *Ann Med Interne (paris)* 2002;153 (3 suppl): 32-40.

LE MOT DU RÉDACTEUR

Cette lettre est riche d'informations qui vont tout au long de 2009 continuer à nous motiver dans l'aide que nous apportons aux fumeurs. Je prends cependant un peu d'espace pour vous présenter à tous les vœux que je forme pour votre santé, votre bonheur et celui de tous ceux qui vous sont chers.

Que 2009 voit nos efforts couronnés par le succès des actions que nous entreprendrons et la réussite des sevrages que nous mènerons toujours de mieux en mieux grâce à TABAC & LIBERTÉ et à vous qui nous soutenez.

Pierre ROUZAUD
Rédacteur en chef

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES

Motivation par vision des plaques carotidiennes

Les auteurs se sont posés la question de montrer les plaques d'athéromes carotidiennes aux fumeurs pour les motiver à arrêter de fumer.

Cette étude a porté sur 30 volontaires Suisses habitant Lausanne. Les fumeurs avaient en moyenne 34 ans d'ancienneté de tabagisme.

Une échographie carotidienne était pratiquée pour visualiser les plaques carotidiennes. Les patients étaient suivis sur le plan psychologique. 22 sur 30 avaient des plaques et un taux d'abstinence supérieur à ceux qui n'en avaient pas. S'ils n'ont pas arrêté de fumer, ils ont tous diminué notablement leur consommation. La motivation à l'arrêt est aussi plus importante chez ceux qui ont des plaques.

Les investigateurs concluent sur l'intérêt de montrer les plaques d'athérome aux fumeurs pour augmenter leur motivation au sevrage et l'opportunité de faire des essais sur des échantillons plus importants.

Rodondi N. et al - The impact of carotid plaque screening on motivation for smoking cessation - Nicotine and Tobacco Research, 10, 3, Mars 2008, 541 - 547.

Jeune et déjà bouché

Une enquête de l'Université de Géorgie (USA) vient de montrer la dangerosité des cigarettes sur le plan vasculaire, chez les jeunes de 20 à 26 ans qui fument moins de 20 cigarettes par semaine. Cette étude a porté sur neuf fumeurs occasionnels avec un groupe témoin de neuf non fumeurs. (Mesure Echo Doppler au niveau de l'artère radiale). Le rétrécissement des artères, mesuré chez les fumeurs, arrive à des taux de 36 % et, si on réalise l'examen juste après la consommation de deux cigarettes, le rétrécissement s'accroît encore de 24 %.

Au-delà des chiffres exprimés les auteurs soulignent que le rétrécissement des artères diminue le débit sanguin et donc les apports en oxygène. Ils concluent en soulignant qu'il est faux de croire qu'en fumant occasionnellement on peut éviter les nuisances du tabac.

Stoner et al. Occasional Cigarette Smoking Chronically Affects Arterial Function, in: ultrasound in Médecine & Biology 2008 (à paraître). ht t p : // www. sciencedirect.com/science/journal/03015629

Jeune mais déjà à risque cardiaque

Le tabagisme augmente le risque de maladie cardiovasculaire. Cette action est probablement liée à des phénomènes inflammatoires qui par l'intermédiaire de cytokines vont faire produire la CRP (protéine C Réactive) par le foie. La CRP est un marqueur de risque de maladie cardiovasculaire. Le lien CRP-tabac est reconnu pour les adultes.

Les auteurs ont voulu savoir si cette augmentation de CRP se produisait chez les ados. Ils ont analysé les échantillons de sang de 1501 jeunes québécois de 13 à 16 ans. Ils ont détecté la CRP dans 59,5 % des échantillons. Les deux tiers avaient fumé à un certain moment, 27,5 % avaient fumé dans le mois passé. Plus un jeune fume, plus sa CRP est élevée.

Pour un fumeur léger (1 cigarette tous les 2 jours) les chances d'avoir une CRP élevée étaient de 39 %, elles sont près de 100 % pour un fumeur important (8 cigarettes par jour).

Les auteurs concluent que les effets délétères du tabac peuvent survenir chez les ados dès leur initiation et ils précisent qu'il n'y a pas de niveau de sécurité du tabagisme chez le jeune.

O'Loughlin J. Lambert M. et al - Association between cigarette smoking and C reactive protein in a representative population based sample of adolescents - Nicotine and Tobacco Research 10, 3, Mars 2008, 525-533.

Alaska : Esquimaux fumeurs-cardiaques

Les maladies cardiovasculaires sont en progression chez les esquimaux natifs de l'Alaska. Pendant longtemps on les a crus protégés des MCV, on sait aujourd'hui que le pourcentage élevé de fumeurs est en cause.

Une étude, conduite par Kaufman et al., portant sur 1208 esquimaux Inuits vivant dans 9 villages, révèle que 80 % étaient ou avaient été fumeurs. 60 % sont encore fumeurs ! (à comparer aux 22 % des Américains).

La présence de plaques carotidiennes était fortement corrélée au fait de fumer et augmente de 2 % pour chaque paquet-année fumé.

81 % des fumeurs ont commencé à 18 ans et fument au départ 3,5 fois moins que les Américains. Ce sont ceux qui ont les plus faibles revenus et qui ont le moins d'éducation qui fument le plus.

Les auteurs concluent à la nécessité de mettre en place des programmes de prévention et de motivation chez les ados.

Kaufman D.J. Roman M.J. et al - Prevalence of smoking and its relationship with carotid atherosclerosis in Alaskan Eskimos of the Norton Sound region - GOCADAN Study - Nicotine Tobacco Research. 10, 3, Mars 2008, 483-493.

Jeunes, tabac, alcool, cannabis Primo adolescence

L'enquête HBSC est une enquête internationale réalisée tous les quatre 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 quarante et un pays du monde occidental est conduite auprès des élèves de 11, 13 et 15 ans scolarisés. Voici les premiers résultats du volet français (résultats de 2006) sur les consommations de produits psycho-actifs.

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'alcool associé à 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, 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 du 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 des fumeurs quotidiens varie peu avec le sexe (20 % avec prédominance chez les filles), mais la quantité fumée est plus importante chez les garçons. Les liens entre la sociabilité (passer du temps le soir avec ses amis au moins trois fois par semaine) et les usages de produits psycho-actifs sont très marqués.

LEGLEYE S. et al. Tabac alcool et cannabis suivant la primo adolescence - Tendances, Mars 2008, 59 <http://www.ofdt.fr/bdd/publications/docs/efxtxsto4.pdf>

Le jeune, le sport, la fume et la forme

Des études ont montré que les jeunes qui fument font peu d'exercice physique et sont plutôt en surpoids. Les auteurs ont voulu savoir si ceux qui font peu de sport et ont des problèmes avec leur poids vont être davantage fumeurs que les autres. Leur étude a porté sur 14795 non fumeurs.

L'augmentation de l'exercice physique et être en surpoids est associé à un faible risque de devenir fumeur. Les étudiants qui passent une heure ou plus par jour devant la télé, ou à des jeux vidéo ou au téléphone étaient davantage enclins à devenir fumeurs et le risque augmente si le temps passé au téléphone ou devant l'écran augmente.

Les auteurs concluent en recommandant des programmes pour tester l'impact de l'activité physique

chez les non fumeurs pour prévenir le tabagisme. Ils préconisent aussi une éducation au contrôle du poids, de démystifier le contrôle du poids par le tabac, et de convaincre les jeunes de l'intérêt de l'activité physique.

Leatherdale S.T. et al - Susceptibility to Smoking and its association with physical activity. BMI and weight concerns among youth - Nicotine and Tobacco Research, 10, 3, Mars 2008, 499-507

Le cannabis et le cerveau

Une équipe australienne a enrôlé 15 hommes de près de 40 ans qui fumaient plus de 5 joints par jour depuis plus de 10 ans.

L'examen IRM à haute résolution structurelle comparé à celui de 16 témoins non fumeurs a montré une perte moyenne de volume de l'**hippocampe** de 12 % et de l'**amygdale** de 7,1 %.

L'hippocampe est impliqué dans la régulation des émotions et de la mémoire, l'amygdale dans la peur et l'agressivité. De plus, les tests cliniques ont placé les fumeurs juste en dessous du seuil diagnostique des troubles psychotiques.

Murat Y. et al. Regional brain abnormalities associated with long term heavy cannabis use. Archives of General Psychiatry - Juin 2008 65:694-701.

Cannabis et cancer du poumon

Une étude menée en Nouvelle-Zélande chez des patients de moins de 55 ans prouve que le risque relatif de cancer du poumon associé à la consommation de cannabis était augmenté de 8 % par joint année, et au tabac de 7 % par paquet année. Le tertile le plus haut d'utilisation de cannabis (10,5 joints-année) était annoncé au **quintuplement du risque de cancer pulmonaire**.

Les auteurs ont analysé ainsi 79 cas de cancer broncho-pulmonaire en incluant 324 témoins.

Aldington S. Harwood M. et al. - Cannabis use and risk of lung cancer: a case-control study - Eur Respir J. 2008 ; 31, 280-6

Asthme ou cigarette, il faut choisir

Le tabagisme augmente le risque et la sévérité de l'asthme chez l'enfant et chez l'adulte.

Une étude américaine a prouvé les liens entre la conséquence des lois anti-tabac (interdiction de fumer dans les espaces publics) et le taux d'admission aux urgences pour crise d'asthme.

Cette étude a été menée dans 5 hôpitaux pendant 5 ans : avant la loi anti-tabac (avril 2004) et après la mise en application de cette loi (pendant 32 mois).

Les admissions aux urgences pour asthme ont **diminué de 22 %** entre la période précédant la loi et celle qui lui a succédé. La baisse a été de 24 % chez l'adulte de plus de 20 ans et de 18 % chez l'enfant et l'ado de moins de 20 ans.

Les auteurs concluent qu'en matière d'asthme l'interdiction de fumer dans les lieux publics est bénéfique.

Rayens M et coll. : Reduction in asthma-related emergency department visits after implementation of a smoke-free law. J. Allergy Clin Immunol 2008; 122 : 537-41.

Fin du VEMS ?

La définition de la BPCO incluait la bronchite chronique et l'emphysème sans faire mention d'un trouble ventilatoire obstructif (TVO) tout au moins pour ce qui est des deux entités prises séparément.

L'évolution de la BPCO s'accompagne de l'estimation plus ou moins régulière du VEMS.

Une étude récemment publiée dans le New England Journal à l'occasion d'un essai multicentrique concernant un anti-cholinergique montre que la mesure du VEMS perd de sa signification statistique au bout d'un mois de traitement.

Les auteurs concluent qu'il faut arrêter de définir la BPCO par une baisse du VEMS et privilégier de nouveaux critères tels l'index de BODE (fonction de l'index de masse corporelle et du trouble obstructif de la dyspnée, de la tolérance à l'effort).

TASHKIN DP et coll. A 4-Year of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N. Engl. J. Med. 2008; 359: 1554.

HPV ou cigarette, il faut choisir

Une étude prospective conduite auprès de 191 femmes âgées en moyenne de 27,5 ans et nouvellement infectées par le papillomavirus humain (HPV), montre que les jeunes fumeuses développent moins souvent des Ac anti HPV 16/18 que les autres et ont une tendance statistiquement significative à ne pas être capables de maintenir des taux décelables à la fin de l'étude. (62 % de fumeuses HPV positives contre 77 % d'abstinentes).

Le pic des infections HPV a lieu chez la jeune femme sexuellement active entre 18 et 22 ans. Une grande majorité d'entre elles se débarrassent spontanément des virus.

Quelques-unes, on ne sait pourquoi, développent une infection avec des HPV type 16 et 18 en tête. Les auteurs pour expliquer cette suprématie virale se sont appuyés sur le fait que le tabac serait associé à des néoplasies cervicales et que l'évolution dépend de la qualité de la réponse immunitaire. Ils ont corrélé la réponse immunitaire anti HPV 16 et 18 à l'intoxication tabagique.

Ils ont dosé les IgA, IgG anti HPV 16/18 et la cotinine. L'ADN viral a été recherché.

Les Ac ont été détectés chez 23/40 des femmes HPV positives.

Leur conclusion prouve que **le tabac peut à lui seul gêner l'apparition d'une défense immunitaire** et nuire à son maintien. La relation dose dépendante entre tabac et Ac anti HPV est confirmée.

Simen-Kapeu A. et coll. : Smoking impairs human HPV 16 and 18 capsids antibody response follow natural HPV infection. Scand J Infect Dis. 2008; 40:745-751.

À père fumeur, fils fumeur Tabagisme transgénérationnel

Tout le monde connaît l'incidence de la dépendance à l'alcool des parents sur la santé de leurs enfants à travers l'adage populaire « quand les parents boivent, les enfants trinquent ». Il semblerait qu'il en soit de même pour la dépendance au tabac.

Une enquête américaine et danoise montre que en matière de tabagisme le modèle de comporte-

ment des parents influence le comportement des enfants. Le tabac des parents ne met pas en danger seulement la santé physique des enfants (bronchiolite, asthme...) par le biais du tabagisme passif, il a aussi tendance à favoriser le tabagisme des enfants et à passer d'une génération à l'autre.

Les parents fumeurs pourraient transmettre à leurs enfants « une **prédisposition génétique** non spécifique » (pouvant concerner la consommation de tabac). Cette enquête montre que le tabagisme parental se **transmet aussi aux enfants adoptés**.

L'adolescent dont les parents génétiques ou adoptifs fument développera la tendance à la consommation du tabac, marijuana... Pour les enfants biologiques la **contribution génétique** se superpose au **mimétisme comportemental**. Dans ce cas les méfaits du tabagisme parental sont « encore plus vastes et plus variés ».

Keyes M et col : Parental smoking and adolescent problem behaviour : an adoption study of general and specific effects. Am J Psychiatry 2008; 165 : 1338-1344.

ORL et Tabac

Une étude rétrospective sur 6 ans a recherché les liens entre l'allergie et le tabagisme chez les patients ayant bénéficié d'une chirurgie endoscopique pour une polyposse sinusienne. Le statut tabagique et le statut allergique ont été analysés.

La rhinite allergique perannuelle est très fréquente dans la population de fumeurs, elle est corrélée à la polyposse. Les auteurs concluent à un lien probable entre la rhinite allergique et la rhinosinusite chronique et donc à l'intérêt de traiter la rhinite allergique et d'obtenir un arrêt du tabac qui permet un meilleur contrôle de la rhinosinusite avec polyposse.

Houser SM, Keen KJ. The role of allergy and smoking in chronic rhinosinusitis and polyposis. Laryngoscope 2008; 118 (9) : 1 521-7.

Don de vie : qualité et quantité

Une étude de cohorte prospective réalisée en Finlande, incluant 1658 hommes de race blanche, de même statut socio-économique nés entre 1919 et 1934 montre « qu'un tabagisme chronique, soigneusement entretenu sans pose ni répit » diminue l'espérance de vie de 7 à 10 ans. Cette population a été suivie de 1974 à 2000.

Les participants qui n'avaient jamais fumé ont vécu en moyenne 10 ans de plus que les gros fumeurs. La qualité de vie liée à la santé a aussi été mesurée (RAND-36 HS) et est nettement meilleure pour les non-fumeurs que pour les fumeurs, que ce soit pour les interactions sociales ou pour les performances physiques et fonctionnelles. La qualité de vie liée à la santé s'avère tributaire du tabagisme chronique et la relation est du type dose-effet.

Strandberg AY et coll : The Effect of Smoking in Midlife on Health-Related Quality of Life in Old Age. Arch Intern Med. 2008;168: 1968-1974.

La bouffe et la fume

Obésité et tabac frappent la santé.

L'espérance de vie des Américaines vivant dans des zones pauvres et rurales a baissé comme le prouve une étude des Universités de Harvard et de

Washington. Une femme sur cinq a vu son espérance de vie baisser ou stagner depuis 1980.

Cette étude porte sur 2000 comtés à travers le pays et a duré de 1959 à 2001.

Dans 1000 de ces comtés l'espérance de vie des femmes a significativement baissé dans les années 1980 « principalement en raison de maladies chroniques liées au tabac, au surpoids et à l'obésité et à une pression artérielle élevée ».

À l'opposé, dans l'ensemble des États-Unis et au cours de la même période l'espérance de vie des femmes a augmenté de plus de 6 ans, et celle des hommes de 7 ans.

Les régions les plus affectées par cette **baisse de l'espérance de vie** sont le Sud, les Appalaches, le Midwest et une partie du Texas.

Ce sont **les zones les plus pauvres**. Les hommes de ces zones rurales pauvres ont vu aussi leur espérance de vie baisser mais pour des raisons différentes (sida et meurtres).

Un des auteurs (Christopher Murray de l'Université de Washington) précise que « la baisse de l'espérance de vie est un signe de faillite des systèmes de santé » et impose une modification sérieuse de ce dernier.

SourceAFP: http://afp.google.com/article/ALeqM5hQMwJVtNLA9h5AAec-ZjnsMP_sw

Tabac jeûne et mormons

Les Mormons ont une mortalité d'origine cardiaque inférieure à celle observée chez les autres habitants de l'État où ils vivent (UTAH).

Une cohorte de 4529 sujets, surveillés par coronarographie, entrant dans le cadre de l'Intermountain Heart Collaborative Study Registry, a été revue pour analyser l'incidence des préceptes de mode de vie des Mormons sur leur faible mortalité d'origine cardiaque.

Le jeûne périodique (absence de prise d'aliments et de boissons au moins une fois par mois lors de deux repas de suite tel qu'il est recommandé aux Mormons) est associé à une moindre fréquence des lésions cardiaques observées à la coronarographie (présence d'au moins une sténose > 70 % ou plaques ne dépassant pas 10 %) : 64 % versus 76 %.

L'ajustement de ces résultats très nettement significatifs a tenu compte du facteur tabac. La consommation de tabac est proscrite aux membres de l'Église de Jésus-Christ des Saints des derniers jours (Mormons).

HORNE B.D. et coll. - Usefulness of routine periodic fasting to lower risk of coronary artery disease in patients undergoing coronary angiography. *Am J. Cardiol* 2008 ; 102 : 814-9

Carabins Croates

Les étudiants en médecine (troisième année d'études) des quatre écoles de médecine croates ont fait l'objet d'une enquête conduite en 2005 pour connaître le taux de fumeurs. Le taux de réponse est élevé (98,5%) le questionnaire utilisé était anonyme. Plus des 2/3 des étudiants médecins n'avaient jamais fumé. Un tiers fument couramment. La moitié signalaient un tabagisme passif.

Ceux qui avaient essayé d'arrêter de fumer étaient peu nombreux à avoir reçu une assistance.

Cette étude publiée en 2008 concerne des résultats de 2005, et compare le taux élevé de fumeurs

chez les carabins croates aux taux observés par ailleurs : le plus élevé est en Albanie (43 %) le plus faible est en Ouganda où 2,8 % des étudiants en médecine fument. Les autres formes de fume sont concernées (chique, snuss, cigare, pipes). Les auteurs concluent sur la nécessité urgente de réduire le taux de fumeurs chez les futurs médecins.

VZRAZIC H. Tobacco use and cessation among medical students in Croatia-results of the Global Health Professionals 2005. *INT J Pilot Survey (GHPS) in Croatia, Public Health* 53; 2008111-117.

Au feu : le tabac brûlé

Une étude réalisée par les centres américains de prévention et de contrôle des maladies (CDC) a montré la relation entre les incendies et la cigarette et le nombre de décès liés à ces incendies.

C'est ainsi qu'il y aurait 7 % de décès en moins dans les incendies des ménages s'il y avait 1 % de fumeurs en moins dans la population.

Les programmes pour arrêter de fumer contribuent à diminuer le nombre des décès causés par les incendies. Cette étude montre qu'aux États-Unis **un quart des décès observés à l'occasion d'incendie** dans le foyer est dû au **tabagisme**.

Diekman et al. Ecological level analysis of the relationship between smoking and residential-fire mortality, *injury Prevention* 2008; 14 .bmj.com.

Cette étude est à mettre en parallèle avec celle menée par le centre d'information pour la prévention des incendies dans le canton de Berne. Les résultats de cette étude prouvent que le tabac est la cause, chaque année en Suisse, de 500 incendies.

Ce sont des incendies domestiques qui font des victimes et causent des dégâts chiffrés à 20 millions de francs suisses. Il faut savoir que les fabricants de cigarettes ajoutent à celle-ci un produit combustible qui prolonge la combustion jusqu'à quinze minutes après que la cigarette ait été abandonnée.

Wwww :at-suisse.ch

Beaux résultats

Une étude italienne prospective multicentrique (41 centres de sevrage répartis dans 16 régions d'Italie) analyse les caractéristiques et l'efficacité des différents programmes de sevrage tabagique.

Elle s'est déroulée entre avril 2003 et juin 2004. Elle concernait une population de 1226 fumeurs (54 % hommes, 45,4 % femmes) d'âge moyen 47 ans, la plupart étaient de gros fumeurs (supérieur à 1 paquet/jour) et beaucoup avaient par le passé essayé à plusieurs reprises d'arrêter de fumer.

Le taux de succès pour le sevrage à 6 mois est de 25 % lorsque le seul entretien motivationnel est pratiqué (problème de santé, crainte de la maladie, estime de soi, économie financière).

Le taux de succès est de **65 %** pour ceux qui reçoivent une **thérapie substitutive dans le cadre d'une thérapie de groupe**. La substitution nicotinique se révèle être le programme thérapeutique le plus efficace. Les auteurs soulignent que la présence d'un partenaire dans la vie est un facteur important de réussite.

BELLEUDI V. et coll. Interventi per la cessazione dell'abitudine al fumo in Italia : offerta ed efficacia nella pratica. *Epidemiol Prev* 2007; 31(2-3) : 148-57

THERAPEUTIQUE

Nouveau rapport sur le Champix®

La Varénicline est sur la sellette. Ce fut en premier et d'abord le risque suicidaire qui fit ombrage à la carrière du Champix®. Mais il y a d'autres effets secondaires sérieux qui apparaissent.

Une étude citée par le Wall Street Journal met à l'ordre du jour les risques d'accidents cardiaques et de diabète.

Ces conclusions ont été rendues par l'observatoire américain des pratiques médicales (Institute of safe Medication Practices). Cet institut est un organisme non gouvernemental qui analyse les rapports concernant les effets secondaires, établis par les autorités fédérales du médicament (F.D.A.).

C'est ainsi que 988 accidents « sérieux » auraient été répertoriés aux États-Unis au cours du 4^e trimestre 2007, soit le nombre le plus élevé jamais rapporté pour un médicament sur une période aussi courte. Pfizer indique que ces risques sont mentionnés dans la notice légale à titre d'effets indésirables rares.

Les autorités américaines de régularisation de l'aviation ont d'ores et déjà interdit l'usage de la Varénicline aux pilotes et aux contrôleurs du ciel en exercice.

À la bourse de New York l'action Pfizer perdait 1,4 % à 19,73 dollars.

Rapport : Institute of safe medication practices AFSAPS : Champix : point d'information <http://www.lepoint.fr/actualites-sciences-sante/sevrage-tabagique-rapport-accablant-pour-le-chamix-de-pfizer/1055/0/247034>

NDLR : Nous vous l'avions dit dans nos précédents numéros et redit dans la dernière lettre. Attention à nos prescriptions et n'oublions pas que le fumeur a besoin pour s'arrêter d'une aide spécialisée (TCC) et d'une aide pharmacologique. Qu'est-ce qui peut le mieux remplacer la nicotine de la cigarette ? La nicotine bien sûr (mais vous le saviez déjà).

Tabac antiagrégant plaquettaire OH !!

Une étude publiée par une équipe américaine montre que la fumée de cigarette est un inducteur du CYP1A2 qui est un isoenzyme du cytochrome P450 lequel participe à la biotransformation du clopidogrel développant ainsi l'activité antiagrégante plaquettaire de ce dernier.

Cette étude a été menée sur 259 patients ayant bénéficié d'une angioplastie coronaire avec stenting - 120 étaient déjà antérieurement sous clopidogrel, 139 ont été mis sous traitement après l'angioplastie - 104 patients étaient fumeurs actifs, 155 étaient non fumeurs.

Il est apparu que les fumeurs actifs traités au long cours par le clopidogrel avaient une moindre agrégation plaquettaire que les non fumeurs.

Les analyses de régression indiquent que le tabagisme actif serait un marqueur prédictif indépendant d'une moindre agrégabilité plaquettaire chez les patients traités par clopidogrel.

Bliden KP et coll. The association of cigarette smoking with enhanced platelet inhibition by clopidogrel. *J. Am coll.* 2008.52;531-3

NDLR - surpris par le « scoop » de cette publication et au-delà de son aspect surprenant nous en appelons, en accord avec les auteurs, à une étude prospective contrôlée « de qualité irréprochable » car les résultats publiés ne peuvent exclure « les biais ». En attendant, nous conseillons toujours et encore de ne plus fumer, surtout aux stentés !

Échec des anti-hypertenseurs

Face à un hypertendu résistant au traitement prescrit, il faut savoir rechercher une cause médicamenteuse. Le Pr Jean-Louis Montastruc (Toulouse) passe en revue les nombreux **médicaments qui majorent la pression sanguine** et qui par voie de conséquence s'opposent aux effets des antihypertenseurs. Il faut remarquer que les **sympathomimétiques « cachés » tels que le bupropion ZYBAN®** mais aussi certains antidépresseurs non imipraminiques (venlafaxine EFFEXUR®, duloxetine CYMBALTA®) sont utilisés parfois en tabacologie et peuvent donc modifier un profil tensionnel. Penser systématiquement « Et si c'était le médicament ? » conclut le Pr Montastruc.

BIP 31, fr 2008, 15 (2), p13.

LU DANS LA PRESSE

L'État se gave

Au cours du premier semestre 2008 le marché du tabac a baissé de 4,4 % en volume mais a pris 1 % en valeur. (Hausse du prix du tabac en août 2007). Il s'est vendu pour 7,57 Mds de tabac.

L'État prend 80 % (64 % en droit de consommation, 16 % en TVA) le buraliste 6 % le fabricant et le distributeur ALTADIS 14 %.

Quand un paquet augmente de 50 cts, l'État engrange 500 millions d'euros.

Source: <http://www.moneyweek.fr/conseils/00283/cigarettes-tabac-taxes-impots.html>

Bonne nouvelle

Depuis janvier 2008 les ventes de cigarettes ont diminué de 4 %. Leur prix ayant augmenté, elles ont rapporté 1,6 % de plus qu'en 2007, soit 4,3 milliards d'euros sur les 4 premiers mois de l'année.

Le Figaro économique 11 juin 2008 p3

NDLR - pourquoi voulez vous que le tabagisme cesse ? les profiteurs-décideurs ne vont pas scier la branche qui les porte.

Bon travail des douaniers

Les quantités de cigarettes interceptées par les services des douanes ont augmenté de 242 % dans les six premiers mois de l'année.

Au cours de cette période la douane a intercepté 151 tonnes de marchandises clandestines en matière de tabac. Ce sont les flambées des prix du paquet qui ont intensifié le nombre des saisies douanières en France. Sont concernés les trafics dans les poids lourds et le trafic postal (colis expédiés via la Poste ou le fret express).

Le Figaro. 28/10/2008 (Paul Delort)

Dosage de la cotinine

Pour Paris-Match, les échecs du sevrage de Tabac seraient dus à des doses insuffisantes de substituts nicotiniques. Il est vrai que souvent on s'aperçoit que les doses de substituts utilisées sont inférieures aux doses nécessaires. La nicotine du patch est plus crainte dans le public que la nicotine de la cigarette! Paris-Match préconise d'accompagner le sevrage par la mesure biologique de marqueurs très précis. La mesure du CO expiré est aujourd'hui le test le plus utilisé mais « le meilleur marqueur disponible serait la cotinine ». L'absence de cotinine signe une abstinence depuis plusieurs jours. Sa présence indique une consommation de tabac ou un tabagisme passif avec un taux proportionnel à l'intoxication. La cotinine se dose dans l'urine, le sang ou la salive. Les sociétés savantes plaident pour le remboursement de ce test.

En attendant, la mesure du CO expiré est un geste simple qui permet de suivre et d'accompagner commodément le fumeur qui se sèvre.

Paris-Match n° 3072 3 avril 2008

Cancer et inégalités sociales

Mourir d'un cancer n'est ni le fait de la fatalité ni totalement indépendant de paramètres socio-économiques.

Une étude, publiée le 2 septembre dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire, réalisée à partir de données de recensement INSEE montre l'importance des inégalités sociales en France pour la mortalité par cancer et leur accroissement au cours du temps entre 1968 et 1996. Les inégalités sociales de mortalité par cancer sont observées chez les hommes notamment pour les cancers des voies aérodigestives supérieures. Les inégalités sociales sont moins importantes chez les femmes mais elles sont observées pour les cancers de l'utérus de l'estomac et du poulmon.

Chez l'homme le **facteur social multiplie par deux le risque de décès lié au cancer**. (vérifié pour les cancers de la cavité buccale, pharynx, larynx).

BEH de l'Institut de veille sanitaire - 2 septembre 2008- 11-24 - http://www.lemonde.fr/planete/article/2008/10/03/mortalite-par-cancer-les-inegalites-sociales-ont-augmente-en-france_1090528_3244.html

La Suisse ne lave pas plus blanc

La loi protège les travailleurs Suisses contre le tabagisme passif hormis ceux de la branche hôtelière et de la restauration. En effet, les établissements publics de moins de 80 m² (un quart des cafés restaurants) peuvent rester fumeurs. Les fumeurs peuvent être installés partout à condition de disposer d'une ventilation.

Source. AT (www.at-suisse.ch)

Le CO tue

En France chaque année 6000 personnes sont victimes d'une intoxication aiguë au monoxyde de carbone et 300 en meurent.

Le CO est un gaz incolore et inodore qui se dégage lors d'une combustion incomplète, (appareil au gaz, charbon, fuel). 0,1 % dans l'air tue en 1 heure, 10 % de CO dans l'air tue immédiatement. Il se fixe à l'hémoglobine sous forme de **carboxy-hémoglobine**.

L'intoxication aiguë se manifeste par des maux de tête, des nausées, des vertiges, perte de connaissance, coma, décès. Le diagnostic se fait par dépistage du CO dans l'air du milieu contaminé avec un carboxymètre. Le traitement consiste à soustraire l'intoxiqué du milieu pollué et de le passer au caisson hyperbare.

Maif magazine 148 - oct. 2008- DGS actualisation 2007.

Poids des mots, choc des images

Une chercheuse en marketing social de l'Université de Rennes a remis au printemps dernier une étude à l'Institut National du Cancer (INCA) démontrant que les avertissements sanitaires sur les paquets de cigarette gagneraient à être renouvelés au moyen d'images choc.

Cette étude correspond aux études internationales déjà réalisées au Canada, en Nouvelle-Zélande ou en Australie qui concluent toutes que « la taille des avertissements doit être supérieure à ce qu'elle est actuellement et il faut que ce soient des visuels plutôt choc ».

Depuis le 1^{er} octobre 2008 la Belgique et la Grande-Bretagne apposent sur les paquets de cigarette ce type d'images dissuasives (poumons malades, dents pourries...). Pour mémoire le Canada a été le premier pays à utiliser les images dissuasives en 2001.

En France, nos responsables réfléchissent: la ministre de la Santé Roselyne Bachelot y est « favorable », « absolument favorable », la DGS selon son chef Pascal Méliani Chemin réfléchit à « sélectionner des images », à « définir la superficie des encadrés » et déterminer le délai de mise en œuvre. Tous réfléchissent beaucoup !

Techniquement il faudra « plusieurs mois » selon les industriels pour faire imprimer ces nouveaux emballages mais aussi finir d'écouler les anciens paquets.

René le Pape qui présidait la confédération des buralistes souhaite que « cette mesure, qui va fragiliser des commerces, intervienne le plus tard possible ».

Source AFP http://afp.google.com/article/ALeqM5g_dTOCQUEWH_uStE_tFmVWNsWDz8z.Q

NDLR. Face à ces hésitations et pertes de temps nous reprendrons la réflexion de Michel Delamare vice président des buralistes d'Ile-et-Vilaine. « L'État se tire une balle dans le pied ». Il n'est donc pas pressé de faire baisser la consommation d'un produit qui rapporte 80 % de taxes. Il faut donc réfléchir... beaucoup réfléchir !

Pendant que nous réfléchissons, l'année dernière à Plymouth le NHS Stop Smoking Service a aidé 2120 personnes à arrêter de fumer « Les images sont graphiques mais elles ont tendance réellement à faire arrêter les fumeurs » précise Russ Moody du NHS Smoking Service. Et pendant ce temps nos pouvoirs publics réfléchissent.

<http://www.thisisplymouth.co.uk/news/Smoking-advisers-expect-quit-rush/article-3589-detail> 29 septembre 2008.

TOXICO IV

Il y aurait dans le monde 15,9 millions de personnes consommant ou ayant consommé des drogues par voie IV parmi les 15-64 ans, 3 millions de ces sujets seraient infectés par HIV.

Les pays les plus touchés sont dans l'ordre la Chine (2350000) les USA (1850000) la Russie (1825000).

Mathers B et coll : Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs : a systematic. Lancet 2008; 372: 1733-45.

Fume et licenciement

La Cour de Cassation a estimé une fois de plus que fumer dans les locaux de l'entreprise est une « faute grave ». Un employé de 27 ans a ainsi été licencié sans indemnités, malgré son ancienneté, sa dépendance au tabac et le fait qu'aucun espace fumeurs n'ait été aménagé. De même fumer un joint dans une salle fumeurs peut justifier un licenciement sans avertissement préalable.

Paris Match - 30 octobre p.128. Cour de Cassation-chambre sociale - 1^{er} juillet 2008.

Sevrage en entreprise

NICOPRIME

Tel est le titre d'une opération de sevrage tabagique mise en place par Sébastien VALLOGIA fondateur de L4 Logistics.

Début 2007 il a organisé avec un tabacologue une session d'information qui laissait à chacun le choix de son mode de sevrage. Ceux qui n'avaient pas fumé durant les 2 premières semaines ont touché une prime de 15 euros, un mois 50 euros et 6 mois d'arrêt 500 euros. 20 % des inscrits au programme ont définitivement arrêté de fumer, les autres fument moins et les tensions entre les fumeurs et les non fumeurs se sont apaisées.

Métro emploi 08-Novembre.

INFORMATIONS

ANALYSE DE LIVRES

Le dernier verre

Le Pr Ameisen vient de publier un livre qui met en évidence les bienfaits du baclofène (Lioréal®) dans son autoguerison de l'alcoolisme. Le baclofène est utilisé pour le traitement de certaines contractures spastiques. Il a déjà dans le passé été essayé chez le rat rendu dépendant. Les doses de baclofène utilisées par l'auteur sont très importantes car elles vont de 5 mg/j en début jusqu'à 270 mg/j, ajustées à 120 mg/j pour limiter la somnolence et augmentées de 20 à 40 mg/j lors d'un stress. L'auteur souhaite que son expérience puisse servir d'exemple et que des essais cliniques rigoureux permettent son utilisation officielle dans le traitement de la dépendance à l'alcool et de l'addiction en général.

Le dernier verre - Olivier AMEISEN, Editions DENOEL, 298p, 150/230mm, 1.

Jamais le première cigarette

La Fédération Française de Cardiologie (FFC) vient de publier un recueil : « jamais la première cigarette ». Il exprime ce que cigarette, fumeur et non fumeur représentent pour les jeunes. En 2002 un quart des jeunes fumait, « aujourd'hui la moitié des jeunes continue de fumer après avoir essayé ».

À l'âge de 15 ans 65 % des jeunes ont déjà touché à la cigarette. Cet ouvrage avance des proposi-

tions pour mieux lutter contre le tabagisme qui tue prématurément un fumeur sur deux.

Philippe Lamoureux y révèle qu'il faut expliquer aux jeunes qu'ils sont manipulés et concrétiser les conséquences immédiates du tabagisme (pouvoir d'achat,...). Il rappelle aussi l'intérêt de l'interdiction du tabac dans les lieux publics. Le rôle des familles est évoqué et il est rappelé la part de responsabilité de la famille. 60 % des ados qui refusent de fumer suivent **les conseils des parents**. Cet ouvrage précise un fait nouveau : la cigarette « tristesse » : la proportion de jeunes fumant leur première cigarette lors d'un événement triste a doublé entre 2007 et 2008 !!

Le Pr Daniel Thomas constate que l'image de maturité et de liberté auréole aujourd'hui le non fumeur et non plus le fumeur et rappelle « qu'il est plus facile de ne pas commencer à fumer que d'arrêter ». Fumer marginalise le jeune et l'enferme dans les problèmes aigus ou difficilement surmontables.

Les enseignants jouent un rôle remarquable en participant à la campagne « jamais la première cigarette » et en utilisant le kit pédagogique fourni par la F.F.C.

Le Dr Ivan Berlin, président de la S.F.T., plaide pour la prise en charge des **ados en souffrance** chez qui le fait de fumer dénote le mal-être. Il rappelle les effets pharmacologiques de la cigarette, « effets psychotropes » qui aident les jeunes à affronter une situation difficile (divorce des parents, abus verbaux, physiques, sexuels...). La cigarette est un « auto traitement de l'humeur et de l'anxiété ».

Le Dr Berlin réclame une réflexion nationale pour aider les ados en souffrance car pour lui, le jeune de moins de 18 ans qui fume signale ainsi un malaise.

Les autres méfaits de la cigarette (sur le sport, sur les femmes, sur le cœur) sont exposés.

Les thérapies de sevrage sont abordées, les réunions de groupes ayant plus de succès que les démarches individuelles (5 à 7 sessions).

À mettre entre toutes les mains, enseignants, éducateurs,... tous.

Jamais la première cigarette - F.F.C. 5 rue des Colonnes du Trône 75012 Paris.

COURRIER DES LECTEURS

FAUSSE ROUTE

Que d'articles, d'éditoriaux, d'études, de conférences, de documents grand public, de travail de chacun pour aider les fumeurs pour quel résultat ?

Quel besoin obscur nous pousse, nous tabacologues, à vouloir « faire de la science » où il n'y a qu'une évidence...

Ne faisons-nous pas fausse route ?

N'est-il pas plus évident de dire, qu'à titre individuel, le tabac n'est jamais le problème du fumeur mais son « traitement ».

Qu'il n'y a pas de cigarettes réflexe ou inutile.

Fumer pour le fumeur n'est pas un comportement mais une nécessité comme boire quand il a soif ou dormir s'il est fatigué. Les fumeurs n'ont jamais envie de fumer (il n'y a pas de plaisir à se droguer) mais toujours besoin de fumer.

Que les fumeurs ne sont ni plus sots ni moins volontaires ni moins inconscients que les non-fumeurs ; ils connaissent tous les dangers du tabac à long terme mais le bénéfice qu'ils en tirent aujourd'hui est sans commune mesure avec le risque de demain.

Que les fumeurs ne sont pas « dépendants » du tabac mais de ce qui les pousse à fumer : ne confondons pas cause et conséquence.

Que les fumeurs ne sont d'ailleurs pas plus « dépendants » à la nicotine que les diabétiques le sont à l'insuline ou les hypertendus à leur traitement. Les hypertendus, les diabétiques et les fumeurs ne sont pas « dépendants » de leur traitement, ils en ont besoin et souvent à vie.

Est-ce si difficile de faire accepter à un fumeur de remplacer un psychotrope acheté au bureau de tabac pendant 10, 15 ou 20 ans par un autre acheté à la pharmacie, moins cher, sans danger et plus efficace pendant 10, 15 ou 20 ans, si nécessaire ?

On répondra : nos fumeurs vont devenir « dépendants » à leur traitement ! Non, ils en ont besoin.

Docteur MADINIER
Tabacologue à Orléans

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 ROUAUD

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2009 - ISSN 1260-2469

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

COUPON-RÉPONSE

Je soussigné : M, M^{me}, M^{lle}, 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 : asso.tabac-et-liberte@wanadoo.fr — Site internet : www.tabac-liberte.com