

TABAC & LIBERTÉ

réseau de professionnels de santé

LETTRE TRIMESTRIELLE D'INFORMATION
ANNÉE 16 — NUMÉRO 70 2013

LE MOT DU RÉDACTEUR

Merci au Dr Etienne André, un des principaux acteurs depuis 1994 de la construction de Tabac et Liberté, pour son éditorial.

Notre association bouge et change d'image. L'esprit de Tabac et Liberté reste toujours le même : nous gardons notre âme de santé publique au service des professionnels de santé et de nos lecteurs. Par contre notre présentation évolue. La lettre, comme annoncée, ne sera plus envoyée par La Poste. Seuls ceux qui ont envoyé leur adresse mail pourront continuer à la recevoir. Envoyez donc votre mail sans retard. Le site internet lui aussi évolue et en juin la nouvelle version devrait être d'un accès facile et agréable. En attendant vos commentaires et vos suggestions, nous vous souhaitons de trouver dans cette 70^e lettre toutes les infos que vous attendez : vous allez lire des choses agréables et surprenantes. Bonne lecture.

Dr Rouzaud

FORMATION CONTINUE

Tabac et Liberté organise à votre demande des formations de 2 jours au sevrage tabagique.

Ces formations peuvent être multiprofessionnelles (médecins, pharmaciens, dentistes, sages femmes...)

Elles sont reconnues par l'OGDPC, validantes (attestation DPC fournie au professionnel de santé qui a suivi la formation) et indemnisées (700 € les 2 jours).

Avertissement — Warning

Trop de membres n'ont pas encore payé leur cotisation à l'association.

Vos 20 € nous permettent de faire vivre l'association.

ÉDITORIAL

Un bon, un très bon GESTe

Que de bouleversements ces dernières années : nous commençons à connaître les marqueurs et les facteurs de la dépendance ouvrant la porte à des pistes thérapeutiques nouvelles. Au même moment, les politiques hésitent, voire renoncent à soutenir la recherche fondamentale et la recherche clinique. Puisque des espaces se créent, de nouveaux produits du tabac pénètrent le marché et tels Nespresso et les stylos Mont-Blanc, se donnent une image d'innovation et de luxe ; et pendant ce temps-là, en France, il semble que notre résistance au changement nous empêche de tirer vers le haut nos connaissances, la complémentarité de nos pratiques et de nos diversités, et aussi de valoriser notre savoir-faire.

Si cela continue, l'aide à l'arrêt du tabac, ne sera plus une démarche thérapeutique où la prise en charge « sur-mesure » des tabacologues complète l'accompagnement « prêt à porter » des professionnels de santé non spécialisés. L'aide à l'arrêt du tabac sera un marché régulé par les lois du marché et non plus par les besoins de Santé Publique, un marché dont les ventes varieront selon les investissements en communication plus qu'en fonction des besoins des fumeurs.

(Aux praticiens : si besoin, appuyez-vous sur les tabacologues)

Depuis 1985, quand le Pr. G. Lagrue et moi-même présidions aux destinées du Comité National Contre le Tabagisme (CNCT), ont été créées des formations, des stages, dans toute la France pour initier à la prévention et à l'aide à l'arrêt. Aujourd'hui, le GEST, la Société Française de tabacologie, les DIU sont nos lieux privilégiés de formation continue (et initiale parfois). Ils se complètent par leurs contenus, par leurs audiences, par leurs objectifs.

Vous, lecteurs de la Lettre de Tabac & Liberté, praticiens de la tabacologie dans le quotidien de votre pratique de médecins, sages-femmes, infirmiers ou kinésithérapeutes, pharmaciens, diététiciens, appuyez-vous sur les tabacologues.

Parce qu'ils participent au GEST dont cette lettre vous propose des moments choisis et parce qu'ils assistent à d'autres occasions de formations régionales ou nationales, les tabacologues sont là pour :

- prendre le relais quand l'aide à l'arrêt requiert plus d'expérience et de disponibilité ;
- organiser localement des formations ad'hoc, s'appuyant sur l'enseignement acquis lors de ces moments privilégiés de FMC comme le GEST ;
- animer des réseaux de praticiens où la complémentarité entre les différentes disciplines participe à l'efficacité de l'accompagnement ;

Et, pourquoi ne pas participer à des programmes de recherche ou des études épidémiologiques ?

Aux tabacologues : « il temps de « changer de braquet »

Combien de leçons avons-nous reçues lors du dernier GEST ?

Les espoirs sont ceux que laissent entrevoir la recherche évoquée par Y. Le Strat, l'organisation de la formation avec R. West, le nécessaire investissement pour une meilleure approche de certaines populations que nous suggèrent M. Underner, P. Chariot, P. Dupont, G. Peiffer et d'autres, notre rôle dans la prévention ou le traitement de crises sanitaires qu'illustrent les propos de J. Ménard et ce, quelle qu'en soit la dimension médiatique !

Vous connaissez tous mon engagement dans la lutte contre le tabagisme à Grenoble depuis 1974, date de mon 1^{er} groupe de fumeurs, des étudiants comme moi ! Aujourd'hui les outils, les méthodes se sont précisées et adaptées aux fumeurs de 2013. Pour l'avenir, nous disposons de grandes richesses humaines, d'opportunités politiques et économiques, de modèles à appliquer et de nouvelles pistes à explorer pour « changer de braquet », pour donner à la tabacologie une dimension plus actuelle, plus moderne dans son engagement et ses moyens. Avec le GEST, la SFT, l'OFT et les autres structures nationales et régionales, avec nos voisins géographiques et nos amis francophones, nous disposons d'un fantastique réseau pour hausser le niveau, développer la recherche en tabacologie, engager des partenariats et rendre accessible au plus grand nombre nos connaissances scientifiques en s'appuyant sur les structures existantes.

Cette lettre de T & L est un bel exemple de contribution à ce réseau ; vous y trouverez matière à pour suivre cette réflexion. Et...

« Ne vous demandez pas ce que la tabacologie peut faire pour vous, mais demandez-vous ce que vous pouvez faire pour la tabacologie. Elle le mérite et vous le valez bien ! »

Dr Etienne ANDRE
Grenoble

dr.etienne.andre@gmail.com

ANALYSES SCIENTIFIQUES

Vapotisme passif

La e-cigarette, à la différence de la cigarette ne libère pas de fumée en permanence, elle libère des substances volatiles uniquement quand elle est allumée.

En Allemagne, 2 millions de fumeurs se sont mis à vapoter.

Une e-cigarette se compose d'une batterie, d'un atomiseur, d'une bobine de chauffage et d'un réservoir de liquides qui vaporisés libéreront une vapeur.

Les liquides sont chauffés dans l'atomiseur à 65-120° et sont à l'origine de la vapeur. Les liquides sont avec ou sans nicotine et avec différents arômes. Ils contiennent du propylène glycol qui est à l'origine de la fumée observée. Dans cette fumée il y a des particules ultra-fines qui vont se disperser contrairement aux particules solides libérées par la combustion du tabac de la cigarette conventionnelle.

Les auteurs ont analysé les émissions de composés organiques volatils (COV) libérés par des fumeurs de cigarette conventionnelle et par des « vapoteurs » de e-cigarette placés en laboratoires de 8 mètres. La e-cigarette libère moins de COV et moins de particules fines que la cigarette. La e-cigarette ne libère pas d'aldéhyde formique alors que la cigarette libère des quantités d'aldéhyde formique dépassant la valeur recommandée (0,1ppm). Le propylène glycol est libéré dans l'air par la e-cigarette dont il est un constituant et retrouvé dans la fumée de cigarette où il est souvent utilisé comme additif.

Les auteurs concluent que la e-cigarette pollue moins que la cigarette et que les vapoteurs sont mal informés des liquides contenus dans la e-cigarette.

Indoor Air 2012 doi: 10.1111/j.1600-0668.2012.00792
Does e-cigarette consumption cause passive vaping?
Schripp T, Markewitz D, Uhde E, Salthammer T

E-cigarette: enfin une étude clinique

Le comité départemental des maladies respiratoires du département de la Dordogne a mis en place avec le centre d'examen de santé de Périgueux une étude concernant l'usage de la e-cigarette.

Cent fumeurs qui ne voulaient pas cesser leur tabagisme ont accepté d'utiliser la e-cigarette pendant trois mois. Ils avaient alors le choix, soit de fumer leur cigarette, soit de « vapoter » la e-ciga-

rette soit à la place, soit en alternance. 74 ont respecté le protocole durant les trois mois prévus :

72 % ont fortement diminué leur consommation de cigarettes

11 % ont totalement arrêté de fumer

17 % ont réduit de moins de 50 %

La e-cigarette a été bien acceptée tant par les participants que par leur entourage familial, en public ou au travail.

Les deux tiers des vapoteurs ont constaté effets des bénéfiques sur leur santé.

15 % des vapoteurs ont signalé des effets secondaires (irritation au niveau des lèvres, de la bouche, de la gorge)

Cette première étude confirme le potentiel de la e-cigarette.

http://www.francematin.info/La-premiere-observation-de-l-impact-de-la-cigarette-electronique-sur-le-tabagisme-en-France-par-le-Comite-Departemental_a26209.html

Substitution nicotinique, tous fumeurs

Robert West a suivi une cohorte de fumeurs de plus de 16 ans entre juillet 2009 et avril 2010 (17803 adultes dont 3775 fumeurs). Il a étudié l'utilisation des substituts nicotiques (TNS) dans le cadre de l'abstinence temporaire (en voyage, dans les bars, au bureau, au restaurant, à la maison etc.)

Le TNS était soit patch (36,2 %) soit gomme (32 %) soit inhalateur (22,2 %) soit pastille (8,4 %) soit spray nasal (2,5 %).

Il n'a pas été noté de différence en fonction du sexe, du niveau de dépendance ou de l'âge.

Plus de la moitié des utilisateurs de TNS dans le cadre de l'abstinence temporaire jugent le TNS très efficace (25,2 %) ou assez efficace (30,6 %).

Les patchs se révèlent être les moyens les plus faciles à utiliser.

La pratique de l'abstinence temporaire avec TNS double les tentatives d'arrêt par rapport aux fumeurs qui n'utilisent pas le TNS.

L'utilisateur des TNS dans les situations où l'on ne peut pas fumer facilite les tentatives d'arrêt. Les auteurs concluent en recommandant aux professionnels de santé d'encourager les fumeurs à utiliser le TNS.

BEARD. E et all
Addict behav. 2012 sep 12; 38 (3): 1876-1879
Use of nicotine replacement therapy in situations involving temporary abstinence from smoking: A national survey of English smokers.

Tabac et psoriasis

Les patients atteints de psoriasis sont victimes dans 10 à 30 % des cas de complications rhumatismales à type arthrites auto-immunes.

Les auteurs ont analysé les facteurs susceptibles d'aggraver les signes cliniques de ces arthrites. Ils ont sélectionné 267 patients (âge médian 56 ans) ayant un diagnostic de psoriasis depuis dix ans ou plus (âge médian 13 ans).

L'invalidité était classée légère, modérée ou sévère. Les facteurs aggravants significatifs sont: le sexe féminin (47,2 % des patients), avoir fait l'objet de thérapies anti-inflammatoires (23,8 %), être fumeur ou avoir fumé (57 %), être plus âgé au moment du diagnostic (22,1 % des patients à 50ans), avoir des symptômes depuis plus d'un an avant le diagnostic (30,6 % des patients).

Le tabagisme et le délai avant consultation sont les deux facteurs modifiables qui permettraient de mieux prendre en charge les patients atteints de rhumatisme psoriasique et aussi de diminuer leurs problèmes d'invalidité.

[Http://ard.bmj.com/content/early/2013/01/03/annrheumdis-2012-202608.abstract](http://ard.bmj.com/content/early/2013/01/03/annrheumdis-2012-202608.abstract)
Concise report: Smoking and delay to diagnosis are associated with poorer functional outcome in psoriatic arthritis Ann Rheum Dis annrheumdis-2012-202608

Published Online First: 3 January 2013 La fin d'un mythe

Gratuit mais payant

La gratuité des traitements de sevrage tabagique est payante. Des chercheurs français ont établi que la prise en charge complète, c'est-à-dire traitement pharmacologique et TCC était rentable. Ils ont utilisé des données françaises et des données de mortalité extrapolées à partir de sources françaises et anglaises. Le modèle utilisé est une cohorte fictive élaborée par un modèle mathématique incluant mortalité, pourcentage d'arrêt spontané (2,6 %), coût des traitements, nombre de tentatives d'arrêt et rechutes.

Les coûts financiers de l'absentéisme, des hospitalisations et des maladies liées au tabagisme n'ont pas été pris en compte. Malgré cela, le coût par année de vie préservée est estimée entre 1786 € et 2012 € bien au-dessous du coût médian aux USA (21 488 €) ou encore de celui du Royaume Uni (3600 €).

NDLR : Ces résultats ont été présentés au 4^e Congrès de la SFT à Nancy et devraient inciter les décideurs politiques à décréter la prise en charge intégrale des traitements du sevrage tabagique.

[Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23197369](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23197369)
Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France
Chevreul K, Cadier B, Durand-Zaleski I, Chan E, Thomas D. Tob Control. 2012 Nov 29

Un arrêt gagnant

Les auteurs ont comparé le risque de mortalité des fumeurs à celui des non fumeurs après ajustement par l'âge, le niveau d'éducation, l'indice de masse corporelle et la consommation d'alcool.

Les participants fumeurs âgés de 25 à 79 ans ont un risque de mortalité multiplié par 3 par rapport aux non fumeurs. 60 % des décès des fumeurs sont dus au tabagisme (cancers, maladies cardiovasculaires et/ou pulmonaires).

Un fumeur perd environ 10 ans d'espérance de vie par rapport aux non fumeurs.

Par contre, si le fumeur arrête de fumer avant l'âge de 40 ans, il réduit son risque de mortalité de 90 %. De façon plus précise, le fumeur qui arrête de fumer entre 25-34 ans gagne 10 ans ; s'il s'arrête entre 35 et 44 ans, il gagne 9 ans ; s'il s'arrête entre 45 et 54 ans, il gagne 6 ans s'il s'arrête entre 55 et 64 ans, il gagne encore 4 ans.

Les auteurs concluent qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter.

Jha P et al Nengl, J. Med 2013 jan 24; 368 (4): 341-50
21 st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1211128>

Le tabac rend gâteaux

Des études britanniques et françaises ont fait une étude prospective pour apprécier le rôle essentiel du tabagisme dans le déclin cognitif.

Les conclusions de cette enquête mettent à nouveau le tabac en accusation. Comparativement aux sujets n'ayant jamais fumé, on observe un déclin cognitif plus rapide chez les fumeurs de sexe masculin. Les performances diminuent en moyenne de 9 % et les fonctions exécutives de 8 %. Le tabac multiplie le risque de déclin cognitif par 1,2 à 1,5.

Cette incidence sur le déclin cognitif frappe surtout les hommes et semble épargner les femmes pour lesquelles ce risque ne varie pas en fonction du statut tabagique. À suivre...

Sabia et coll: Impact of smoking on cognitive decline in early old age. Arch Gen Psychiatry, 2012, 69: 627-635
www.jim.fr

Snuff ou Chew, le tabac à chiquer est lui aussi dangereux

Appeler encore « dip », ou « dirt » ou « plug » ou « punch » tels sont les noms du tabac à chiquer.

- Environ 30 000 nouveaux cas de cancer oral diagnostiqués en 1999.
- Plus de 8 000 patients mourront cette année d'un cancer de la bouche.

• Les produits du tabac sont responsables d'environ 75 % des cancers oraux (bouche, langue, lèvres, gorge, pharynx)

• Environ 30 cancérigènes ont été trouvés dans le tabac à chiquer.

• Dents jaunes, mauvaise haleine etc.

Faites le bon choix conclut l'article en rappelant que la santé est un sérieux business et demandez à votre dentiste de vous aider pour le sevrage.
1stdentist.com

Nicotine: DL50 chez le rat fumeur

Des rats ont été exposés passivement à un aérosol de nicotine dont la concentration en nicotine était variable et dont la durée d'exposition était mesurée.

La solution de nicotine était à 1 % soit 0,0296 mg de nicotine/litre d'air. La durée d'exposition était de 2 minutes.

Le pic de nicotine dans le sang veineux était observé à 3,5 minutes pour une valeur de 21 mg de nicotine/mL sang veineux.

Dans le sang artériel, le pic était observé entre 1 et 4 minutes pour une valeur de 43,2 mg nicotine/mL sang artériel.

La dose létale par inhalation est de 13 mg/kg chez le rat, plus faible que la dose létale par voie orale (70 mg/kg) ou par voie intrapéritonéale (23,5 mg/kg). Le métabolisme de la nicotine ayant lieu principalement dans l'hépatocyte, la toxicité par inhalation est la plus élevée car elle court-circuite le firts-pass-effect hépatique.

Les auteurs ont pu évaluer la DL50 en exposant les rats à une exposition à une concentration de nicotine à 38 % pendant 20 minutes.

Shao XM et al
Nicotine Delivery to Rats via Lung Alveolar Region-Targeted Aerosol Technology Produces Blood Pharmacokinetics Resembling Human Smoking.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23239844>

Nicotine et endorphines

Depuis longtemps on pense que le système opioïde endogène joue un rôle dans le mécanisme de la dépendance au tabac.

Des études comportementales chez l'animal ont montré que la β -endorphine participe aux effets renforçateurs et émotionnels de la nicotine. Cette étude teste les effets d'une administration aiguë de nicotine (1 mg/kg en sous-cutanée) et les effets d'une administration chronique (1 mg/kg en s-c pendant 14 jours) chez des souris.

L'administration aiguë ou chronique produit une diminution de la quantité de β -endorphine présente dans l'hypothalamus.

Les effets aigus peuvent être inhibés par la mécamylamine (antagoniste nicotinique) ou par l'halopéridol (antagoniste dopaminergique).

Les auteurs ont montré que la nicotine modifie la synthèse et la libération de β -endorphine au niveau du système limbique (humeur, émotion, mémoire). Ils pensent que ces modifications pourraient participer aux mécanismes de la dépendance.

[Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22483037](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22483037)
Un rôle pour les β -endorphines dans la dépendance au tabac.
Gudehithlu KP et al. Neuropeptides.2012 Apr 4

Nicotine chez l'ado

Le cortex préfrontal (CPF) est impliqué dans l'attention et la prise de décision. Il n'est définitivement mature qu'après l'adolescence. Un tabagisme précoce pourrait donc être à l'origine de certains troubles, comme le déficit attentionnel. Les études chez le rongeur ont montré que la nicotine modifie le fonctionnement synaptique dans le CFP. Par exemple l'augmentation du nombre de récepteurs nicotiniques ou up-regulation qu'entraîne la présence de nicotine serait plus importante à l'adolescence qu'à l'âge adulte. Le dysfonctionnement pourrait être impliqué dans certaines pathologies psychiatriques ou neurologiques.

Les auteurs ont aussi étudié les récepteurs glutamatergiques et ont remarqué que si on les inhibe, on obtient une baisse de l'attention alors que si on les stimule, on rétablit le fonctionnement normal: retour à l'attention normale.

De là à cibler de nouveaux récepteurs dans le cadre de nouveaux traitements de sevrage tabagique...

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410598>

Conséquences neuronales et pathologiques de l'exposition à la nicotine pendant l'adolescence.
Goriounova NA & Mansvelder HD. Cold Spring Harb Perspect Med 2012 Sep 13

Anxiogène ou anxiolytique

Le Docteur Gerard FONTAN (hôpital Ducuing, Toulouse) vient de démontrer que le niveau de dépendance tabacologique est proportionnel au niveau d'anxiété. Sur un échantillon de 219 sujets, il a étudié 8 variables: niveau d'anxiété, stress perçue, anxiété perçue, activité physique, profession, âge, sexe, suivi psychothérapeutique et statut tabagique. Le fait d'être fortement dépendant au tabac contribue à augmenter le niveau d'anxiété et de stress perçue.

Par ailleurs, la pratique sportive s'est révélée être associée à une diminution

du stress. Une forte dépendance tabagique augmente la prise de psychotropes et le suivi de psychothérapie. La conclusion des auteurs est formelle : fumer est un agent anxiogène.

CHARAT Benjamin, BONTAN Gérard, GHAZI Hamida

Fumer, Effet anxiogène ou anxiolytique ?

Tirés à part disponibles à Tabac et Liberté

Fumer- Bronzer et cancer épidermoïde.

Une analyse de travaux portant sur plus de 2000 publications met en évidence un risque accru de carcinome épidermoïde chez les fumeurs. Cette étude a éliminé les biais d'analyse liés à l'origine géographique et au phototype des patients étudiés.

Par contre il n'existe pas de risque accru de cancers cutanés non mélanocytaires dans la population des fumeurs comme par exemple le carcinome basocellulaire. Pour certains, même, le signe de cancer basocellulaire serait plutôt moindre chez les fumeurs.

Leonardi Bee J et coll.: Smocking and the risk of nonmelanoma skin cancer. Systematic review and meta-analysis. Arch Dermatol, 2012; 148, 939-46

REVUE DE PRESSE

Baisse du volume des ventes

Les ventes de cigarette en France ont baissé en volume au mois de novembre.

Cette baisse a été de 4,5 % par rapport au mois de novembre 2011.

Les chiffres ont été communiqués par ALTADIS distribution France qui dispose d'un quasi-monopole sur les livraisons de tabac. Si on considère l'évolution sur l'année, on constate une baisse de volume des ventes de cigarettes de 5,25 % chez les buralistes.

Reste à savoir si cette baisse des ventes chez les buralistes correspond à une baisse de la consommation ou un transfert des achats à l'étranger !

AFP 7 décembre/2012

Enfin la vérité

Un juge fédéral américain (Gladys Kessler) a condamné des compagnies du tabac à diffuser des messages où elles devront avouer avoir menti sur les effets de la cigarette sur la santé.

Les compagnies de cigaretteurs condamnées sont Philip Morris, Reynolds tobacco et Lorillard tobacco.

Le message diffusé indiquera impérativement que :

• Les compagnies de tabac ont délibéré-

ment menti aux américains à propos des effets de la cigarette sur la santé.

• La vérité est que chaque année, plus de personnes meurent à cause du tabac qu'à cause des meurtres, sida suicide, drogues, accidents de la route et alcool réunis.

• Les compagnies de tabac ont sciemment fabriqué des cigarettes pour créer une dépendance etc etc...

Le grand public américain, trompé pendant des décennies, va enfin connaître la vraie vérité sur les agissements scandaleux des cigaretteurs.

AFP 28 novembre 2012.

Une première : un cancer du poumon réparé

Odile L. ancien professeur de l'École nationale d'architecture de Toulouse vient de voir le cancer du poumon dont elle était atteinte imputé à son tabagisme passif dont elle a été victime.

En effet, Odile L. a été exposée au tabagisme passif dans l'école où elle enseignait. Ses collègues en effet se livraient au tabagisme actif malgré les dispositions de la loi.

Après plusieurs années d'exposition au tabagisme de ses collègues et alors qu'elle n'était pas exposée au tabagisme en dehors de son milieu professionnel, elle a été victime d'un cancer du poumon.

Le tribunal administratif de Toulouse avait en première instance reconnu la filiation tabagisme passif/cancer. La cour d'appel administrative de Bordeaux a définitivement considéré que le cancer d'Odile L. « résulte directement de la faute que l'école nationale d'architecture de Toulouse a commise à partir de 1992 en s'abstenant alors de faire respecter le dispositif anti-tabac, préjudice qui doit être intégralement réparé ». L'école versera donc 22 320 € d'indemnité à la plaignante.

JIM 16 janvier 2013.

Un buraliste escroc

La Cour des Comptes a rendu son rapport annuel dans lequel elle porte un jugement accablant sur les aides attribuées par l'Etat aux buralistes depuis 2004.

L'Etat leur a ainsi accordé 2,6 milliards d'euros entre 2004 et 2011.

La Cour souligne que la rémunération moyenne des débitants a progressé de 54 % entre 2004 et 2011 passant de 2907 € à 44 725 € en excluant les aides de l'Etat. Avec les aides, la rémunération moyenne des débitants a progressé de 67 % sur cette même période. Certains buralistes situés en

zone frontalière ont fermé mais d'autres ont réalisé d'excellents bénéfices. Ainsi un débitant qui réalisait un chiffre d'affaires de 25 millions d'euros en 2002 a perçu une aide de 640 000 € en 2011 et près de 4 millions d'euros entre 2005 et 2011, « une véritable rente de situation » déclarent les sages de la rue Cambon.

Dans sa réponse au rapport de la Cour des Comptes, Bercy déclare que le marché du tabac reste sous la pression de la nécessaire politique de santé publique.

NDLR. À Tabac et Liberté, nous estimons que Bercy vit sous l'unique pression des rentrées fiscales liées au tabac, oublie complètement la politique de santé publique en maintenant constant le nombre de fumeurs, en remerciant financièrement les vendeurs de tabac et en supprimant les subventions aux associations qui luttent contre le tabac.

La Croix. 12.02.2013

E-cigarette officiellement reconnue

Les experts britanniques viennent de prendre une longueur d'avance sur les experts français. L'ASH (Action on Smoking and Health), l'une des plus importantes associations britanniques de lutte contre le tabagisme vient de signer une prise de position globalement favorable à la cigarette électronique.

« La plupart des maladies associées au tabagisme sont causées par la fumée inhalée et les centaines de produits chimiques qu'elle contient. Comparativement la nicotine est inoffensive écrivent les spécialistes anglais. Les e-cigarettes qui délivrent de la nicotine sans les toxiques dangereux de la fumée de tabac sont probablement une alternative moins nocive au tabagisme »

Un autre argument avancé est l'absence de nocivité du tabagisme passif avec le e-cigarette. L'entourage des vapoteurs n'est exposé qu'à de la vapeur d'eau aromatisée.

Notre collègue Jacques Le Houezec vice président du comité national contre le tabagisme précise que les acteurs de la lutte contre le tabac auraient tort de ne pas surfer sur l'engouement des fumeurs pour les e-cig.

Le Nouvel Observateur 22 janvier 2013.

La e-cigarette encadrée

Un rapport officiel va enfin formuler des recommandations par rapport à la nouvelle directive européenne sur les produits du tabac. C'est ce que vient

d'annoncer le Pr Dautzenberg qui précise qu'il faut « limiter un produit en pleine évolution ». Il pense présenter à la DGS les principaux éléments du rapport à l'occasion de la journée mondiale sans tabac le 31 mai 2013.

En France, un produit contenant de la nicotine est considéré comme médicament si sa concentration en nicotine est au moins de 20 mg/mL. La Commission Européenne prévoit un seuil de 4 mg/mL.

Tous les liquides utilisés par la e-cigarette sont au dessus de 1 mg/mL mais au dessous de 20 mg/mL.

Va t-on enfin voir un rapport précis prendre la place des vagues considérations (de la DGS et de l'AFSSAPS devenue ANSM en 2012) recommandant « la plus grande prudence » (sic) ou de l'OMS qui tout simplement et sans arguments scientifiques, déconseillait l'usage de la e-cigarette !

redaction@apmnews.com

Monoxyde... le premier

Avec une centaine de décès par an en moyenne, le monoxyde de carbone est la première cause de mortalité accidentelle par toxique en France. Lors de la période de chauffe 2011-2012, 3228 personnes ont été exposées à des émanations de CO et parmi elles 541 ont été hospitalisées.

L'action toxique principale du CO résulte de l'anoxie provoquée par la conversion de l'oxyhémoglobine en carboxyhémoglobine (HbCO). L'affinité de l'hémoglobine pour le CO est 210 fois plus forte que pour l'oxygène. Le CO déplace donc l'oxygène de sa combinaison avec l'hémoglobine (HbO₂).

Au delà de 10 % en HbCO on constate une réduction de l'acuité mentale et une dyspnée lors d'effort musculaire intense.

À 20 % en HbCO apparaît la dyspnée lors d'effort modéré et éventuellement des céphalées. À 30 % en HbCO apparaissent des céphalées, de l'irritabilité, des troubles visuels et du jugement. Entre 40 et 50 %, confusion, agitation, vomissements, perte de conscience au moindre effort et entre 60 et 70 % surviennent le coma, des convulsions, et le décès.

Si l'exposition au CO est massive, la victime tombe d'emblée dans le coma.

L'institut national de veille sanitaire (INSV) lance avec l'institut national de prévention pour la santé (INPES) une campagne d'information. Un dépliant rappelant les consignes d'entretien et les situations à risque est téléchar-

geable sur le site de l'INPES (www.inpes.sante.fr)

Quotidien du médecin N° 9182
Lundi 29 octobre 2012 p9

Tabac et Maladies Non Transmissibles

Les maladies non transmissibles (MNT) représentent 60 % de la mortalité mondiale et 80 % de ces décès surviennent dans des pays en développement. En France, les quatre MNT sont respectivement le cancer (150 000 décès par an), les maladies respiratoires chroniques (40 000 décès par an, cancer du poumon exclu), les maladies cardiovasculaires (147 000 décès par an) et le diabète (plus de 12 000 décès par an).

Les MNT affectent préférentiellement les pays à faibles revenus et accroissent les inégalités et freinent le développement.

En France, les trois MNT cancer, maladies respiratoires et cardiovasculaires représentent 27,8 % des dépenses de santé soit 30 milliards d'euro (hors prévention). La majorité des MNT a en commun des risques évitables : mauvaise alimentation, manque de sport, alcool et surtout tabac.

Le tabagisme est le facteur commun de risque pour les quatre principales MNT. Il est responsable d'un décès sur six liés à une MNT.

L'OMS estime que d'ici 2015, le tabac sera responsable de 6,4 millions de décès dus respectivement 23 % à des cancers, 36 % à des maladies cardiovasculaires, 8 % à des maladies liées au diabète.

La lutte contre le tabagisme est donc la première mesure de traitement des MNT.

La France accorde 0,08 € habitant pour lutter contre le tabagisme et donne 5545 € an à chaque buraliste.

Au Royaume Uni, chaque habitant paie plus de 1,1€ € pour la lutte anti-tabac.

La France est ainsi, très mal placée dans la lutte contre le tabagisme. La prévalence du tabagisme en France était de 33,7 % alors qu'au Royaume Uni elle est tombée à 20 %.

Le rôle de la lutte contre le tabagisme dans la réduction des maladies non transmissibles (MNT)
Alliance contre le tabac
www.alliancecontretabac.org-2012

NEWS

Pro ou anti-tabac ?

C'est la question que l'on se pose à la suite du rapport de la cour des Comptes. Celle-ci a remis en cause les

politiques anti-tabac mises en place depuis 10 ans. Le Pr Gérard DUBOIS précise que le prix des cigarettes a triplé depuis la loi EVIN (1991), les ventes ont été divisées par deux et le cancer du poumon des hommes de 35 à 44 ans a été divisé par deux. Mais il faut distinguer deux périodes. La baisse consécutive aux hausses de taxes dissuasives a été réalisée entre 1991-1997 et 2002-2004.

Entre 1997-2001 et entre 2004-2007, les ventes ont été en plateau car il n'y a pas eu de hausses de taxes. Les hausses de prix et non de taxes qui ont eu lieu en 2007, 2009, 2010 et 2011 n'ont pas diminué les ventes.

À chaque augmentation de 10 % des taxes, les ventes baissent de 4 % et les revenus de l'État augmentent de 5,6 % mais cela défavorise les cigarettiers et les buralistes.

L'État gagne, grâce aux taxes, 15 milliards d'euros, il en reverse 300 millions aux buralistes qui n'ont jamais gagné autant d'argent.

Le Pr Gérard Dubois comprend mal qu'on puisse aujourd'hui prendre la défense des cigarettiers car ils ont menti, ils ont été condamnés sur la base de loi anti-mafia et leurs produits sont à l'origine de 73 000 morts par an en France, 700 000 morts chaque année en Europe (selon Tonio Borg, commissaire européen chargé de la santé) et environ 5 millions chaque année dans le monde actuellement (www.planetoscope.com)

www.atlantico.fr
Atlantico, jeudi 20 décembre 2012

La BPCO en France

La bronchopneumopathie chronique obstructive prend de plus en plus de place dans la pathologie. Elle est principalement liée au tabagisme (plus de 80 % des cas) et concerne 3,5 millions de personnes (6 à 8 % de la population adulte). Elle est la cause de 40 000 nouvelles ALD par an pour insuffisance respiratoire chronique. Elle entraîne chaque année 16 000 décès chez les adultes de plus de 45 ans. Elle touche de plus en plus de femme (17 % des femmes et 72 % des hommes en 1953 contre 25 % des femmes et 34 % des hommes en 2007). Le taux annuel brut de mortalité lié à la BPCO est en augmentation de 21 % chez les hommes et de 78 % chez les femmes entre 1979 et 1999.

Tout ceci est lié à l'augmentation du tabagisme observé ces dernières années. En 1990, la BPCO était la 6^e cause de mortalité. Elle pourrait occuper le 3^e rang en 2020.

http://www.impact-sante.fr/medecine/du_tabagisme_a_la_bpc0/30/19509

CONGRES

Le prix du sang

Au congrès de l'European Society for Medical Oncology qui vient de se dérouler à Vienne, des chercheurs ont publié pour la 1^{ère} fois le coût économique et humain du cancer dans l'Union Européenne. Le Dr Ramon Luengo Fernandez et coll ont compilé les données du ministère de la santé, de l'OMS et de l'OCDE en analysant les coûts directs (soins primaires, hospitaliers et médicaments) ainsi que les coûts indirects (perte de productivité due aux arrêts de travail ou à la mortalité prématurée). Le cancer du sein est le cancer dont le traitement est le plus coûteux en soins. Il mobilise 13 % des dépenses de santé pour un coût de 6 milliards d'euros.

Le cancer du poumon a le coût économique le plus élevé : 19 milliards d'euros, soit plus de 40 % des dépenses de santé. Sur ces 19 milliards, 10 milliards sont imputables à la mortalité prématurée.

Il convient d'ajouter à ces coûts l'impact économique du cancer sur les proches. Les aidants souffrent en effet d'un moins bon état physique et/ou mental. Ils sont aussi plus souvent absents de leur travail comme l'a publié le Dr Isabelle Gilloteau chez plus de 100 000 personnes en France, en Allemagne et au Royaume Uni.

ESMO 2012 Press Release : The true costs of cancer in Europe revealed
Ramon Luengo Fernandez, Isabelle Gilloteau
Cancer Healthcare Costs
http://www.esmo.org/no_cache/view-news.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=1617&tx_ttnews%5BbackPid%5D=585&cHash=8afba3ebb

CONGRES

Une nouvelle fois, le GEST a réuni à Paris les principaux acteurs du sevrage tabagique. Deux laboratoires de l'industrie pharmaceutique ont démontré qu'au-delà des intérêts commerciaux, les progrès de la sciences pouvaient réunir industriels, chercheurs et prescripteurs pour l'intérêt de tous.

Dans un premier temps, le docteur Jean Perriot (Clermont Ferrand) a rappelé que le risque le cancer de poumon était lié à la quantité totale de cigarettes fumées et à la durée d'exposition. Si cette dernière est multipliée par deux, le risque est multiplié par 20. Le fumeur atteint de BPCO meurt de complications cardiaques ou de cancer pulmonaire. L'aspect génétique a aussi été évoqué avec les variations au niveau du chromosome 15 qui signent une dépendance nicotinique plus forte.

Le professeur Gilbert Lagrue a insisté sur le rôle majeur que joue le tabac comme facteur de mortalité. L'aspect génétique est revenu au-devant de la scène avec le télomère, cette extrémité du chromosome qui protège les brins d'ADN lors des divisions cellulaires et dont le rôle serait celui d'un « marqueur d'un âge biologique ». Un télomère trop court entraîne des anomalies de l'ADN. La longueur du télomère est sous la dépendance d'une nucléoprotéine (telomérase) qui joue un rôle essentiel dans le vieillissement, l'apparition de cancer... Notre mode de vie influence la longueur du télomère (IMC, sport...) Les facteurs de raccourcissement du télomère sont nombreux (âge, génétique, BPCO, sédentarité, tabagisme). Concernant le tabagisme, chaque 40 paquets-année correspondraient à une perte de 8 ans de vieillissement liés au raccourcissement du télomère du fumeur, à la fois marqueur de vieillissement et facteur de vieillissement. Gilbert Lagrue conclut que la conservation d'un bon télomère à une bonne longueur passe par l'arrêt du tabac qui réduit le stress oxydatif et l'apport de vitamine C dont le taux est toujours très bas chez le fumeur.

Yan Le Strat a développé la physiopathologie de l'addiction nicotinique en évoquant la génétique de la dépendance au tabac. Les facteurs génétiques ont un poids considérable dans l'héritabilité. Leur prépondérance peut aller de 95 % si on considère la taille à 60 % si on considère la dépendance au tabac. Même la précocité de la consommation est selon Yan Le Strat « très héritable ».

Il y aurait plus de 10 millions de variants génétiques parmi lesquels 9,9 % seraient concernés par la dépendance au tabac et 5 % seraient présents dans la dépendance à l'alcool. Mais les influences réciproques existent : par exemple si on développe une dépendance au tabac chez le rat, on va faciliter la dépendance à l'alcool. Ces dépendances ont une voie finale commune : la libération de la dopamine. La protéine responsable de la régulation de la dopamine s'appelle DAT1. Un des variants du gène codant DAT1 est l'allèle A9 qui est associé à la dépendance au tabac. Yan Le Strat reste prudent et attend que la carte du génome entier soit publiée mais d'ores et déjà on sait que le cluster du gène $\alpha 5 \alpha 3 \beta 4$ est associé au cancer du poumon. On sait aussi que le cancer du poumon est étroitement lié au tabagisme. La dépendance au tabac est associée à la présence de variants génétiques mais la prédictivité reste du domaine du hasard.

Le Pr Bertrand Dautzenberg a souligné l'interaction entre environnement, génétique, biologique personnalité et

facteurs de dépendance au tabac. Arguant que la génétique ne se manifeste que s'il y a une offre, il a repris un thème qui lui est cher : « il faut supprimer l'offre ».

Le Dr P. M Llorca nous a ramené à l'époque des baquets de Franz Anton Mesmer au siècle des lumières et de la raison. Mesmer après avoir fréquenté des cercles d'illuminés affirmait en 1772 l'existence d'un pouvoir semblable au magnétisme. Après avoir utilisé la technique des fers aimantés puis celle de l'imposition des mains, il fut expulsé de la Faculté de Médecine de Vienne pour « pratiques charlatanesques ». Le Dr Llorca a appliqué la stimulation magnétique transcranienne au traitement des addictions. Le champ magnétique est produit par une bobine posée sur le scalp en regard soit du cortex dorsolatéral pré-frontal droit (dépression, addiction, fibromyalgie) ou gauche (dépression, syndromes déficitaires de la schizophrénie) ou du cortex temporo parietal gauche (hallucinations auditives de la schizophrénie). Il n'y a pas eu d'étude d'intensité, par contre une étude de fréquence montrerait une différence entre 1 Hz (inhibiteur) et 5 Hz (activateur) sans aucun commentaire sur les autres fréquences, hyperfréquences notamment.

Le Dr Llorca conclut que sa méthode « ne peut être présentée aujourd'hui comme un mode de traitement des addictions ».

Le Pr Robert West a exposé les moyens d'améliorer les conditions dans lesquelles se déroule le sevrage tabagique. Il faut motiver le plus grand nombre de fumeurs à arrêter, leur assurer le meilleur soutien s'ils veulent l'utiliser et leur conseiller d'avoir recours aux méthodes de sevrage les plus efficaces.

Le rôle du traitement est de maintenir éloignées l'envie de fumer et les décisions d'allumer une cigarette. Les traitements pharmacologiques ont fait la preuve de leur efficacité dans le sevrage en réduisant la « faim de nicotine », le craving et en supprimant la récompense nicotinique en cas de reprise.

Pour le Pr West, les options thérapeutiques sont au nombre de 4 : substitution nicotinique, bupropion, varenicline, nortriptyline, cytisine.

En matière de substitution nicotinique, le spray nasal et l'usage du patch avant de démarrer le sevrage se sont révélés être le plus efficaces.

Les TCC ont pour but de renforcer la motivation à ne pas fumer, d'aider à lutter contre les envies de fumer, et d'utiliser au mieux les aides au sevrage.

Les TCC pratiquées en groupe se révèlent être plus efficaces (par rapport à l'individuel, au téléphone ou au sms).

Au-delà des thérapies, le Pr West a montré qu'un programme national de formation des professionnels de santé au sevrage tabagique a nettement amélioré l'impact des campagnes de sevrage en Angleterre. Les résultats des différents centres montrent une amélioration continue.

En FRANCE, l'enquête ESCAPAD mise en place en 2000 a fait l'objet d'une synthèse par le Dr Philippe ARVERS. Entre 2002 et 2005, suite à des augmentations répétées et importantes du prix du tabac, on a observé une augmentation du nombre de jeunes qui n'ont jamais fumé avec par contre une augmentation de la consommation (de 11 à 20 cigarettes). En 2008 on verra apparaître les consommations supérieures à 20 cigarettes par jour. Jacques Le Houezec a regretté l'inertie liée à la publication en FRANCE des résultats alors que le Pr West publie des résultats en ANGLETERRE un mois après ses enquêtes anglaises.

La tuberculose a été remise à l'ordre du jour par le Dr Michel Underner. Dans le monde, elle cause chaque année 1,4 million de décès alors que le tabagisme en cause 3 millions. La tuberculose est latente chez un tiers de la population. 40 à 60 % des enfants atteints de tuberculose latente ont 40 à 60 % de risques de faire une tuberculose maladie ce qui pose le cas du traitement. Plus de 70 % des tuberculoses sont sous la forme pulmonaire.

Le Dr Underner a rappelé les liens unissant tuberculose et tabagisme. Il a aussi rappelé que la réponse immunitaire cellulaire est la composante majeure de la réponse immunitaire à l'égard de M. Tuberculosis. L'induction d'une réponse protectrice se traduit par la synthèse de cytokines de type Th1, notamment d'interferon β (Ifn β). Le test quantiféron-TBGold-in tube (QTF) permet le dosage par technique Elisa de l'IFN β sécrété par les lymphocytes T spécifique de M. Tuberculosis. La sensibilité du test est de 80 à 90 % dans la Tuberculose maladie. Sur le plan clinique, les fumeurs font plutôt des tuberculoses pulmonaires et plus sévères que les non-fumeurs. Ils font aussi davantage de rechutes et présentent davantage de séquelles soit cliniques (dyspnée) soit radiologiques (excavation). L'arrêt du tabagisme est un moyen de contrôle essentiel de la tuberculose notamment dans les pays émergents.

Le Dr Gérard Pfeiffer a souligné les disparités entre les populations précaires et celles favorisées concernant le tabagisme. Il a rappelé ainsi qu'aux USA, 31 % des personnes vivant sous le seuil de la pauvreté sont fumeuses alors que moins de 6 % des adultes ayant fait des études supérieures fument (à comparer à 25 % de fumeurs

chez les adultes n'ayant aucun diplôme supérieur). Les personnes précaires consacrent 20 % de leur budget à l'achat du tabac. C'est par la gratuité des prises en charge du sevrage, par l'empathie et l'impoverment que doivent passer les thérapies de sevrage selon le Dr Pfeiffer.

Lors du GEST, il y a toujours des ateliers pratiques, tous très prisés par les congressistes. L'atelier consacré à la prévention des rechutes a permis au Dr Philippe Guichenez d'invoquer les causes principales de rechute. Il a souligné combien l'adaptation des posologies de la substitution était utile pour prévenir les rechutes ainsi que le craving et la prise de poids. Il a rappelé la pratique des trois balances décisionnelles (je continue, j'arrête, avantage-inconvénient sur le long terme) ainsi que l'intérêt de demander « la lettre de rupture ». Il a démystifié le rôle anxiolytique de la cigarette et mis en évidence l'utilité des modifications de croyance.

L'atelier « jeunes et consommation de tabac » a montré comment un adolescent sur deux tombe dans le panneau du tabagisme. Pour le Dr Birkui, la prévention primaire chez le jeune reste la plus efficace et la moins coûteuse. Certains jeunes n'ont pas besoin de fumer tous les jours pour devenir accros. Le tabagisme précoce engage souvent d'autres consommations (chicha, cannabis...). Le Dr Birkui conseille de prendre en compte l'âge de début d'un tabagisme occasionnel et en petite quantité (LITS: « lights and intermittent tobacco smokers »).

Le désengagement des pouvoirs publics et la suppression des subventions d'actions et de prévention dans les lycées et collèges a fait qu'entre 2008 et 2011, le taux de filles de plus de 16 ans qui fument a augmenté de 21 %. Le Dr Birkui a pointé du doigt les buralistes chez qui la grande majorité des élèves déclarent acheter leurs cigarettes malgré l'interdiction de vente aux moins de 18 ans. Là encore les pouvoirs publics favorisent l'accès des ados au tabagisme.

L'atelier tabagisme et comorbidités psychiatriques a consacré une partie importante aux corrélations tabac/schizophrénie et aux interactions tabac/neuroleptiques. Les posologies des médicaments des troubles anxieux ne sont pas à modifier lors de l'arrêt du tabagisme. L'atelier tabagisme du sujet âgé a rappelé l'efficacité constante de la substitution nicotinique chez les plus de 65 ans.

L'atelier contraception et tabagisme du fait de l'actualité a été très demandé. Le tabagisme est une contre indication relative à la contraception chez la jeune femme. Au-dessus de 35 ans et pour une consommation de 15 cigarettes par

jour, les oestrogénostatifs sont déconseillés.

Cet atelier servait d'introduction à la conférence de clôture du Pr Joel Menard. C'est grâce au passage du Pr Menard au Ministère de la santé que les centres de tabacologie ont vu le jour. Il a évoqué le mécanisme des différentes crises médico-sociales. Au départ émerge une souffrance personnelle (jeune atteint de Creutzfeld Jacob, femme victime d'AVC...). La victime visible va être médiatisée (rôle des journalistes, radio, TV). Un avocat s'empare de « l'affaire » et l'amplifie. Le mécanisme de la crise est alors enclenché, le juge apparaît et la crise n'est alors plus rattrapable. Sur cette crise vont se greffer des aspects financiers (compensation, réparations et dommages) et des facettes politiques. Fabius reste ainsi le premier ministre de l'affaire du sang contaminé. Les politiques ont en effet des responsabilités.

Dans « l'affaire de la pilule de la troisième génération » il était déjà établi qu'en octobre 2007, son amélioration du service médical rendu était nul. On n'aurait donc pas du la rembourser. Mais c'est bien une décision politique qui a assuré son remboursement. Pour le Pr Menard, 3^e ou 4^e génération sont « foutaises ». La victime d'un AVC (Marion Larat) était porteuse d'un facteur V de Leiden mais ce dernier n'est pas médiatique. On a recensé treize décès provoqués par un accident thromboembolique chez des femmes sous contraceptif oral dont sept sous pilule de 1^{ère} et 2^e génération et six sous pilule de 3^e et 4^e génération. Dans 92 % des cas, un facteur de risque était associé. Mais curieusement c'est le cas de Marion Larat qui a été le premier à être médiatisé et curieusement les facteurs de risques associés sont passés sous silence.

La crise actuelle liée à la pilule 3^e génération cédera le pas à la prochaine crise comme la crise Creutzfeld-Jacob s'est effacée devant celle du sida. Le Pr Menard a souligné en conclusion le rôle du tabagisme à prendre tout particulièrement en considération à cause de son rôle délétère non seulement dans la contraception mais dans la vie.

ANALYSE DE LIVRE

La cigarette électronique : une alternative au tabac

Enfin un ouvrage exhaustif scientifique et simple sur ce nouveau produit inventé en 2003 et présenté dans la lettre Tabac-Liberté en 2004.

Dans un premier temps, l'auteur

analyse la composition de la cigarette électronique, ses 35 à 60 composants (atomiseurs, cartouches, batteries, liquides de remplissage), son mécanisme d'action avec la description du « throat hit » (impact de la nicotine sur la muqueuse pharyngée).

Dans un deuxième temps l'auteur développe les modifications que l'utilisateur peut apporter à la e-cigarette ou aux liquides de remplissage.

Une analyse de l'utilisation de la e-cigarette est présentée tant du point de vue des utilisateurs que du point de vue des détaillants. Une large part est consacrée à la sécurité de l'emploi de la e-cigarette aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant et à la toxicité des différents liquides et additifs.

L'auteur, tabacologue reconnu, consacre un chapitre à la nicotine, à ses actions (dépendance, toxicité, intérêt thérapeutique) et à son sevrage.

Les considérations légales, politiques, économiques et sociales font l'objet du dernier chapitre précédant les recommandations faites par un addictologue expérimenté et connaisseur de cette e-cigarette.

Utilisateurs, chercheurs, fumeurs, thérapeutes, professionnels et grand public pourront enfin trouver une source de renseignements et les réponses aux questions que l'on peut se poser devant un produit qui a déjà séduit plus de 10 millions d'utilisateurs en Europe et aux États-Unis.

Ce livre devrait aussi être utile aux décideurs pour donner à la e-cigarette soit le visage d'un médicament soit le visage d'un gadget à fumer.

La cigarette électronique: une alternative au tabac
Jean François Etter
Disponible sur Amazon: <http://www.amazon.fr/La-cigarette-%C3%A9lectronique-alternative-ebook/dp/B00AE4CBWM>

LE COIN DU CANNABIS

Cannabis en traitements

Le Sénat Tchèque a approuvé une loi sur l'utilisation thérapeutique du cannabis. L'indication est la souffrance de patients atteints de maladies graves. La Tchéquie est un des pays les moins répressifs vis-à-vis du cannabis. Jusqu'à 15 kg de cannabis sur soi ou 5 plants cultivés chez soi, le tchèque ne risque qu'une simple amende.

Le problème soulevé par cette utilisation nouvelle est le coût de ce nouveau traitement non remboursé. Le cannabis est importé d'Israël en attendant que les licences soient délivrées à des planteurs locaux.

NDLR: Il existe dans l'arsenal thérapeutique des antalgiques dont le pouvoir antalgique est supérieur à celui du cannabis, des anxiolytiques dont le pouvoir anxiolytique est supérieur à celui du cannabis, malgré cela, le cannabis avance.

[Http: blog.francetvinfo.fr/addict](http://blog.francetvinfo.fr/addict)
Addict. Utilisation thérapeutique du cannabis en République Tchèque 3 février/2013

Cannabis Ya Ka Faucon Cannabis et Politique de santé

L'Académie de Médecine a publié en mars 2012 un communiqué de presse intitulé « Dépénaliser le cannabis aurait de graves conséquences sur la santé ». La Fédération d'Addictologie a reconnu les conséquences parfois graves de la consommation de cannabis sur la santé des usagers. Elle détaille les distorsions existant entre les différentes évaluations du rapport bénéfices/dangerosité du cannabis. Le classement de Roques distingue des drogues à forte dangerosité (héroïne, cocaïne, alcool) des autres (hallucinogènes, tabac, benzodiazépine). Nutt classe le cannabis en 8^e position après l'alcool qui vient le premier puis l'héroïne et le crack. Bourgain place le cannabis au 5^e rang des substances psychoactives en termes de dangerosité globale.

Les auteurs montrent qu'en France, la consommation du cannabis s'est banalisée et a explosé. Ils citent des

chiffres sans trop de précision mais en augmentation et parlent d'une « politique franchement orientée vers la répression » laissant le lecteur sans exemple ni de fait précis et autoproclament que « la prohibition est un échec ». Ils disent par contre que les jeunes considèrent qu'il est facile ou très facile de se procurer du cannabis », ce qui laisse supposer une absence de répression et concluent que les politiques récentes vis-à-vis des drogues illicites essentiellement orientées vers la répression n'ont pas donné les résultats escomptés. Ils terminent par tout un tas de considérations préventives éducatives, législatives, formations, adhésion de la population, recherches assorties évidemment de « moyens financiers nécessaires ». Cela nécessite temps et volonté.

La revue prescrire janvier 2013,33,351,73-75

Editeur Association Tabac & Liberté

10, rue des Arts — 31 000 Toulouse
Tél. 05 62 88 67 74 — 06 24 44 88 41
Email: asso.tabacliberte@hotmail.fr

Directeur de la publication:
Docteur ROUZAUD

Dépôt légal: 4^e trimestre 2012 —
ISSN 1260-2469

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

COUPON-RÉPONSE

Je soussigné: M, M^{me}, M^{lle}, Dr (Nom): _____

Prénom: _____

Adresse: _____

E-mail: _____

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 — 31 000 Toulouse
E-mail: asso.tabacliberte@hotmail.fr — site internet: www.tabac-liberte.com