

● La prise de poids chez la femme enceinte ayant arrêté de fumer avant la grossesse.

Levine MD et al. *Womens Health Issues*. 2013 Nov-Dec;23(6):e389-93.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24183413>

L'arrêt du tabac est en général accompagné d'une prise de poids de l'ordre de 4-5 kg au cours des 6 premiers mois d'abstinence. **L'arrêt du tabac avant la grossesse pourrait donc provoquer une augmentation anormale de la prise de poids au cours de la grossesse (PPG)**. Cette étude a été réalisée chez des femmes économiquement défavorisées et suivies dans une clinique offrant gratuitement une aide à l'arrêt. Elles ont rapporté leur poids (non mesuré) avant et au cours de la grossesse, et l'arrêt du tabagisme était vérifié par mesure du CO. Les relations entre la durée de l'arrêt et la PPG ont été étudiées et rapportées aux recommandations de l'IOM (Institute of Medicine) américain. Les résultats montrent que les femmes qui ont arrêté précocement (avant 54 jours de grossesse, étant la médiane de l'arrêt observé) au cours de la grossesse, ont eu une PPG supérieure ($16,9 \pm 7,5$ kg) à celles qui n'ont pas arrêté de fumer ($13,6 \pm 8,9$ kg). Cependant, après ajustement sur le moment de l'évaluation de la PPG, et l'IMC de grossesse, la PPG n'a pas été différente entre celles qui ont arrêté de fumer ($15,4 \pm 7,5$ kg) et celles qui n'ont pas arrêté ($13,6 \pm 8,9$ kg). Par contre, en analysant les données selon les recommandations de l'IOM (classant la PPG en inadéquate, adéquate et excessive, voir schéma ci-

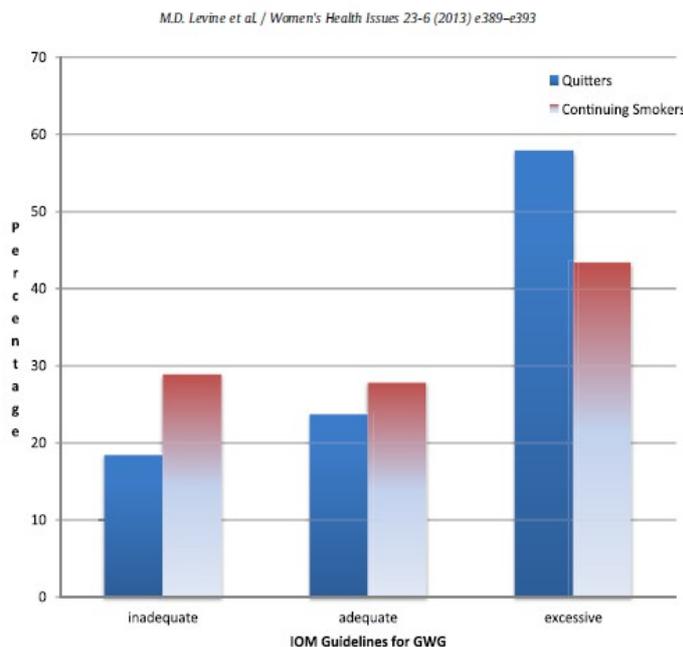


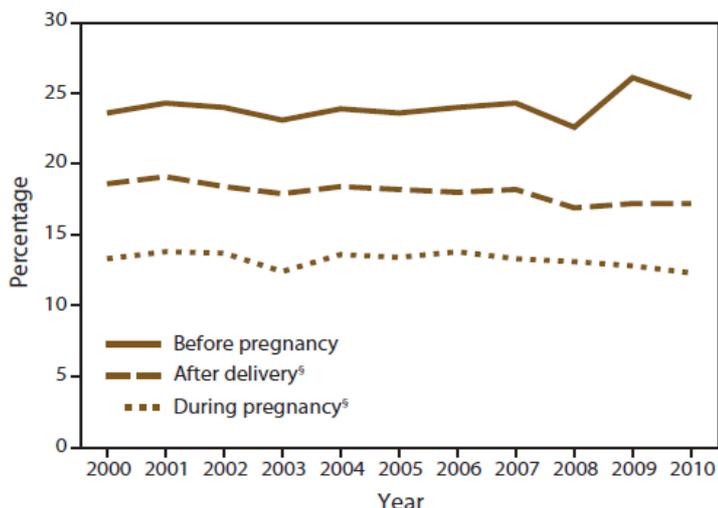
Figure 1. Weight gain according to IOM guidelines by smoking status.

ont eu une PPG excessive (contre 43% chez celles n'ayant pas arrêté), mais aussi que parmi celles qui n'ont pas arrêté de fumer, 29% ont eu une PPG inadéquate (contre 18% chez celles ayant arrêté de fumer), c'est à dire trop faible. Bien évidemment, les risques du tabagisme maternel sur la grossesse et le fœtus sont tels que cette possible prise de PPG supérieure chez les femmes qui arrêtent de fumer avant la grossesse est un bien moindre risque que de continuer de fumer. A noter : les femmes enceintes françaises prennent certainement moins de poids que les américaines, **il est donc difficile d'extrapoler ces résultats à la France.**

● La prévalence du tabagisme chez les femmes avant, pendant et après la grossesse aux USA.

Tong VT et al. *MMWR Surveillance Summaries*. November 8, 2013 / 62(SS06);1-19

<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6206.pdf>



Les USA ont mis en place depuis 1987, un système de surveillance des risques au cours de la grossesse. Le tabagisme est bien entendu l'un des facteurs pris en compte. Cet article rapporte l'évolution de la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes entre 2000 et 2010. Globalement, les résultats ne sont pas plus encourageant que chez nous, même si **la prévalence est moindre, car elle n'a pas évolué au cours des 10 dernières années**. Avant la grossesse, 1 femme sur 5 (23,2% ; IC 95% 22,4-23,9) fume. **Pendant la grossesse, elles sont encore 10,7%** (10,2-11,2), et 54,3% (52,4-56,1) arrêtent au cours de la grossesse. Environ **4 mois après l'accouchement (mesure standard de l'enquête), elle sont 15,9%** (15,3-16,5) à

reprendre. Cet échantillon (n=9808 avant la grossesse), ne représente que 27 sites (26 Etats et New York city) aux USA. Cependant, sur ces 27 sites, seuls 2 ont atteint le but proposé pour 2020, soit moins de 14% de fumeuses avant la grossesse, et aucun n'a atteint le but proposé de 1,4% de femmes fumeuses au cours de la grossesse. Cela nous laisse augurer des difficultés que nous rencontrerons en France, si les efforts sur l'arrêt du tabac ne sont pas rapidement intensifiés.

● Quelle est vraiment la dose létale de nicotine et quels sont les effets de la nicotine pure inhalée ?

Mayer B. *Arch Toxicol*. 2013 Oct 4. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24091634>

Waldum HL et al. *Life Sci*. 1996;58(16):1339-46.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8614291>

Depuis longtemps on rapportait partout que la **dose unique létale de nicotine était entre 30 et 60 mg pour un adulte**, pourtant lorsque l'on cherchait la référence de ces données, on tournait en rond et ne trouvait qu'une citation, toujours plus ou moins la même, faisant référence à un article qui citait un autre article, **mais jamais de référence exacte**. Récemment, Bernd Mayer (2013), du Département de Pharmacologie et toxicologie de l'Université de Graz en Autriche, a publié une courte analyse, permettant de comprendre que ces données étaient sans réel fondement, et remontaient à des expériences individuelles de chercheurs vieilles de près de 100 ans. Selon Mayer, une dose létale de **60 mg correspondrait à une DL₅₀ d'environ 0,8 mg/kg** (DL₅₀ = dose létale chez 50% des animaux à qui elle est délivrée), ce qui est **considérablement plus faible que celle observée chez la Souris (3,3 mg/kg) ou le Rat (50 mg/kg)**. Passant en revue les données relatives à des intoxication involontaires ou volontaires (suicides, y compris un cas d'ingestion de 1500 mg sans issue fatale, Christensen, *Clinical Toxicology*, 2013), Bernd Mayer estime, de façon conservatrice, qu'**une nicotémie de 4 mg/ml serait fatale**. Cela correspondrait à **une dose létale orale au moins 20 fois supérieure à celle qui est rapportée régulièrement, et correspondrait à une fourchette entre 500 mg et 1000 mg**. Cela donnerait une **DL₅₀ de 6 à 13 mg/kg, proche de ce que l'on observe chez le Chien**, qui répond à la nicotine de façon assez similaire à l'Homme. Des données **chez les enfants ayant ingéré du tabac ou des gommes à la nicotine**, ont aussi montré que **des doses de 1 mg/kg à 6 mg/kg n'ont pas eu de conséquences fatales** (voir la présentation de J Le Houezec au e-cigarette Summit de Londres (lien à la fin de cette Lettre).

Par ailleurs, particulièrement **dans le contexte de la e-cigarette, se pose la question des effets sur la santé de l'inhalation de nicotine pure**. Dans une étude (Waldum et al. 1996), des rats ont été exposés pendant 2 ans à l'inhalation de nicotine pure 20h par jour et 5 jours par semaines. **Les doses d'exposition donnaient des nicotémies correspondant à 2 fois celles observées chez les gros fumeurs**. Après ces 2 ans d'exposition, **aucune augmentation de la mortalité, de l'athérosclérose ou de tumeurs, n'a été observée par rapport aux rats contrôles**. En particulier, aucun effet sur les tumeurs pulmonaires n'a été observé. Le seul effet observé chez les rats exposés par rapport aux contrôles, a été une diminution du poids corporel. **Les auteurs concluent que l'inhalation de nicotine pure ne semble pas avoir d'effets délétères, même à long-terme**.

● Utilisation de la cigarette électronique chez les adolescents américains.

Camenga DR et al. Addict Behav. 2013 Sep 17. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24094920>

Cet article, rapporte les résultats d'une **enquête dans deux lycées américains** (un peu plus de 850 élèves répondant dans chaque lycée), l'un dans le Connecticut et l'autre à New York. Les questionnaires étaient anonymes et faisaient partie d'une évaluation globale sur la prévention du tabagisme et l'arrêt du tabac. L'enquête a été conduite en 3 vagues, en février 2010 (n=1719, taux de réponses de 76,2%), en octobre 2010 (n=1702, taux de réponses de 76,4%) et en juin 2011 (n=1345, taux de réponses de 56,7%). Parmi les questions, l'une concernait l'utilisation de e-cigarette au cours des 30 derniers jours (la même question était posée pour tous les produits du tabac). Les résultats montrent que **l'utilisation de e-cigarette au cours des 30 derniers jours est passée de 0,9% en février 2010 à 2,3% en juin 2011 (p=0,009)**. **La prévalence du tabagisme au cours des 30 derniers jours était de 11,6% en février 2010, 10,8% en octobre 2010 et de 13,6% en juin 2011**. La prévalence d'une utilisation conjointe de e-cigarette et de cigarettes de tabac est passée de 0,8% à 1,9% entre février 2010 et juin 2011 (p=0,03), et **la majorité des utilisateurs de e-cigarette étaient aussi des fumeurs** (n=14/16 ou 87,5% en fév. 2010, n=24/29 ou 82,8% en oct. 2010 et n=26/31 ou 83,9% en juin 2011). Aucune variable démographique (âge, sexe ou origine ethnique) n'a eu d'effet dans le modèle multivarié d'analyse. **Seul le statut tabagique était fortement lié à la consommation de e-cigarette au cours des 30 derniers jours (ORs tous > 54,0 par rapport aux non fumeurs)**. Apparemment, aucune mesure sur l'utilisation quotidienne n'a été posée. Il est tout de fois important de **noter le faible échantillon des utilisateurs de e-cigarette**.

● La cigarette électronique peut-elle potentiellement réduire le tabagisme ?

Kralikova E et al. Chest. 2013 Nov 1;144(5):1609-14.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23868661>

L'échantillon recruté pour cette étude a été constitué de **fumeurs fumant dans la rue ou achetant des cigarettes dans un débit de tabac**. Au total 2012 fumeurs ont été approchés, et 1738 (86%) ont accepté de répondre à l'enquête (âge moyen 33 ans, 49% de femmes, fumant en moyenne 13,8 cig/j, dont 40% fumaient dans les 30 minutes après le réveil, 8% de fumeurs de moins de 5 cig/j), sans que la e-cigarette soit mentionnée avant de remplir le questionnaire pour ne pas biaiser les réponses. **La moitié des répondants ont utilisé la e-cigarette au moins une fois (50%, IC 95% 47,7-52,4)**. Parmi ceux-ci, **18,3% (15,7-20,9) l'utilisaient régulièrement, et 14% (11,6-16,2) quotidiennement**. En moyenne, les utilisateurs réguliers l'utilisaient **depuis 7,2 mois (0,25-48)**. La raison principale d'utilisation avancée par les fumeurs était de **réduire leur consommation de tabac (60% des utilisateurs réguliers)**. Parmi les variables étudiées, le fait d'être plus âgé et d'avoir eu une expérience favorable lors de l'initiation expliquait 19% de la variance d'une utilisation progressivement régulière. Les auteurs concluent qu'**environ 1/5 des fumeurs qui ont essayé la e-cigarette deviennent des utilisateurs réguliers**. La limite de cette étude, mais qui vient compléter les enquêtes chez les vapoteurs, est qu'elle ne s'est adressée qu'à des personnes fumant encore des cigarettes, donc n'ayant pas totalement basculé dans l'utilisation exclusive de e-cigarettes.

● Quel est l'impact des avertissements sanitaires visuels sur le tabagisme des adultes et des adolescents ?

Huang J et al. Tob Control. 2013 Nov 11. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24218057>

Villanti AC et al. Nicotine Tob Res. 2013 Nov 8. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24212476>

L'article de Huang et al. (2013), est une analyse comparée de l'impact des avertissements sanitaires visuels (ASV) entre le Canada (qui les a adopté en 2000) et les USA (qui ne les ont pas encore adoptés), pour démontrer que l'analyse d'impact réalisé par la FDA (agence de réglementation américaine) est sous-estimée. Selon cette analyse, **l'introduction des ASV au Canada a permis de réduire la prévalence du tabagisme de 2,87 à 4,68 % (une réduction relative de 12,1 à 19,6%)**. Cette réduction est **33 à 53 fois plus importante que l'estimation faite par la FDA de 0,088%**. Partant de ce constat, les auteurs estiment que si les USA avaient adopté les ASV en 2012 (ce qui devait être fait, mais a été annulé par une décision de justice), **il y aurait entre 5,3 et 8,6**

millions de fumeurs en moins en 2013 (sur un total de 43,8 millions en 2011).

L'article de Villanti et al. (2013) a analysé la perception et l'**impact des ASV sur le tabagisme de jeunes adultes (18-34 ans) américains**. Les données de 4236 participants d'une cohorte (Legacy Young Adult Cohort Study) ont été recueillies en janvier 2012. Les données ont été pondérées pour représenter un échantillon représentatif. Une seule question était posée : « **Pensez-vous que de nouveaux avertissement sanitaires visuels pourraient vous faire penser à arrêter de fumer ?** ». Dans l'échantillon, 22% étaient fumeurs. Sur l'ensemble de l'échantillon, **53% ont répondu par l'affirmative** à la question (dont 40% des fumeurs et 56% des non fumeurs). **Parmi les fumeurs**, l'intention d'**arrêt dans les 6 mois** était corrélée à la réponse positive à la question (OR=3,86 ; IC 95% 1,59-9,41). **Parmi les fumeurs occasionnels** c'était l'intention d'**arrêt dans les 30 jours** qui était fortement corrélée (OR=2,91 ; IC 95% 1,13-7,48). Les auteurs concluent que les ASV jouent bien un rôle dans la motivation à l'arrêt, **particulièrement chez les jeunes adultes**.

● **Quel est la mortalité liée au tabagisme dans les populations psychiatriques ?**

Callaghan RC et al. J Psychiatr Res. 2013 Sep 27. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24139811>

Bien que l'on sache que la **prévalence du tabagisme est 2 à 4 fois plus élevées dans les populations psychiatriques** que dans la population générale, il y a **peu de données sur la mortalité** due à leur tabagisme. Cette étude a analysé les causes de mortalité et estimé la mortalité liée au tabagisme parmi les personnes hospitalisées pour maladie psychiatrique entre 1990 et 2005 en Californie. En restreignant la population étudiée à ceux qui avaient 35 ans ou plus au milieu de leur suivi, les auteurs ont réalisé des cohortes selon les diagnostics (CIM 9), soit n=174277 patients atteints de schizophrénie, n=338250 cas de dépression, et n=78739 pour les troubles bipolaires. Les dossiers médicaux ont été liés aux certificats de décès. Les taux de mortalité standardisés (TMS) ont été définis pour les 19 maladies liées au tabagisme recensées par le CDC d'Atlanta, et ont été calculés dans ces échantillons. **Les TMS pour toutes les maladies liées au tabac** ont été de **2,45** (IC 95% 2,41-2,48) pour la **schizophrénie**, de **1,95** (1,93-1,98) pour la **dépression** et de **1,57** (1,53-1,62) pour les **troubles bipolaires**. Les maladies liées au tabagisme ont représenté 53% (23729/44469) de la mortalité des patients schizophrènes, 50% (35729/71058) de la mortalité des patients dépressifs, et 48% (6004/12564) de la mortalité des patients bipolaires. Ces résultats montrent clairement une **augmentation très significative du risque tabagique dans les populations psychiatriques** par rapport à la population générale.

● **Coût-efficacité de l'aide à l'arrêt délivrée par SMS.**

Guerriero C et al. Eur J Health Econ. 2013 Oct;14(5):789-97.
Article en libre accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3751449/>

L'efficacité de l'aide à l'arrêt par SMS a été démontrée (Free et al. Lancet. 2001;378:49-55), et les auteurs ont réalisé une **analyse de coût-efficacité** (coût par arrêt, coût par année de vie sauvée et coût par QALY, qualité de vie). Le coût total de l'intervention pour 1000 fumeurs est de 16120 £, qui selon une estimation de 58 arrêts supplémentaires à 6 mois, revient à **278 £ par arrêt**. Malgré la prise en compte d'une baisse des coûts de santé du NHS (sécurité sociale anglaise) dans le futur, liée à la diminution du nombre de fumeurs, le coût-efficacité de l'arrêt par SMS devrait rester positif. L'estimation donne un gain de 18 années de vie pour 1000 fumeurs (0,3 années de vie par arrêt) et 29 années de vies ajustées sur la qualité de vie (QALY) pour 1000 fumeurs (0,5 QALY par arrêt). Cette analyse semble robuste lorsque l'on change les paramètres individuels dans le modèle par analyse de sensibilité déterminante. L'analyse de sensibilité probabiliste indique que l'intervention devrait rester coût-efficace à plus de 90%. Selon les auteurs, cette analyse montre donc que **l'arrêt assisté par SMS est à la fois bénéfique au niveau individuel et pour la réduction des coûts de santé**.

● **Suivi d'un an d'une cohorte d'utilisateurs de cigarette électronique.**

Etter JF & Bullen C. Addict Behav. 2013 Oct 30. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24229843>

Entre 2011 et 2013, 773 utilisateurs de e-cigarette (vapoteurs, représentant 58% d'un échantillon initial, mais dont seulement 773 ont fourni une adresse e-mail) recrutés sur les forums et boutiques sur internet, ont répondu à un questionnaire accessible sur le site Stop-tabac.ch. Leur consommation de tabac et leur utilisation de e-cigarette a été recueillie initialement, puis à 1 mois (n=477, taux de réponse de 62%) et 1 an (n=367, taux de

réponse de 47%). Les données montrent que, par rapport aux non répondants, les répondants à 1 mois et 1 an étaient plus utilisateurs quotidiens de e-cigarette et ex-fumeurs, étaient plus âgés, et avaient des revenus légèrement plus élevés, et parmi les fumeurs quotidiens, étaient plus motivés à arrêter. Aucune autre différence n'a été significative (niveau d'éducation, raisons d'utiliser la e-cigarette, le nombre de bouffées de vapeur quotidienne, la durée d'utilisation de la e-cigarette, ou nombre de cig/j pour les fumeurs). **Chez les ex-fumeurs, une corrélation positive significative a été observée entre le nombre de cig/j fumées avant l'arrêt et le nombre de bouffées de vapeur prises quotidiennement ($r=0,30$, $p<0,001$), mais pas entre le nombre de cig/j et la concentration en nicotine utilisée dans leur e-liquide ($r=0,12$, $p=0,3$).** Les résultats montrent aussi que la majorité des répondants étaient des ex-fumeurs (72%), et que **76% utilisaient la e-cigarette quotidiennement**. Lors de l'enquête initiale, les vapoteurs utilisaient la e-cigarette depuis 3 mois en moyenne, prenaient 150 bouffées de vapeur par jour, et utilisaient un e-liquide à 16 mg de nicotine. **La presque totalité des vapoteurs quotidiens utilisaient toujours la e-cigarette après 1 mois (98%) et 1 an (89%).** Parmi ceux qui vappaient depuis moins d'un mois lors du recrutement, 93% vappaient toujours à 1 mois, et 81% à un an. Chez les vapoteurs quotidiens, **le nombre de bouffées de vapeur prises quotidiennement est resté stable entre l'entrée dans l'étude et 1 an.** Parmi les ex-fumeurs qui vappaient lors de l'entrée dans l'étude, **6% avaient rechuté vers le tabagisme à 1 mois, mais aussi 6% à 1 an.** Parmi ceux qui fumaient et vappaient lors de l'entrée dans l'étude, **22% avaient arrêté de fumer à 1 mois, et 46% à 1 an.** Parmi ceux qui fumaient et vappaient lors de l'entrée dans l'étude, et qui fumaient toujours lors du suivi, la consommation de cig/j avait diminuée de 5,3 cig/j à 1 mois (de 11,3 à 6,0 cig/j, $p=0,006$), mais n'a pas diminué plus par la suite à 1 an. Les auteurs concluent que la e-cigarette pourrait contribuer à la **prévention de la rechute chez les ex-fumeurs, et à l'arrêt chez les fumeurs.**

- **Tailles et concentrations des particules de la vapeur de cigarette électronique.**

Fuoco FC et al. Environ Pollut. 2014 Jan;184:523-9.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24172659>

Cette étude a cherché à déterminer la taille et la concentration des particules de la vapeur de e-cigarette. Différents types de e-cigarettes, de e-liquides, de concentrations de nicotine, et différents régimes de bouffées ont été testés. **Le nombre de particules totales maximum, pour une bouffée de 2 s, a été en moyenne de $4,39 \pm 0,42 \times 10^9$ part./cm³, ce qui est comparable à la cigarette conventionnelle ($3,14 \pm 0,61 \times 10^9$ part./cm³).** La durée des bouffées et la concentration en nicotine des e-liquides semble influencer sur la concentration des particules (**plus de particules avec des bouffées plus longues et des concentrations de nicotine supérieures**), mais pas le type d'arôme ou le type de e-cigarette. La taille des particules générées par les e-cigarettes était du **même ordre de grandeur que celle de la fumée de cigarette conventionnelle** (120-165 nm), sans effet de la concentration de nicotine ou des arômes des e-liquides. Contrairement à ce que laisse entendre la conclusion de l'article, cela ne donne pas d'arguments pour la réglementation de la e-cigarette par les autorités réglementaires, mais nous dit que **la vapeur de e-cigarette a des propriétés physiques du même ordre que la fumée de cigarette.** Cela laisse suggérer que **la nicotine contenue dans cette vapeur aurait la possibilité d'atteindre les poumons**, et donc de constituer un **moyen efficace de délivrer de la nicotine.** Cependant, des études de pharmacocinétiques sont nécessaires pour confirmer cette hypothèse. Par contre, il ne faut pas interpréter cette étude comme montrant un quelconque **potentiel de toxicité.** Ce n'est pas parce que la taille et la concentration des particules sont les mêmes que dans la fumée de cigarette, qu'elles sont aussi toxiques. **Aucune étude sur la constitution de ces particules n'est présentée dans cet article**, et il est évident que la vapeur de e-cigarette n'est pas du tout la même chose, en termes de composition et de toxicité, que la fumée de cigarette (combustion du tabac).

[Vu sur le Net](#)

Quelques liens (cliquer sur le titre) qui vous mèneront vers des nouvelles qui ont fait la Une du net ce mois-ci.

[Les buralistes refusent une hausse du tabac de plus de 20 centimes](#)

[La cigarette électronique adoptée par les fumeurs pour réduire leur consommation](#)

[Le fumeur: un malade chronique](#)

[Nhoss, à Bondues, deux copains anciens fumeurs devenus leaders français du vapotage](#)

[Journée Mondiale : 1 Français sur 10 connaît la BPCO](#)

[Soigner son souffle avant de le perdre complètement](#)

[Des médecins lancent un appel en faveur de la cigarette électronique](#)

[Russie : la loi interdisant la publicité des cigarettes entrée en vigueur](#)

[L'e-cigarette pourrait sauver des millions de vies](#)

[Tabac : le Zyban® et le Champix® ne seraient pas dangereux](#)

[Le tabac accélère le vieillissement du visage](#)

formations

Nous avons le plaisir de vous informer de la création d'un Diplôme d'Université à Paris VII, intitulé « **Thérapies cognitivo-comportementales et Motivationnelles des addictions** » pour l'année 2013-2014.

L'objectif de la formation :

- Connaître les bases psychothérapeutiques théoriques et pratiques des addictions à une substance (alcool, tabac, cannabis, opiacés, benzodiazépines, cocaïne...) et des addictions comportementales.
- Savoir discuter l'indication de traitements par TCC et entretiens motivationnels et la mettre en place.
- Réflexion autour de cas cliniques apportés par les étudiants et les enseignants. Elaboration de stratégies thérapeutiques personnalisées.
- Acquisition des compétences en TCC et entretiens motivationnels autour de situations cliniques.

Ce DU est destiné aux médecins, internes, pharmaciens, infirmiers, psychologues, éducateurs, assistants sociaux.

Cet enseignement comprend 9 modules de deux demi-journées (vendredi matin vendredi après midi,) et une journée d'évaluation, complété par un stage de 25 heures.

Module 1 : Modèles cognitifs et comportementaux des addictions, analyse fonctionnelle.

Module 2 : Les schémas cognitifs. La restructuration cognitive.

Module 3 : L'entretien motivationnel. Le changement, Prévention des rechutes, maintien de l'abstinence. L'aide à la compliance

Module 4 : L'adolescent et le jeune adulte. Spécificité du sujet âgé. Spécificité de la comorbidité psychiatrique (schizophrénie, trouble bipolaire)

Module 5 : Spécificités des produits et TCC. Préparation du mémoire.

Module 6 : Spécificités des addictions comportementales et TCC. Préparation du mémoire.

Module 7 : Thérapies de couples, familiales et de groupe. Préparation du mémoire.

Module 8 : Assertivité. Gestion du stress. Gestion des émotions. Préparation du mémoire.

Module 9 : La recherche en TCC et thérapies motivationnelles. Evaluation et méthodologie.

Module 10 : Journée d'évaluation

Les enseignements sont prévus du 31 janvier au 13 juin 2014 (1 à 2 fois par mois).

E-Cigarette Summit 2013

The Royal Society, London, UK, 12th November 2013

The full programme is now available to download [here](#).

Early bird prices are available until October 4th.

Les présentations (et leur transcription) faites au sommet européen sur la e-cigarette sont téléchargeables ici : <http://e-cigarette-summit.com/presentations/>

Conférence publique

Le 12 décembre, salle Thiers, 15 rue Thiers, 49000 Angers à partir de 20 heures, se tiendra une conférence-débat autour de la cigarette électronique avec Jacques Le Houezec, consultant Amzer Glas, spécialiste nicotine et cigarettes électroniques, le Pr Urban, pneumologue, oncologue, chef de service de Pneumologie au CHU d'Angers, le Dr Gentil, PH tabacologue et addictologue au CHU d'Angers, et le Dr Guillaumin, PH tabacologue, addictologue et comportementaliste au CHU d'Angers

Je vous remercie de diffuser l'information

Si besoin contactez Sébastien Godard au 02 41 05 44 18

Bien cordialement

Dr Claude GUILLAUMIN, Tabacologue, addictologue et comportementaliste, PH au CHU Angers (détaché 40 % au CH de Saumur), Coordinateur UCT, Pneumologie, CHU d'Angers



Dates du congrès :

Du vendredi 31 janvier au dimanche 2 février 2014

- Inscriptions :
20 novembre 2013 : augmentation des tarifs
13 janvier 2014 : date limite sur internet au tarif minoré

http://www.congres-pneumologie.fr/programme/index_sessions.asp?action=R&menuId=1

**Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie
16 et 17 Janvier 2014
Palais des Congrès Porte Maillot Paris**

Session commune Société Française de Tabacologie/Société Française de Cardiologie

Société Française de Tabacologie/SFC – Prise en charge du tabagisme : "Vade Mecum pour le cardiologue"	
Judi 16 janvier 2014	Session commune
16:00 - 17:30	Salle 353
Modérateur (s) : E. Garbarz, Nathalie Wirth	
16:00 - 16:20	Tabagisme et maladies cardiovasculaires : quoi de neuf en 2014 ? - D. Thomas
16:20 - 16:40	Comment parler du tabac à un patient fumeur ? - Marion Adler
16:40 - 17:00	Comment utiliser en pratique les outils de sevrage ? - G. Peiffer
17:00 - 17:20	Pilule, tabac et accidents cardiovasculaires : où est le problème ? - I. Berlin

2 sessions « Meet the Expert »

La cigarette Electronique : efficace ? Fiable?	
Judi 16 janvier 2014	Meet the Expert
9:00 - 9:30	Espace Rencontre
Autre session identique « Meet the expert » le vendredi à 12 :00	
Modérateur (s) : D. Thomas	
12:00 - 12:30	- B. Dautzenberg

La cigarette Electronique : efficace ? Fiable?	
Vendredi 17 janvier 2014	Meet the Expert
12:00 - 12:30	Espace Rencontre
Autre session identique « Meet the expert » le jeudi à 9 :00	
Modérateur (s) : D. Thomas	
12:00 - 12:30	- B. Dautzenberg

Epidémiologie et prévention	
Vendredi 17 janvier 2014	Sessions pour infirmières et techniciens médicaux
11:00 - 12:30	Salle 342 AB
Modérateur (s) s: Rosemary Chatelier, Y. Etienne, E. Rohrbacher	
11:00 - 11:20	Prévalence des pathologies cardiovasculaires en France et en Europe - F. Delahaye
11:20 - 11:40	Tabagisme : une priorité dans la prévention - D. Thomas
11:40 - 12:00	Prévention primaire des facteurs de risque. Diabète et hypercholestérolémie - Cathy Daugareil
12:00 - 12:20	Informations du groupe des paramédicaux de la SFC - Monique Lespes

offres d'emploi

Le Centre hospitalier Victor Dupouy à Argenteuil (Val d'Oise) recherche un médecin pour son service de tabacologie. Poste praticien temps partiel ou 6 vacations hebdomadaires (5 pour la tabacologie, 1 pour l'alcoologie), à pourvoir à dater de janvier 2014, pôle addictologie.

Contact :

- Dr Anne Bretel, Chef de service, Tabacologie, Tel. 06 85 56 25 94, anne.bretel@ch-argenteuil.fr

- Dr Monique Sobann, Alcoologie, monique.sobann@ch-argenteuil.fr

(annonce du 15.11.13)

et comme toujours !

Si vous avez des annonces (congrès, symposium, offre d'emploi...) à proposer pour cette lettre, merci de les adresser à Jacques Le Houezec jacques.lehouezec@amzer-glas.com