

- **Le cinquantième anniversaire du premier Surgeon general's report sur le lien entre tabac et cancer du poumon.**

Cole HM & Fiore MC. The war against tobacco: 50 years and counting. JAMA. 2014 Jan 8;311(2):131-2.
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1812968>

Cette année marque le cinquantième anniversaire du premier Surgeon general's report qui a mis à jour le lien entre tabagisme et cancer du poumon. Le JAMA (Journal of American Medical Association) a publié un numéro spécial contenant un grand nombre d'articles sur le tabac. Le constat de cet article est que malgré la réduction importante de la prévalence tabagique, qui est passée de 42% en 1965 à 18% en 2012, accompagné par une réduction de la consommation similaire, le tabagisme reste important chez les plus pauvres, les moins éduqués, les personnes ayant des troubles psychiatriques ou de dépendance (substances psychoactives, alcool), ou ceux appartenant à des minorités. On estime que 3800 adolescents fument leur première cigarette chaque jour aux USA, et que 1000 d'entre eux deviendront des fumeurs quotidiens. Les auteurs proposent trois stratégies pour continuer à combattre le tabagisme. La première est de renforcer les mesures de contrôle du tabac comme l'augmentation des taxes sur le tabac, l'extension de l'interdiction de fumer dans les lieux publics aux 50 Etats de l'Union (USA), et renforcer les lois interdisant aux mineurs d'acheter et d'utiliser le tabac. La seconde est d'appliquer rigoureusement le contrôle de la FDA (agence de réglementation des médicaments et de l'alimentation) sur le tabac, en particulier, en autorisant les images d'avertissement sanitaire sur les paquets, en faisant des campagnes pour limiter l'impact des promotions de l'industrie du tabac, en introduisant une réduction progressive du contenu en nicotine des cigarettes, en interdisant l'utilisation du menthol, et en élargissant le champs d'action de la FDA aux cigares et à l'e-cigarette. Enfin, le traitement de la dépendance au tabac doit devenir un standard dans les soins, et les systèmes de santé doivent s'assurer que les bonnes pratiques cliniques dans ce domaine soient respectées. Il est temps selon eux d'arrêter l'épidémie tabagique.

- **Risques de dépression, ou de comportement suicidaire avec les traitements d'aide à l'arrêt : données d'une cohorte anglaise.**

Thomas KH et al. BMJ. 2013 Oct 11;347:f5704.

Article en libre accès : <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f5704?view=long&pmid=24124105>

Les données de cette cohorte recrutée dans 349 cabinets de médecine générale entre 2006 et 2011, portent sur 119 546 fumeurs âgés de 18 ans et plus (âge médian 45 ± 23) ayant utilisé un traitement d'aide à l'arrêt, dont 81 545 (68,2%) le traitement nicotinique de substitution (TNS), 6741 (5,6%) le bupropion, et 31 260 (26,2%) la varénicline. Les critères principaux d'évaluations étaient un épisode dépressif traité (d'après la date de prescription d'un antidépresseur), et l'issue fatale ou non d'un comportement suicidaire (identifiée sur la base de données des suicides), ainsi que les hospitalisations pour comportement suicidaire (identifiées sur la base de données des hospitalisations), dans les trois mois suivant la première prescription d'un traitement d'aide à l'arrêt du tabac. Des modèles de régressions multiples (Cox) ont permis de déterminer le rapport de risque (hazard ratio), le score de propension, l'analyse de variable instrumentale (prenant en compte les préférences de prescriptions des médecins), et des analyses de sensibilité (en comparant les effets à 6 et 9 mois). Cette étude a recensé 92 cas de comportement suicidaire fatal ou non (326,5 événements pour 100 000 personnes-années), et 1094 cas de dépression traitée (6963,3 pour 100 000 personnes-années). Les analyses n'ont pas montré de risque augmenté de comportement suicidaire fatal ou non (HR=0,88 ; IC 95% 0,52-1,49) ou de dépression traitée

(HR=0,75 ; 0,65-0,87) chez les fumeurs traités par la varénicline par rapport à ceux traités par TNS. De même, pour le bupropion où les chiffres correspondants sont HR=0,83 (0,30-2,31) et HR=0,63 (0,46-0,87), par rapport au TNS. Il est à noter qu'il y a significativement moins d'épisodes dépressifs traités chez les fumeurs ayant reçu de la varénicline ou du bupropion (les intervalles de confiance restent en-dessous de 1). Les résultats ont été identiques dans une sous-cohorte de fumeurs ayant reçu ces traitements pour la première fois. Les résultats ont été similaires avec les autres méthodes d'analyse (score de propension, analyse de variable instrumentale). Les auteurs concluent qu'il n'y a pas de risque accru de tentatives de suicide chez les fumeurs recevant de la varénicline ou du bupropion, par rapport aux fumeurs recevant un TNS. Ces résultats devraient rassurer les autorités de santé.

● **L'évolution de la prévalence du tabagisme dans 187 pays, entre 1980 et 2012.**

Ng M et al. JAMA. 2014 Jan 8;311(2):183-92.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24399557>

Les données de prévalence du tabac de 187 pays ont été analysées et modélisées en fonction de l'âge, du sexe, du pays et de l'année. Globalement, le tabagisme quotidien chez les plus de 15 ans a diminué de 41,2% (IC 95% 40,0-42,6) en 1980 à 31,1% (30,2-32,0 ; p<0,001) en 2012 chez les hommes, et de 10,6% (10,2-11,1) à 6,2% (6,0-6,4 ; p<0,001) chez les femmes. La diminution a été plus rapide entre 1996 et 2006, chutant en moyenne de 1,7% (1,5-1,9) par an, que pendant la période suivante (0,9% ; 0,5-1,3 ; p=0,003). Malgré ce modèle reflétant une diminution de la prévalence globale, le nombre de fumeurs quotidiens a augmenté, passant de 721 millions (700-742) en 1980 à 967 millions (944-989 ; p<0,001) en 2012, ceci est dû à l'accroissement de la population mondiale. La prévalence est fortement variable en fonction de l'âge, du sexe et du pays, allant de 5% chez les femmes de certains pays africains, à 55% chez les hommes au Timor oriental ou en Indonésie. Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement varie aussi considérablement en fonction des pays, et n'est pas corrélé avec la prévalence. Ainsi, même si l'on a observé une baisse généralisée de la prévalence mondiale du tabagisme depuis 1980, l'augmentation de la population, et donc du nombre de fumeurs, fait que le tabac demeure un fléau pour la santé. Il convient donc de renforcer le contrôle du tabac de façon globale, mais plus particulièrement dans les pays où le nombre de fumeurs continue de croître.

En ce qui concerne la France, les données de prévalence sont les suivantes chez l'homme, de 41,5% (38,6-44,7) en 1980, à 37,9% (35,8-39,9) en 1996, à 33,3% (31,2-35,6) en 2006, à 34,4% (30,8-38,0) en 2012, soit une augmentation ces dernières années. Chez les femmes la prévalence est passée de 18,8% (16,4-21,5) en 1980, à 30,1% (28,0-32,3) en 1996, à 27,0% (24,6-29,4) en 2006, à 27,7% (24,0-31,6) en 2012 où l'on constate la très forte augmentation entre 1980 et 1996, et aussi une augmentation en 2012 par rapport à 2006.

● **Prévalence du tabagisme chez les personnes ayant des troubles psychiatriques : association entre les traitements psychotropes et l'arrêt du tabac.**

Lê Cook B et al. JAMA. 2014 Jan 8;311(2):172-182.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1812961>

Aux USA, comme ailleurs dans le monde, l'aide à l'arrêt du tabac a principalement été orientée vers la population générale, et peu vers les personnes ayant des troubles psychiatriques, qui ont pourtant une prévalence tabagique supérieure à la population générale. Les données ont été tirées des enquêtes nationales américaines (de 2004 à 2011) afin de comparer la prévalence tabagique de la population non institutionnalisée (personnes sans troubles psychiatriques et patients traités en ambulatoire), ainsi que les proportions d'arrêt du tabac (défini comme n'ayant pas fumé de cigarette dans le mois précédent, pour une personne se déclarant avoir été fumeur) chez les patients recevant ou non des traitements psychotropes. La population étudiée représente 133 113 personnes sans trouble psychiatrique et 32 156 personnes avec troubles psychiatriques (incluant la détresse psychologique, une possible dépression, ou ceux recevant un traitement pour troubles psychiatriques). Un autre échantillon (enquête sur l'utilisation de médicaments) a permis d'inclure 14 057 fumeurs supplémentaires, ayant des troubles psychiatriques. Les résultats montrent que la prévalence tabagique a diminué dans la population sans trouble psychiatrique, passant de 19,2% (IC 95% 18,7-19,7) à 16,5% (16,0-17,0 ; p<0,001), mais n'a que peu changé dans la population ayant des troubles psychiatriques, où elle est passée de 25,3% (24,2-26,3) à 24,9% (23,8-26,0 ; p=0,5), soit une différence de différences, significative entre les deux populations de 2,3% (0,7-3,9 ; p=0,005). Les résultats montrent aussi que parmi les personnes ayant reçu un traitement pour troubles psychiatriques au cours de l'année, le pourcentage de personnes ayant arrêté le tabac (37,2% de n=5426 ; 35,1-

39,4) était plus important que parmi celles n'ayant pas reçu de traitement pour leurs troubles (33,1% de n=8631 ; 31,5-34,7 ; p=0,005). Ces pourcentages semblent assez élevés, mais ils représentent les arrêts vie-entière, et la description de la méthode est assez obscure. Les auteurs concluent que la baisse de la prévalence tabagique chez les personnes ayant des troubles psychiatriques n'est pas aussi importante que dans la population générale, et indique que les interventions d'aide à l'arrêt n'ont pas été aussi efficaces dans les populations psychiatriques, suggérant qu'il faille faire des efforts pour prendre en charge l'arrêt du tabac dans ces populations.

● Association de varénicline et de bupropion pour le traitement de la dépendance au tabac.

Ebbert JO et al. JAMA. 2014 Jan 8;311(2):155-63.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24399554>

Cette essai clinique randomisé, en double-insu, contrôlé contre placebo, a comparé l'effet d'une association de traitement entre varénicline et bupropion à un traitement varénicline plus placebo, chez 506 fumeurs adultes (≥ 18 ans). L'essai comportait une phase de traitement de 12 semaines et un suivi d'un an (315 participants ont complété l'étude, soit 62% de l'échantillon). Le critère principal d'efficacité était l'abstinence prolongée à 12 semaines (avec 2 semaines de grâce après la date d'arrêt), et l'abstinence ponctuelle (pas de cigarette les 7 derniers jours) à 12 semaines. Les critères secondaires étaient les mêmes évaluations à 26 et 52 semaines. L'abstinence était confirmée par mesure du CO expiré (≤ 8 ppm). A 12 semaines, les pourcentages d'abstinence prolongée et ponctuelle étaient de 53,0% et 56,2% dans le groupe varénicline + bupropion, et de 43,2% et 48,6% respectivement dans le groupe varénicline + placebo (OR=1,49 ; IC 95% 1,05-2,12 ; p=0,03 et OR=1,36 ; 0,95-1,93 ; p=0,09, respectivement). A 26 semaines, les pourcentages étaient respectivement de 36,6% et 38,2% pour l'association, et 27,6% et 31,9% pour la varénicline + placebo (OR=1,52 ; 1,04-2,22 ; p=0,03 et OR=1,32 ; 0,91-1,91 ; p=0,14, respectivement). A 52 semaines, les pourcentages étaient respectivement de 30,9% et 36,6% pour l'association, et 24,5% et 29,2% pour la varénicline + placebo (OR=1,39 ; 0,93-2,07 ; p=0,11 et OR=1,40 ; 0,96-2,05 ; p=0,08, respectivement). Les participants ayant reçu l'association varénicline + bupropion ont rapporté plus d'anxiété (7,2% vs. 3,1% ; p=0,04) et de symptômes dépressifs (3,6% vs. 0,8% ; p=0,03). Si les résultats d'abstinence prolongée ont montré une efficacité supérieure de l'association varénicline + bupropion à 12 et 26 semaines, ce n'était pas le cas de l'abstinence ponctuelle de 7 jours, ce qui est un peu surprenant. Aucune différence n'a été observée à 52 semaines. Compte tenu des symptômes anxieux et dépressifs significativement plus élevés en cas d'association, celle-ci ne semble pas devoir être recommandée.

● L'observance du traitement par TNS est-elle indispensable pour le succès du sevrage tabagique ?

Raupach T et al. Addiction. 2014 Jan;109(1):35-43.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23919621>

Le manque d'observance du traitement est souvent mis en avant pour expliquer le manque d'efficacité des traitements d'aide à l'arrêt du tabac. Cette étude a cherché à tester cette hypothèse. Afin d'éviter les biais, seules les études où l'observance était mesurée avant la rechute ont été incluses. Ainsi 5 études remplissaient ce critère et leurs résultats ont été analysés indépendamment par deux chercheurs. L'hétérogénéité des données n'a pas permis de les regrouper en méta-analyse. Selon les auteurs, les 5 études étaient très variables en ce qui concerne à la fois la définition de l'observance et les mesures d'arrêt. Il ne s'agit que d'études ayant testé l'observance du traitement nicotinique de substitution (TNS). Une étude utilisant un comprimé de nicotine (2 ou 4 mg), a montré que la quantité de traitement utilisée entre 1 et 2 semaines après la date d'arrêt (comparant un groupe utilisant en moyenne 10 comprimés par jour par rapport à un groupe utilisant en moyenne 5 comp/j) était prédictive de l'abstinence à 6 semaines (OR= 1,25 ; IC 95% 1,05-1,50 ; p<0,02). Dans une autre étude où des gommes à la nicotine étaient associées à un patch, la quantité de gommes utilisées lors de la première semaine était prédictive de l'abstinence à 4 semaines (OR par mg/j additionnel = 1,05 ; 1,01-1,10). Dans la troisième étude, chez 96 fumeurs dépendants de l'alcool, un traitement par patch + gommes (actives ou placebo) était proposé pendant 12 semaines. Les participants ayant utilisé plus de gommes (actives ou placebo) durant la seconde semaine de traitement avaient plus de chances d'être abstinents à 3 (+4% ; IC 95% 1-6 ; p=0,008) et 6 mois (+4% ; 1-8 ; p=0,045), mais pas à 1 an. Dans la quatrième étude, le fait d'utiliser un TNS (les participants étaient simplement encouragés à acheter eux-même leur traitement) pendant au moins 5 semaines était prédictif de l'abstinence (non validée par mesure biologique) à 6 mois (61,0% vs. 42,6% ; p=0,039). Enfin dans la dernière étude, utilisant le spray nasal de nicotine, l'abstinence à 2 ans n'était pas prédite par la durée d'utilisation du traitement, mais il n'y avait pas suffisamment de sujets (n=92) pour avoir une puissance statistique suffisante. Comme le font remarquer les auteurs, ces études sont très hétérogènes, et il n'est pas étonnant compte tenu de leur faible nombre

qu'ils ne puissent pas conclure de façon certaine de l'effet de l'observance du traitement sur son efficacité.

● Taux de cotinine salivaire chez les utilisateurs de cigarette électronique.

Etter JF. *Addiction*. 2014 Jan 8. doi: 10.1111/add.12475. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24401004>

Afin d'avoir une idée de l'efficacité de la substitution nicotinique que les utilisateurs de e-cigarette obtiennent avec celle-ci, Jean-François Etter a demandé à 301 des participants à une enquête sur internet (2011-2012), cherchant à déterminer les caractéristiques d'utilisation de la e-cigarette, de renvoyer un échantillon de salive afin de mesurer la concentration de cotinine. Le taux de réponse de 25% a permis de recueillir 71 échantillons. Les données de l'enquête montrent que 89% des 71 participants (âge moyen 46 ans, 66% d'hommes, provenance : USA 75%, France 17%, Suisse 8%) avaient arrêté de fumer, que 92% utilisaient la e-cigarette quotidiennement, et l'utilisaient en moyenne depuis 12 mois (fumaient 25 cig./j en moyenne avant l'arrêt), en prenant environ 150 bouffées (médiane) par jour de l'e-cigarette (moyenne = 220 bouffées par jour, IC 95% 169-271). La médiane de la concentration de nicotine de leurs e-liquides était de 16 mg/ml (moyenne = 16,4 ; 14,5-18,3). Parmi 62 d'entre eux, n'ayant pas fumé ou pris de substituts nicotiques au cours des 5 derniers jours, la médiane de concentration salivaire de cotinine était de 373 ng/ml (moyenne = 374,95 ; 318-429), alors que chez 6 utilisateurs de e-cigarette et fumant encore, la cotinine salivaire était de 316 ng/ml. La corrélation entre la cotinine salivaire et la concentration du e-liquide utilisé était de $r=0,33$ ($p=0,013$), et celle entre la cotinine salivaire et le nombre de cigarettes fumées avant l'arrêt était de $r=0,48$ ($p<0,001$). Dans cet échantillon, relativement faible, il semble que les utilisateurs de e-cigarette soient capables d'obtenir autant de nicotine avec leur e-cigarette que la plupart des fumeurs avec des cigarettes de tabac.

● La cigarette électronique pourra-t-elle rendre l'usage du tabac obsolète ?

Abrams DB. *JAMA*. 2014 Jan 8;311(2):135-6.
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1812971>

Dans ce numéro du JAMA consacré au cinquantenaire du premier Surgeon general's report, David Abrams présente l'e-cigarette comme une technologie perturbatrice qui pourrait rendre l'usage du tabac obsolète avant le centenaire de ce rapport, et faire en sorte que le milliard de morts dû au tabagisme avancé par l'OMS au cours de ce siècle, soit considérablement réduit. Le débat actuel sur la e-cigarette oppose ceux qui voient en elle une formidable opportunité de réduction du risque et ceux qui y voient un péril pour le contrôle du tabac. Selon lui, deux philosophies dominent le contrôle du tabac, l'abstinence et la réduction du risque. L'abstinence est prônée par ceux qui estiment qu'il faut supprimer toute utilisation de tabac parce qu'il n'existe pas de consommation sûre de tabac ou de nicotine. Ceux qui prônent la réduction du risque souhaitent réduire les risques inhérents à ce comportement. En effet, bien que nous ne disposions pas de toutes les données scientifiques selon les critères habituels de sécurité en termes de santé, celles dont nous disposons pointent vers l'opportunité de détenir une nouvelle classe de produits à base de nicotine, plus sûrs, mais aussi attirants, qui pourrait accélérer le déclin de la cigarette et du tabac. L'auteur reconnaît qu'il est nécessaire d'établir une réglementation de ces nouveaux produits, mais qui doit être mesurée à l'aune des possibilités de réduction du risque. Selon lui par exemple, les taxes devraient être proportionnelles au danger pour la santé, en faisant que les systèmes de santé prennent en charge l'utilisation des substituts nicotiques à long-terme (y compris à vie), en taxant très faiblement ou pas du tout les e-cigarettes ou le snus, mais en doublant ou triplant les taxes actuelles sur le tabac. Un point d'achoppement entre les partisans de l'abstinence et ceux de la réduction du risque concerne les restrictions d'utilisation en public. En ce qui concerne l'exposition passive, les quelques données existantes ne montrent pas de réel danger, mais les opposants avancent l'argument de la renormalisation du tabagisme. Pourtant les données dont nous disposons montrent plutôt un effet de sortie du tabagisme pour les fumeurs, plutôt qu'un substitut à utiliser lorsqu'ils n'ont pas la possibilité de fumer. L'auteur cependant met en garde les fabricants de ne pas tomber dans le piège de reproduire la promotion du tabac telle qu'on l'a connue au siècle dernier, et prône pour une réglementation claire concernant la vente et la publicité pour ces produits afin de ne pas créer de demande de la part des adolescents. Concernant les professionnels de santé, il rappelle que pour les fumeurs désirant s'arrêter il existe des traitements approuvés qui ont fait leurs preuves, mais que pour certains fumeurs qui n'arrivent définitivement pas à arrêter de fumer, les produits non combustibles comme la e-cigarette ou le snus sont préférables à n'importe quel produit combustible. Il conclut cependant que plus les e-cigarettes seront attractives, tout en étant réglementées de façon appropriée, plus elles représenteront une technologie perturbatrice capable de rendre l'usage du tabac obsolète, et que si telle est la perspective, les experts du contrôle du tabac doivent s'ouvrir

à cette nouvelle stratégie.

- **Une perspective sur l'origine, le développement et les effets de la CCLAT de l'OMS.**

Yach D. *The Lancet*. 2014 Jan 22. doi:10.1016/S0140-6736(13)62155-8. [Epub ahead of print]
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2962155-8/fulltext>

Derek Yach, qui a été Directeur de cabinet de Gro Harlem Brundtland à l'OMS et qui a joué un rôle essentiel dans le développement de la Convention cadre de lutte anti-tabac de l'OMS, fait le point sur l'évolution de la CCLAT et de l'influence de l'OMS dans la lutte contre le tabagisme. Lui aussi insiste sur le rôle de la réduction du risque et souhaite que cette lutte fasse la différence entre le tabac et la nicotine. Il estime que la CCLAT n'a pas anticipé le rôle des produits non combustibles à base de nicotine ne contenant pas de tabac, comme la e-cigarette. Il demande à l'OMS de revoir sa politique en séparant nicotine et tabac, en revoyant ses politiques concernant les taxes, l'exclusion de l'industrie du tabac, la publicité et la réglementation des produits. Il souhaite que l'OMS s'engage dans le soutien de la recherche dans ces domaines afin que ces politiques soient réellement basées sur les connaissances et non des suppositions. Il suggère aussi que des personnes plus jeunes accèdent à des postes importants afin d'utiliser le sens de l'urgence, de la passion, de la connectivité et de l'utilisation des nouveaux média afin de stimuler le contrôle du tabac à innover dans le but d'une meilleure santé pour tous.

- **Le sevrage tabagique.**

Peiffer et al. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités* (2013) 5, e5-e15.
<http://www.em-consulte.com/article/864830/article/le-sevrage-tabagique>

Une fois n'est pas coutume, je vous signale un article en français. Je copie simplement le résumé ici.

Le tabagisme, considéré maintenant comme une maladie chronique, reste un problème majeur de santé publique. Le tabac, première cause évitable de mortalité, tue 5 millions de personnes par an dans le monde et 73 000 en France chaque année. Il est responsable de 9 cancers bronchiques sur 10. La diminution du tabagisme dans les pays où la lutte anti-tabac est efficace, s'accompagne d'une diminution de l'incidence des cancers bronchiques. La diminution du risque est corrélée à la précocité de l'arrêt. La plupart des recommandations internationales et nationales de prise en charge du cancer bronchique, conseille fortement le sevrage tabagique en raison de l'efficacité plus grande des traitements, de l'amélioration de la qualité de vie, de la réduction des risques de complication post-opératoires en cas de chirurgie thoracique.

Le tabagisme est une addiction : le sevrage est difficile et se caractérise souvent par des rechutes. Il existe des traitements efficaces : toujours associé à un soutien psychologique, peuvent aider les traitements médicamenteux (substituts nicotiques en première ligne, bupropion, varénicline en deuxième ligne et les thérapies cognitives et comportementales. Le rôle des professionnels de santé est fondamental. Tout soignant devrait ainsi s'enquérir du tabagisme systématiquement, proposer une aide, savoir prescrire un traitement d'aide, assurer le suivi soit lui-même, soit par le médecin traitant ou le cas échéant faire appel aux structures spécialisées de tabacologie si nécessaire.

[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.

[Augmentation du prix du tabac: et si on arrêta de fumer en 2014?](#)

[Cigarette électronique : qui sont les vapoteurs ?](#)

[La cigarette électronique est-elle efficace pour lutter contre le tabagisme ?](#)

[Patches et gommes à la nicotine : tenez-les hors de portée des enfants !](#)

[Cigarette électronique : porte d'entrée vers le tabac ?](#)

[Le stress pendant la grossesse mène au tabagisme](#)

[Tabac : 1 milliard de décès attendus au XXIe siècle](#)

Chaque année, 300 000 adolescents deviennent accros à la cigarette

Tabac: le prix du paquet de cigarettes augmente de 20 centimes

Arrêt du tabac : les recommandations de la Haute Autorité de Santé

L'industrie du tabac cherche à rendre de plus en plus de personnes dépendantes de la cigarette



Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

La section **Efficacité** des traitements sur le site www.treatobacco.net a été mise à jour, la version française et déjà disponible. La mise à jour de la section **Economie de la santé** va aussi être mise en ligne dans les prochains jours, ainsi que la nouvelle section sur la **e-cigarette**.

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).

informations

Une unité « addictions des adolescents » a été développée à l'hôpital Paul-Brousse. Cette unité s'adresse aux jeunes de 15 à 23 ans présentant des conduites addictives aux substances psychoactives (cannabis, « binge drinking », opiacés, psychostimulants...) ou comportementales (jeux vidéos ...). **Cette unité se compose d'une consultation spécialisée et, depuis peu, d'un hôpital de jour.**

Toutes les informations sont consultables sur le site du CERTA :

<http://cms.centredesaddictions.org/index.php/traitements/unite-addictions-des-adolescents>

Toute nouvelle prise en charge se fait à la demande du médecin référent du patient. **Vous êtes ainsi invités à proposer vos patients pour une prise en charge en HDJ.** Vous resterez au centre du dispositif de soins en coordination avec l'équipe de l'HDJ.

congrès

Le Dr Stenger a rédigé un compte-rendu du congrès de la SFT de Clermont-Ferrand, vous pouvez le télécharger sur le site de Fractal. <http://www.fractal.asso.fr/index3.php?art=article&categorie=8&article=393>



N'oubliez pas de vous inscrire à la 15ème Conférence de la SRNT Europe :
<http://2014srnt.sergas.es/Default.aspx>

offres d'emploi

Le centre de réadaptation cardiovasculaire de la clinique Allera y Labrouste (Paris) cherche un **tabacologue** pouvant intervenir une demi-journée par semaine.

Contact : Dr Philippe Duc, Responsable de la réadaptation cardiovasculaire, Tél. 06 64 54 37 04, philippeduc94@gmail.com

(annonce du 14.01.14)

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