

● Motivation à l'arrêt, tentatives d'arrêt et arrêt récent du tabac aux USA (2010).

Yong LC et al. *Occup Environ Med.* 2014 Feb 4. [Epub ahead of print].
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24497440>

Les données ont été tirées de l'enquête américaine de la National Health Interview 2010, sur une population non institutionnalisée. L'intérêt pour l'arrêt (répondre oui à la question « Voudriez-vous arrêter de fumer totalement ? »), les tentatives d'arrêt (les fumeurs fumant depuis plus de 2 ans et répondant oui à la question « Avez-vous arrêté de fumer plus d'une journée parce que vous souhaitiez arrêter de fumer au cours des 12 derniers mois ? »), plus ceux qui avaient arrêté au cours de l'année et répondant à la question « depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ? »), et la réussite de sevrage tabagique (définie comme les fumeurs qui avaient cessé de fumer pendant 6-12 mois au moment de l'enquête) ont été analysés. Des analyses de régression logistique ont été utilisées pour identifier les facteurs associés à l'arrêt après ajustement sur les caractéristiques démographiques (âge, origine ethnique, niveau d'instruction et statut matrimonial). Les données étaient disponibles pour 17 524 adultes qui avaient un emploi dans les 12 mois précédant l'enquête. L'intérêt pour l'arrêt, les tentatives d'arrêt, et la réussite de sevrage tabagique étaient de 65,2 %, 53,8 % et 6,8%, respectivement. L'intérêt pour l'arrêt était moins important chez les travailleurs ayant de longues heures de travail, mais était plus probable chez ceux ayant une insécurité d'emploi, ou travaillant en milieu de travail avec expositions respiratoires ou de la peau. Les tentatives d'arrêt étaient plus fréquentes chez les travailleurs en environnement de travail hostile, mais moins probable chez les travailleurs vivant dans une maison où fumer était permis ou chez ceux qui fumaient ≥ 11 cigarettes/jour. L'arrêt récent était moins probable chez les travailleurs exposés fréquemment à d'autres fumeurs au travail ou vivant dans une maison où fumer était permis, mais plus probable parmi les travailleurs couverts par une assurance maladie. Les auteurs concluent que les facteurs associés à l'intérêt pour l'arrêt ou à une tentative d'arrêt, diffèrent de ceux associés au succès de l'arrêt. Le succès de l'arrêt pourrait être amélioré en réduisant l'exposition à d'autres fumeurs au travail et à la maison, et en améliorant l'accès à l'assurance maladie.

● Exposition passive à la fumée de tabac et chances d'arrêt parmi les patients atteints de maladie coronaire (EUROASPIRE III).

Prugger C et al. *Eur Heart J.* 2014 Mar;35(9):590-8.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24334711>

L'enquête EUROASPIRE III, chez les patients atteints de maladie coronaire, vient confirmer aussi ces résultats. Cette enquête, réalisée en 2006-2007, conduite dans 22 pays européens chez des patients dont l'âge va jusqu'à 80 ans, a interrogé ces patients environ 15 mois après leur hospitalisation. Les données analysées ont été le statut tabagique avant l'hospitalisation et lors de l'entretien, et l'exposition passive à la fumée de tabac à la maison, au travail, et dans d'autres lieux. Le CO expiré a été mesuré pour valider l'arrêt du tabac. Sur 8729 patients, 6060 (69,4%) étaient non fumeurs avant l'hospitalisation, parmi lesquels 10,3% étaient exposés à la fumée de tabac à la maison, 7,2% au travail, et 13,8% ailleurs. Globalement, 24,2% des non fumeurs étaient exposés à la fumée de tabac dans au moins un lieu (22,7% pour la France). Parmi les fumeurs hospitalisés (n=2669), les chances d'arrêt du tabac au moment de l'entretien (15 mois après l'hospitalisation en moyenne), étaient réduites pour ceux qui étaient exposés à la fumée de tabac à la maison (25,3% vs. 58,1% ; OR=0,26 ; IC 95% 0,20-0,33 ; p<0,001), au travail (32,2% vs. 52,7% ; OR=0,56 ; 0,42-0,76 ; p=0,001) ou ailleurs (38,0% vs. 52,8% ; OR=0,63 ; 0,48-0,84 ;

p=0,003), par rapport à ceux qui n'étaient pas exposés. Ainsi il est notable qu'une proportion non négligeable (presque 1 sur 4) de patients non fumeurs sont exposés à la fumée de tabac, et que chez les patients fumeurs ce fait réduit leurs chances d'arrêt du tabac.

En France les OR de l'analyse multivariée (tous les OR présentés ici ont été ajustés sur des covariables, âge à l'hospitalisation, sexe, éducation, diagnostic, récurrence de maladie coronarienne, etc...) étaient respectivement de OR=0,22 (0,08-0,58), p=0,002 pour l'exposition à la maison, de OR=1,0 (0,39-2,60), p=0,99 pour l'exposition au travail, et de OR=1,16 (0,46-2,93), p=0,76 pour l'exposition ailleurs. Il faut noter que les données de l'enquête EUROASPIRE III ont été recueillies en 2006-2007, c'est-à-dire à cheval sur la première phase d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail en France (février 2007) et avant l'application dans les CHRDC (Cafés, Hôtels, Restaurants, Discos et Casinos) de janvier 2008. Ceci peut sans doute expliquer le chiffre (22,7%) moins élevé que la moyenne de cette enquête (24,2%) de patients non-fumeurs restant exposés, et que le risque de rester fumeur est significativement corrélé avec le fait de rester exposé au tabagisme passif à la maison, mais pas avec l'exposition sur les lieux de travail et autres lieux (non significatif). En France, il convient donc d'être particulièrement vigilant quant à l'exposition à la fumée à domicile.

● Efficacité des personnels des pharmacies à délivrer des interventions d'aide à l'arrêt.

Mdege ND & Chindove S. Res Social Adm Pharm. 2014 Jan-Feb;10(1):21-44.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23743504>

Voir aussi la revue Cochrane : <http://summaries.cochrane.org/fr/CD003698/au-sein-des-officines-le-personnel-forme-peut-etre-capable-daider-les-personnes-qui-souhaitent-arreter-de-fumer>.

La mise en œuvre des interventions d'aide à l'arrêt nécessite des stratégies permettant d'atteindre une grande proportion de la population. Les pharmaciens et les personnels des pharmacies sont donc une ressource humaine potentielle pour l'intervention d'aide à l'arrêt. Cette revue vise à identifier et à décrire les preuves actuellement disponibles sur l'efficacité des interventions d'aide à l'arrêt offertes par les personnels des pharmacies. Cette revue a pris en compte les essais cliniques contrôlés et randomisés qui comparent les interventions d'aide à l'arrêt en pharmacie, par rapport à l'absence d'intervention, la prise en charge habituelle ou d'autres traitements. Les paramètres étudiés étaient l'abstinence (ex : abstinence ponctuelle ou abstinence continue) et la rechute (ex : le délai de la rechute). Un gros problème d'interprétation des résultats est dû à la grande hétérogénéité des interventions cliniques, et n'a pas permis de regrouper les résultats. Dix études ont été retenues, avec un total de 20 133 participants. Les résultats suggèrent que l'aide à l'arrêt délivrée par le personnel de pharmacie pourrait être bénéfique, en particulier avec un minimum de 6 mois de suivi (seulement 7 études sur les 10). L'association d'un suivi avec un traitement pharmacologique pourrait également être bénéfique. Les résultats de l'efficacité de la substitution nicotinique sont mitigés, seule une étude suggérant un avantage à 6 mois, deux autres ne suggérant aucun avantage clair. En conclusion, les interventions de suivi non pharmacologique (conseil ou soutien comportemental) et celles qui associent ces interventions avec le TNS ou d'autres traitements pharmacologiques par le personnel de pharmacie sont potentiellement efficace. Aucun avantage clair n'a été démontré sur la seule délivrance de TNS par le personnel de pharmacie. Cette étude présente surtout l'intérêt d'encourager à faire des études mieux conduites, avec des effectifs importants, et proposant un suivi d'au moins 6 mois.

● La varénicline fait mieux que le patch seul au bout de 3 ans.

Hsueh KC et al. Psychopharmacology (Berl). 2014 Feb 13. [Epub ahead of print]

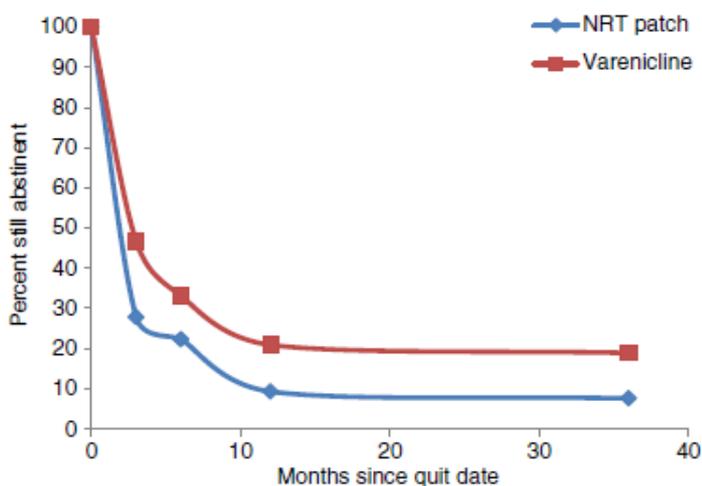
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24522334>

Cette étude visait à comparer les taux d'abstinence prolongée de fumeurs traités par la varénicline par rapport à ceux traités par patch de nicotine, dans leur tentative d'arrêt (traitement de 8 semaines), et jusqu'à 36 mois. Cinq cent quatre-vingt sept fumeurs ont été recrutés entre février 2006 et août 2009, dans un centre d'aide à l'arrêt taïwanais. Les participants ont reçu les conseils d'un médecin et ont été reçu un traitement soit par la varénicline (N=296), soit par un patch de nicotine (N=291), pour arrêter de fumer. Les deux traitements étaient délivrés pour un maximum de 8 semaines. Les participants ont été ensuite suivis par téléphone à 3, 6, 12, et 36 mois après la première visite (sans validation biologique). Le critère principal d'évaluation était l'abstinence prolongée auto-déclarée jusqu'à 36 mois. Des paramètres ont été également pris en compte comme la dépendance (FTCD), le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, et les caractéristiques socio-démographiques (dont le niveau d'éducation).

Les résultats montrent que les caractéristiques des participants étaient différentes dans les deux groupes. Le pourcentage d'hommes était très important dans les deux groupes (88,5% pour la varénicline et 83,2% pour le patch, avec une différence presque significative, $p=0,06$). Le niveau d'éducation était plus élevé dans le groupe recevant la varénicline ($p=0,001$), et ceux-ci étaient plus dépendants (cig/j $27,8 \pm 16,1$ vs. $24,1 \pm 12,1$; $p=0,002$; FTCD $6,7 \pm 2,3$ vs. $5,9 \pm 2,3$; $p<0,001$). La régression logistique montre un avantage significatif pour la varénicline par rapport au patch à tous les points temps, avec à 36 mois un OR = 7,94 (IC à 95% 1,87 à 33,74).

Table 5 Percent sustained abstinence at each follow-up and relapse rate from that point to 36 months

Months since quit date	Percent sustained abstinence		Percent relapse to 36 months	
	NRT patch	Varenicline	NRT patch	Varenicline
3	27.8	46.6	72.7	59.4
6	22.3	33.1	65.9	42.9
12	9.3	20.9	18.3	9.6
36	7.6	18.9	-	-



graphique), et qu'il est clair que l'abstinence à court terme est un fort déterminant de la réussite.

Les pourcentages d'abstinence sont décrits dans le tableau ci-contre. En conclusion, un traitement de 8 semaines par varénicline semble donner un taux d'abstinence supérieur, pendant tout le suivi et jusqu'à 3 ans après le début du traitement, par rapport à un traitement de la même durée avec un patch, dans le cadre d'une pratique clinique de routine où un soutien comportemental est disponible. Cette étude qui est intéressante parce qu'elle a été conduite dans des conditions proches de la réalité, comporte cependant plusieurs limitations qui ne permettent pas de généraliser ces résultats. Premièrement le fait que la population étudiée est majoritairement masculine (>80% d'hommes). Deuxièmement, la varénicline n'a été disponible qu'en août 2007, et donc les premiers fumeurs recrutés n'ont pas eu le choix du traitement. D'ailleurs, le taux de succès avec le patch a chuté brutalement (passant de 9,3% à 2,6% entre les deux périodes), alors que le taux de succès global a augmenté dans le centre d'aide à l'arrêt (passant de 9,3% à 15,6%) après l'introduction de la varénicline. Et enfin, que l'abstinence à partir de 3 mois n'était obtenue que par déclaration au téléphone, sans validation biologique. Elle a l'avantage cependant de montrer une fois de plus que les taux de rechute sont parallèles après la fin du traitement (voir

● Effets aigus de la shisha ou narghilé sur la fonction pulmonaire et la capacité d'exercice.

Hawari FI et al. *Inhal Toxicol.* 2013 Aug;25(9):492-7.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23905967>

Cette étude pilote, réalisée en Jordanie, a recruté 24 fumeurs sains de 18 à 25 ans (sans pathologie cardiovasculaire ou pulmonaire) qui devaient s'abstenir d'utiliser le narghilé pendant 48h avant la séance expérimentale, et de fumer le jour de l'expérience (donc environ 8-12h d'abstinence). Des mesures de bases ont été réalisées en laboratoire, puis les fumeurs sont allés utiliser un narghilé pendant 45 minutes dans un café voisin, et devaient revenir dans les 30 minutes suivantes pour les mesures post-test. Après la séance de narghilé, les mesures suivantes ont présenté des variations significatives (tous les $p<0,05$). Le CO expiré est passé de 3,7 ppm à 24,4 ppm, la consommation d'oxygène a diminué de 1,86 à 1,70 L/min, le rythme respiratoire a augmenté de 17,7 à 19,7 inspirations/min, le flux expiratoire forcé (FEF) mesuré à mi-chemin de la capacité vitale forcée a diminué de 5,51 à 5,29 L, et la perception de l'effort (mesuré par l'échelle visuelle-analogique de Borg) à la moitié et au pic de l'exercice (exercice modéré sur un vélo avec augmentation progressive de l'effort) a augmenté. La pression artérielle systolique (de 118,9 à 129,2 mmHg), la pression pulsée ou pression différentielle (de 45,3 à 55,6 mmHg), et le produit de la pression artérielle systolique et de la fréquence cardiaque (de 9,9 à 11,1 mmHg/min divisé par 1000) ont augmenté après l'utilisation du narghilé. Au cours de l'exercice, une diminution de la consommation d'oxygène a été observée (de 10,89 à 9,97 ml/pulsation), ainsi qu'une augmentation de la consommation d'oxygène par le cœur (de 3,52 à 3,91 battements/ml/kg) ($p<0,05$ pour les deux). Cependant, aucun changement significatif n'a été observé pour le volume expiratoire forcé ou FEV₁ (de 5,03 à 4,95 L/sec), la saturation en oxygène (de 96,4% à 96,1%), la fréquence cardiaque (de 82,9 à 85,3), la pression artérielle diastolique (inchangée à 73,6), le pic de fréquence cardiaque (de 179,3 à 178,5), ou les pics de

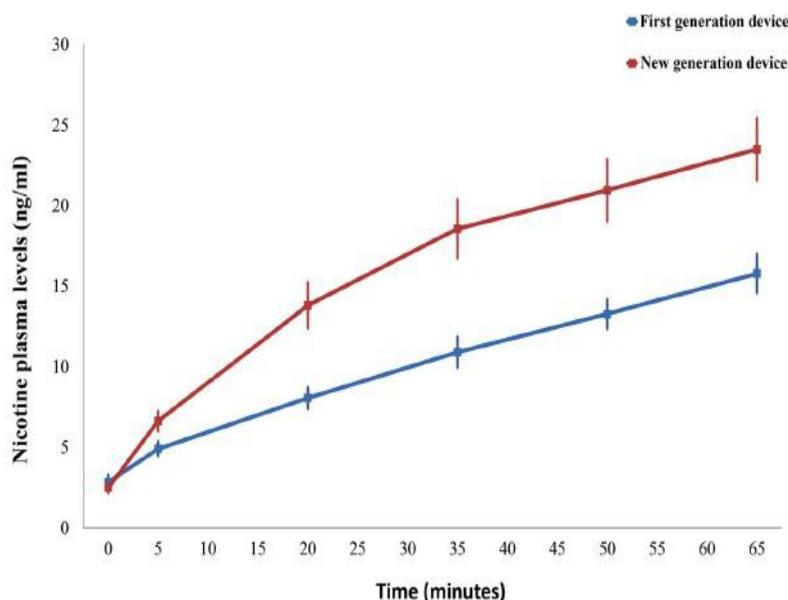
pression systolique (de 169,5 à 164,1 mmHg) et diastolique (de 81,3 à 78,8 mmHg). Il faut noter que les sujets étaient jeunes et en bonne santé, et ont acquis une certaine tolérance due à leur consommation régulière, ce qui pourrait expliquer le manque de sensibilité sur ces paramètres. Des études sur un échantillon plus important, et dans des tranches d'âge plus élevées seraient nécessaires pour compléter ces résultats.

● Comparaison de l'absorption de nicotine avec une e-cigarette par rapport à une cigarette.

Farsalinos K et al. *Sci Rep.* 2014 Feb. 26. [Epub ahead of print]

Article en libre accès : <http://www.nature.com/srep/2014/140226/srep04133/full/srep04133.html>

Cette étude a été réalisée par l'équipe du Dr Farsalinos, en comparant l'absorption de nicotine (mesurée par la nicotémie) au cours de deux séances de 65 minutes, l'une avec une e-cigarette de première génération à cartomiseur (V2cigs, USA), ressemblant à une cigarette, l'autre avec une e-cigarette de dernière génération, appelée "mod" (EVIC, Joyetech, Chine) munie d'un clearomiseur (EVOD, KangerTech, Chine). Les deux types de e-cigarette ont été utilisés avec le même liquide à 18 mg/ml de nicotine (Max Blend, Flavourart SRL, Italie). Le cartomiseur de la V2 était rempli avec 1 ml de liquide et rempli de nouveau en cours de séance si besoin, et était muni d'une batterie au Lithium de 250 mAh, remplacée en cours de séance si nécessaire. Le clearomiseur EVOD était rempli de 2 ml de liquide, et le mod EVIC contrôlé électroniquement était muni d'une batterie au Lithium de 2600 mAh et réglé sur une puissance de 9 Watts. Les participants (n=23) âgés en moyenne de $40,0 \pm 1,9$ ans, avaient fumé en moyenne depuis $21,5 \pm 1,9$ ans et étaient fortement dépendants (moyenne de $33,6 \pm 2,5$ cigarettes/jour, score de Fagerström, FTCD, de $6,96 \pm 0,40$ et score à l'échelle CDS de $53,26 \pm 1,13$). Ils utilisaient l'e-cigarette depuis $18,9 \pm 2,3$ mois en moyenne, et 20/23 avaient arrêté de fumer totalement depuis moins d'un mois. Ils ont participé à deux séances en s'abstenant de vaper, de consommer du café ou de l'alcool, pendant au moins 8 heures. Ils devaient alors prendre 10 bouffées d'e-cigarette en 5 minutes (pour comparer avec la consommation d'une cigarette), puis pouvaient vaper ensuite comme ils souhaitaient pendant 60 minutes supplémentaires. Avant de commencer à vaper, une mesure de monoxyde de carbone (CO) et un premier échantillon sanguin (pour mesurer la nicotémie) étaient réalisés. Un nouvel échantillon sanguin était ensuite prélevé toutes les 15 minutes, et une dernière mesure de CO était réalisée 10 minutes après la fin de la séance de



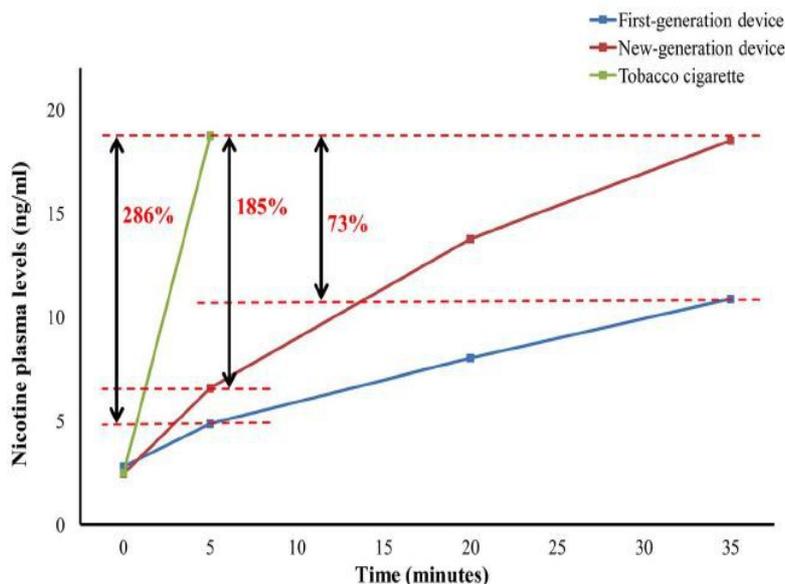
vape (à 75 minutes). Les résultats concernant l'absorption de nicotine avec les 2 types de e-cigarette sont présentés ci-contre. Comme on peut le constater sur le graphique, la e-cigarette de nouvelle génération (mod EVIC + Clearomiseur EVOD) augmente plus et plus rapidement la nicotémie que la e-cigarette de première génération (V2). Ceci dès les 5 premières minutes ($p=0,003$), et par la suite à tous les temps ($p \leq 0,001$). A 20 minutes, l'utilisation du mod donne une nicotémie 70% plus élevée que la V2, cette différence diminue avec le temps mais reste de près de 50% supérieure à la fin de la séance de vape. De même la mesure du craving, mesuré par l'échelle Cigarette Withdrawal Scale ou par une simple échelle visuelle-analogique (0 à 100), était significativement plus atténuée par le mod que la V2. Avec

l'échelle visuelle-analogique, elle était respectivement de $72,3 \pm 1,9$ (mod) et $71,1 \pm 2,1$ (V2) au début de la séance, de $47,9 \pm 1,9$ et $60,2 \pm 2,1$ après 10 bouffées en 5 minutes, et de $25,3 \pm 2,5$ et $32,0 \pm 2,7$ à la fin de la séance de vape. De même la satisfaction de la vape ($p=0,003$) et le "throat hit" (impact dans la gorge, $p<0,001$) étaient significativement plus importants avec le mod qu'avec la V2.

Bien évidemment, en l'absence de combustion, la mesure du CO n'a pas montré d'élévation (environ 6 ppm au début et à la fin).

Mais le plus intéressant pour la compréhension de l'efficacité de la vape pour s'abstenir de fumer réside dans la comparaison de l'absorption de nicotine avec la e-cigarette par rapport à la cigarette de tabac. C'est ce qu'ont fait les auteurs de cette étude en comparant des données obtenues dans une autre étude (Vansickel et al. *Addiction.* 2012).

Les résultats sont présentés dans la figure ci-dessous. Au bout de 5 minutes d'utilisation de l'e-cigarette, la nicotineémie obtenue est considérablement moindre qu'avec une cigarette. Elle est près de 3 fois moindre avec le mod et près de 4 fois moindre avec la V2. Il a fallu aux participants vaper 35 minutes avec le mod pour obtenir la même nicotineémie qu'avec la cigarette en 5 minutes, et l'e-cigarette de première génération (V2) n'a permis d'atteindre en 35 minutes qu'à peine plus de la moitié de la nicotineémie atteinte avec la cigarette en 5 minutes. Selon les calculs des auteurs de cette étude, il aurait fallu utiliser un liquide à 50 mg/ml de nicotine pour obtenir une nicotineémie similaire à la cigarette en 5 minutes. Cette étude est importante car c'est la première à mesurer précisément la pharmacocinétique de la nicotine obtenue avec une e-cigarette, et en comparant première et dernière génération



de e-cigarettes. On peut supposer que le type de e-cigarettes le plus vendu (type Ego, dites de seconde génération) donnerait une nicotineémie intermédiaire entre celle obtenue avec la V2 (première génération) et le mod à puissance variable (dernière génération).

● L'arrêt du tabac améliore la santé mentale des fumeurs.

Taylor G et al. *BMJ*. 2014 Feb 13;348:g1151.

Article en libre accès : <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g1151>

Une méta-analyse d'études observationnelles a retenu 26 études qui ont évalué la santé mentale par des questionnaires conçus pour mesurer l'anxiété, la dépression, l'anxiété et la dépression mixtes, la qualité psychologique de la vie, l'affect positif (humeur positive), et le stress. Le suivi des scores de santé mentale a été mesuré entre sept semaines et neuf ans (médiane de 6 mois) après la mesure initiale. L'anxiété, la dépression, l'anxiété et la dépression mixtes, et le stress, ont considérablement diminué entre la mesure initiale et le suivi chez les ex-fumeurs, par rapport aux fumeurs continuant de fumer. Les différences moyennes standardisées (moyenne/SD ; pouvant aller de -1 à +1) ont été de -0,37 (IC 95% ; -0,70 à -0,03) pour l'anxiété, -0,25 (-0,37 à -0,12) pour la dépression, -0,31 (-0,47 à -0,14) pour l'anxiété et la dépression mixtes, et -0,27 (-0,40 à -0,13) pour le stress. Tant la qualité de la vie psychologique, que l'affect positif, ont significativement augmenté entre la mesure initiale et le suivi chez les ex-fumeurs, par rapport aux fumeurs, de +0,22 (0,09 à 0,36) et de +0,40 (0,09 à 0,71), respectivement. Il n'y a aucune indication montrant que la taille de l'effet mesuré soit différente entre la population générale et les populations ayant des troubles physiques ou psychiatriques. En conclusion, l'arrêt du tabac est associé à une diminution des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress, d'une part, et à l'amélioration de l'humeur positive et la qualité de vie, de l'autre, comparativement à ce qui est observé chez les fumeurs continuant de fumer. La taille de l'effet mesuré semble aussi importante pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques que pour celles sans troubles. Enfin, les effets mesurés sont similaires ou supérieurs à ceux des traitements antidépresseurs ou anxiolytiques.

treatobacco.net

Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

Les sections **Efficacité** des traitements et **Economie de la santé** ont été mises à jour, la version française et déjà disponible. La mise en ligne section sur la **e-cigarette** va être faite dans les prochains jours.

[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.

[Tabac: les nouvelles mesures adoptées par le parlement européen](#)

[Directive tabac : l'Europe tente de dissuader les jeunes de fumer](#)

[Vapotage : et si fumer ne tuait plus](#)

[La cigarette électronique fait reculer le tabagisme en France](#)

[Prévalence, comportements d'achat et d'usage, motivations des utilisateurs de la cigarette électronique](#)

[Tabac. Arrêter, c'est bon pour la tête](#)

[Tabac : les messages sanitaires ne font plus effet](#)

[Chine: des mesures anti-tabac permettraient d'éviter 13 millions de décès d'ici 2050](#)

[Cigarette électronique : les Français sensibles à l'effet de mode](#)

[Cigarette électronique : les jeunes la testent, les plus vieux l'adoptent](#)

[Alcool, tabac, cannabis: les jeunes plus touchés par la dépendance](#)

informations



MiLDT Flash info
www.drogues.gouv.fr

Expertise collective sur les conduites addictives à l'adolescence : l'Inserm remet ses travaux à la MILDT

Le mercredi 5 février 2014, Danièle Jourdain-Menninger, présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, s'est vu remettre officiellement l'expertise collective sur les conduites addictives à l'adolescence. Le pôle des expertises collectives de l'INSERM avait été saisi de cette commande par la MILDT dans le cadre de la préparation du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

- [Lire le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives sur le site de la MILDT](#)
- [Lire l'expertise collective sur le site de l'Inserm](#)

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.



MiLDT Flash info

www.drogues.gouv.fr

Evaluation du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017

Appel à candidature

Le plan stratégique de lutte contre les drogues et les conduites addictives élaboré par la MILDT et validé par le Premier ministre le 19 septembre 2013 s'étend sur la période 2013-2017. Son déploiement est prévu dans le cadre de deux plans d'actions : le premier sur la période 2013-2015, le second sur la période 2015-2017. Ce nouveau plan gouvernemental insiste sur la nécessité de « fonder l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation » afin de disposer de données scientifiquement validées utiles à l'élaboration de politiques publiques plus efficaces et plus légitimes.

Dans ce contexte, la MILDT souhaite mobiliser une équipe de recherche académique spécialisée dans l'analyse des politiques publiques afin de réaliser l'évaluation de quelques actions ou dispositifs innovants répondant aux objectifs stratégiques du plan (en particulier populationnels : jeunes, femmes).

Cette évaluation sera conduite pour qu'à mi-parcours du plan, fin 2015, les recommandations de l'équipe de recherche puissent être prises en compte dans la mise en œuvre du second plan d'action.

Le processus de sélection de l'équipe académique se fera en deux temps :
Etape 1 : une première sélection sur lettre d'intention

Etape 2 : une seconde sélection sur la base d'un dossier de candidature complet détaillant le projet scientifique d'évaluation

Date limite de dépôt électronique de la lettre d'intention à la MILDT : le 25 mars 2014. Date limite de dépôt par courrier postal : au plus tard le 27 mars 2014

[Télécharger le texte de l'appel à candidature](#) (.PDF)

[Télécharger la lettre d'intention à compléter](#) (.DOC)

Voir aussi [la page dédiée sur notre site internet](#)

congrès



Santiago de
Compostela
SRNT - Europe Annual galicia
Meeting September 18th-20th, 2014

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

Numéro de DPC :
1587140005



8^e Edition de l'ALBATROS
Congrès International d'Addictologie
Hôpital Paul Brousse - Département de Psychiatrie et d'Addictologie - Villejuif

Jeudi 5 & Vendredi 6
JUN 2014

www.centredesaddictions.org

ADDICTIONS : de la transversalité aux partenariats

PARIS

La 8^{ème} édition du Congrès de l'ALBATROS aura lieu le jeudi 5 et le vendredi 6 juin 2014 au Novotel Tour Eiffel à Paris (programme téléchargeable sur le site www.centredesaddictions.org).



2014 UK National Smoking Cessation Conference

Thursday 12th & Friday 13th June 2014
Victoria Park Plaza Hotel, London

<http://www.uknsc.org/index.html>



Les 19^{èmes} Rencontres se tiendront les 25 et 26 juin prochains à Biarritz, sur le thème "Addictologie : favoriser les interfaces", en partenariat avec le centre BIZIA, et le réseau RESAPSAD (Réseau Sud Aquitain des Professionnels de Soins en Addictologie). Au programme de ces nouvelles Rencontres, l'Addiction aux certitudes ; le réseau hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé (HSPS) ; les usages de drogues pendant la grossesse ; hébergement, addictions et psychiatrie ; CSAPA, hôpitaux de jour en addictologie et ELSA : quels rôles pour chacun ?

Programme et ouverture des inscriptions disponibles très prochainement.

<http://www.respadd.org/>

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