

● Sécurité d'emploi de la varénicline chez des patients hospitalisés pour maladie due au tabac.

Carson KV et al. *Nicotine Tob Res.* 2014 Jul 16. pii: ntu112. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25031315>

Compte tenu des craintes soulevées par l'utilisation de la varénicline, cette étude a été réalisée en milieu hospitalier sur une population de fumeurs atteints de maladies dues au tabagisme. Des patients adultes (n=392, âge 20-75 ans) ont été recrutés dans 3 hôpitaux australiens et ont été randomisés en deux groupes, l'un recevant un traitement par la varénicline aux doses habituelles (0,5 mg par jour au début, puis progressivement jusqu'à 1 mg deux fois par jour) pendant 12 semaines associé à une aide à l'arrêt téléphonique (n=196), l'autre groupe ne recevant que l'aide téléphonique (n=196). Les résultats montrent que la varénicline a été bien tolérée chez ces patients (âge moyen dans les deux groupes, respectivement de 52,8 ± 2,9 et 53,7 ± 2,8 ans), le suivi ayant eu lieu pendant 1 an. Au cours des 12 semaines de traitement, l'événement indésirable le plus fréquent a été les nausées, avec 16,3% dans le groupe varénicline, contre 1,5% dans le groupe contrôle. Viennent ensuite les rêves anormaux (6,12% vs. 1,02%), les maux de tête (6,1% vs. 1,5%), l'insomnie (5,1% vs. 2,0%) et les vomissements (4,1% vs. 0,5%), aucune significativité statistique n'est donnée dans l'article pour ces comparaisons. Aucune idée suicidaire ou tentative de suicide n'ont été rapportées au cours de cette étude. Quatre patients sous varénicline ont rapporté un épisode dépressif (il n'est pas clairement défini dans l'article de quoi il s'agit, dans un tableau on parle de changement d'humeur, dans le texte d'épisode dépressif) au cours des 12 mois de suivi, dont 3 patients au cours du premier mois. Cela a été le cas pour 2 patients du groupe contrôle. Un patient sous varénicline a rapporté des épisodes agressifs et un patient contrôle a rapporté de l'agitation (là encore très mal défini dans l'article, il semble s'agir plus de rapport par le patient que de réel diagnostic). Treize morts ont été constatées durant l'étude, 6 dans le groupe varénicline et 7 dans le groupe contrôle, toutes étaient liées à leur condition médicale. Les auteurs concluent que la varénicline peut-être utilisée en traitement courant chez les fumeurs. En terme d'efficacité les résultats ont été rapportés dans un autre article (Smith et al., *Thorax.* 2013;68:485-486), l'abstinence continue de 2 à 52 semaines était de 31,1% vs. 21,4% (RR=1,45; IC 95% 1,03-2,04; p=0,01).

● Efficacité de l'association varénicline + patch par rapport à la varénicline seule.

Koegelenberg CF et al. *JAMA.* 2014 Jul;312(2):155-61.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25005652>

Afin de tester l'efficacité et les effets indésirables de l'association d'un patch de nicotine à la varénicline, un essai clinique randomisé à double-insu, contrôlé contre placebo a été réalisé chez 435 fumeur (étude multi-centrique, 7 centres en Afrique du Sud). L'utilisation du patch (actif 15 mg/16h ou placebo) était initiée 2 semaines avant la date prévue d'arrêt et maintenue ensuite pendant encore 12 semaines. Le traitement par la varénicline (posologie classique, avec une réduction progressive sur une semaine à la fin) était initié 1 semaine avant la date prévue d'arrêt, maintenue ensuite pendant 12 semaines, suivie par une diminution de la dose pendant 1 semaine (soit 14 semaines au total pour chaque traitement). L'abstinence était vérifiée par mesure du CO expiré, de la date prévue d'arrêt, jusqu'à 24 semaines. Le critère principal d'efficacité était l'abstinence totale de 4 semaines (vérifiée par CO) entre les semaines 9 et 12 du traitement, les critères secondaires étaient l'abstinence ponctuelle à 6 mois,

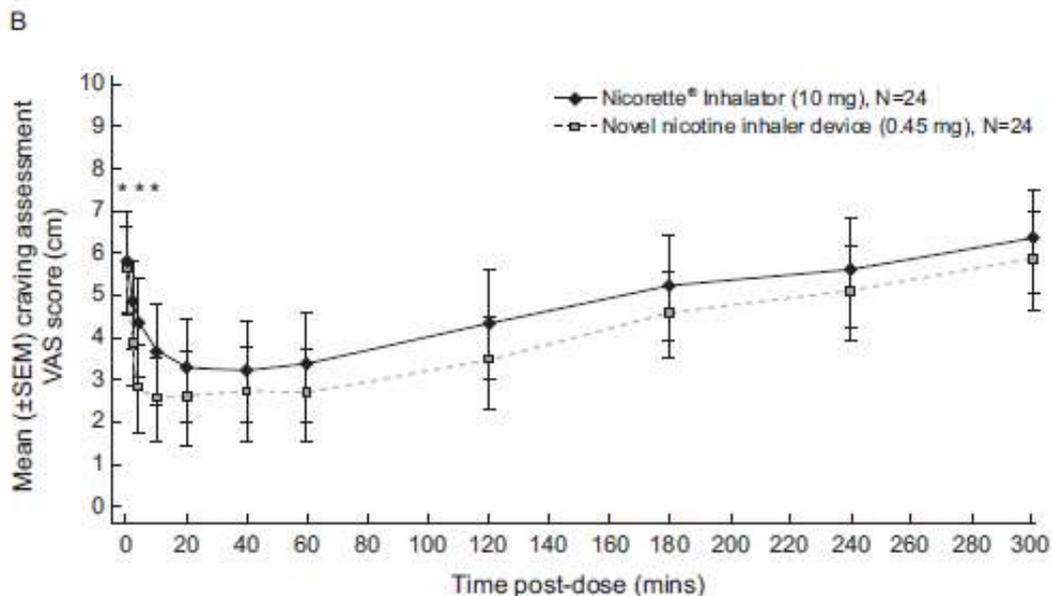
l'abstinence continue entre les semaines 9 et 24, et les événements indésirables. L'abstinence continue à 12 semaines était de 55,4% (groupe varéclique + patch actif) contre 40,9% (varéclique + patch placebo) (OR=1,85 ; IC 95% 1,19-2,89 ; p=0,007). A 24 semaines, elle était de 49,0% vs. 32,6% (OR=1,98 ; 1,25-3,14 ; p=0,004). A 6 mois, l'abstinence ponctuelle était de 65,1% vs. 46,7% (OR=2,13 ; 1,32-3,43 ; p=0,002). Dans le groupe varéclique + patch actif, une plus grande incidence de nausées, troubles du sommeil, réactions cutanées, constipation et dépression a été observée, mais seulement les réactions cutanées étaient significativement différentes (14,4% vs. 7,8% ; p=0,03). Dans le groupe varéclique + placebo il y a eu plus de rêves anormaux et de maux de tête, mais là encore de façon non significative. Les auteurs concluent que l'association varéclique + patch est supérieure en termes d'efficacité tant à 12 semaines, qu'à 6 mois, mais qu'il faudrait maintenant tester l'efficacité et les effets indésirables à plus long terme.

● Evaluation d'un nouvel inhalateur de nicotine.

Moyses et al. Nicotine Tob Res. 2014 Jul 31. pii: ntu112. [Epub ahead of print]

<http://ntr.oxfordjournals.org/content/early/2014/07/30/ntr.ntu122.abstract>

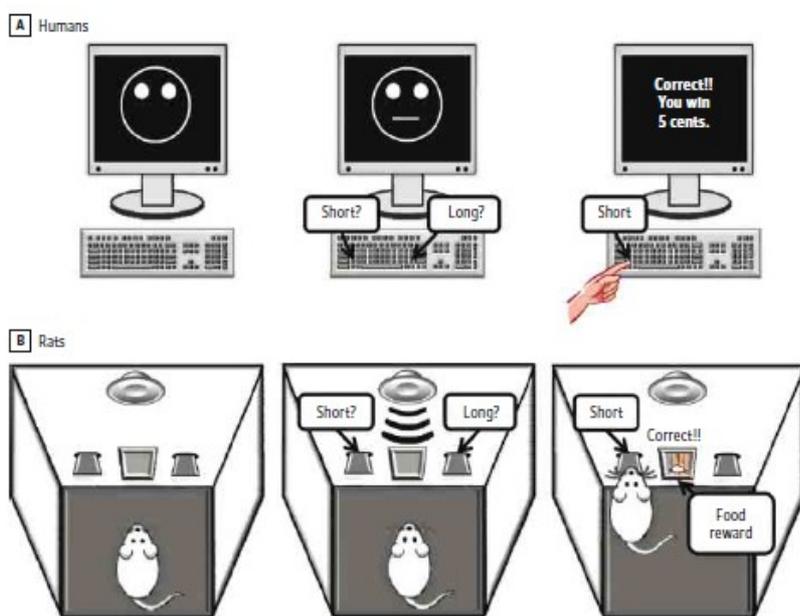
Afin d'améliorer l'efficacité de la substitution nicotinique, un nouvel inhalateur de nicotine a été développé. Cette étude a comparé la pharmacocinétique et l'effet sur le craving et les envies de fumer de ce nouvel inhalateur par rapport à l'inhalateur Nicorette (10 mg). Les fumeurs recrutés avaient entre 18 et 55 ans, fumaient plus de 10 cigarettes par jour, dont la première dans l'heure suivant le levé, et avaient un CO expiré >10 ppm lors de l'inclusion. L'administration avec le nouvel inhalateur consistait en une bouffée toutes les 15 secondes pendant 2 minutes (8 inhalations au total), celle avec l'inhalateur Nicorette consistait en une bouffée toutes les 15 secondes pendant 20 minutes (80 inhalations au total). Deux doses ont été testées avec le nouvel inhalateur 0,45 et 0,67 mg de nicotine. Le nouvel inhalateur délivre la nicotine sous forme de fines particules (<5 µm) qui sont réellement inhalées, au contraire de l'inhalateur Nicorette qui délivre des gouttelettes qui se déposent principalement dans la cavité buccale. Les données pharmacocinétiques montrent que le nouvel inhalateur produit une nicotémie significativement plus faible (Cmax 3,3 ng/ml et 3,9 ng/ml selon la dose, et AUC totale 453 et 563 min.ng/ml) que l'inhalateur Nicorette (Cmax 6,6 ng/ml et AUC totale 988 min.ng/ml), mais une AUC₀₋₁₀ (aire sous la courbe des 10 premières minutes) plus forte (18,4 et 22,5 min.ng/ml selon la dose, contre 13,5 min.ng/ml) et un Tmax réduit (environ 19 minutes au lieu de 38). L'effet sur le craving semble plus efficace (à la dose de 0,45 mg) qu'avec l'inhalateur Nicorette (mais significatif seulement à 180 et 240 min!). Il faut de plus noter que cette étude a été réalisée en simple insu et que les sujets voyaient la différence entre les deux produit (open label). Difficile donc de se faire une idée précise sur le gain d'efficacité de ce nouvel inhalateur.



- **Association entre l'abstinence et la réponse à la récompense : un modèle expérimental pour expliquer la rechute?**

Pergadia ML et al. JAMA Psychiatry. 2014 Sep 10. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1016. [Epub ahead of print]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25208057>

La perturbation du système de récompense lors de l'abstinence tabagique pourrait contribuer à la rechute, mais les mécanismes en jeu sont mal connus. Cette étude qui rapporte un modèle expérimental utilisé en même temps chez l'Homme et chez le Rat pourrait aider à mieux comprendre ces mécanismes. La tâche utilisée est assez simple, mais un peu complexe à expliquer (voir schéma). Dans les deux cas il s'agit de différencier un stimulus court (la largeur de la bouche, 11,5 vs. 13 mm, sur le smiley pour l'humain, la durée d'un signal sonore, 0,9 vs. 1,6 s, pour le rongeur) d'un stimulus long, et de répondre sur la touche/levier correspondant. Les bonnes réponses sont récompensées (5 cents ou une croquette), mais pas toutes les bonnes réponses, et de plus le protocole expérimental introduit un biais de récompense. Sans que les sujets le sachent, le stimulus long est récompensé 3 fois plus que le court. Sans s'en rendre compte le sujet favorise les réponses pour le stimulus le plus récompensé (biais de réponse). Les fumeurs (n=31) ont été testés soit sans restriction de fumer, soit après 24h d'abstinence (vérifiée par CO expiré). Après avoir reçu une dose continue de nicotine (6,32 mg/kg/jour) ou de sérum physiologique (contrôle) pendant 28 jours, les rats ont été testés après 24h d'abstinence de nicotine (n=19) ou de sérum physiologique (n=20), et dans un second temps après une administration aiguë de nicotine après une période d'abstinence de 2 semaines.



Les fumeurs (n=31) ont été testés soit sans restriction de fumer, soit après 24h d'abstinence (vérifiée par CO expiré). Après avoir reçu une dose continue de nicotine (6,32 mg/kg/jour) ou de sérum physiologique (contrôle) pendant 28 jours, les rats ont été testés après 24h d'abstinence de nicotine (n=19) ou de sérum physiologique (n=20), et dans un second temps après une administration aiguë de nicotine après une période d'abstinence de 2 semaines.

Chez les fumeurs, l'abstinence de 24h a produit une diminution du biais de récompense ($F_{1,29}=6,61$; $p=0,02$), reflétant une moins bonne adaptation à la tâche en condition

d'abstinence. En comparant les fumeurs avec (n=17) ou sans (n=14) antécédents de dépression, ceux ayant des antécédents de dépression avaient une diminution plus importante, mais non significative ($p=0,10$), sans doute à cause du faible échantillon. De même chez les rats en abstinence de nicotine (et pas chez les contrôles) une diminution du biais de récompense a aussi été montrée ($F_{1,36}=4,18$; $p=0,048$). La réintroduction d'une dose aiguë de nicotine (3 doses ont été testées : 0,125 ; 0,25 et 0,5 mg/kg) chez les rats en abstinence a permis de réintroduire le biais de récompense avec un effet dose-dépendant (significatif à la dose la plus élevée de 0,5 mg/kg, $p=0,007$). Selon les auteurs, les troubles de l'humeur et l'augmentation subjective du stress au cours de l'abstinence, pourraient être en partie dues à cette baisse de la réponse à la récompense, et la rechute pourrait renverser ces déficits. Le fait que cet effet n'est obtenu que chez les rats rendus dépendants, et non les contrôles, montre que c'est bien le renversement de l'abstinence qui est en jeu et non pas un effet aigu direct de la nicotine. Les auteurs concluent que le fait que ces résultats soient obtenus à la fois chez l'Homme et chez le Rat montrent que l'abstinence induit un déficit d'adaptation comportementale en réponse à la modification de la récompense. Cet émoussement pourrait contribuer à la rechute chez le fumeur, et peut-être plus particulièrement chez ceux ayant des antécédents de dépression. Ce modèle expérimental pourrait donc se révéler très intéressant pour le développement de nouveaux traitements pour l'aide à l'arrêt du tabac, en particulier pour la prévention de la rechute.

- **L'exposition *in-utero* au tabagisme n'influence pas le tabagisme à l'âge adulte.**

Rydell M et al. Eur J Epidemiol. 2014 Jul;29(7):499-506.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24840229>

Certaines études ont indiqué un lien entre l'exposition du fœtus de mère fumeuses et l'initiation au tabagisme à

l'âge adulte, mais les résultats de ces études ne sont pas constants et l'effet confondant de la génétique et de l'environnement n'ont pas toujours été correctement pris en compte. Cette étude a donc comparé le parcours d'enfants nés de la même mère, mais l'un exposé au tabagisme et l'autre non (la mère ayant arrêté entre temps), mais gardant ainsi les mêmes caractéristiques génétiques et environnementales familiales. La cohorte ainsi constituée comprenait 1538 adultes de 19 à 27 ans (appariés par paires de même sexe, frères ou sœurs) qui ont été interrogés en 2010-2011. L'analyse du statut tabagique de ces jeunes adultes en fonction du statut tabagique de leur mère au moment de leur grossesse, ne montre aucune association entre l'exposition *in-utero* et le futur statut de fumeur (ou d'utilisation de snus, car cette étude est suédoise), et qu'il n'y a pas de différence non plus selon le sexe. Les auteurs concluent donc que si un lien existe, il n'est pas dû à l'exposition *in-utero*, mais à des facteurs génétiques ou environnementaux.

- **L'exposition *in-utero* au tabagisme prédit l'utilisation de substances addictives à l'adolescence.**

Lotfipour S. *Addiction*. 2014 Oct;109(10):1718-29.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24942256>

A l'inverse cette étude semble proposer une conclusion opposée. Cette étude est basée sur deux échantillons d'adolescents, l'un issu d'une enquête transversale chez 966 adolescents de 12 à 18 ans (Saguenay Youth Study, Canada) dont 47% ont été exposés au tabagisme pendant la grossesse, l'autre d'une étude longitudinale chez 1141 adolescents de 16 ans, dont 49% ont été exposés au tabagisme pendant la grossesse (Northern Finland Birth Cohort 1986). Les auteurs ont déterminé l'utilisation de substances addictives (tabac, alcool, médicament, cannabis et drogues illicites, mais simplement codé en aucune ou au moins 1 fois, donc pas en consommation courante) ainsi que le comportement d'extériorisation (qui est nécessaire à une bonne intégration sociale) au cours de l'adolescence. Les données ont été analysées par des modèles de régression simples, pour analyser plus en détail selon les substances utilisées, une régression de Poisson a été utilisée. Selon les résultats, les enfants exposés *in-utero* des 2 échantillons sont plus enclins à expérimenter plus de substances addictives. Dans la cohorte finlandaise, les adolescents exposés expérientent plus de substances addictives (1,27 fois plus, B=0,24 ; IC 95% 0,15-0,33 ; p<0,001). Dans l'enquête canadienne, un effet protecteur a été observé chez ceux n'ayant pas été exposés au tabagisme *in-utero*, ils sont 1,5 fois moins enclins à utiliser des substances addictives (B=-0,42 ; -0,75- -0,09 ; p=0,013). Ces associations entre le fait d'avoir été exposé au tabagisme *in-utero* et l'expérimentation de substances addictives sont confirmées dans les analyses multivariées et les analyses médiationnelles. De plus, ces associations sont influencées par le comportement d'extériorisation et le nombre des pairs utilisant aussi des substances addictives. On peut tout de même se demander, ce qu'évoquent aussi les auteurs dans la discussion, si comme dans l'étude précédente ce ne sont pas plus les facteurs génétiques et environnementaux qui jouent un rôle prépondérant, plutôt que l'exposition *in-utero*.

- **Le suivi de l'aide à l'arrêt du tabac après la sortie d'une hospitalisation augmente les chances d'arrêt.**

Rigotti NA et al. *JAMA*. 2014 Aug 20;312(7):719-28.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25138333>

L'hospitalisation offre la possibilité d'aider les fumeurs à arrêter de fumer, mais les études suggèrent que les interventions offertes en milieu hospitalier ne sont efficaces que si le traitement se poursuit après la sortie de l'hôpital. Cette étude a cherché à déterminer si une intervention de suivi d'aide à l'arrêt après la sortie de l'hôpital (groupe de soins soutenus) augmente les chances de succès par rapport à une prise en charge standard, sans suivi. L'étude a été réalisée à l'Hôpital général du Massachusetts (Boston) chez 397 fumeurs hospitalisés (âge moyen 53 ans; 48% d'hommes) qui souhaitaient arrêter de fumer en sortant de l'hôpital. Les participants du groupe de soins soutenus ont reçu des appels de répondants vocaux interactifs automatisés et leur choix de médicaments gratuits pour l'arrêt du tabac pour une durée de 90 jours. Les appels téléphoniques automatisés promouvaient l'arrêt, servaient à la gestion des médicaments et le triage des fumeurs nécessitant plus de soutien. Les participants du groupe de soins standards ont simplement reçu des recommandations concernant la pharmacothérapie et le soutien après la sortie. Les mesures d'efficacité portaient sur l'abstinence déclarée de 7 jours à 6 mois (confirmée biologiquement par cotinine salivaire) après la sortie de l'hôpital. Les fumeurs assignés au hasard à l'intervention soutenue (n=198) ont utilisé davantage de conseils et de pharmacothérapie à chaque évaluation de suivi que ceux affectés au traitement standard (n=199). L'abstinence validée de 7 jours à 6 mois était plus élevée avec l'intervention soutenue (26%) qu'avec les soins standards (15%) (risque relatif RR= 1,71 ; IC 95%, 1,14-2,56 ; p=0,009; nombre nécessaire à traiter, 9,4 ; 5,4-35,5). En prenant en compte les données manquantes, le RR=1,55 (1.3-2.21 ; p=0,04). L'intervention soutenue, par rapport au soin standard, a également

entraîné une hausse des taux d'abstinence continue déclarés à 6 mois (27% vs. 16%, RR=1,70 ; 1,15-2,51 ; p=0,007). Les auteurs concluent qu'une intervention soutenue téléphonique à la sortie de l'hôpital chez les fumeurs adultes hospitalisés qui souhaitent arrêter de fumer produits des taux plus élevés de sevrage tabagique à 6 mois par rapport à une intervention standard. Ces résultats, si répliqués, pourraient permettre de proposer de façon systématique une démarche d'aide à l'arrêt soutenue lors d'une hospitalisation.

- **Une exposition brève à la fumée de tabac réduit les défenses immunitaires des voies pulmonaires.**

Logan J et al. *Toxicol In Vitro*. 2014 Aug 8. pii: S0887-2333(14)00151-9. doi: 10.1016/j.tiv.2014.07.012.

[Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25111775>

Les infections par le rhinovirus humain (RVh) provoquent souvent des infections aiguës des voies respiratoires supérieures et des exacerbations de l'asthme. L'exposition à la fumée de cigarette est associée à une augmentation significative du risque de ces infections chez les enfants. Pour déterminer l'impact de l'exposition à court terme à la fumée de cigarette sur les réponses immunitaires innées de cellules épithéliales des voies respiratoires infectées par le RVh, une lignée cellulaire épithéliale bronchique humaine (HBEC-3KT) a été exposée à l'extrait de fumée de cigarette (EFC) pendant 30 minutes, puis infectée par le RVh sérotype 1B. La libération de cytokines protectrices anti-virales (CXCL10 et IFN- β) a été mesurée avec la méthode AlphaLISA, et la réplication virale quantifiée par titre viral et réplication virale intracellulaires 24h après l'infection. L'EFC a induit une diminution dépendante de la concentration en CXCL10 (p<0,001) et de l'IFN- β (p<0,001), avec une réduction de 79% à la dose la plus élevée et une multiplication par 3 du titre viral. Ces effets ont été maintenus lorsque l'infection a été retardée jusqu'à 24h post-exposition à l'EFC. Un traitement par de l'IFN- β exogène à t=0 après l'infection a atténué les effets de l'EFC sur la réplication virale (p<0,05). Selon les auteurs, cette étude démontre qu'une exposition unique de 30 minutes à la fumée de cigarette a un impact durable sur la défense innée de l'épithélium pulmonaire, et fournit un mécanisme plausible à l'augmentation des infections respiratoires observées chez les enfants exposés à la fumée de tabac.

- **Variations de la prise de nicotine par les fumeurs américains au cours des 25 dernières années.**

Jarvis MJ et al. *Nicotine Tob Res*. 2014 Jul 25. pii: ntu120. [Epub ahead of print]

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25063772>

Les auteurs ont utilisé l'enquête épidémiologique américaine NHANES de 1988 à 2012 afin d'estimer si la consommation de nicotine des fumeurs a changé au cours des 25 dernières années. Un total de 4304 fumeurs âgés de 20 ans et plus ont été interrogés de 1988 à 1994, puis 7095 de 1999 à 2012. Les auteurs ont comparé la cotinémie, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, et ont estimé la quantité de nicotine prise par cigarette, en ajustant selon l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le niveau d'éducation, et l'index de masse corporelle (IMC). Les auteurs ont constatés peu de changement concernant la quantité de nicotine prise par cigarette au cours de ces 25 années, tant dans l'ensemble de la population que dans les sous-groupes ethniques. La cotinémie était en moyenne de 223,7 ng/ml (IC 95% 216,1-231,3) en 1988-1994, et non significativement différente de celle mesurée en 1999-2012, soit 219,2 ng/ml (214,1-224,4). Au cours de la même période, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement a diminué sensiblement, de 17,3 (16,5-18,0) en 1988-1994 à 12,3 (11,0-13,6) en 2012. Ainsi la cotinine par cigarette a augmenté de 42% entre ces deux périodes, passant de 12,4 ng/cig (11,7-13,1) à 17,6 ng/cig (16,1-19,2). Les auteurs concluent que la diminution de la prévalence tabagique, les changements dans le design des cigarettes, et l'introduction des interdictions de fumer dans les lieux publics n'ont pas eu d'influence sur la quantité de nicotine absorbée par les fumeurs américains, mais la diminution du nombre de cigarettes fumées a été compensée par une prise de nicotine par cigarette plus importante.

- **Effets aigus de l'e-cigarette sur la fonction cardiaque.**

Farsalinos KE et al. *BMC Cardiovasc Disord*. 2014 Jun 23;14:78.

Article en libre accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4077146/>

Le but de cette étude était de comparer les effets de l'e-cigarette à ceux de la cigarette conventionnelle sur la fonction ventriculaire gauche, car l'on sait que le tabagisme affecte cette fonction. Pour cela 36 fumeurs (36 \pm 5 ans) ont subi des examens échocardiographiques avant et après consommation d'une cigarette, et de même 40 vapoteurs (35 \pm 5 ans) ont subi les mêmes examens avant et après l'utilisation d'une e-cigarette avec un e-liquide

à 11 mg/ml de nicotine (temps d'utilisation de 7 minutes). De nombreux paramètres ont été mesurés par Doppler (la vitesse du pic précoce E et du pic tardif A du flux diastolique mitral, le rapport E/A, le temps de décélération, le temps de relaxation isovolumétrique IVRT, et l'IVRTc corrigé par la fréquence cardiaque). Les vitesses systolique (Sm) et diastolique (Em, Am) mitrales ont été calculées. L'index de performance myocardique a été calculé d'après le flux et la masse musculaire mesurés par Doppler (MPI et MPIt), les vitesses de déformation systolique SRs et diastolique SRe et SRA ont aussi été mesurées. Chez les fumeurs, après consommation d'une cigarette de nombreux paramètres ont été modifiés (IVTR et IVTRc ont été prolongés, Em et SRe diminués, MPI et MPIt ont été augmentés) montrant un effet délétère de la fumée de tabac. Chez les vapoteurs, aucun de ces paramètres n'a été modifié après utilisation de l'e-cigarette. En comparant les vapoteurs et les fumeurs après utilisation d'e-cigarette ou de cigarette, les vapoteurs avaient une vitesse (Em) et une déformation (SRe) diastoliques plus élevées ($p=0,032$ et $p=0,022$, respectivement), et un temps de relaxation (IVRTc) et des index de performance myocardiques (MPI et MPIt) plus faibles ($p=0,011$, $p=0,001$ et $p=0,019$, respectivement). Ces différences étaient toujours significatives après ajustement sur la fréquence cardiaque et la pression artérielle. Ainsi, le fait de fumer une cigarette provoque un délai dans la relaxation du cœur, qui n'est pas observé après e-cigarette. Il convient maintenant de faire des études à plus long-terme.



Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence

La nouvelle section sur la **e-cigarette** vient d'être mise en ligne (http://www.treatobacco.net/fr/page_492.php), et sera prochainement traduite en français.

La section Politiques de santé va bientôt être mise à jour.

congrès



Vous pouvez vous inscrire en ligne au 8ème congrès de la SFT.

<http://www.csft2014.fr/index.html>

Fédération Française d'Addictologie

Les 6èmes Assises de la FFA auront lieu le **mercredi 8 et le jeudi 9 octobre 2014** à la CIUP à **PARIS**.
La thématique choisie cette année est "**Addictions, risques et dommages : vers un consensus**".

Le pré-programme est téléchargeable sur le site www.addictologie.org <<http://www.addictologie.org>>

Les **inscriptions** se feront exclusivement **en ligne à partir du 10 juin** sur le site www.addictologie.org <<http://www.addictologie.org>>

respadd
RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS

Lettre d'information - 53
9 septembre 2014

SAVE THE DATE - COLLOQUE "LE PHARMACIEN FACE AUX ADDICTIONS"



Nous vous donnons rendez-vous le 25 novembre prochain à Paris pour un colloque organisé par le RESPADD avec le soutien de la Direction générale de la santé et le concours de la MILDECA sur la place du pharmacien d'officine face aux addictions.

Ce colloque a pour ambition de valoriser la richesse des approches et les évolutions récentes d'une profession dont l'importance pour la santé publique n'est plus à démontrer. Au programme, un état des lieux des actions de prévention et de prise en charge des conduites addictives par le pharmacien.

Il permettra en outre d'être au fait et de prendre part aux débats entourant la valorisation de l'acte de santé publique en officine et sera également l'occasion du lancement d'un guide de bonnes pratiques de l'addictologie en officine, sans équivalent dans la profession, qui sera remis aux participants.

[Inscription en ligne](#) (attention, nombre de places limité)
[Consulter le programme](#)

Colloque "Le pharmacien d'officine face aux addictions"
25 novembre 2014
Espace Van Gogh
62 quai de la Rapée
75012 Paris

[cliquez ici pour vous rendre sur le site du Respadd.](http://www.respadd.org)

9^e
EDITION

Congrès International d'Addictologie de l'ALBATROS

Mercredi 10, Jeudi 11 & Vendredi 12 JUIN 2015

Maison de la Mutualité - PARIS

“LES ADDICTIONS : AUJOURD'HUI ET DEMAIN”



[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.

Du pour et du contre à propos du Plan National de Réduction Tabagique :

[Plan anti-tabac : nouvelles mesures annoncées](#)

[Tabac : le paquet de cigarettes «neutre» sans logo bientôt en France](#)

[Le plan antitabac suscite l'incompréhension des associations de vapoteurs](#)

[Accueil Actu Société et faits divers "Le plan anti-tabac dispose de mesures de bon sens, aisées et ...](#)

[La délicate évaluation du « coût social » du tabac](#)

[Gaspard Koenig : pourquoi le plan anti-tabac nuit gravement à la liberté](#)

[E-cigarette: l'erreur de Marisol Touraine](#)

[Le plan national de lutte contre le tabagisme](#)

[PREUVES PAR 3 Invitée: Marisol Touraine](#)

offres d'emploi

5 vacances tabac et 1 vacation alcool seront disponibles en début d'année 2015 au Centre hospitalier d'Argenteuil (Val d'Oise).

Adresser CV et lettre de motivation au Dr Anne Bretel : bretelanne@gmail.com

(annonce du 23.06.14)

Le Centre Léon Bérard recrute un médecin tabacologue à compter du 1er octobre 2014, pour assurer la consultation, un jour par semaine. Des compétences en addictologie seront les bienvenues.

Contact :

- Mme Agnès Riesterer - Département de Santé Publique - Centre Léon Bérard - Lyon

Tél 04.78.78.27.52 - Fax 04.78.78.27.15

agnes.riesterer@lyon.unicancer.fr

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



6^{ème} Rencontre



27 Novembre 2014

Faculté de médecine de Nancy

Amphithéâtre Lepois

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

CHU de NANCY - Unité de Coordination de Tabacologie
Bâtiment des spécialités médicales Philippe Canton
Rue du Morvan - 54 511 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX
TEL : 33 (0)3 83 15 34 08 FAX : 33 (0)3 83 15 35 41 MEL : a.spinosa@chu-nancy.fr

Tabac & Alcool

27 Novembre 2014
Faculté de médecine de Nancy

6^{ème} Rencontre



Programme

08h30 - Accueil & café d'accueil

08h45 Ouverture de la journée - Dr N. Wirth

09h00 Tabac et alcool : état des lieux en France et en Lorraine
Michel Bonnelley, ORSAS Lorraine

09h45 La réduction du risque en tabacologie
Pr Y. Martinet, CHU de Nancy

10h30 - Pause

11h00 La réduction des risques et des dommages en alcoologie
Pr F. Paille, CHU Nancy

11h45 Tabac et alcool chez les jeunes : caractéristiques et devenir
Dr Geneviève Lafaye, AP-HP Paris

12h30 - Déjeuner (sur réservation)

14h00 Evaluation clinique et biologique de la consommation
d'alcool et conduite à tenir en fonction du résultat
Dr Hervé Martin, CHU Nancy

14h45 Intérêt de l'arrêt du tabac en alcoologie
Dr N. Wirth, CHU Nancy

15h30 Tabac, alcool et odontologie
Pr Pascal Ambrosini, CHU Nancy

16h30 - Assemblée Générale

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

6^{ème} Rencontre



Tabac & Alcool

- 27 Novembre 2014 -
Faculté de médecine de Nancy

Bulletin de participation

À retourner avant le 12/11/2014

Mme M Dr Pr

Nom Prénom(s)

Fonction Structure

Adresse

Code postal Ville

Téléphone E-mail

Prix d'inscription

Tarif Non-adhérent AALT 40 €

Tarif Adhérent AALT 25 €

Adhésion ou renouvellement de cotisation lors de l'inscription,
cocher ci-dessous et compléter le bulletin d'adhésion 2014

Cotisation AALT 2014 Personne morale 20 €

Personne physique 10 €

Déjeuner (Pas de réservation possible sur place) 25 €

Total à régler €

Mode de règlement :

Chèque, à l'ordre de AALT

Virement Attention nouvelles coordonnées bancaires

Titulaire du compte : Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

Code Banque : 30002 - Code Guichet : 07300

Numéro de Compte : 0000709719Q - Clé RIB : 54

IBAN : FR15 3000 2073 0000 0070 9719 054 - BIC : CRLYFRPP

Domiciliation : LCL Nancy, 7 B rue Saint Georges

Date : / / 2014

Signature :

Bulletin à retourner, avant le 12/11/2014, à Anna SPINOSA

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

CHU de NANCY - Unité de Coordination de Tabacologie

Bâtiment des spécialités médicales Philippe Canton

Rue du Morvan - 54 511 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX

TEL : 33 (0)3 83 15 34 08 FAX : 33 (0)3 83 15 35 41 MEL : a.spinosa@chu-nancy.fr

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie



Bulletin d'adhésion 2014

Nouveau membre Renouvellement de cotisation

Nom Prénom(s)

Adresse

Code postal Ville

Téléphone E-mail

Cotisation

Personne morale 20 €

Membre institutionnel

Structure représentée

Personne physique 10 €

Membre individuel

Fonction

Règlement :

Chèque, à l'ordre de AALT

Virement bancaire

Attention nouvelles coordonnées bancaires

Titulaire du compte :

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

Code Banque : 30002 - Code Guichet : 07300

Numéro de Compte : 0000709719Q - Clé RIB : 54

IBAN : FR15 3000 2073 0000 0070 9719 054

BIC : CRLYFRPP

Domiciliation : LCL Nancy, 7 B rue Saint Georges

Date : / / 2014

Signature :

Bulletin à retourner à :

Association des Acteurs Lorrains en Tabacologie

CHU de NANCY
Unité de Coordination de Tabacologie
Bâtiment Philippe Canton - Rue du Morvan
54 511 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY CEDEX

TEL : 33 (0)3 83 15 34 08

FAX : 33 (0)3 83 15 35 41

MEL : a.spinosa@chu-nancy.fr