

## • Efficacité et tolérance neuropsychiatrique comparées de la varénicline, du bupropion et du patch de nicotine chez des fumeurs avec ou sans troubles psychiatriques.

**Anthnelli et al. The Lancet. 2016 Apr 22. [Epub ahead of print]**

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2816%2930272-0/abstract>

Cet essai clinique de grande ampleur (n=8144) a été réalisé pour répondre aux inquiétudes concernant la varénicline et le bupropion quant aux événements indésirables neuropsychiatriques, mais aussi pour comparer directement leur efficacité par rapport au patch et à un placebo, chez des fumeurs avec ou sans troubles psychiatriques.

L'essai a eu lieu dans plusieurs régions du monde (environ 50% aux USA, 30% en Europe de l'Ouest, 10% en Europe de l'Est et 10% en Amérique centrale et du sud), et a utilisé une procédure en double insu où chaque participant prenait 2 types de comprimés différents (varénicline, bupropion ou placebo) et portait un patch (actif ou placebo) afin de garder secret l'attribution du traitement, tant pour les participants que les investigateurs. Chaque participant était donc sous 1 traitement actif (varénicline, bupropion ou patch) et 2 placebos, ou sous placebo pour les 3 (groupe contrôle). Les traitements ont été utilisés aux doses habituelles (2 x 1 mg/j pour la varénicline, 2 x 150 mg/j pour le bupropion), avec dosage progressif au cours de la première semaine, et 21 mg/24h pour le patch commencé le jour choisi de l'arrêt (7ème jour) et pendant 8 semaines, puis 14 mg/24h pendant 2 semaines et 7 mg/24h pendant 2 semaines. Ceci dans 2 cohortes, l'une de fumeurs sains et l'autre de fumeurs ayant un trouble psychiatrique (environ n=1000 par combinaison de traitement et de condition psychiatrique).

La répartition des troubles psychiatriques dans les 4 groupes de patients (varénicline, bupropion, patch et placebo) était d'environ 70% de troubles de l'humeur uni- ou bipolaire, 20% de troubles anxieux, 10% de troubles psychotiques, et 1% de troubles de la personnalité. Tous les diagnostics ont été faits selon le DSM-IV-TR. Tous les participants avaient entre 18 et 75 ans, fumaient  $\geq 10$  cig/j depuis au moins 1 an, et avaient un CO expiré  $> 10$  ppm. Au cours des 6 mois de suivi, 15 visites et 11 appels téléphoniques étaient programmés. A chaque visite les participants recevaient un soutien de 10 min maximum basé sur les recommandations de l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). L'observance des traitements était vérifiée à chaque visite, elle a été d'environ 80% sur l'ensemble des participants.

Le critère principal de tolérance était basé sur un questionnaire (entretien semi-structuré) mesurant les effets indésirables neuropsychiatriques modérés ou sévères. Le questionnaire NAEI (Neuropsychiatric Adverse Events Interview) est constitué de 25 questions recherchant les effets indésirables neuropsychiatriques survenant au cours d'un essai clinique, puis pour les symptômes évoqués par les participants l'intensité était évaluée. Le critère principal d'efficacité en termes de sevrage était l'abstinence continue validée par CO entre les semaines 9 et 12, et le critère secondaire entre les semaines 9 et 24.

Pour les résultats concernant la tolérance chez les fumeurs sains (n=3984), les taux d'événements indésirables neuropsychiatriques modérés ou sévères ont été de 1,3% pour la varénicline, 2,2% pour le bupropion, 2,5% pour le patch, 2,4% pour le placebo. La seule différence significative était entre le groupe varénicline et le groupe placebo, où le groupe varénicline a rapporté moins d'événements indésirables que le groupe placebo (différence

de risque DR= -1,28 ; IC 95% -2,40 à -0,15), toutes les autres comparaisons ont été non significatives. Pour les résultats concernant la tolérance chez les fumeurs avec troubles psychiatriques (n=4074), les taux d'événements indésirables neuropsychiatriques modérés ou sévères ont été de 6,5% pour la varénicline, 6,7% pour le bupropion, 5,2% pour le patch, 4,9% pour le placebo. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les groupes.

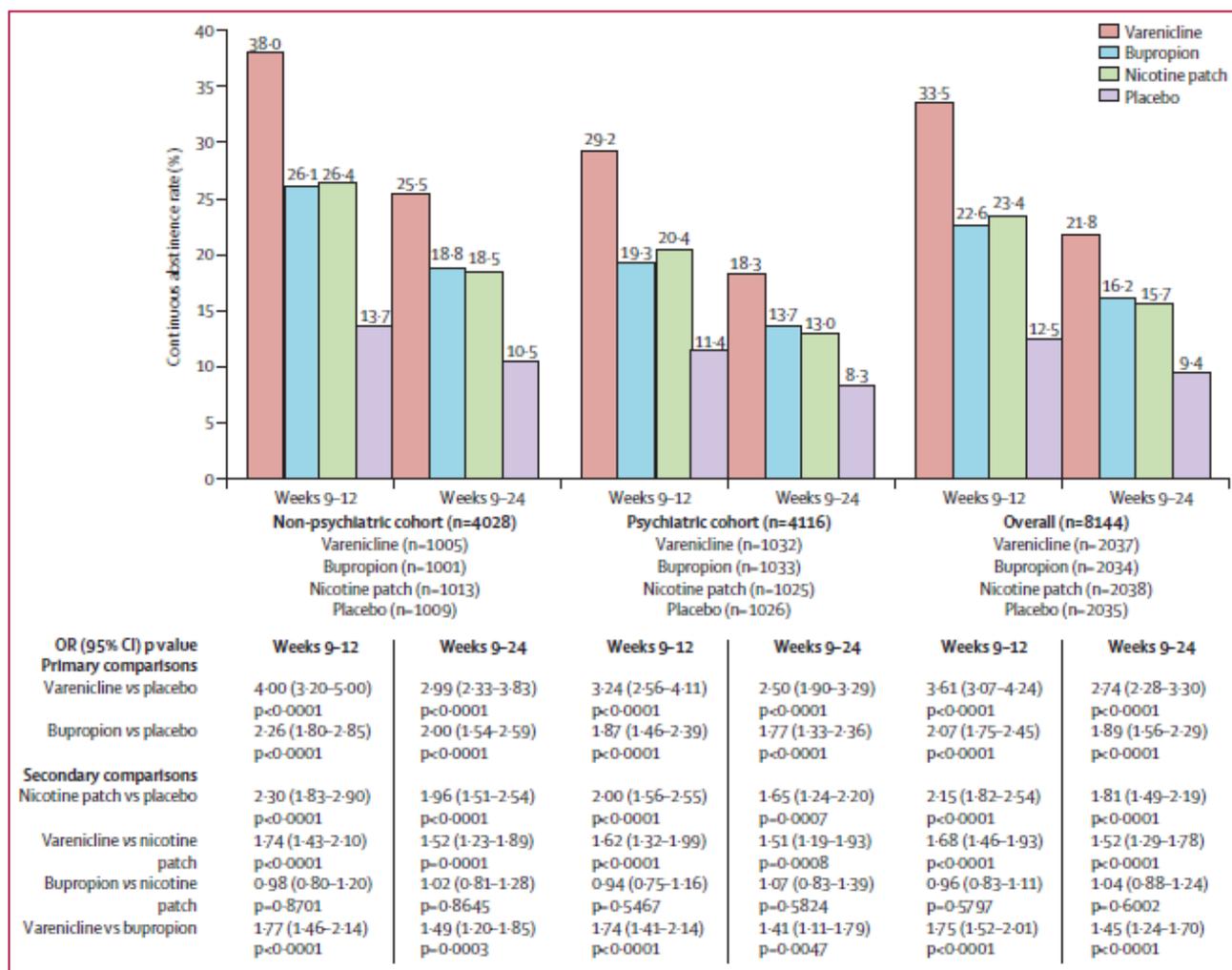
Sur l'ensemble des participants, il y a eu plus d'événements indésirables neuropsychiatriques dans la cohorte de patients ayant des troubles psychiatriques (5,8%) que dans la cohorte de fumeurs sains (2,1% ; p<0,0001), mais ces pourcentages étaient ceux que les investigateurs prévoyaient, selon les résultats de la littérature. Concernant les idées ou comportement suicidaires, les résultats ont été similaires (significativement plus dans la cohorte psychiatrique que chez les fumeurs sains), mais aucune différence significative en fonction du traitement n'a été observée. Il y a eu 1 tentative de suicide chez un fumeur sain sous placebo.

Les scores de dépression (HAD) ont été améliorés chez tous les participants pendant la durée du suivi, avec une diminution du score de 2 points (passant en moyenne de 4 à 2) pour les fumeurs sains et de 3 points (passant en moyenne de 9 à 6) pour la cohorte psychiatrique.

Concernant les autres événements indésirables les plus souvent rapportés, ce sont ceux qui sont généralement observés : les plus fréquents (sur l'ensemble des participants) étant les nausées (25% avec la varénicline), l'insomnie (12% avec le bupropion), les rêves anormaux (12% avec le patch) et les maux de tête (10% avec le placebo), sans différence particulière entre les deux cohortes.

Les résultats d'efficacité sont résumés dans le graphique ci-dessous. La différence d'efficacité observée entre les deux cohortes n'est pas significative (interaction traitement x cohorte, p=0,62). L'efficacité la plus grande a été observée avec la varénicline (comparée au bupropion, au patch ou au placebo). Le bupropion et le patch ont eu une efficacité similaire et tous deux étant significativement plus efficaces que le placebo.

Ces résultats sont rassurants tant pour les cliniciens que pour les autorités réglementaires. C'est l'étude de tolérance/efficacité des médicaments du sevrage tabagique aux effectifs les plus élevés, et de ce fait donnant les conclusions les plus fortes.



## • L'observance du traitement, un facteur clé de l'abstinence après infarctus du myocarde.

Grandi SM et al. *Am Heart J.* 2016 Mar;173:35-40.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26920594>

Cela peut paraître une lapalissade, mais la bonne observance d'un traitement d'aide à l'arrêt est un facteur de succès. C'est sans doute pour cette raison que les études chez les femmes enceintes, ou celles concernant l'utilisation d'un traitement nicotinique de substitution (TNS) acheté sans ordonnance, n'ont jamais montré une efficacité importante.

Cet article a analysé à postériori l'effet de l'observance du traitement d'un essai clinique d'aide à l'arrêt du tabac par le bupropion dans une population de patients ayant fait un infarctus du myocarde (n=388). L'essai était randomisé, contrôlé contre placebo, et en double insu, mais n'a pas permis de confirmer l'efficacité du bupropion dans cette population (Abstinence à 12 mois, bupropion 37,2% vs. placebo 32%, p=033 ; [Eisenberg et al. 2013](#)). Il est d'ailleurs surprenant de tester l'efficacité à 12 mois après un traitement de seulement 9 semaines. Les patients (83,3% d'hommes) ont été randomisés pour recevoir du bupropion (2 x 150 mg/j) ou un placebo pendant 9 semaines, et ont été suivis pendant 1 an (visites programmées à 4 et 9 semaines et à 6 et 12 mois, avec soutien d'aide à l'arrêt). L'observance du traitement s'est faite par téléphone à 1 et 2 semaines, puis en comptant les comprimés retournés lors des visites de suivi. Ils ont été classés en bonne observance (2 comprimés par jour à toutes les visites), en observance partielle (prenant 0, 1 ou 2 comprimés par jour suivant les jours), et en mauvaise observance (n'ayant pris que 0 ou 1 comprimé par jour suivant les jours). L'abstinence du tabac était mesurée comme l'abstinence des 7 derniers jours avec un CO ≤ 10 ppm.

Au total, 156 patients avaient une bonne observance du traitement (66 dans le groupe bupropion et 90 dans le groupe placebo), 149 avaient une observance partielle (76 et 73, respectivement) et 83 avaient une mauvaise observance (46 et 37, respectivement). Globalement, comme le montre le tableau ci-dessous, les patients ayant une observance bonne ou moyenne étaient plus nombreux à rapporter une abstinence que ceux ayant une mauvaise observance. Ces différences étant plus marquées au cours du traitement qu'à 6 ou 12 mois. Il est à noter qu'aucune différence significative entre bupropion et placebo n'a été observée chez les patients ayant une bonne observance, le pourcentage d'abstinence dans le groupe placebo étant particulièrement élevé à tous les points de temps. Cependant, indépendamment du traitement, les patients ayant une bonne observance étaient significativement plus abstinentes que ceux ayant une observance partielle ou mauvaise (OR=3,5 ; IC 95% 2,0-6,0 et OR ajusté=7,6 ; 3,2-17,6 ; aucune valeur de p donnée).

Le problème majeur de cet article réside dans le fait d'avoir fait des sous-groupes et donc a réduit la puissance statistique. Cela n'a pas permis par exemple de montrer une différence significative (bien que la tendance semble aller dans le bon sens) entre les patients ayant une observance partielle et ceux ayant une mauvaise observance (OR=2,2 ; 0,9-5,3). Globalement cet article n'apporte pas grand-chose, si ce n'est, mais qui en doute, que pour qu'un traitement soit efficace il faut suivre la posologie recommandée.

**Table III.** Prevalence of biochemically validated smoking abstinence by treatment group

		Fully adherent* (%)	Partially adherent* (%)	Nonadherent* (%)	Difference in abstinence (fully adherent – nonadherent), % (95% CI)	Difference in abstinence (partially adherent – nonadherent), % (95% CI)
4 wk†	Bupropion	77.3	56.6	19.6	57.7 (42.4 to 73.0)	37.0 (21.0 to 53.0)
	Placebo	67.8	41.1	8.1	59.7 (46.6 to 72.7)	33.0 (18.7 to 47.3)
	Difference (bupropion-placebo) (95% CI)	9.5 (-4.5 to 23.5)	15.5 (-0.4 to 31.3)	11.5 (-3.0 to 25.9)	–	–
9 wk†	Bupropion	72.7	39.5	17.4	55.3 (40.0 to 70.7)	22.1 (6.6 to 37.6)
	Placebo	63.3	29.2	5.6	57.8 (45.3 to 70.2)	23.6 (10.7 to 36.5)
	Difference (bupropion-placebo), % (95% CI)	9.4 (-5.3 to 24.0)	10.3 (-4.9 to 25.5)	11.8 (-1.4 to 25.1)	–	–
6 mo†	Bupropion	47.0	28.8	15.2	31.8 (15.9 to 47.7)	13.6 (-1.1 to 28.2)
	Placebo	43.8	14.3	2.8	41.0 (29.4 to 52.7)	11.5 (1.7 to 21.3)
	Difference (bupropion-placebo), % (95% CI)	3.2 (-12.7 to 19.0)	14.5 (1.3 to 27.7)	12.4 (0.8 to 24.1)	–	–
12 mo†	Bupropion	40.0	23.3	13.3	26.7 (11.2 to 42.2)	10.0 (-3.9 to 23.8)
	Placebo	39.8	10.0	2.8	37.0 (25.5 to 48.5)	7.2 (-1.62 to 16.1)
	Difference (bupropion-placebo), % (95% CI)	0.2 (-15.5 to 15.9)	13.3 (1.3 to 25.3)	10.7 (-0.7 to 21.9)	–	–

A total of 388, 386, 380, and 377 patients were included at 4 and 9 weeks and 6 and 12 months (as patients who died during follow-up were censored at the time of the event).

\*Adherence was defined as follows: (1) fully adherent, a score of 8; (2) partially adherent, a score of 4 to 7; and (3) nonadherent, a score of ≤3.

†The 95% CIs for the interaction term between adherence and treatment group at 4 and 9 weeks and at 6 and 12 months were too wide to provide a meaningful conclusion.

## • Efficacité de l'intervention multi-modalité pour l'aide à l'arrêt chez le médecin généraliste.

Cantera CM et al. *BMJ Open* 2015;5:e008807.

Article en libre accès : <http://bmjopen.bmj.com/content/5/10/e008807>

Cette revue de la littérature a cherché à montrer qu'une intervention multimodale (conseil, suivi, aide comportementale et/ou pharmacologique, validation biologique de l'arrêt...) par un médecin généraliste donnait de meilleurs résultats d'abstinence (avec au moins 6 mois de recul) que le simple conseil bref.

Il s'agit d'une revue critique de la littérature, mais pas une méta-analyse, car l'hétérogénéité des études était trop importante pour en réaliser une. Pour cela 10 reviewers ont passé en revue 1147 articles, dont seuls 10 (9 études comptabilisant 10204 participants avec un suivi allant de 6 mois à 4 ans) ont été retenus. Les interventions portaient sur des séances individuelles ou de groupe, des contacts téléphoniques, des brochures d'information, des aides pharmacologiques, des rémunérations pour les praticiens, ou le remboursement des traitements. Pour la sélection des études, chaque article était revu par 2 personnes, et une troisième en cas de désaccord. Une méthodologie rigoureuse a été suivie (PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, et PICO – Population, Intervention, Comparison Outcome de l'OMS) pour sélectionner les études. Le risque de biais dans les études a aussi été évalué (recommandations SIGN).

Dans la plupart des études, le groupe contrôle recevait simplement une intervention de routine incluant soit un conseil bref, soit une brochure. Les interventions comportementales reposaient sur une combinaison de thérapie comportementale, d'entretien motivationnel et du modèle du changement de comportement de Prochaska. Sept des 9 études ont utilisé une date d'arrêt pré-définie. Parmi les études retenues, seuls le bupropion et le traitement nicotinique de substitution (TNS) ont été utilisés (aucune étude avec la varénicline).

Selon cette analyse, dans le cadre d'une consultation chez un généraliste, le fait d'utiliser à la fois le bupropion ou le TNS, la thérapie cognitive et comportementale, et un suivi d'au moins 6 mois (plus l'intervention est intense et le suivi long, meilleurs sont les résultats) est à la fois faisable, sûr, et permet d'obtenir des taux d'arrêt compris entre 20% et 29,6% à 12 mois. Le seul obstacle restant l'observance du traitement. Les auteurs concluent donc qu'une intervention d'aide à l'arrêt chez le généraliste doit comporter plusieurs modalités, mais nécessite à la fois du temps et la formation du médecin.

## • Pharmacocinétique d'un nouveau mode de délivrance de nicotine transdermique.

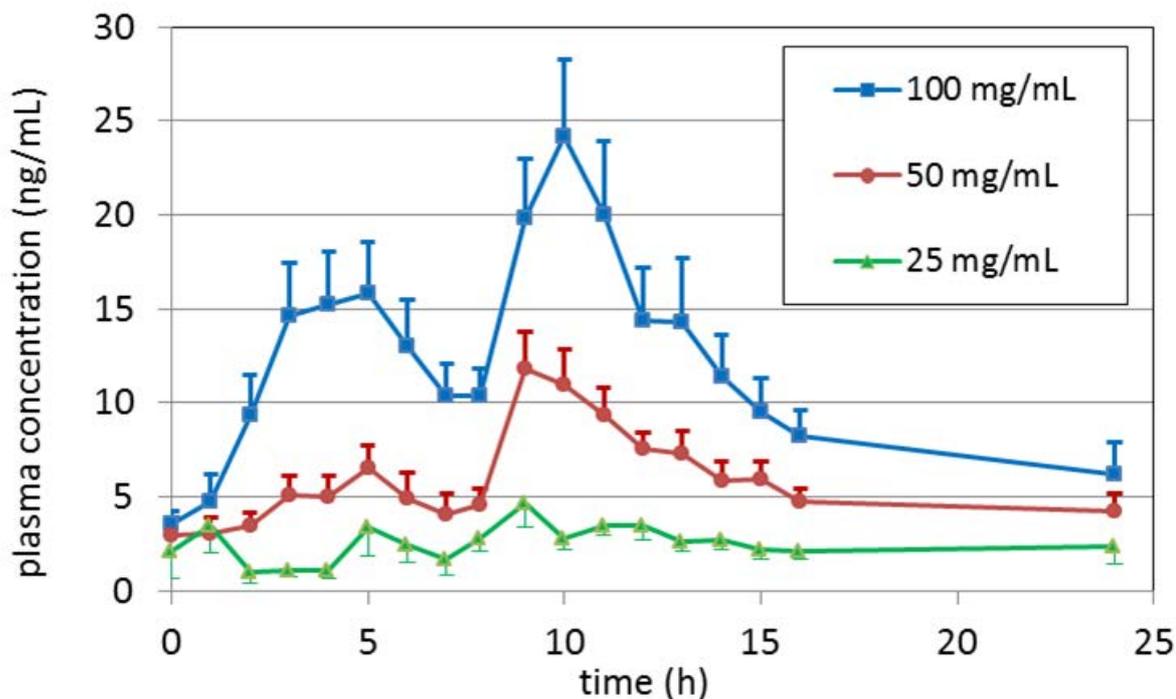
Hammann F et al. *J Control Release*. 2016 Apr 14. pii: S0168-3659(16)30206-1.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27090163>

Cet article rapporte les résultats d'une étude de phase I d'un nouveau dispositif transdermique programmable (figure ci-dessous) pouvant délivrer des doses contrôlées et isolées de nicotine au cours de la journée. Le but de ce système est d'obtenir une nicotémie proche d'un fumeur au cours de la journée.



Afin d'évaluer la pharmacocinétique et la tolérance de ce mode d'administration, 12 hommes fumeurs (de 20 à 47 ans) en bonne santé, fumant 20 cigarettes ou plus par jour ont été recrutés. Ils ont reçu 3 doses progressives lors de 3 séances séparées d'au moins trois jours. Le dispositif était programmé pour délivrer une dose de nicotine (200 µL d'une solution de nicotine à 25, 50 ou 100 mg/ml) deux fois, à T0h (en condition d'abstinence depuis la veille au soir) et à T8h (8h après). Le dispositif était porté par les participants pendant 16h. Les événements indésirables étaient enregistrés et les participants suivis jusqu'au lendemain matin.



Les nicotémies obtenues avec les 3 solutions de nicotine (correspondant à une dose ponctuelle de 5, 10 ou 20 mg de nicotine) sont présentées sur le graphique ci-dessus. Avec la dose la plus élevée, la courbe de nicotémie est proche de celle observée chez un fumeur. La Cmax de la première dose était de  $18,2 \pm 2,8$  ng/ml et le Tmax de  $4,8 \pm 0,4$  h. La Cmax de la seconde dose était de  $24,7 \pm 4,1$  ng/ml et le Tmax de  $10,0 \pm 0,4$  h. Le seul événement indésirable noté était un érythème apparaissant aux 3 doses délivrées (visible au retrait du dispositif) mais ayant disparu le lendemain matin.

Reste à voir ce que ce dispositif donnera en termes d'efficacité. Son avantage pourrait être de délivrer la nicotine selon différentes fréquences en fonction des fumeurs de façon à adapter la délivrance de nicotine aux besoins individuels (mieux agir sur le craving ?).

## • Un nouveau questionnaire pour aider les fumeurs atteints de BPCO à arrêter de fumer.

Lundh L et al. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2016 Apr 14;26:16013.

Article en libre accès : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4831580/>

Le questionnaire Trying To Quit (TTQ) a été développé pour mesurer l'ambivalence et les barrières à l'arrêt des fumeurs atteints de BPCO, et a été utilisé dans cette étude pour vérifier s'il permettait de prédire l'arrêt dans cette population. L'hypothèse étant que plus le score obtenu est élevé (mesurant la détresse psychologique) moins le fumeur serait enclin à faire une tentative d'arrêt et moins il aurait de chances d'arrêter.

Au total 109 fumeurs atteints de BPCO (34 hommes et 75 femmes) ont rempli le questionnaire TTQ lors d'une visite de routine, et 85% (n=94) d'entre eux ont participé à un suivi 3 mois plus tard. Une régression logistique a été utilisée pour mesurer l'association entre le score de base au TTQ (version longue à 19 items, ou version courte à 14 items) et le fait de faire au moins une tentative d'arrêt, de réduire sa consommation de tabac, ou d'arriver à arrêter de fumer.

Les fumeurs avaient en moyenne 45 ans de tabagisme et 38% (n=41) n'avaient aucune intention d'arrêter de fumer dans un avenir proche. Ils ont été orientés vers différentes solutions (conseil bref, consultation de tabacologie ou ligne d'aide à l'arrêt). Lors du suivi à 3 mois, parmi les 94 fumeurs recontactés, 17 avaient arrêté de fumer, 36 avaient fait au moins une tentative d'arrêt de 24h, et 31 avaient réduit leur consommation de plus de 50%.

Sur l'analyse primaire de tous les participants, un score élevé au TTQ (19 items) était associé significativement à un plus faible taux de tentatives d'arrêt, mais pas à la réduction de consommation ou à l'abstinence d'au moins 7 jours (déclarée uniquement). Une analyse prenant en compte des facteurs confondants (âge, éducation, situation familiale, durée et sévérité de la maladie, alcool, dépression, anxiété...) a donné les mêmes résultats.

Dans l'analyse secondaire, prenant en compte le désir ou non d'arrêt, l'association négative entre le score au TTQ

et l'arrêt du tabac n'était significative que chez les fumeurs sans intention d'arrêt (OR ajusté= 0,72 ; IC 95% 0,53-0,99). Le TQT à 14 items n'a donné aucun résultat significatif.

Les auteurs estiment que ce questionnaire (version à 19 items) peut être utilisé pour ajuster l'aide à l'arrêt proposée aux fumeurs atteints de BPCO, ceux ayant les plus hauts scores nécessitant une prise en charge plus importante.

Table 5. The Trying To Quit smoking questionnaire (TQT)—19 items	
Items	
1. I plan to quit smoking.	11. I am keen to try new methods as aids to smoking cessation.
2. I try to quit smoking.	12. I do not want information about the progression of COPD.
3. I feel criticised for not being able to quit smoking.	13. I do not want to show that I smoke.
4. I criticise myself for not being able to quit.	14. I have difficulties to stop smoking because my husband/wife/friend smokes.
5. I do not get support and encouragement when I try to quit smoking.	15. It is unnecessary to quit because my health will not improve.
6. I feel worried about consequences if I do not quit smoking.	16. It is unnecessary to quit because I am too old.
7. I am worried about physical reactions if I quit smoking.	17. It is unnecessary to quit because decreasing the number of cigarettes is sufficient.
8. I feel that I must quit smoking.	18. I hope to be able to quit smoking some day.
9. I constantly think about quitting smoking.	19. I do not feel that to quit smoking is meaningful.
10. I perceive it as a failure not being able to quit smoking.	

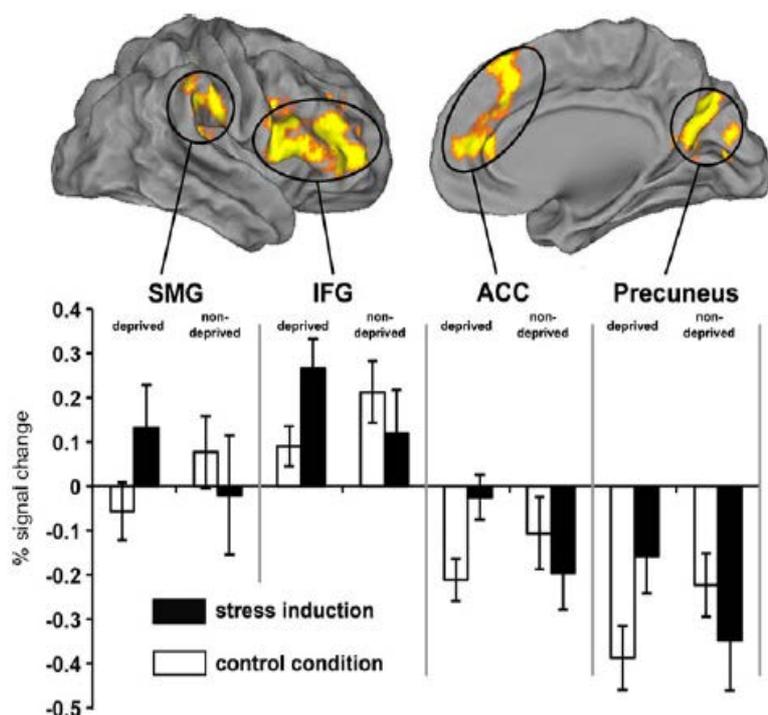
Les réponses aux questions sont cotées de 1 (je ne suis pas du tout d'accord) à 4 (je suis tout à fait d'accord). Le score total va de 19 à 76.

## • Le sevrage altère les réponses neuronales au stress psychosocial.

Ashare RL et al. *Psychopharmacology (Berl)*. 2016 Apr 18. [Epub ahead of print]  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27087432>

Selon la littérature scientifique, le stress joue un rôle critique dans l'initiation, le maintien et la rechute du comportement tabagique. Le stress aigu accroît à la fois l'envie irrésistible de fumer (craving) et les propriétés renforçatrices de la nicotine. Le tabagisme contribue à des changements neuroadaptatifs de l'axe hypothalamo-hypophysaire, du système dopaminergique de récompense et du système nerveux autonome, qui causent un émoussement de la réponse au stress.

Cette étude a recruté 39 fumeurs (âge moyen 40 ans, fumant 15 cig/j avec un FTCD moyen de 4,8) désireux d'arrêter de fumer, à qui l'on a proposé un protocole d'imagerie fonctionnelle (IRMf) afin de déterminer les effets de l'abstinence aiguë sur la réponse au stress. Les fumeurs ont été randomisés en deux groupes, l'un abstinant depuis 24h (n=21), et l'autre non abstinant (n=18). Le protocole de stress utilisé était une tâche de calcul mental stressante (Montreal Imaging Stress Task – MIST), pendant lequel l'activité cérébrale était enregistrée.



Les résultats montrent une activation supérieure chez les fumeurs abstinants par rapport aux fumeurs non abstinants dans 4 régions cérébrales (IFG gyrus frontal inférieur, ACC cortex cingulaire antérieur, precuneus et SMG gyrus supra-marginal) sous l'effet du stress.

Il est à noter que les réponses subjectives au stress (échelle POMS, Profile of Mood States) ont été similaires dans les deux groupes en pré-post test, et que donc cet effet mesuré par l'IRMf n'est pas détecté par le questionnaire. Le score de perturbation de l'humeur de la POMS passant de 8,9 à 15,0 chez les fumeurs abstinants, et de 6,7 à 16,8 chez les fumeurs non abstinants (p non significatifs).

Selon les régions observées, elles sont soit plus ou moins activées (% du signal

positif), soit plus ou moins désactivées (% du signal négatif sur le graphique). D'après les auteurs par exemple, l'activité du precuneus est liée au pensées centrées sur l'individu, et cette activité doit être supprimée lorsque l'individu réalise un effort de comportement contrôlé. De même, la désactivation du SMG pourrait être liée à l'inhibition de processus cognitifs non importants pour la tâche requise. La perturbation de ces contrôles, induite par l'abstinence, pourrait rendre le sevrage difficile et être une cause de craving et de rechute. Les auteurs suggèrent que le développement de traitements ciblés sur ces perturbations pourrait être une nouvelle solution pour améliorer l'arrêt du tabac.

## • Enquête sur l'usage de la cigarette électronique et du tabac en milieu scolaire.

**Stenger N et Chailleux E. Rev Mal Respir. 2016 Jan;33(1):56-62.**

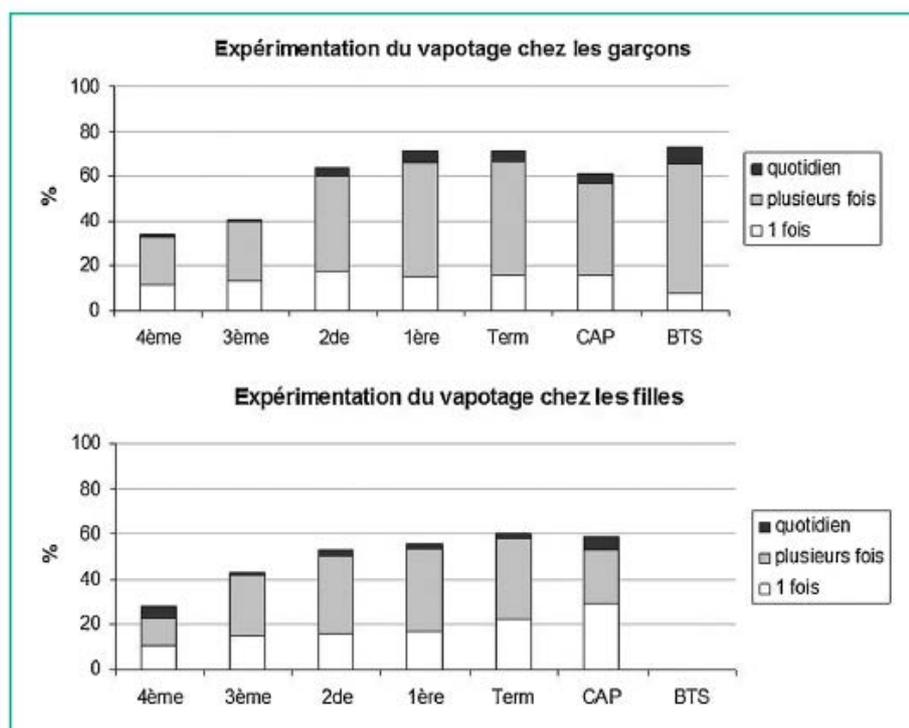
<http://www.em-consulte.com/rmr/article/1028392/>

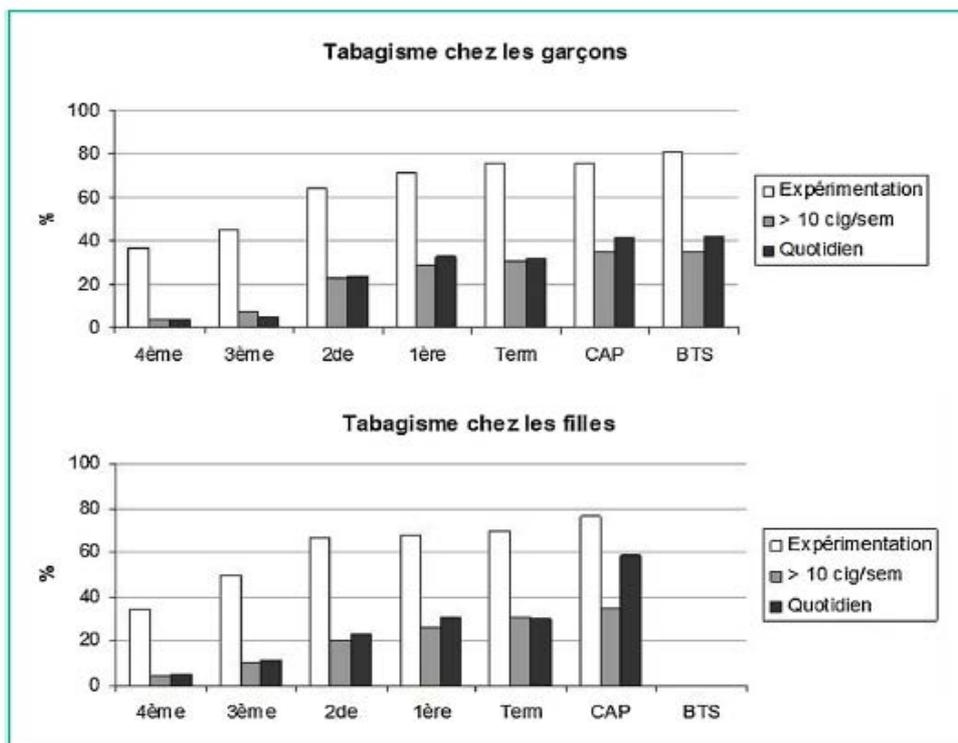
Le but de cette enquête était d'évaluer la fréquence de l'expérimentation de la cigarette électronique (CE) chez les adolescents et ses liens avec la consommation de tabac.

L'enquête a été réalisée entre mars et juin 2014 chez 3323 élèves allant de la 4<sup>ème</sup> au BTS dans plusieurs régions de France (9 départements - réalisée par les comités départementaux contre les maladies respiratoires, sous l'égide de la Fondation du Souffle). Le questionnaire anonyme comportait 19 questions portant sur l'expérimentation de la CE, son ancienneté, sa fréquence, ses modalités (arômes, taux de nicotine, mode d'obtention) et les motivations des utilisateurs, sur l'expérimentation du tabagisme (ancienneté, modalité [cigarettes, chicha, autres], fréquence), et sur l'association CE et tabac (et les variations de consommation de tabac en fonction du vapotage).

Au total 3319 questionnaires (1945 garçons et 1374 filles) ont pu être analysés. Ils étaient répartis en 25,3% (n=839) pour les collégiens, 70,7% (n=2345) pour les lycéens, et 4,1% (n=135) pour l'enseignement professionnel.

Les résultats concernant l'expérimentation et l'utilisation sont résumés dans les deux graphiques ci-dessous. Concernant la CE on constate une expérimentation (au moins 1 fois) chez 55,6% des élèves, mais seuls 3,4% sont utilisateurs quotidiens. Les raisons avancées pour l'expérimentation étaient la curiosité (74,8%), la réduction ou l'arrêt de la consommation de tabac (18,2%), faire des économies (5,7%) ou « pour faire comme les autres » (1,3%). Seuls 639 élèves (37,9% de l'ensemble des élèves) pouvaient préciser le taux de nicotine utilisé, dont 49,5% avaient utilisé un liquide sans nicotine, 27,7% entre 4 et 10 mg/ml de nicotine, 22,8% entre 11 et 15 mg/ml de nicotine, et 9,4% utilisant un liquide à 16 mg/ml ou plus. Les arômes les plus utilisés étaient les fruits (77,7%), devant la menthe (9,1%) et le goût tabac (5,5%).





Concernant le tabagisme, 62,5% ont répondu avoir déjà fumé des cigarettes ou la chicha, sans différence significative entre filles et garçons. On constate à partir de la classe de 1ère que garçons et filles fument quotidiennement (barre noire sur le graphique) dans une proportion similaire à ce qui est observé chez l'ensemble des fumeurs (environ 30% de fumeurs en classe de 1ère par rapport à 34% dans la population française de plus de 15 ans, selon le dernier baromètre santé de 2014).

L'enquête montre qu'il existe un lien très fort entre vapotage et tabagisme ( $p < 0,001$ ), le pourcentage d'essai de la CE chez les fumeurs quotidien était de 94,7%, et de 80,3% chez l'ensemble de ceux ayant expérimenté le tabac ( $n=2041$ ). Parmi ceux n'ayant jamais fumé, 16% ( $n=204/1278$ ) avaient expérimenté la CE.

Sur l'ensemble des 3319 élèves, 32,3% n'ont jamais fumé ni vapoté, 12,1% avaient fumé mais pas vapoté, 6,2% avaient vapoté mais pas fumé et 49,4% avaient expérimenté les deux.

Chez les élèves ayant déjà fumé et vapoté, 88,4% déclaraient avoir fumé en premier, parmi ceux-ci 12,2% disaient avoir arrêté de fumer.

A défaut d'avoir des études de cohortes, tant chez les adolescents que chez les adultes (ce qui serait pourtant bien utile), espérons que cette enquête sera répétée de façon à avoir une idée de l'évolution des consommations. C'est ce que fait l'enquête de Paris sans tabac, mais uniquement sur la région parisienne. Une telle enquête répétée au niveau national (tant en milieu urbain que rural) serait d'une grande utilité.

  
treatobacco.net

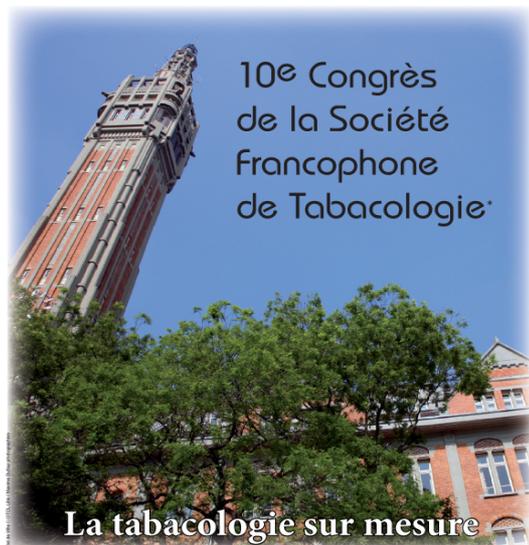
Independent, authoritative information on the treatment of tobacco dependence  
[www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)

**Un nouvel article dans la section « Ask the Experts » Qu'est-ce que la cytosine ? a été mis en ligne sur le site.**

## Congrès

La Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe (SRNT Europe) aura son congrès annuel à Prague, République Tchèque, les 8-10 septembre 2016.

Visitez son site ici : <http://www.srnt-e2016.com/>



10<sup>e</sup> Congrès  
de la Société  
Francophone  
de Tabacologie

La tabacologie sur mesure

3 - 4 novembre 2016  
Lille, France

[www.csft2016.com](http://www.csft2016.com)

\*La Société Française de Tabacologie devient la Société Francophone de Tabacologie

Société  
Francophone  
de Tabacologie

La Société Francophone de Tabacologie (SFT) a le plaisir de vous annoncer son 10<sup>e</sup> Congrès qui se déroulera à Lille Grand Palais les 3 et 4 novembre 2016.

A l'occasion de ce 10<sup>e</sup> Congrès, la SFT s'engage dans une réflexion approfondie sur le thème "La tabacologie sur mesure".

Ce congrès s'articulera autour de séances plénières, sessions parallèles (dont deux dédiées aux communications libres) et sessions posters.

Inscrivez-vous en ligne et retrouvez le programme et des informations pratiques sur le site Internet du congrès :

<http://www.csft2016.com>

10<sup>e</sup>  
EDITION

Congrès International d'Addictologie  
de l'ALBATROS

Mercredi 1, jeudi 2 & vendredi 3 JUIN 2016  
Novotel Tour Eiffel - PARIS

“ LES ADDICTIONS : AU CARREFOUR DES CONNAISSANCES ”

www.centredesaddictions.org

Numéro de DPC médecins : en cours  
Numéro de DPC non médecins : en cours  
Numéro d'agrément : 119/P000291

<http://jda.centredesaddictions.org/index.php?lang=fr>

---

## *Réunions d'experts*

# **LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES LIES AUX CONDUITES ADDICTIVES** 7 et 8 avril 2016



Les présentations des experts et le rapport d'orientation et les recommandations de la Commission d'Audition sont disponibles sur le site de la FFA :

[http://www.addictologie.org/spip.php?page=avec titre&id\\_rubrique=4#64](http://www.addictologie.org/spip.php?page=avec titre&id_rubrique=4#64)

---

## *Colloques*

Le 1er Sommet de la Vape – politique de santé et cigarette électronique  
se tiendra au CNAM à Paris le 9 mai 2016  
Organisé par Didier Jayle, Jacques Le Houezec et Bertrand Dautzenberg

9 mai 2016 - CNAM - PARIS



[www.sommet-vape.fr](http://www.sommet-vape.fr)

INITIATIVE CITOYENNE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

SAVE THE DATE - TABAC/CANNABIS 2.0

10 mai 2016

Amphithéâtre de la MGEN  
PARIS

**TABAC /  
CANNABIS 2.0**

Organisée par le RESPADD en partenariat avec la Direction générale de la santé, ce colloque « Tabac/Cannabis 2.0 : aide à l'arrêt, réduction des risques et [nouvelles] technologies » se tiendra à Paris, le 10 mai prochain.

[Programme et formulaire d'inscription cliquez ici](#)

**TOUS MOBILISÉS  
pour l'arrêt du tabac !**



Le 27 mai prochain, un colloque fédérateur organisé par la Direction générale de la santé et le RESPADD se tiendra au Ministère de la Santé.

Au cœur de ce colloque qui s'inscrit dans le Plan national de réduction du tabagisme (PNRT), l'engagement de tous vers une génération sans tabac, une mise au point sur les outils de prévention efficaces et innovants à l'attention des jeunes, un focus sur l'implication des professionnels de santé dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac et la campagne de santé publique inspirée de *Stoptober* "Moi(s) sans tabac" ou comment l'arrêt de la cigarette se

transforme en défi collectif et territorial et la santé communautaire en levier pour y parvenir.

<http://www.respadd.org/tous-mobilises-pour-larret-du-tabac/>



## 21E RENCONTRES DU RESPADD

« Addictions Ici et Ailleurs »

Organisées en collaboration avec le BUS 31/32, les prochaines rencontres du RESPADD « Addictions Ici et Ailleurs » auront lieu à Marseille, les 7 et 8 juin 2016.

<http://www.respadd.org/save-the-date-21e-rencontres-du-respadd/>

---

## offres d'emploi

### Appel à candidature :

Poste PH dans l'Unité de Tabacologie du CHU de Caen, en remplacement du Dr Béatrice Le Maître, responsable du Service.

L'Unité de Tabacologie du CHU de Caen est dans le Pôle Médecine d'Organes et Cancérologie. L'équipe, très investie, se compose de 2 médecins PH temps plein, d'une infirmière diplômée en tabacologie TP, d'une secrétaire médicale TP, d'une diététicienne diplômée en tabacologie (0,2 ETP) et d'une psychologue clinicienne (0,2 ETP). Les missions sont variées: de très nombreuses consultations, véritable activité de soin, à la croisée de toutes les pathologies, une activité de Recherche Clinique, en lien avec l'Unité de Recherche Clinique (plusieurs protocoles à venir), une activité régulière d'Enseignement (Formation initiale et continue), des actions d'information et de prévention, une aide à la politique d'Etablissement pour la lutte contre le tabagisme. L'Unité de Tabacologie du CHU de Caen a un fort rayonnement régional, qui va être prochainement renforcé en rejoignant la CBT (Coordination Bretonne de Tabacologie).

Contact: [lemaitre-b@chu-caen.fr](mailto:lemaitre-b@chu-caen.fr)

### Vacations en Tabacologie :

Le Centre Hospitalier d'Argenteuil, 69 rue du Lieutenant Colonel Proudhon, 95100 ARGENTEUIL, recherche des médecins pour assurer des vacances en Tabacologie, mais également en Addictologie et Alcoologie, à partir de début juin. Les médecins intéressés peuvent contacter le Dr SOBANN Monique au 01 34 23 29 32 ou 33.

Consultez les offres d'emploi sur le site de la SFT :

<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/emplois1.html>

---

## information

L'association Actions Traitements vient d'éditer : « Se libérer du tabac quand on vit avec le VIH ».

Cette brochure est gratuite et disponible sur leur plateforme :

<http://www.actions-traitements.org/commande/>

Lien direct vers le PDF : <http://www.actions-traitements.org/wp-content/uploads/2014/06/Se-lib%C3%A9rer-du-tabac-quand-on-vit-avec-le-VIH.pdf>

Ouverture du portail « Addict'Aide : Le village des addictions »



<http://www.addictaide.fr/>

Le référentiel AFSOS « sevrage tabagique » mis à jour par le groupe de travail auquel la SFT a participé est en ligne sur le site public Oncologik, à l'adresse suivante :

[http://www.oncologik.fr/index.php/Afsos:Sevrage\\_tabagique](http://www.oncologik.fr/index.php/Afsos:Sevrage_tabagique).

---

### [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.

#### [CNCT : dernières actus](#)

[Tabac, alcool, Internet, sexualité... Addict'Aide, le site qui permet de connaître son addiction](#)

[Tabac autorisé au lycée après les attentats : une mesure discutée](#)

[Cigarette électronique : l'Association canadienne de la vape contre le projet de loi 44 du Québec](#)

[Les lobbies du tabac "à nouveau à l'assaut de l'Europe"](#)

[E-cigarette : les usagers doivent guider les décideurs](#)

[Sevrage tabagique : plaidoyer d'experts en faveur de la e-cigarette](#)

[Tabac : 80% des buralistes opèrent dans l'illégalité !](#)

[Tabagisme : les schizophrènes ont plus de mal à arrêter](#)

[Lycées : la justice demande la suspension des espaces fumeurs illégaux](#)

[Tabac : fini le paquet de cigarettes à 10 euros... jusqu'en 2017](#)

[Au Royaume-Uni, le vapotage recommandé](#)

[Cigarette électronique : au Royaume-Uni, il vaut mieux vapoter que fumer](#)

---

*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](mailto:jacques.lehouezec@amzer-glas.com)