

- **Les résultats de l'étude ADONIS sur l'adaptation de la dose de substitution nicotinique.**

Berlin I et al. *Addiction*. 2010 Nov 22. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03306.x. [Epub ahead of print]  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21205047>

Faut-il ou non adapter la dose de substitution nicotinique par rapport à la concentration de cotinine salivaire, c'est à dire en fonction du degré de dépendance ? Telle était la question posée par cette étude dont vous avez tous entendu parler. Des fumeurs (N=310, fumant  $\geq 10$  cig/j et motivés à l'arrêt) présentant des pathologies dues à leur tabagisme (principalement BPCO, coronaropathie et athérosclérose périphérique) ont été traités par substitution nicotinique selon, soit une procédure standard (dose de patch adaptée selon la dépendance +/- formes orales à la discrétion du tabacologue), soit une procédure d'adaptation de la dose (patch(s) + formes orales) basée sur la concentration salivaire de cotinine avant l'arrêt (2 à 3 semaines avant), puis lors des visites à 1, 3, 5 et 7 semaines après l'arrêt, afin d'assurer une substitution à  $100\% \pm 5\%$ . Les sujets étaient vus chaque semaine (intervention d'au moins 10 min) entre l'arrêt et la semaine 12 de traitement, puis à 6 mois.

Si la réponse à la question pouvait paraître évidente, les résultats ne viennent pas l'étayer, car au bout du compte il n'y a pas eu de différence significative d'efficacité entre les deux groupes. Les taux de succès ont été respectivement de 30,3% vs. 26,4% (dose adaptée vs. standard) pour l'abstinence prolongée (pas une bouffée entre les semaines 9 à 12, et CO  $\leq 8$ ), de 12% vs. 8% pour l'abstinence continue (même chose, mais depuis le jour de l'arrêt) et de 22% vs. 21% pour l'abstinence ponctuelle (au moins 7 jours d'abstinence et CO  $\leq 8$ ) à 6 mois. Le meilleur paramètre prédictif de l'arrêt tabagique était l'envie de fumer : une diminution de l'envie de fumer lors du sevrage était associée à un succès, l'absence de diminution de l'envie de fumer prédisait l'échec du sevrage. Cette étude montre donc qu'il n'est pas nécessaire d'adapter la dose de substitution nicotinique par rapport à la concentration salivaire de cotinine, et que l'adaptation posologique selon les symptômes cliniques de l'arrêt tabagique, l'attitude habituelle des tabacologues, fait aussi bien que l'adaptation posologique selon la cotinine salivaire. Il faut noter aussi que l'adhérence au traitement a été très bonne dans les 2 groupes ( $\geq 95\%$ ). Les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des fumeurs vus par les tabacologues (inclusion uniquement de fumeurs atteints de maladies dues à leur tabagisme), mais malgré tout, elle montre que lorsque les fumeurs sont pris en charge avec un suivi intense et un traitement adapté, le taux de succès est plutôt encourageant.

- **Analyse coût-efficacité des traitements d'aide à l'arrêt du tabac en Écosse.**

Bauld L et al. *Nicotine Tob Res*. 2010 Dec 31. [Epub ahead of print]  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21196451>

Une étude d'observation a comparé deux approches de l'arrêt supportées par le NHS de Glasgow en Écosse, l'aide à l'arrêt en groupe avec un suivi de 7 semaines (n=411) et l'aide à l'arrêt individuelle par les pharmaciens (n=1374). Dans les 2 cas une pharmacothérapie était associée (principalement par substituts nicotiques). Cette étude a comparé les taux de succès à 1 an et les coûts associés afin de réaliser une étude coût-efficacité à la fois sur l'année et en projection sur la vie entière. Le tout a été comparé à un modèle d'arrêt isolé sans aide. Les taux de succès combinés à 4 semaines de l'aide à l'arrêt en groupe ou individuelle sont de 22,5% et tombent à 3,6% à 1 an. Les taux retenus pour l'arrêt sans aide, basés sur la littérature, sont respectivement de 10% à 4 semaines et 1,5% à 1 an. Les taux de succès à 1 an de l'aide à l'arrêt en groupe sont supérieurs (6,3%) à ceux de l'aide individuelle (2,8%), mais demandent un soutien plus intensif coutant plus cher que l'arrêt individualisé en

pharmacie. Le coût par « année de vie ajustée par sa qualité » (QALY en anglais) pour la vie entière, est de £4800 pour l'arrêt en groupe et de £2600 pour l'arrêt individualisé en pharmacie. Au Royaume Uni, l'Institut pour l'excellence clinique (NICE) estime que le seuil pour qu'un coût par année de vie ajustée par sa qualité soit jugé très coût-efficace est de £20000 à £30000. Cette étude démontre donc, que malgré des taux de succès un peu décevants, les 2 types de services (s'adressant à 2 types de populations, donc complémentaires) proposés par le NHS, sont hautement coût-efficaces.

- **L'aide à l'arrêt chez les patients présentant une BPCO est aussi hautement coût-efficace !**

*Hoogendoorn M et al. Thorax. 2010 Aug;65(8):711-8.*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20685746>

Une revue systématique de la littérature sur les essais cliniques randomisés et contrôlés d'arrêt du tabac chez les patients atteints de BPCO (Broncho-pneumopathie chronique et obstructive), avec résultats à 12 mois validés par un marqueur (ex: CO expiré), a été réalisée. Les interventions ont été classifiées en : soin normal, conseil minimal, suivi intensif, et suivi intensif + pharmacothérapie. Pour chacune de ces catégories, le taux d'abstinence continue à un an, et le coût de l'intervention ont été estimés. Un modèle de population dynamique adapté à la BPCO a été utilisé pour projeter les coûts à long terme (25 ans) de l'utilisation d'une telle intervention pendant 1 an sur 50% des patients fumeurs, comparé au soin normal. Neuf études ont été sélectionnées et ont permis d'estimer les taux d'abstinence continue à un an à 1,4% pour le soin normal, 2,6% pour le conseil minimal, 6,0% pour le suivi intensif et 12,3% pour le suivi intensif + pharmacothérapie. Comparé au soin normal, le coût par « année de vie ajustée par sa qualité » (QALY) projeté à 25 ans a été de 16900 € pour le soin normal, 8200 € pour le suivi intensif et 2400 € pour le suivi intensif + pharmacothérapie. Les résultats étant particulièrement sensibles au taux d'abstinence et au taux d'actualisation des coûts. Comme dans l'étude précédente, en population générale, on s'aperçoit que l'aide à l'arrêt dans une population atteinte de BPCO, même et surtout intensive, présente un coût-efficacité très élevé, et que c'est le suivi intensif + pharmacothérapie qui est l'intervention la plus coût-efficace.

- **Facteurs prédictifs et probabilité du passage de l'usage à la dépendance pour la nicotine, l'alcool, le cannabis et la cocaïne.**

*Lopez-Quintero C et al. Drug Alcohol Depend. 2010 Dec 7. [Epub ahead of print]*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21145178>

Une large enquête épidémiologique américaine a permis d'analyser les données de consommateurs vie-entière de tabac (n=15918), d'alcool (n=28907), de cannabis (n=7389) et de cocaïne (n=2259). Ces données ont permis de calculer la probabilité cumulée de transition de l'usage à la dépendance (basée sur les critères DSM-IV) et d'identifier les facteurs prédictifs. La probabilité de transition de l'usage à la dépendance la plus élevée est celle pour le tabac (en fait on parle de dépendance à la nicotine et non au tabac dans le DSM-IV !) (67,5% des utilisateurs), suivie par celle de l'alcool (22,7% des utilisateurs), celle de la cocaïne (20,9% des utilisateurs), et finalement celle du cannabis (8,9% des utilisateurs). Par contre pour la moitié des cas de dépendance à la nicotine, l'alcool, la cocaïne et le cannabis, la durée de transition de l'usage à la dépendance était inversement proportionnelle, soit 27, 13, 5 et 4 ans, respectivement (la dépendance au tabac peut s'installer rapidement chez les adolescents, mais ici c'est une mesure moyenne pour 50% des sujets!). Certains facteurs prédictifs étaient communs aux 4 substances; statut marital (divorcés/séparés consomment plus de nicotine, alcool et cocaïne, ceux jamais mariés plutôt du cannabis), âge (les plus jeunes, 18-29 ans, consomment surtout nicotine et cannabis, les 30-44 ans plutôt alcool et cocaïne), chômage, niveau socio-économique bas (plutôt dépendants à la nicotine), trouble anxieux, de personnalité ou de l'humeur (consomment de tout). Malheureusement, toute l'analyse repose sur la définition de la dépendance par les critères du DSM-IV, qui on le sait ne sont pas parfaits car seulement dichotomiques (on est ou on n'est pas dépendant selon que l'on remplit 3 ou plus critères sur 7 proposés), et non pas graduels comme on peut le faire avec une mesure telle que le test de Fagerström (FTND) ou la CDS de Etter. De même, il y a une tentative d'analyse en fonction de l'origine ethnique des personnes, mais qui ne tient pas compte de facteurs confondants comme la variation des revenus au cours de la vie. Globalement, ce type d'étude est assez décevant car par manque sans doute de moyens, et malgré un échantillon de population important, il est difficile de généraliser ces données.

- **Stimuler les récepteurs nicotiques alpha7 améliore les fonctions cognitives.**

*Castner SA et al. Biol Psychiatry. 2011 Jan 1;69(1):12-8.*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20965497>

Des études ont montré que la nicotine améliorait les fonctions cognitives chez l'Homme, et dans les modèles animaux de troubles neuropsychiatriques. Cette étude a cherché à montrer si un agoniste des récepteurs nicotiques alpha7 pouvait améliorer la mémoire de travail spatiale chez le singe. En s'appuyant sur des données obtenues chez les rongeurs, les auteurs ont utilisé des doses d'AZD0328 (Astra-Zeneca) comprises entre 1,6 ng/kg à 0,48 mg/kg (intramusculaire), comparées à un placebo, pour les effets aigus. Ensuite dans un autre groupe de singes (Macaques), ils ont testé des doses répétées (de 1 ng/kg à 1 µg/kg) afin de tester les effets sub-chroniques. En aigu, la courbe d'amélioration de la mémoire de travail spatiale est en forme de U inversé, où les très faibles doses (0,00016 mg/kg) et les fortes doses (0,48 mg/kg) causent une détérioration de la performance, et les doses intermédiaires (0,0016 et 0,0048 mg/kg) produisent une amélioration des performances. Dans un autre groupe de singes, une dose aiguë a produit une amélioration de la performance pendant plus d'un mois. Une dose répétée (2 fois 4 jours, séparés d'une semaine sans traitement) de 0,001 mg/kg produit aussi une amélioration de la performance à la fois pendant et après le régime d'injections. Cette étude démontre que de relativement faibles doses d'agoniste des récepteurs nicotiques alpha7 peuvent avoir des effets positifs sur la cognition à court et moyen terme. Ces résultats sont prometteurs pour le développement de futurs médicaments visant à améliorer les fonctions cognitives chez les personnes déficitaires (ex: maladie d'Alzheimer, schizophrénie), en ciblant les récepteurs cholinergiques nicotiques alpha7.

- **La réaction des fumeurs américains vis-à-vis des formes orales (tabac ou nicotine pure) de substitution du tabac.**

*O'Connor RJ et al. Harm Reduct J. 2011 Jan 10;8(1):1. [Epub ahead of print]*  
Article en libre accès : <http://www.harmreductionjournal.com/content/8/1/1/abstract>

Certains auteurs suggèrent que les fumeurs pourraient utiliser du tabac oral (TO) ou des traitements nicotiques de substitution (TNS) afin de réduire leur risque pour la santé, s'ils étaient correctement informés de la différence de risque par rapport aux cigarettes. Pour cela, 67 fumeurs adultes (dont 44 ont terminé l'étude, répartis en 64% entre 41-54 ans, 18% <40 ans et 18% >54 ans) n'ayant pas envie d'arrêter de fumer, ont été recrutés pour tester 4 produits différents. Lors de 2 premières séances ils ont reçu une information sur les risques relatifs de la cigarette et des 4 produits (snus Camel, snus Marlboro, tablettes de tabac comprimé Stonewall, et comprimés de nicotine à 4 mg). A la fin de la seconde séance, ils sont repartis avec un échantillon des 4 produits à tester pendant une semaine. Lors de la troisième séance ils ont complété des questionnaires et indiqué leur produit préféré, dont une quantité suffisante leur a été donnée afin de l'utiliser la semaine suivante. Ils ont aussi reçu \$10 par séance pour les séances 1 à 3, et \$25 pour la dernière séance (\$55 au total pour ceux ayant terminé l'étude). Des échantillons de salive ont été collectés pour mesurer la concentration de cotinine, et le CO expiré a aussi été mesuré, afin de déterminer s'il y avait réellement réduction de consommation de cigarettes. Après l'essai de la 3ème semaine, c'est le comprimé de nicotine qui a été préféré par rapport aux différentes formes de tabac oral (p=0,011). Après la semaine d'utilisation du produit sélectionné, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement a baissé, passant de 11,8 à 8,7 (p<0,01), sans que le nombre de produits oraux augmente par rapport à la semaine précédente d'essai des différents produits (4,5 unités par jour). La concentration de cotinine salivaire n'a pas changé, mais le CO expiré a diminué de 19% (p<0,001). Les auteurs concluent de cette étude que des fumeurs n'ayant pas l'intention d'arrêter de fumer, pourraient avoir envie d'utiliser un produit de substitution du tabac, au moins à court-terme, mais seulement pour une substitution partielle (ils continuent de fumer des cigarettes, mais moins). Parmi les 4 produits proposés, ils semblent préférer un TNS plutôt que du tabac oral.

- **Adhérence au traitement pharmacologique et raisons de l'abandon précoce, lors d'une tentative d'arrêt du tabac.**

*Balmford J et al. Nicotine Tob Res. 2010 Dec 8. [Epub ahead of print]*  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21147894>

Certains auteurs reconnaissent l'efficacité du traitement nicotinique de substitution lors des essais cliniques, mais remettent en cause son efficacité lorsqu'il est délivré sans ordonnance. Les causes avancées étant un arrêt précoce et un sous-dosage. Cette étude réalisée dans le cadre du groupe ITC sur 4 pays (États-Unis, Royaume-Uni, Australie et Canada) a cherché à comprendre pourquoi et à quelle fréquence les fumeurs arrêtent leur traitement

(TNS, bupropion ou varénicline). L'échantillon inclut 1219 fumeurs ou récents ex-fumeurs ayant utilisé un traitement dans l'année écoulée (80,5% TNS et 19,5% bupropion ou varénicline). Sur l'ensemble de l'échantillon, 670 (55%) ont utilisé un TNS sans ordonnance, 311 (26%) un TNS sur ordonnance et 238 (19%) soit du bupropion, soit de la varénicline. La majorité de l'échantillon (69,1%) a arrêté le traitement prématurément, et ceci plus fréquemment pour les utilisateurs de TNS (71,4%) que les utilisateurs de bupropion ou de varénicline (59,6%), et encore plus pour ceux utilisant le TNS sans ordonnance (76,3%). La première raison évoquée pour l'arrêt prématuré est la reprise du tabac (41,6%). Viennent ensuite les effets indésirables (18,3%) et l'impression que le traitement n'est plus nécessaire (17,1%). Parmi ceux ayant terminé leur traitement, 37,9% étaient abstinents à 6 mois, contre 15,6% chez ceux ayant arrêté prématurément. Parmi ceux qui pensaient que le traitement avait été efficace, 65,6% étaient abstinents à 6 mois. Cette étude montre que l'arrêt prématuré du traitement est courant, mais que cela n'est pas forcément une cause de rechute pour tout le monde. Encourager la continuation du traitement en cas de reprise du tabac ponctuelle, ou d'effets indésirables légers, pourrait améliorer l'efficacité à long terme des traitements.

- **Comme la nicotine, la varénicline produit une augmentation du nombre de récepteurs nicotiques et des effets anxiolytiques.**

*Turner JR et al. Nicotine Tob Res. 2011 Jan;13(1):41-6.*

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21097981>

L'augmentation du nombre de récepteurs nicotiques  $\alpha 4\beta 2$  (up-regulation) est un effet bien connu de l'administration de nicotine, et certaines études cliniques et pré-cliniques suggèrent que cette upregulation joue un rôle dans l'étiologie des symptômes de sevrage. Afin de tester cette hypothèse, des souris ont reçu de la nicotine (18 mg/kg/jour) ou de la varénicline (1,8 mg/kg/jour) pendant 14 jours, puis ont été sevrées (retrait de la minipompe osmotique délivrant la substance en sous-cutanée). Les auteurs ont ensuite mesuré le degré d'augmentation du nombre de récepteurs et les effets anxiolytiques en utilisant le test de l'enfouissement de billes (moins l'animal est anxieux, moins il enfouit de billes). Les résultats montrent que l'administration chronique de nicotine ou de varénicline augmente significativement le nombre de récepteurs nicotiques  $\alpha 4\beta 2$  (jusqu'à 72h) dans le cortex, l'hippocampe, le striatum et le thalamus. De même ces administrations chroniques ont pu être associées à des effets anxiolytiques dans le test d'enfouissement de billes (diminution du nombre de billes enfouies), et que cet effet était maintenu jusqu'à 48h après l'arrêt de la varénicline, mais était absent 24h après l'arrêt de la nicotine (probablement dû à la différence d'élimination, demi-vie plus courte de la nicotine par rapport à la varénicline). Le mécanisme d'action supposé de la varénicline implique une modulation de la libération de dopamine dans le système de récompense. Mais cette étude montre que l'administration de varénicline produit à la fois des effets anxiolytiques et une up-regulation à spécificité régionale (différente dans différentes structures cérébrales) et temporelle (durée différente selon les structures cérébrales). Selon les auteurs, l'interprétation de ces résultats serait que l'augmentation du nombre de récepteurs nicotiques par la varénicline pourrait être une des causes de son efficacité dans l'arrêt du tabac. Tout cela est assez complexe, et il faut faire très attention lorsque l'on interprète et extrapole des données animales, particulièrement chez la Souris. Une affaire à suivre donc, mais avec discernement!

- **Les effets de la nicotine sur l'attention, chez les femmes présentant un déficit attentionnel génétique, pourraient expliquer leur forte dépendance.**

*Rigbi A et al. Pharmacogenomics J. 2011 Feb;11(1):45-52.*

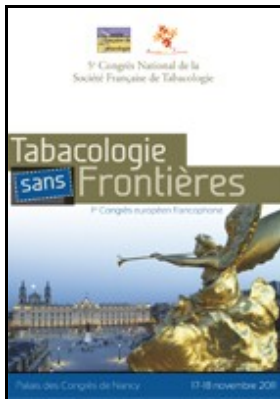
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20231857>

Dans une étude antérieure, cette équipe a montré que les jeunes femmes fumeuses ont des performances diminuées par rapport à des non fumeuses dans des tâches d'attention, mais que ces résultats dépendent aussi des caractéristiques génétiques des individus. Cette étude a cherché à montrer que la nicotine peut améliorer les performances de femmes fumeuses ayant un déficit attentionnel, et que les femmes fumeuses présentant des caractéristiques génétiques les prédisposant à de moindre performances attentionnelles, bénéficieraient plus des effets de la nicotine. Pour cela, 31 jeunes femmes fumeuses ayant participé à l'étude précédente, ont réalisé des tests attentionnel (Tour de Londres, Test de performance continue...) après administration d'une gomme de nicotine (4 mg) ou d'une gomme placebo. Ainsi en contrôlant les facteurs confondants (dépendance, symptomatologie de déficit attentionnel...), l'administration de nicotine a amélioré les performances des jeunes femmes présentant un plus fort déficit attentionnel, une dépendance à la nicotine plus forte, et une consommation de caféine plus importante. Un effet interactif entre le profil génétique et la région chromosomique de la sous-

unité nicotinique alpha7 (ces mêmes récepteurs sont mis en cause dans les déficits attentionnels observés chez les patients schizophrènes) a été mis en évidence. Ces résultats suggèrent que la nicotine pourrait avoir des effets transitoires d'amélioration des performances attentionnelles plus important chez les jeunes femmes fumeuses ayant un déficit attentionnel plus intense et une consommation plus forte de nicotine et de caféine. Ceci pourrait refléter une prédisposition génétique chez certains individus, qui seraient alors à plus fort risque de dépendance à la nicotine, peut-être à cause du bénéfice qu'ils en tirent, et qui auraient plus de difficultés à arrêter de fumer.

---

***A consulter sur le site de la SFT !***



**Le 5ème Congrès national de la SFT  
dont le thème est "Tabacologie sans frontières"  
se tiendra du jeudi 17 au vendredi 18 novembre 2011  
au Palais des congrès de Nancy.**

***Retrouvez prochainement toutes les informations relatives à ces journées:  
<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/congres1.html>***

### ***Actualités tabacologiques***

#### **Échelles internationales d'évaluation utilisables en tabacologie. Synthèse de recensement, de traduction et de validation.**

Revue bibliographique réalisée par Jacques Le Houezec à la demande de la SFT

(téléchargeable sur le site à: <http://societe-francaise-de-tabacologie.com/actualites1.html> ).

---

  
**treatobacco.net**

**La mise à jour des différentes sections du site a commencé. La mise à jour des sections Efficacité, Politiques et Epidémiologie (en anglais) sont en ligne. Les autres sections vont suivre.  
Les traductions dans les dix autres langues du site (y compris le français) seront prochainement disponibles.**

**Plus d'information sur: [www.treatobacco.net](http://www.treatobacco.net)**

---

## *offres d'emploi*

Le centre d'addictologie de HEGP recrute pour un poste de  
Praticien Attaché en tabacologie (2 vacations)  
Contacter le Dr Anne-Laurence Le Faou au 01 56 09 24 88 (5018) ou  
[anne-laurence.lefaou@egp.aphp.fr](mailto:anne-laurence.lefaou@egp.aphp.fr)

**Quatre vacations** de tabacologie disponibles dès le 1er octobre 2011 au CH de Niort (Deux-Sèvres)  
Tel : 06 82 95 73 74  
Dr AM Baranger-Brulé

N'oubliez pas de consulter régulièrement le site de la SFT pour toutes les offres d'emploi !  
<http://societe-francaise-de-tabacologie.com/emplois1.html>

---

## *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)

*et n'oubliez pas la 14ème Journée de l'IRAAT – Maternité sans tabac !  
(voir dépliant ci-dessous)*



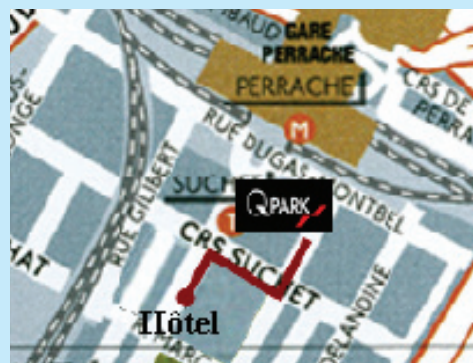
INSTITUT RHONE ALPES AUVERGNE  
DE TABACOLOGIE

## Avec le soutien de

CONSEIL GENERAL DU RHONE  
HOSPICES CIVILS DE LYON  
DGS  
ARS  
INCA

## et des laboratoires

PIERRE FABRE SANTE  
GSK  
NOVARTIS  
PFIZER  
MAC NEIL  
EOLYS  
LERO  
FIM  
NUTERGIA



**Hôtel Best Western**  
23 Cours Charlemagne - Perrache  
69002 LYON

Metro ligne A direction Perrache : Arrêt Perrache  
Tramway T1 direction Montrochet : Arrêt Suchet  
Tramway T2 direction Perrache : Arrêt Perrache

Parking payant : Perrache Archives  
Pass Hôtel jour 7h30 – 18h30 : 8 euros  
(en vente à la réception)

## I.R.A.A.T.

Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie

Hôpital de la Croix-Rousse  
103, Grande Rue de la Croix-Rousse  
69 004 LYON

Tél. / Fax : 04 78 42 59 18  
E-mail : [iraat-lyon@orange.fr](mailto:iraat-lyon@orange.fr)  
Site web : [www.iraat.fr](http://www.iraat.fr)

N° agrément : 82690676369  
N° siret : 444 131 072 00019

# 14<sup>ème</sup> Journée Scientifique

MAT'AB (IRAAT)  
Maternité sans tabac

# Maternité sans tabac

**Jeudi 17 mars 2011**

Hôtel Best Western  
23 Cours Charlemagne - Perrache  
69002 LYON

## Maternité sans tabac

**8 h30** **Accueil des participants**

**9h15- 9h30** Ouverture  
Animation : Dr Gérard MATHERN, Président IRAAT

**SESSION I TABAGISME, FEMME ENCEINTE ET TROUBLES PSYCHOLOGIQUES**

**9h30- 10h00**  
Etude IRAAT : La femme enceinte fumeuse et la dépression (Collectif Sages Femmes Tabacologues Rhône Alpes)  
*Questions*

**10h15 – 10h45**  
Prise en charge de la femme enceinte dépressive  
Dr Audrey SCHMITT (Clermont-Ferrand)  
*Questions*

**11H** Pause

**SESSION II TABAGISME ET PMA**

**11h15 – 11h45**  
Les bases scientifiques  
Pr René RUDIGOZ (Lyon)

**11h45 – 12h15**  
Evolution de l'impact du tabac actif et passif sur FIV et ICSI  
Madame Isabelle HANCE, Sage Femme (Dijon)  
*Questions*

**12h30** **Repas**

**SESSION III GROSSESSE TABAGISME ET AUTRES ADDICTIONS**

Animation : Dr Etienne ANDRE, Médecin Santé Publique Grenoble

**14h – 14h30**  
Prise en charge en Côte Basque des femmes polyaddictives en maternité  
Madame Sabine GEORGIEU, Sage Femme (Bayonne)  
*Questions*

**14h – 15h15**  
Grossesse et addictions  
Dr Laurent KARILA (Paris)  
*Questions*

**15h30 – 16h**  
Le regard sur la femme enceinte fumeuse  
Jean-Olivier MAJASTRE (Grenoble)  
*Questions*

**16h15 – 16h30**  
Conclusions



INSTITUT RHONE ALPES AUVERGNE  
DE TABACOLOGIE

## Coupon réponse

à retourner avant le 10 mars 2011 ,  
accompagné de votre règlement à l'ordre de l'IRAAT à :

### I.R.A.A.T.

Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie  
Hôpital de la Croix-Rousse  
103, Grande Rue de la Croix-Rousse  
69 004 LYON

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Fonction \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_

e mail lisible \_\_\_\_\_

Participera à la 14<sup>ème</sup> Journée Scientifique  
MAT'AB de l'IRAAT le 17 mars 2011

Montant de la participation : 40 euros  
(comprend l'accès aux conférences et le repas)