

VIH ET ADDICTIONS : ADDICTION TABAGIQUE

Docteur Jean Perriot
Dispensaire Emile Roux
Clermont-Ferrand F63
jean.perriot@cg63.fr

REUNION COREVIH Auvergne Loire
Clermont-Ferrand 13-12-2011

INTRODUCTION

ADDICTION TABAGIQUE ET INFECTION PAR LE VIH

Prévalence du tabagisme supérieure (vs pop gén)

Morbi-mortalité induite supérieure (VIH/tabac)

TAD, psychiatriques et suicides plus fréquents, QDV ↘

Dépendance tabagique (nicotinique) supérieure

Co-consommation de SPA et précarité sociale plus fréquentes

Réussite du sevrage tabagique plus difficile (arrêt moins fréquents)

DEMANDES D'AIDES A L'ARRET SPECIALISEES

Les patients (pression sociale, coût du tabac (++) , pathologies)

les médecins (pression des patients, pathologies, temps/formation)

les uns et les autres (complexité du sevrage des « fumeurs difficiles »)



PLAN DE L'EXPOSE

RAPPELS EN TABACOLOGIE

TABAGISME ET INFECTION PAR LE VIH

INFECTION PAR LE VIH ET SEVRAGE TABAGIQUE

ETUDES RECENTES

SYNTHESE

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Medline PubMed (limits Activated : title/Abstract)

« hiv AND smoking cessation » « hiv AND nicotine addiction » « hard-core smokers »

INIST/Refdoc ; base biblio OFDT ; Globalink (Medical Journal Update)



RAPPELS EN TABACOLOGIE

- État psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisé par des réponses comportementales avec compulsion («craving») à prendre la substance de façon répétée pour ressentir ses effets psychiques et/ou parfois éviter l'inconfort de son absence (syndrome de sevrage) ; la tolérance peut être présente ou non.

- Dépendance = P x I x E

DEPENDANCE (perte de contrôle de l'usage)

* syndrome de sevrage ± tolérance

* craving (sensibilisation comportementale)

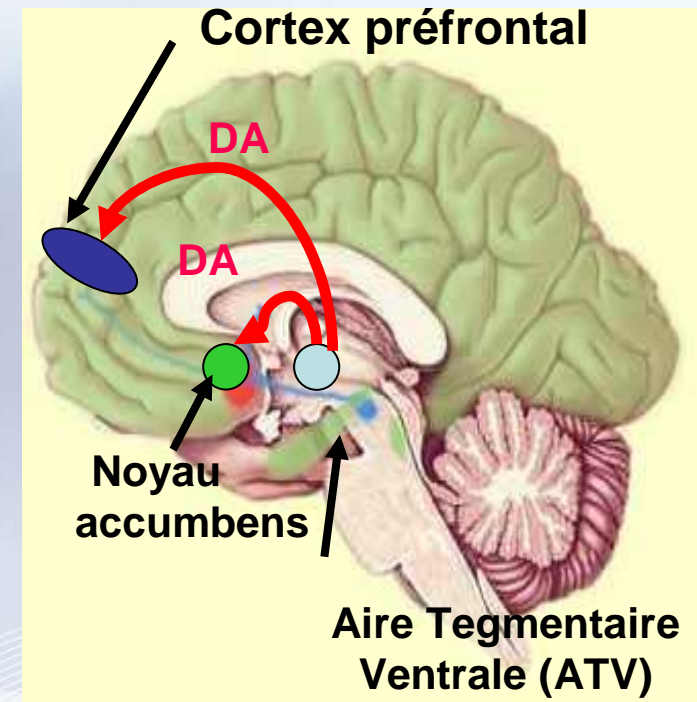
IL N'Y A PAS UN « FUMEUR »
MOYEN MAIS « DES FUMEURS »

PERSONNALISATION
DE LA PRISE EN CHARGE



La dépendance aux substances addictives s'accompagne de la libération de dopamine activant le système hédonique

- **Système hédonique.**
- **Innervation dopaminergique essentielle.**
Rôle d'autres neurones modulateurs (SER-NE)
neurotransmetteurs (GLU-GABA), etc...
- **Tabagisme chronique modifie la neuro-plasticité cérébrale, sensibilisation comportementale.**
- **Le Tabac est fortement addictogène.**
60 % de fumeurs avec syndrome de sevrage
36 % de fumeurs dans les 30 mn après le réveil
30 % de « **Heavy chronic smokers** »
5 à 16 % de « **Hard-Core Smokers** »
- « **Fumeurs difficiles** » : 30 % (dont VIH +).



DEPENDANCE TABAGIQUE SELON G. LAGRUE

EFFETS RECHERCHES

(Effets psycho-actifs induits et/ou renforcés par stimuli internes ou environnementaux)

COMPORTEMENT TABAGIQUE
(répétition → automatisation)

SENSATION DE MANQUE

RENFORCEMENT POSITIF
(compulsion = « craving »)

RENFORCEMENT NEGATIF
(syndrome de sevrage)

SYNDROME DE MANQUE DE NICOTINE (DSM IV)

A- Utilisation quotidienne de nicotine pendant au moins plusieurs semaines

B - Arrêt brutal ou réduction de l'apport de nicotine suivi dans les 24 heures de ≥ 4 signes :

- humeur dysphorique ou dépressive
- insomnie
- irritabilité, frustration, colère
- anxiété
- difficulté de concentration
- fièvre
- diminution du rythme cardiaque
- augmentation de l'appétit

C- Les symptômes du critère B causent une souffrance significative ou un impact socioprofessionnel, etc...

D- Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale ni à un autre trouble mental.



LE SEVRAGE TABAGIQUE REALISE UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE, ETALEE DANS LE TEMPS, PERSONNALISEE.

IL REALISE UNE INTERVENTION STRUCTUREE EN TROIS ETAPES :

- ✓ phase de préparation
- ✓ phase de sevrage
- ✓ phase de suivi

PRISE EN CHARGE DES DEPENDANCES PSYCHO- COMPORTEMENTALES ET PHARMACOLOGIQUES ; ET PERMETTRE UN TRANSFERT DE COMPETENCE DU MEDECIN VERS LE FUMEUR

RESPECT DU CONCEPT D'EVIDENCE BASED MEDICINE, **MAIS** SANS SE LIMITER A L'APPLICATION STANDARDISEE ET IMPERSONNELLE DES PROTOCOLES VALIDES.

Perriot J. Rev Mal Respir 2005

Perriot J, et al. Tabacologie et sevrage tabagique. John Libbey, 2003



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL
DU RELIEF ET DES HOMMES

PRISE EN CHARGE DU FUMEUR DIFFICILE

EVALUATION DE LA MOTIVATION A L'ARRET

oui

Evaluation de la dépendance :
test de Fagerström (FTND)
et consommation (cig/jour)

SEVRAGE TABAGIQUE

Evaluer (terrain, comorbidités associées, antécédents de sevrage, réponses aux traitements...)

Puis traiter :

THERAPEUTIQUES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :

- TNS (TD + FO –dosage cotinine)
- VARENICLINE
- BUPROPION
- AUTRES dont MEDICAMENTS DU « CRAVING ».

non

Entretien Motivationnel

+

Réduction de consommation aidée par TNS

ET

**Identification de troubles anxio-dépressifs ou bipolaires
et/ou co-addictions de SPA.**

Trouble anxio-dépressif ou bipolaire :

Compensation du trouble et
réduction de consommation
(TNS)

Co-addiction à une SPA

Prise en charge et réduction
de consommation (TNS)
puis arrêt complet
ou sevrage d'emblée tabac +
autre SPA

SEVRAGE TABAGIQUE

SUIVI > 12 MOIS + STRATEGIE DE PREVENTION DE LA RECHUTE

Méta-analyse : efficacité (OR) et taux d'abstinence (%) estimé pour différents médicaments et combinaisons médicamenteuses vs placebo au 6^{ème} mois (83 études - USDPHHS, 2008)

Placebo	80	1,0	13,8 %
Monothérapies			
Nicotine Gum (6-14 weeks)	15	1,5 (1,2 - 1,7)	19,0 (16,5 - 21,9)
Nicotine Nasal Spray	4	2,3 (1,7 - 3,0)	26,7 (21,5 - 32,7)
High-Dose Nicotine Patch (>25 mg) (These included both standard or long-term duration)	4	2,3 (1,7 - 3,0)	26,5 (21,3 - 32,5)
Long-Term Nicotine Gum (> 14 weeks)	6	2,2 (1,5 - 3,2)	26,1 (19,7 - 33,6)
Varenicline (1 mg/day)	3	2,1 (1,5 - 3,0)	25,4 (19,6 - 32,2)
Nicotine Inhaler	6	2,1 (1,5 - 2,9)	24,8 (19,1 - 31,6)
Clonidine	3	2,1 (1,2 - 3,7)	25,0 (15,7 - 37,3)
Bupropion SR	26	2,0 (1,8 - 2,2)	24,2 (22,2 - 26,4)
Nicotine Patch (6-14 weeks)	32	1,9 (1,7 - 2,2)	23,4 (21,3 - 25,8)
Long-Term Nicotine Patch (> 14 weeks)	10	1,9 (1,7 - 2,3)	23,7 (21,0 - 26,6)
Nortriptyline	5	1,8 (1,3 - 2,6)	22,5 (16,8 - 29,4)
Varenicline (2 mg/day)	5	3,1 (2,5 - 3,8)	33,2 (28,9 - 37,8)
Combinaison thérapies			
Patch (long-term ; > 14 weeks) + ad lib NRT (oral or spray)	3	3,6 (2,5 - 5,2)	36,5 (28,6 - 45,3)

TCC : 20 % abstinence à 6 mois. Guichenez Ph, 2008

TNS fortement dosé (60-160 mg/24h) 24 sem chez des fumeurs avec path. somatique sévères : très bonne tolérance.

Addiction

RESEARCH REPORT

doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03306.x

Adjustment of nicotine replacement therapies according to saliva cotinine concentration: the ADONIS* trial—a randomized study in smokers with medical comorbidities

Ivan Berlin¹, Nelly Jacob², Mathieu Coudert³, Jean Perriot⁴, Laurette Schultz⁵ & Nicolas Rodon⁶

Département de Pharmacologie, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Pitié-Salpêtrière-Faculté de médecine, INSERM U894, Paris, France,¹ Département de Biochimie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France,² Département de Biostatistique, Unité de Recherche Clinique, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France,³ Dispensaire Emile Roux, Clermont Ferrand, France,⁴ Centre Hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, France⁵ and Laboratoire de Santé Publique et Informatique Médicale, Département de Santé Publique, Faculté de Médecine René Descartes, Paris, France⁶

**Arrêt immédiat : absence de synd. de sevrage
Abstinence durable : absence de « craving »**

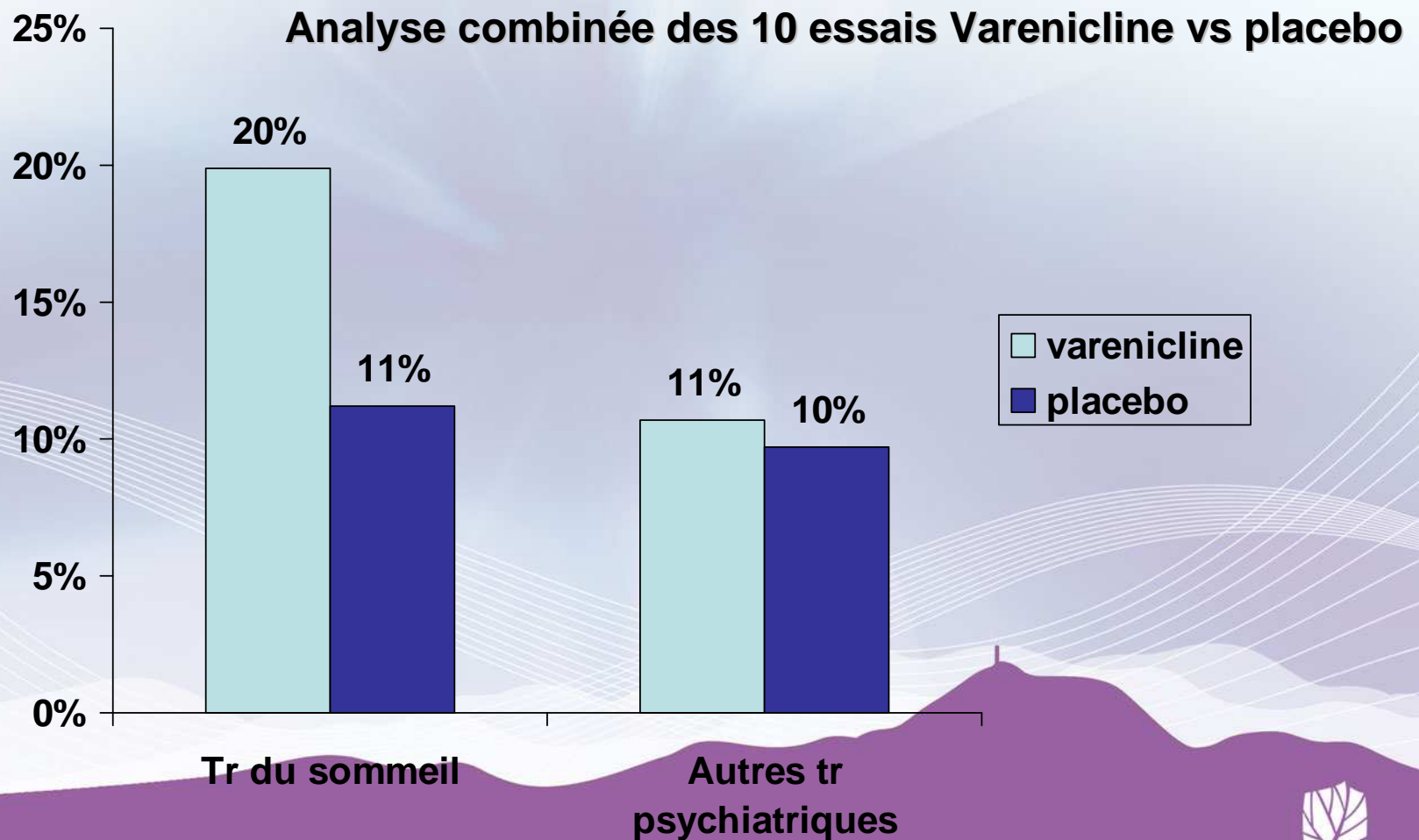
*Medioni J, et al. Addiction 2005
Schnoll RA, et al. Ann Intern Med 2010*



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL

DU RELIEF ET DES HOMMES

Effets sur troubles Neuropsychiatriques :



TONSTAD et al (2010) Psychiatric adverse events in randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of varenicline: a pooled analysis, *Drug Saf*, 33, 289-301.

Pas d'excès de risque de suicide

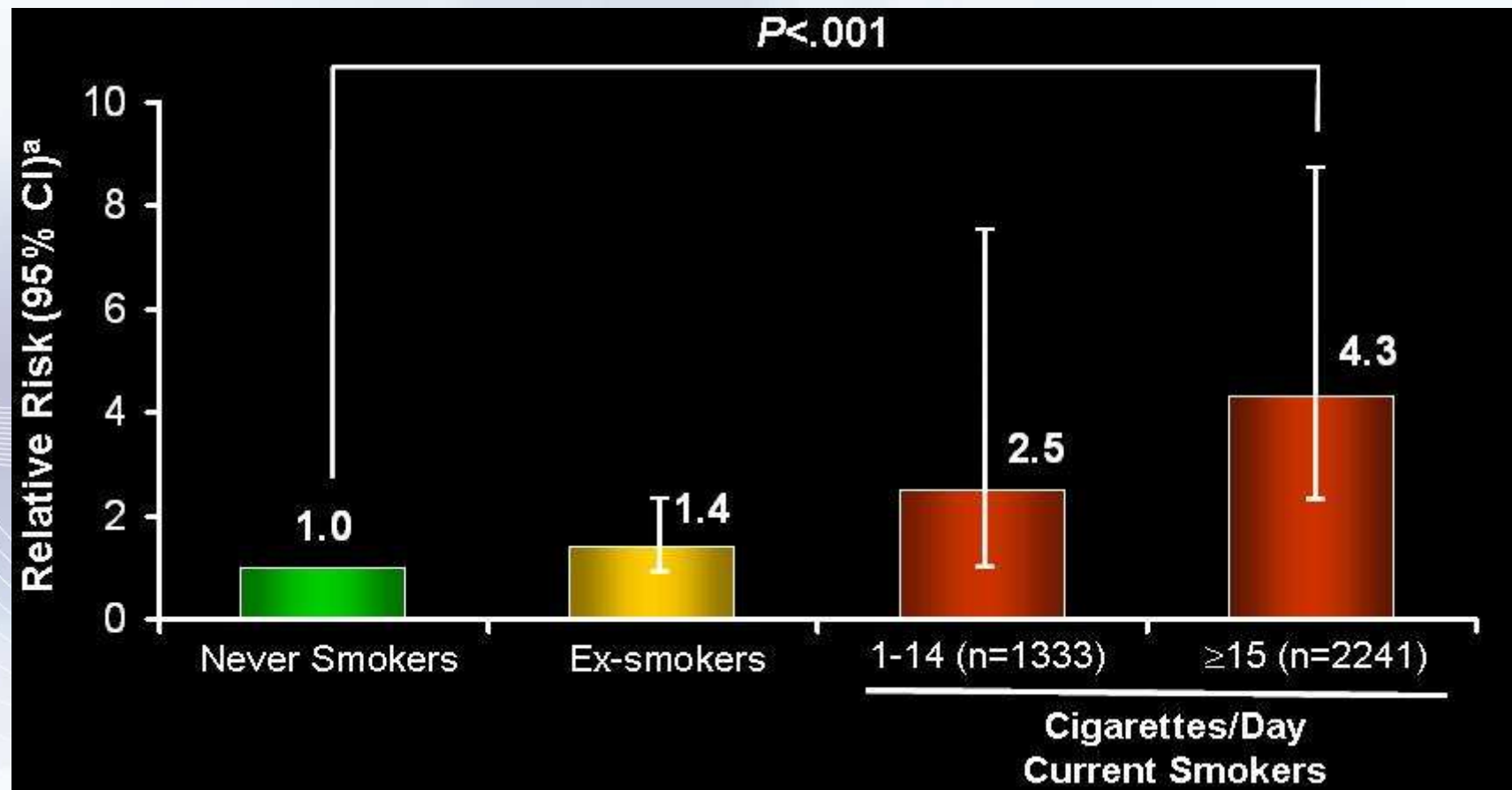
80660 fumeurs âgés de 18 à 95 ans + sevrage tabagique

TNS : 63265 ; Varénicline : 10973 ; Bupropion : 6422

Hazard ratio (IC 95%)	Nicotine	Bupropion	varenicline
TS + suicides	1,0	1,17 (0,59-2,32)	1,12 (0,67-1,88)
Idées suicidaires	1,0	1,20 (0,28-5,12)	1,43 (0,53-3,85)
Initiation d'un traitement antidépresseur	1,0	0,91 (0,77-1,07)	0,88 (0,77-1,00)

GUNNELL, D., IRVINE, D., WISE, L., DAVIES, C. & MARTIN, R. M. (2009) Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database, *BMJ*, 339, b3805

Augmentation du risque suicidaire chez les fumeurs RR de suicide par rapport aux NF



Miller M, et al. Am J Public Health 2000

TABAGISME ET INFECTION PAR LE VIH

PREVALENCE

Patients infectés par le VIH prévalence du tabagisme 50 à 70 %
(x 2 prévalence pop gen)

*NY State Dep Health AIDS Inst HIV Clinical Guidelines :
Smoking cessation in HIV Infected Patient, 2009*

En France (?) 50 % des patients infectés par le VIH sont fumeurs
Bénard A, et al. Inst J Tuberc Lung 2006

Rappel

- 87 % des usagers d'héroïne (IV) sont fumeurs (quotidiens - Forte dépendance)

Données OFDT Alcool Addictol 2007

- Consommation de tabac et minorités sexuelles

HSF OR = 2,1 (IC 95 % : 1,7-2,7)

HSM OR = 2,4 (IC 95 % : 1,8-3,3)

Lee JGL, et al. Tob Control 2009



MORBI-MORTALITE INDUITE

Pathologies infectieuses, néoplasiques, cardiovasculaires non liées au VIH (30 % des décès et 20 % des hospitalisations) : modifications des comportements à risques pour la santé.

Buchacz K, *et al. Curr Infect Dis Rep* 2009
Aberg JA. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009

Risque cardiovasculaire après arrêt du tabagisme chez le patient VIH + devient égal à celui qui n'a jamais fumé après 3 ans d'arrêt (1 an IRR = 2,32 ; 3 ans IRR = 1,49).

Petoumenos K, *et al. HIV Med* 2011

Tabagisme chez le patient VIH +.

- ↗ F. P. Bactériennes Rodriguez-Barradas MC, *et al. Clin Infect Dis* 2007
- ↗ F. cancers broncho-pulmonaires Engels EA, *et al. J Clin Oncol* 2006
- ↗ F. candidoses B et Oesophagienne
- ↗ F. coronaropathies Crothers K, *et al. J Gen Intern Med* 2007
- ↗ F. tuberculoses pulmonaires Arcavi L, *et al. Arch Intern Med* 2004
- ↘ Score de qualité de vie (PCS) Crothers K, *et al. J Gen Intern Med* 2005

Tabagisme et infection VIH problèmes de Santé Publique (OMS).

Kumar SR, *et al. Indian J Med Res* 2009
Ahmad N, *et al. Trials* 2010
Lin HH, *et al. Lancet* 2008
Van Zyl Smit RN, *et al. Eur Respir J* 2010



Smoking-Related Health Risks Among Persons With HIV in the Strategies for Management of Antiretroviral Therapy Clinical Trial

Alan R. Lifson, MD, MPH, Jacqueline Neuhaus, MS, Jose Ramon Arribas, MD, Mary van den Berg-Wolf, MD, Ann M. Labriola, MD, and Timothy R.H. Read, MBBS for the INSIGHT SMART Study Group

All-Cause Mortality and Specific Clinical Events by Smoking Status at Baseline : Strategies for Management of Antiretroviral Therapy Clinical Trial, 2002-2006

Clinical Event	Never Smokers		Former Smokers		Current Smokers	
	No.	Rate ^a (95% CI)	No.	Rate ^a (95% CI)	No.	Rate ^a (95% CI)
All-cause mortality	25	0.5 (0.3, 0.7)	47	1.2 (0.9, 1.5)	95	1.5 (1.2, 1.8)
AIDS-related disease	43	0.9 (0.6, 1.1)	34	0.9 (0.6, 1.2)	86	1.4 (1.1, 1.7)
Major CVC	33	0.7 (0.4, 0.9)	39	1.0 (0.7, 1.3)	74	1.2 (0.9, 1.5)
Expanded CVD ^b	53	1.1 (0.8, 1.4)	65	1.7 (1.3, 2.1)	120	2.0 (1.7, 2.4)
Non-AIDS cancer	35	0.7 (0.5, 0.9)	29	0.8 (0.5, 1.0)	72	1.2 (0.9, 1.5)
Major Renal disease	1	0.0 (0.0, 0.1)	9	0.2 (0.1, 0.4)	8	0.1 (0.0, 0.2)
Major Hepatic disease	5	0.1 (0.0, 0.2)	8	0.2 (0.1, 0.3)	12	0.2 (0.1, 0.3)
Bacterial pneumonia ^c	38	0.8 (0.5, 1.0)	51	1.3 (1.0, 1.7)	115	1.9 (1.6, 2.3)

Note. CI = confidence interval ; CVD = cardiovascular disease.

^aPer 100 person-years

^bMajor CVD events, as well as congestive heart failure, coronary artery disease requiring drug treatment, or peripheral vascular disease

^cInitial occurrence



INFECTION PAR LE VIH ET SEVRAGE TABAGIQUE

Bénard A, et al. *AIDS Patient Care STDS* 2007

Cohorte Aquitaine ANRS

FNTD ≥ 5 / 60% Alcool \pm cannabis : 75% TAD cliniques : 70% (48 % population étude) 14% prêts à l'arrêt (motivation + absence du TAD et co-consommation de SPA)

Int J Tub Lung 2006 51 % fumeurs (IC 95 % : 49-53)

PREVALENCE DU TABAGISME (\nearrow)

- âge ≤ 45 ans (OR = 1,7)
- SPA IV (OR = 4,3)
- VIH ≥ 5 ans (OR = 1,5)
- VIH non contrôlée (OR = 1,3)

Encrenaz G, et al. *Curr HIV Res* 2010

TENTATIVES D'ARRETS

- augmentent si âge ≥ 50 ans (OR = 1,4), VIH ≥ 15 ans (OR = 1,5), Tent ≥ 1 (OR = 4,2)
- diminuent si SPA IV



Duval X, *et al. Antivir Ther* 2008
Peretti-Watel P, *et al. Antivir Ther* 2009

Etude transversale « un jour donné » (82 unités spécialisées/VIH - 583 patients)
Questionnaire (exhaustivité = 82 % : 43 % fumeurs vs 31 % pop gen ; 46 % mF dep)

Statut VIH : 12 % DIV 37 % RHS
Motivation à l'arrêt : 14 % (pas de TAD ni co-consommation de SPA)

MOTIFS DU TABAGISME

- support intellectuel/affectif : 32%
- **lutte contre le stress** (F Dep) : 22% (faible motivation à l'arrêt OR = 0,39)
- **contrôle du poids** (HAART) : 29% (poids stable forte motivation à l'arrêt OR=2,87)

FACTEURS ASSOCIES AU TABAGISME

- sexe masculin OR = 2,38 (IC 95 % : 0,99 - 1,11)
- entourage fumeur OR = 4,75 (IC 95 % : 3,02 - 7,49)
- abus d'alcool OR = 2,50 (IC 95 % : 1,20 - 5,23)
- usage SPA illicites OR = 2,43 (IC 95 % : 1,41 - 4,19)
- rupture familiale OR = 1,81 (IC 95 % : 1,16 - 2,85)

Corrélation entre forte dépendance tabagique + substitution opiacée



PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE

EN CONSULTATION SPECIALISEE DE TABACOLOGIE-ADDICTOLOGIE

- fortes consommations, dépendances (et co-dépendances)
- troubles anxiodépressifs (pathologies psychiatriques) et risques suicidaires
- échecs répétés dans les tentatives d'arrêts
- motivation à l'arrêt imparfaite
- pathologie(s) somatiques(s) associée(s)

SI ADHESION DU « FUMEUR DIFFICILE »

DES REGLES A RESPECTER

- bilan initial exhaustif de la situation
- prise en charge globale (contrôle des TAD et coconsommation de SPA)
- renforcement de la motivation et réduction de sa consommation (+ TNS)
- technique du sevrage
 - ↳ médicaments d'aide à l'arrêt
 - . TNS (éviter le sous dosage : 1 cig = 1mg → 1mg TNSTD + TNSFO Ad lib, durée longue)
 - . Varénicline (prudence si association avec Efavirenz. *Rapport Yeni, 2010*)
 - . Bupropion (respect des CI et association Efavirenz)
 - ↳ TCC systématiques
- suivi renforcé (≥ 12 mois)
- résolution des problèmes sociaux

Nahvi S, et al. AIDS Educ Prev, 2009

*NY State Dep. Health AIDS Inst. HIV Clinical Guidelines :
Smoking cessation in HIV - Infected Patient, 2009*



Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique

*Social deprivation and time perception,
the impact on smoking ce*

Frédéric Merson ⁽¹⁾, Jean Perriot ⁽¹⁾

Résumé : Le tabagisme et les compo sociale. L'objectif de ce travail est d' temporelle sur le sevrage tabagique tabagisme des fumeurs en situation l'impact de la précarité et de la perspe Elle portait sur une population de 1 précarité). La précarité a été évaluée version courte du Zimbardo Time Pers les comportements et le sevrage ont é comparativement aux non précaires financières ($p < 0,0001$) et leurs tentat Elles présentent plus fréquemment de de dépendance nicotinique supérieur Négatif » et « Présent Fataliste » vers associées à l'échec de la tentative d'a où elles se projettent moins ($p < 0,00 Les résultats soulignent l'importance o temporelle des patients pour conduire$

Mots-clés : Précarité - perspective temp tabagisme.

(1) Dispensaire Émile Roux - 11 rue
Santé publique 2011, volume 23, n° 5, pp. 359-370

MOTIFS D'ARRETS
Raisons financières

ECHECS FREQUENTS
Dépendance nicotinique forte
Coconsommation SPA
Troubles anxio-dépressifs

PERSPECTIVE TEMPORELLE
Dimension futur absente
Sevrage : perte de plaisir
(présent surdimensionné)



ETUDES RECENTES

SEVRAGE ET VIH

Marshall MM, *et al.* Tobacco use and nicotine dependence among HIV-infected and uninfected injection drugusers. *Addict Behav* 2011 ; 36 (1-2) : 61-7.

Baltimore, USA (1052/29,7 HIV+ ; 39,8 INJ+) 85,2 % fumeurs (9,3 % réguliers). Consommation et dépendance tabagique idem entre HIV+ et HIV-. INJ+ prév. tabagisme, consom. > 20 c/j signif. > (vs INJ-), FTND > (5 vs 4).

Lloyd-Richardson EE, *et al.* Motivation and Patch Treatment for HIV + smokers : A randomized controlled trial. *Addiction* 2009 ; 104 (11) : 1891-1900.

Patients VIH + (NRT + conseil bref (cb) : 4 mn ou soutien renforcé (sr) : 30 mn ; NRT 8 semaines) suivi évaluation à 2,4 et 6 mois. OR (NRT) = 1,32 (IC 95 % : 0,99 - 1,75) ; abstinence \searrow quand FTND \nearrow ; égal taux d'arrêt à 2,4 et 6 mois pour cb ou sr.

Cui Q, *et al.* Safety and Tolerability of Varenicline Tartrate (Champix[®], Chantix[®] for smoking cessation in HIV - Infected subjects : A Pilot Open Label Study. *AIDS Patient Care STDS* 2011.

Hamilton, Canada. 36 patients VIH + (35H 1F - 92 % blancs) > 4c/j 29 PA Varénicline poso. standard 24 sem. Abstinence S 9-12 (interview + cotinine) AE : nausées (33%), Rêves AN (31%), insomnie (19%), tr. humeur (19%), interruption (17%), labo (0) Arrêt S 9-12 : 42% (IC 95% : 26% - 58%) CD4 + 63 p = 0,001. Idem pop gen.

POSTER : Congrès National de la Société Française de Tabacologie. Paris 2010. J Perriot, C Jacomet, P Lemaire, JL Merle

Caractéristiques et résultats du sevrage tabagique des fumeurs VIH+ comparativement à la population des fumeurs non VIH+ consultant pour sevrage tabagique entre le 01-01-1999 et le 31-12-2006 (69 fumeurs VIH+ vs 1201 fumeurs VIH-)

Etude rétrospective. Analyse statistique par logiciel SAS version 8, seuil de significativité 5 % (résultats significatifs)

Paramètres	VIH +	VIH -	
SR	2	0,8	
Motivation à l'arrêt faible (%)	39	22	(test de Richmond < 7)
Etat dépressif avéré à Q date (%)	84	46	(HAD A+D>19 + clinique)
Antécédent d'arrêt > 7 jours (%)	21	41	
Coconsommations - Pb de SPA (%)	64	27,1	(Alcool ± cannabis)
Arrêt à 6 mois (%)	21,2	52	
Posologie initiale en TNSTD (mg)	36,7	26,6	(TNS FO ad lib)
Recours aux IRS (%)	82	51	
Précarité sociale associée (%)	51	26	(min. sociaux, EPICES)

Conclusion : les données de la littérature sont vérifiées.

SEVRAGE TABAGIQUE

TP George. *Medication Treatments for Nicotine Dependence*. Taylor & Francis 2007.

Lagrué G, Ménard J. Quel avenir pour le vaccin "anti-tabac" ? *Presse Med* 2010 ; 39(3) : 289-90

Underner M, Perriot J. Le tabac non fumé. *Rev Mal Respir* 2011 ; 28(8) : 978-994

Le Houezec J, McNeill A, Britton J. Tobacco, nicotine and harm reduction. *Drug and Alcohol Rev* 2011 ; 30 : 119-123

Etter JF, Bullen C. Electronic cigarette : users profile, utilization, satisfaction and perceived efficacy. *Addiction* 2011 ; 106 (11) : 2017-28

Eisenberg T. Electronic nicotine delivery devices : ineffective nicotine delivery and craving suppression after acute administration. *Tob Control* 2010 ; 19(1) : 87-88

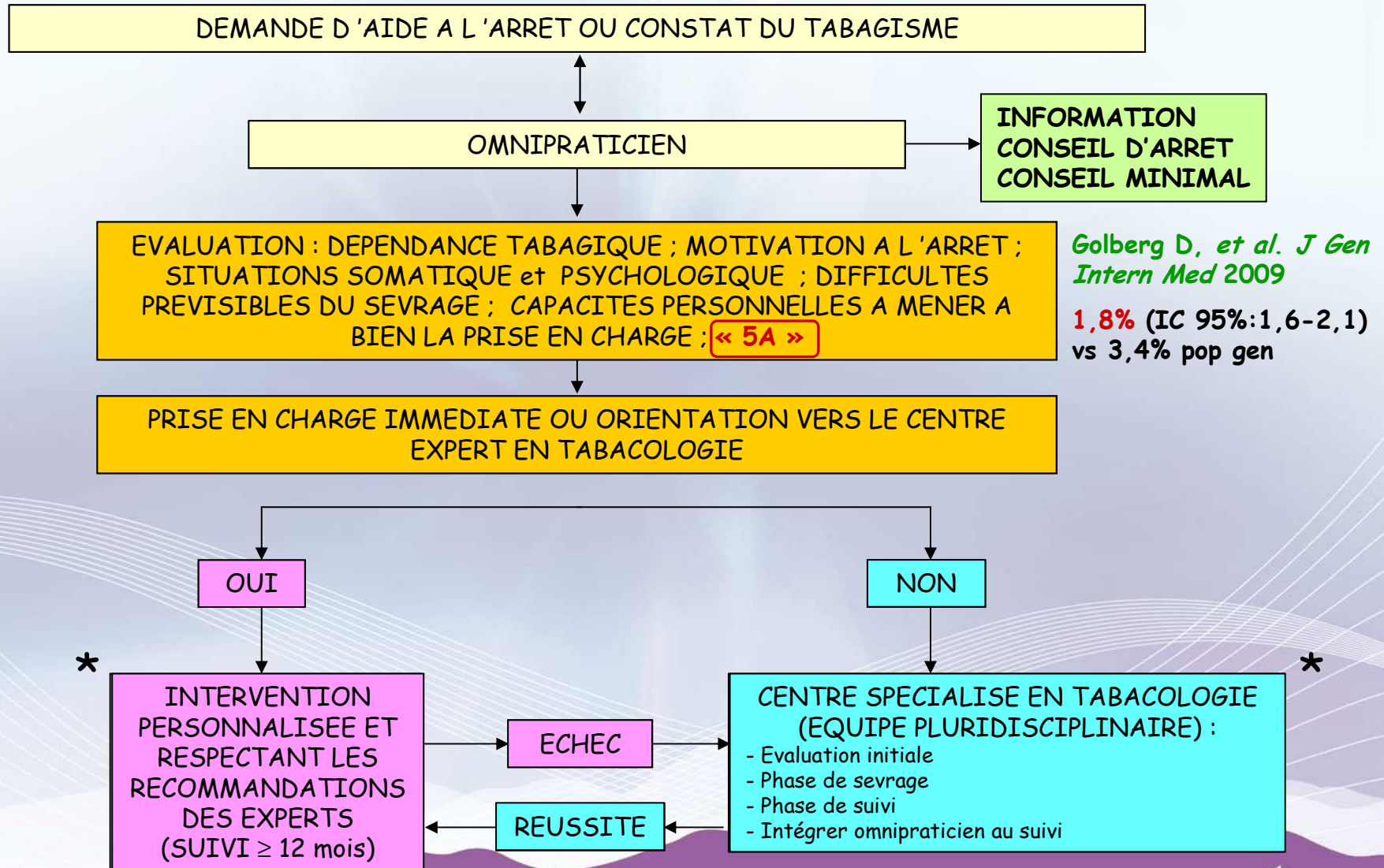
Bullen C, Mc Robbie H, Thornley S, Glover M, Lin R, Langesen M. effect of an electronic nicotine delivery device (e-cigarette) on desire to smoke and withdrawal, user preferences and nicotine delivery : randomized crossover trial. *Tob Control* 2010 ; 19(2) : 98-103



SYNTHESE



SEVRAGE TABAGIQUE DU PATIENT VIH +



* Une stratégie de réduction de la consommation aidée de substituts nicotiques peut précéder l'arrêt total du tabagisme: (déficit de motivation et confiance en soi du fumeur, troubles anxio-dépressifs non compensés...).

Un message de nos amis suédois...

ABBA
...le tabac



**MERCI DE
VOTRE
ATTENTION**



PUY-DE-DÔME
CONSEIL GÉNÉRAL
DU RELIEF ET DES HOMMES