

Lettre Thématique : Tabac et cancer

- [Décès par cancer dans l'UE : une baisse généralisée sauf pour les tumeurs pulmonaires, en particulier chez les femmes](#)

European cancer mortality predictions for the year 2023 with focus on lung cancer. Malvezzi M, Sanntucci C, Boffetta P et coll. *Annals Of Oncology*. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2023.01.010>

Régulièrement, Matteo Malvezzi et coll. analysent les causes de décès par cancer en Europe. Pour l'année 2023, dans un travail publié par *Annals of Oncology*, ils affirment que les taux de décès par cancer devraient diminuer globalement, poursuivant une tendance amorcée ces dernières années. Ils nuancent cependant leur propos : ainsi, pour la France par exemple, une hausse des décès par cancer du poumon devrait être observée chez les femmes.

Par rapport à la dernière analyse publiée en 2018, ces chiffres baisseraient de 6 % chez les hommes et de 3,72 % chez les femmes. Toutefois, le nombre absolu de décès augmenterait en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population, pour atteindre un total de 1 261 990 décès prévus en 2023 (702 214 hommes et 559 776 femmes) dans l'Union Européenne. Les auteurs rappellent que les décès par cancer en Europe ont atteint un pic en 1988, pour décroître ensuite. En se fondant sur une projection du nombre de décès potentiels si la tendance à la hausse précédant l'année 1988 s'était prolongée, les calculs réalisés montrent que plus de 5,8 millions de décès ont été évités dans l'Union européenne.

Une analyse par type de cancer montre que les taux de décès vont diminuer en 2023 par rapport à 2018 pour les cancers colorectaux, du sein, de la prostate, de l'estomac, de l'ovaire, du col de l'utérus et les leucémies, ainsi que pour les cancers de la vessie chez les hommes.

Les décès par cancer du pancréas en revanche resteront stables chez les hommes mais augmenteront de 3,4% chez les femmes.

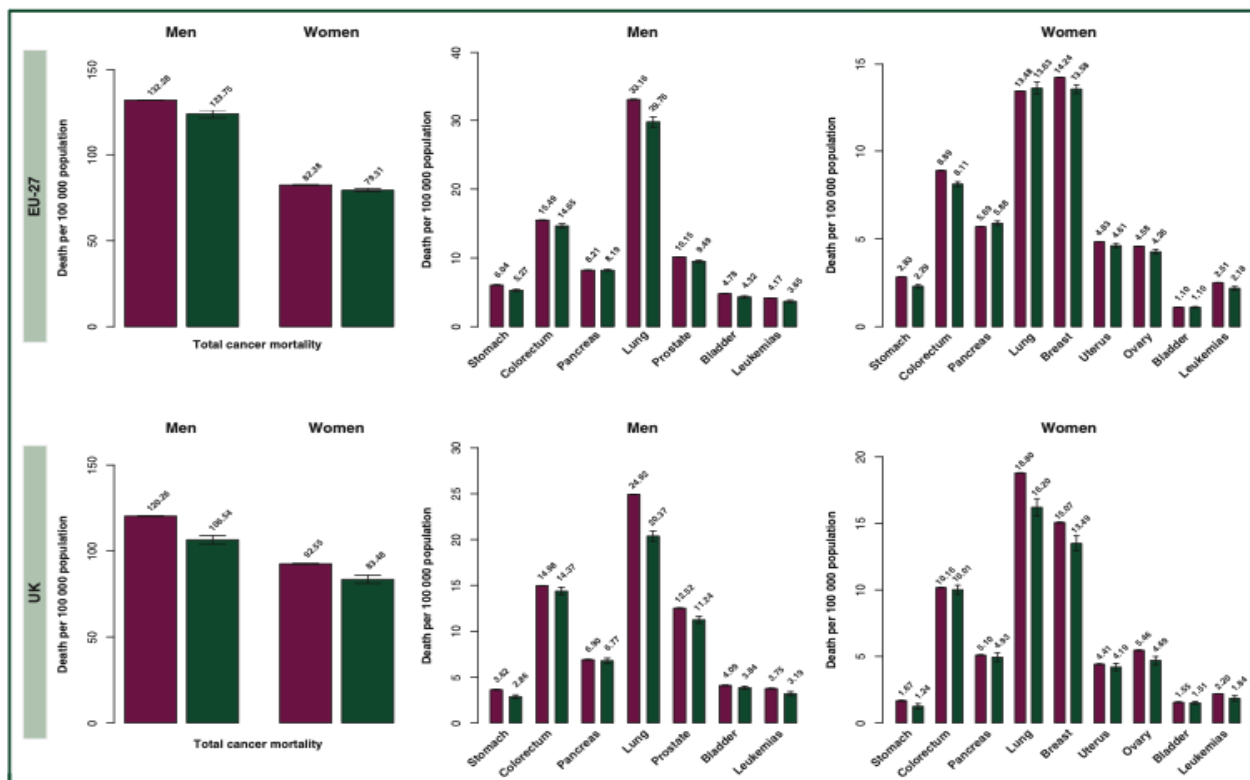


Figure 1. Bar plots of age-standardized (world population) mortality rates per 100 000 persons for the year 2018 (purple) and predicted rates for 2023 (green) with 95% prediction intervals for all cancers combined and major cancer sites according to sex in EU-27 (top panel) and UK (bottom panel).

Diagrammes des taux de mortalité normalisés selon l'âge (population mondiale) pour 100 000 personnes pour l'année 2018 (violet) et des taux prévus pour 2023 (vert) avec intervalles de prédiction à 95 % pour tous les cancers combinés et les principales localisations cancéreuses en fonction du sexe dans l'UE-27 (en haut) et au Royaume-Uni (en bas).

C'est la deuxième fois, après 2017, que Matteo Malvezzi et coll. s'intéressent plus spécifiquement au cancer du poumon. L'analyse qu'ils réalisent met à part le Royaume-Uni, lequel a quitté l'Union Européenne et constitue un cas particulier, les tendances en matière de tabagisme et, par conséquent, de mortalité par cancer du poumon y étant plus proches de celles des États-Unis, en particulier chez les hommes.

Le cancer du poumon représentera en 2023, 20 % du total des décès dans l'UE (près de 23 % et 15 %, respectivement, chez les hommes et les femmes), tandis qu'au Royaume-Uni, il sera à l'origine d'environ 19 % (19 % chez les hommes et 20 % chez les femmes) des décès. Dans l'ensemble de l'UE, les données sont favorables chez les hommes, avec des baisses prévues dans tous les groupes d'âge et des baisses plus importantes chez les jeunes et les personnes d'âge moyen. Les résultats chez les femmes de l'UE incitent également à un optimisme prudent, puisque la mortalité par cancer du poumon a cessé d'augmenter chez les femmes de tous âges, et que des baisses sont prévues chez les jeunes ainsi que chez les femmes d'âge moyen, mais de manière plus limitée dans ce dernier cas. Toutefois, des hausses modérées sont encore prévues dans les catégories d'âge plus élevées. Il est important de noter que les baisses les plus importantes de la mortalité par cancer du poumon ont été observées chez les jeunes, reflétant l'impact des politiques de lutte antitabac (en particulier la non-initiation) dans ce groupe d'âge. Le tabagisme est devenu comparable pour les deux sexes, et les rapports hommes/femmes se rapprochent de l'unité.

Avec la baisse de la prévalence du tabagisme dans l'UE et au Royaume-Uni, les fractions attribuables au cancer du poumon diminuent aussi lentement, conduisant logiquement à une augmentation de la proportion de cancers du poumon chez les non-fumeurs par rapport à l'ensemble des personnes touchées par cette pathologie. Le contrôle de la pollution environnementale (extérieure et intérieure), de l'amiante et d'autres expositions professionnelles contribue également à une baisse des taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes dans l'UE.

Country	Age, years	Males				Females			
		ASR 2010-2014	ASR 2015-2019	Predicted ASR 2023 (95% PI)	% Difference 2023 versus 2015-2019	ASR 2010-2014	ASR 2015-2019	Predicted ASR 2023 (95% PI)	% Difference 2023 versus 2015-2019
France		38.16	35.22	29.44 (28.01-30.87)	-16.42	11.75	12.28	13.98 (13.37-14.6)	13.88
Germany		32.29	29.10	22.91 (21.86-23.95)	-21.29	14.42	15.17	14.21 (13.68-14.73)	-6.35
Italy		34.22	30.35	23.96 (23.03-24.88)	-21.06	10.25	10.80	11.41 (11.06-11.75)	5.64
Poland		53.17	45.94	37.87 (35.47-40.28)	-17.57	16.85	17.87	16.82 (15.92-17.73)	-5.83
Spain		39.31	34.93	29.12 (28.21-30.02)	-16.64	7.94	9.17	9.63 (9.17-10.09)	5.00
UK		29.36	25.35	20.37 (19.83-20.91)	-19.65	20.28	18.91	16.20 (15.55-16.86)	-14.30
EU-27	All ages	38.31	34.52	29.76 (29.01-30.51)	-13.78	12.94	13.53	13.63 (13.29-13.98)	0.74
	25-44	2.41	1.96	0.82 (0.48-1.17)	-57.88	1.62	1.29	0.83 (0.68-0.98)	-35.82
	45-64	83.25	70.45	57.24 (54.05-60.43)	-18.75	34.07	33.58	31.24 (29.79-32.69)	-6.95
	65-74	274.70	262.36	238.60 (230.47-246.72)	-9.06	80.55	93.31	102.22 (98.43-106.01)	9.55
	75+	405.29	374.50	336.96 (329.58-344.35)	-10.02	100.30	106.94	118.23 (114.54-121.93)	10.56

ASR, age-standardized rate; PI, prediction interval.

Taux de mortalité par cancer du poumon standardisés selon l'âge pour tous les âges dans certains pays européens et pour l'UE-27 à tous les âges, 25-44, 45-64, 65-74 et plus de 75 pour les quinquennats 2010-2014 et 2015-2019 et les taux prévus pour 2023, avec les différences en pourcentage entre 2015-2019 et 2023. Ceci est en lien avec l'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 1970 et 2000 et poursuite du tabagisme dans les tranches d'âge 45-65, alors que la prévalence du tabagisme a dans le même temps diminué de moitié chez les hommes. Il s'agit d'une situation particulière à la France car au Royaume-Uni le tabagisme initialement aussi élevé que chez les hommes a baissé parallèlement à celui des hommes. D'où cette différence d'évolution des cancers du poumon par rapport aux autres pays, notamment au Royaume-Uni.

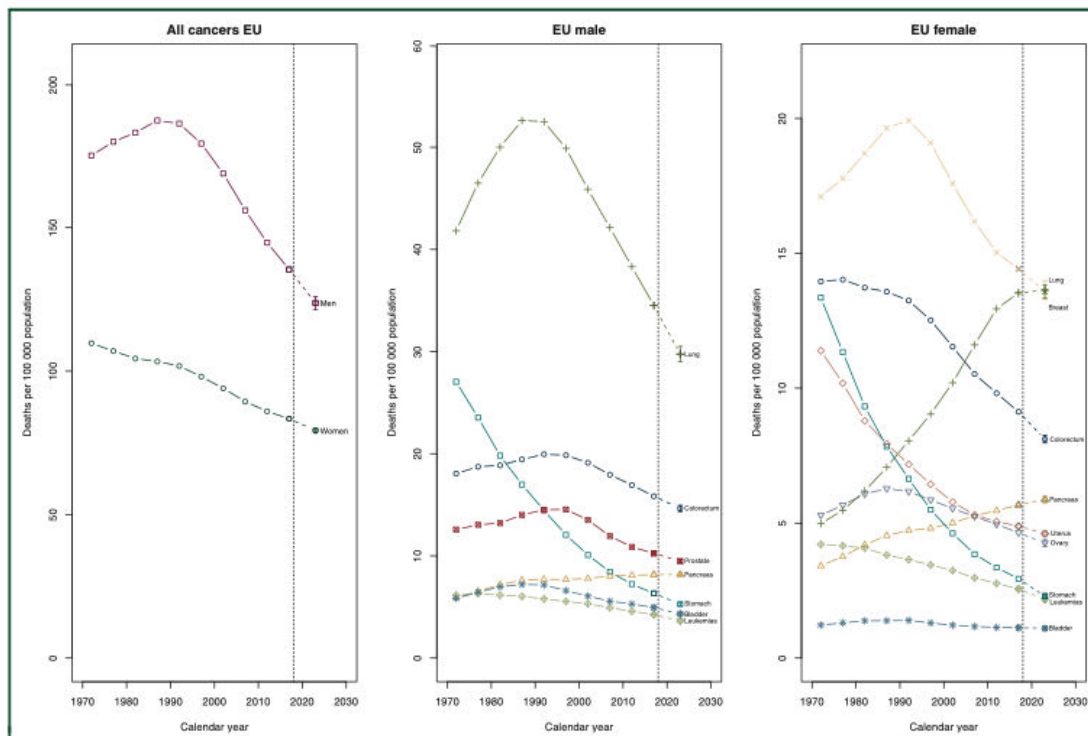


Figure 2. Quinquennial age-standardized (world population) cancer mortality rate trends from 1970-1974 to 2015-2019 and predicted rates for 2023 with 95% prediction intervals, for all cancers combined and both sexes (left) and for major cancer sites in men (centre) and women (right), in the EU-27.

Tendances quinquennales des taux de mortalité par cancer normalisés selon l'âge (population mondiale) de 1970-1974 à 2015-2019 et taux prévus pour 2023 avec des intervalles de prévision de 95 pour tous les cancers combinés et pour les deux sexes (à gauche), pour les principales localisations cancéreuses chez les hommes (au centre) et les femmes (à droite), dans l'UE-27.

On sait aujourd'hui que la survie des patients atteints de cancer du poumon dépend fortement du stade atteint au moment du diagnostic. De ce fait, il est probable que la nouvelle tomographie à faible dose, si cette technique est validée par la HAS, réduise la mortalité d'au moins 20 %. Cependant, il n'existe pas de programmes nationaux concertés à l'échelle européenne et l'impact du dépistage sur la mortalité par cancer du poumon dans l'Union européenne reste donc indéfini. Au Royaume-Uni, des programmes sont en cours suite aux résultats positifs de l'essai UK Lung Cancer Screening. Leur impact sur la mortalité par cancer du poumon reste cependant difficile à évaluer.

Les modalités des traitements oncologiques destinés à lutter contre les cancers du poumon sont diverses. La chirurgie, lorsqu'elle est cliniquement possible - pour la résection curative initiale, pendant le traitement des lésions récurrentes et en tant que soins palliatifs -, les inhibiteurs de la tyrosine kinase pour les mutations du récepteur du facteur de croissance EGFR, les inhibiteurs de la lymphome kinase anaplasique et l'immunothérapie avec des anticorps inhibiteurs du point de contrôle immunitaire, constituent des applications réussies de la médecine de précision dans le traitement du cancer du poumon non à petites cellules. Une utilisation plus efficace et rationnelle des thérapies ciblées a également eu un certain impact sur la mortalité due au cancer du poumon, cependant encore imparfaitement quantifiable. En outre, les progrès récents de la chimio-immunothérapie combinée pour le cancer du poumon à petites cellules sont prometteurs, mais leur portée sur les taux de mortalité nationaux reste elle aussi délicate à quantifier.

- [Près de 30 % des décès par cancer aux Etats-Unis – soit 2 millions d'années personnes de vie – sont liés au tabagisme](#)

Person-years of life lost and lost earnings from cigarette smoking-attributable cancer deaths, United States, 2019. Islami F, Marlow E, Zhao J et coll. *International Journal of Cancer*. <https://doi.org/10.1002/ijc.34217>

Selon une analyse menée aux États-Unis sur les données démographiques et les revenus médians annuels spécifiques à chaque État de l'Union, près de 123 000 décès par cancer - soit près de 30 % de l'ensemble des décès par cancer - survenus en 2019 étaient liés au tabagisme. Autrement dit, 2 millions d'années-personnes de vie ont été perdues aux États-Unis à cause du tabac, constat se traduisant par près de 21 milliards de dollars de manque à gagner annuel.

Au cours des dernières décennies, le tabagisme a considérablement diminué aux États-Unis, ce phénomène étant accompagné d'une forte baisse de la mortalité due au cancer du poumon et à d'autres cancers liés au tabagisme. Malgré ces progrès remarquables, le tabagisme est encore à l'origine d'environ 30 % de tous les décès par cancer.

Islami et coll. ont choisi d'actualiser la notion de « manque à gagner, lié aux décès par cancer », qui s'élevait à près de 95 milliards de dollars en 2015. Ils ont aussi cherché à préciser l'impact du tabac dans ce manque à gagner, notion qui n'avait pas été étudiée depuis 10 ans.

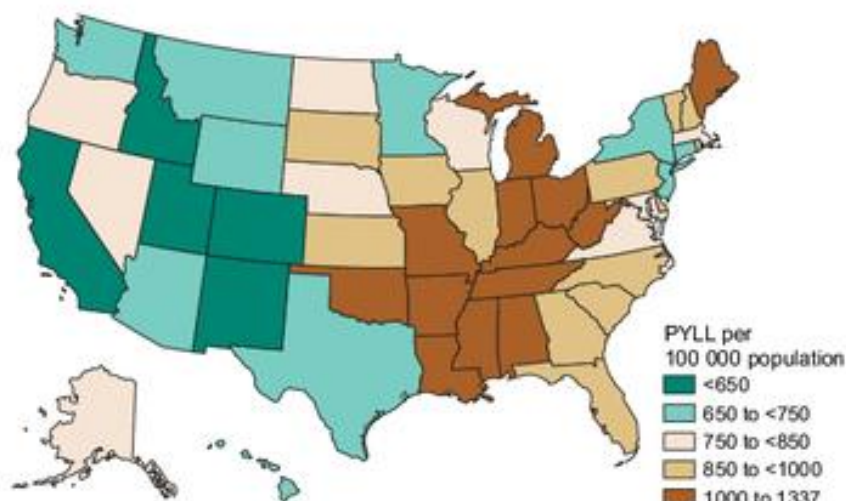
Afin de fournir des estimations plus récentes et d'aider à orienter les politiques de lutte antitabac, Islami et coll. ont tenté d'évaluer les années-personnes de vie perdues (APVP) et le manque à gagner liés aux décès par cancer dus au tabagisme en 2019.

Sur les 418 563 décès par cancer chez les adultes âgés de 25 à 79 ans, les auteurs estiment que 122 951 pourraient être liés au tabagisme, soit 29,4 % de tous les décès par cancer et environ 2,2 millions d'APVP (IC à 95 % = [2 148 707-2 231 538]). En termes de perte de revenus, les auteurs ont estimé à 20,9 milliards de dollars le montant total, avec une perte de revenus moyenne de 170 000 dollars par décès par cancer lié au tabagisme.

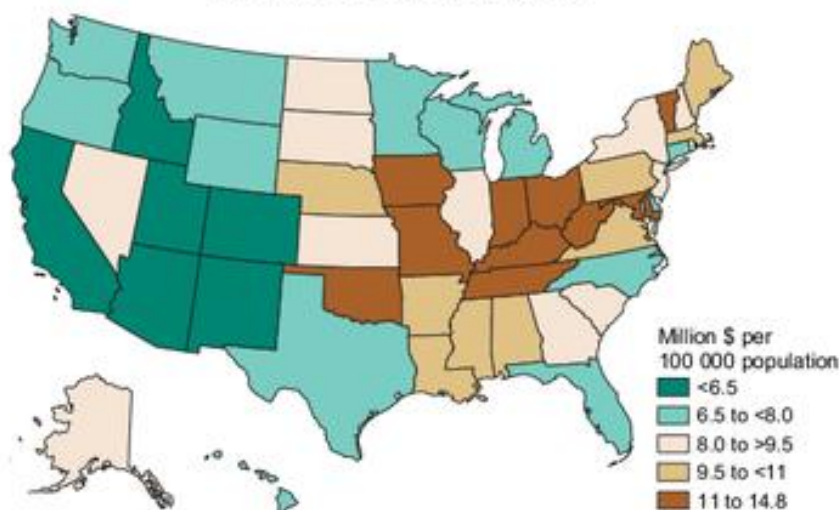
Une analyse par type de cancer a aussi été réalisée. Le cancer du poumon représentait environ 62 % du manque à gagner total, lié au tabagisme, soit un montant de 12,9 milliards de dollars, suivi du cancer de l'œsophage (7 %, soit 1,5 milliard de dollars), du cancer colorectal (6 %, soit 1,2 milliard de dollars) et du cancer du foie (5 %, soit 1,1 milliard de dollars).

Les taux de mortalité liés au tabagisme étaient les plus élevés dans les 13 États de la "Tobacco Nation" (Sud et Midwest) où les politiques de lutte antitabac sont limitées et où le taux de tabagisme est plus élevé. Il s'agit de l'Alabama, l'Arkansas, l'Indiana, le Kentucky, la Louisiane, le Michigan, le Mississippi, le Missouri, l'Ohio, l'Oklahoma, la Caroline du Sud, le Tennessee et la Virginie-Occidentale.

Age-standardized person-year of life lost (PYLL) rate



Age-standardized lost earning rate



APVP normalisées selon l'âge et taux de perte de revenus dus aux décès par cancer attribuables au tabagisme chez les personnes âgées de 25 à 79 ans par sexe et par État, États-Unis, 2019.

Le taux de perte de revenus dans ces 13 États combinés était environ 44 % plus élevé que dans les autres États et le district de Columbia combinés. Le taux annuel d'APVP était 47 % plus élevé dans les États nations du tabac.

Les chercheurs ont estimé que si les taux d'APVP et de perte de revenus dans tous les États étaient similaires à ceux de l'Utah - qui affiche les taux les plus bas - plus de la moitié du total des APVP et des pertes de revenus à l'échelle nationale aurait été évitée. En d'autres termes, cela signifierait 1,27 million d'APVP et 10,5 milliards de dollars d'économies en 2019.

Comment améliorer ces chiffres ? En dépistant le tabagisme chez les patients, en documentant le statut tabagique, en conseillant aux fumeurs d'arrêter de fumer et en les aidant dans leurs tentatives de sevrage. Il est également important d'inciter davantage de personnes à se faire dépister pour le cancer du poumon aux États-Unis : en 2019, seules 6,6 % des personnes éligibles ont ainsi bénéficié d'un dépistage.

- [Oui, il est toujours utile d'arrêter de fumer, même après un diagnostic de cancer](#)

Smoking Cessation after Cancer Diagnosis and Enhanced Therapy Response: Mechanisms and Significance. Chellappan S. *Curr Oncol.* 2022 Dec 17;29(12):9956-9969. doi: 10.3390/curroncol29120782.

Arrêter de fumer a-t-il encore un sens après un diagnostic de cancer ? Une élégante étude publiée dans *Curr. Oncol.*, propose un tour d'horizon quant à l'intérêt du sevrage sur les approches thérapeutiques proposées en cas de cancer.

Des études menées vers les années 2000 ont déjà démontré que les patients atteints de cancer et qui refusent d'abandonner le tabac présentent de moins bons chiffres en termes de survie que les autres. Ils souffrent aussi davantage des effets secondaires de leur traitement. Différents composants de la fumée de tabac – en particulier les carcinogènes spécifiques du tabac et la nicotine - favorisent en effet diverses voies de signalisation de survie dans les cellules cancéreuses et dans le microenvironnement tumoral. Ils sont aussi à même d'altérer le métabolisme et la dégradation des médicaments, ce qui réduit les concentrations effectives des traitements et présente un impact négatif sur leur bénéfice thérapeutique. Par ailleurs, les substances pro-inflammatoires de la fumée de tabac et de la nicotine perturbent la réponse immunitaire et augmentent les effets indésirables de la thérapie. Globalement, la nicotine et divers autres constituants des produits du tabac sont en effet susceptibles d'influencer la fonction des récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine, qui jouent un rôle dans la résistance aux médicaments et dans l'apoptose.

Table 1. Summary of the major findings on smoking status and therapy response in cancer patients.

Tumor Type	Smokers	Non-/Never Smokers	Therapy	Best Responders	Citation
NSCLC	864	98	Immunotherapy	Smokers	16
NSCLC	378	48	Chemotherapy	Non-smokers	16
H&N	53	62	Radiation	Non-smokers	41
H&N	63		Chemoradiation	Quitters (prior to therapy)	42
H&N	220	12	Radiotherapy	Non-smokers	43
H&N	94	26	Chemoradiation	Non-smokers	44
NSCLC	92	145	Radiation	Non-smokers	45
NSCLC	57	55	Chemotherapy	Non-smokers	48
NSCLC	1152	167	Chemoradiation/ Chemotherapy	Never smokers	50
NSCLC	255	30	Chemotherapy	Light smokers compared with heavy smokers	51
H&N	79	55	Chemoradiation	Quitters (compared with continued smokers)	
UCB	119	48	Chemotherapy	Non-smokers	55
MIBC	143	58	Chemotherapy	Non- or never smokers	60

NSCLC, non-small-cell lung cancer; H&N, head and neck cancer; UCB, urothelial carcinoma of the bladder; MIBC, muscle-invasive bladder cancer.

Statut tabagique et réponse aux traitements anti-cancéreux

Tabagisme et chimiothérapie

Les effets négatifs du tabagisme sur la chimiothérapie sont connus de longue date et, même après un diagnostic de cancer du poumon non à petites cellules, arrêter de fumer a encore un net impact favorable sur la survie surtout sur les formes localisées. Des études ont également démontré une corrélation entre le nombre de paquets-années consommés et la réponse au traitement. Chez les sujets totalisant plus de 40

paquets-années de tabagisme, la réponse à la chimiothérapie s'est ainsi révélée bien moins marquée que chez des individus dont la consommation était plus faible : les fumeurs métabolisent en effet les chimiothérapies plus rapidement que les non-fumeurs. Certaines chimiothérapies sont plus affectées ainsi à titre d'exemple l'erlotinib a une clearance chez le fumeur 24% plus rapide (donc les fumeurs ont besoin d'une dose supérieure 300 mg /non-fumeurs 150 mg) Les patients qui avaient abandonné la cigarette avant le début de la chimiothérapie présentaient par ailleurs moins d'effets indésirables que les fumeurs actifs. Dans les tumeurs de la tête et du cou, les non-fumeurs voyaient leur risque de décès de toute cause réduit de moitié en comparaison avec les fumeurs. Il semblait également exister un lien significatif entre le statut tabagique et une mauvaise réponse/une absence de réponse au traitement néoadjuvant.

Tabagisme et immunothérapie

Les check point inhibiteurs ont obtenu des résultats prometteurs dans le traitement des tumeurs pulmonaires, des cancers de la tête et du cou et les cancers de la vessie. Des médicaments comme le pembrolizumab et le nivolumab sont extrêmement efficaces dans les tumeurs à charge de mutation élevée. La relation entre le tabagisme et l'efficacité de l'immunothérapie est extrêmement complexe, car il a été démontré que la fumée du tabac accroît la charge de mutation des tumeurs, mais pourrait aussi, théoriquement, renforcer la réponse aux inhibiteurs de point de contrôle. À l'inverse, chez certains patients, la fumée du tabac peut réduire à néant les bénéfices de l'immunothérapie en favorisant l'inflammation et la croissance tumorale (en stimulant l'expression de protéines aux propriétés immunosuppressives).

De façon paradoxale, plusieurs études ont aussi montré que les fumeurs atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules présentent un meilleur taux de survie sans progression sous immunothérapie, en particulier aux stades précoces de la maladie. La fumée du tabac accroît les taux de PD-L1 dans les cellules des tumeurs pulmonaires, ce qui peut rendre les patients plus sensibles aux traitements par check point inhibiteurs (on évoque le paradoxe du fumeur, un concept qui n'a toutefois pas été confirmé).

Radio-chimio-thérapie

Enfin, il existe une relation claire entre le tabagisme et la réaction à la radio(chimio)thérapie. L'impact néfaste du tabac au cours de la radiothérapie semble lié à l'induction d'une hypoxie, avec des taux de marqueurs de l'hypoxie plus élevés chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Des recherches ont également démontré que l'arrêt du tabac au cours de la radiothérapie améliore aussi bien le taux de réponse que la survie globale. Parmi les mécanismes qui sous-tendraient cet impact négatif du tabac sur la réponse aux traitements par rayons, on peut citer l'inhibition de la réparation de l'ADN, le stress oxydatif, la modulation de différentes voies de signalisation et la réponse immune.

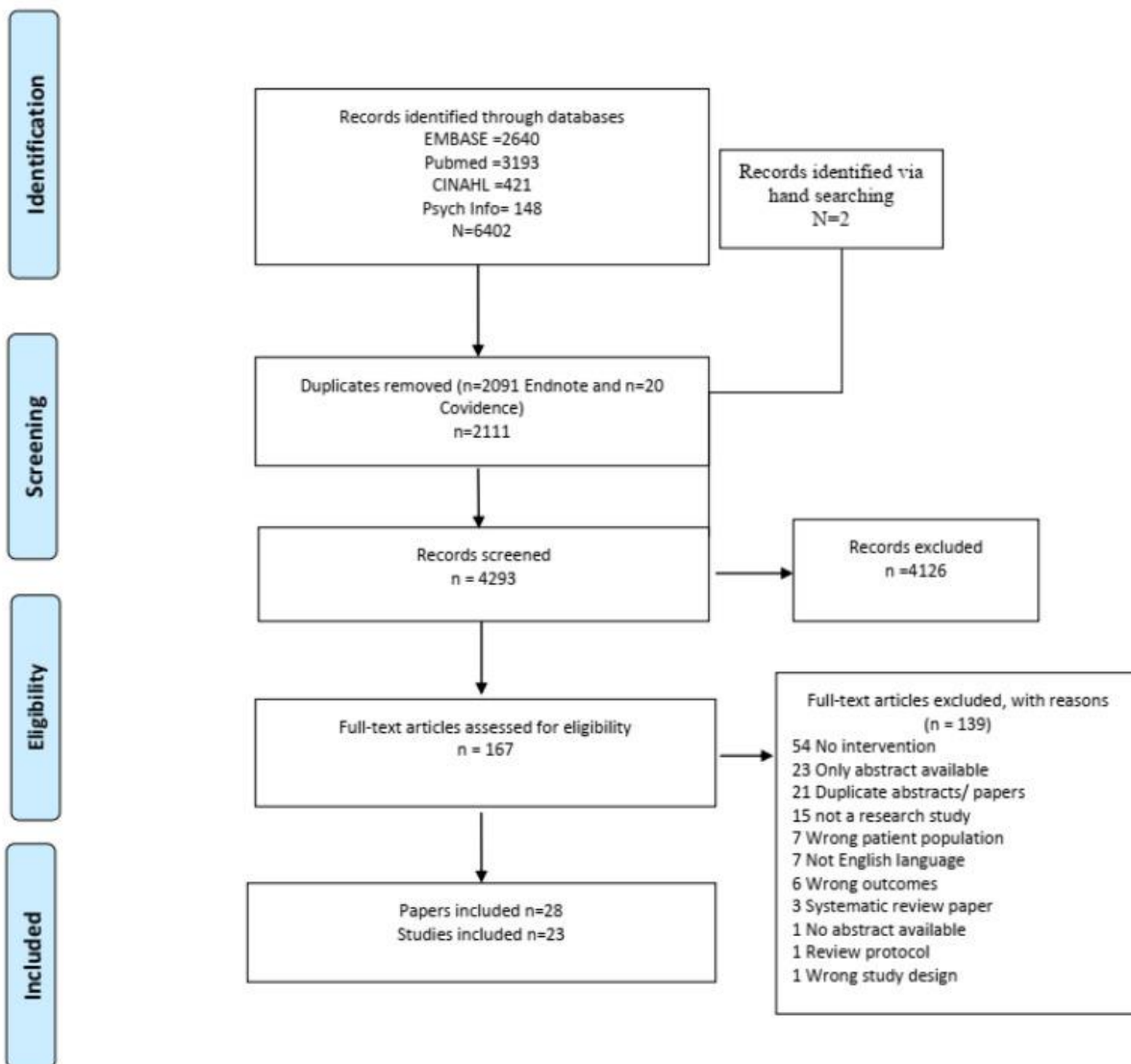
- [Sevrage tabagique après un diagnostic de cancer : pas d'approche universelle](#)

Systematic Review of Smoking Cessation Interventions for Smokers Diagnosed with Cancer. Frazer K, Bhardwaj N, Fox P et coll. *Int J Environ Res. Public Health* 2022, 19, 17010. <https://doi.org/10.3390/ijerph192417010>.

Peut-on proposer à tous les patients fumeurs atteints de cancer une même approche du sevrage ? Non, si l'on s'en réfère à cette nouvelle étude systématique qui résume les données probantes disponibles à ce jour et identifie les facteurs spécifiques à prendre en compte dans le développement d'une intervention de sevrage tabagique destinée aux fumeurs atteints d'un cancer. Cette analyse n'a pas pu établir la supériorité d'une approche de sevrage par rapport aux autres. Les nuances et les sensibilités de la population, l'impact du traitement et la stigmatisation qui lui est associée sont autant d'éléments qui plaident en faveur de la participation individuelle des patients à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions de sevrage

tabagique dans les services de cancérologie.

Ce travail visait à identifier les interventions de sevrage tabagique existantes pour une cohorte de patients diagnostiqués avec des cancers du sein, de la tête et du cou, du poumon et du col de l'utérus. Des recherches systématiques ont été effectuées sur Pubmed, Embase, Psych Info et CINAHL entre le 1er janvier 2015 et le 15 décembre 2020. Les études incluses ont examiné les caractéristiques des interventions de sevrage tabagique et l'impact sur les références et les tentatives d'arrêt du tabac. L'impact sur les professionnels de santé a été pris en compte s'il était signalé. Les études incluses ont été limitées aux adultes ayant reçu un diagnostic de cancer et ont été publiées en anglais. Aucune restriction n'a été imposée sur la conception des études.



Flow chart de l'inclusion des études

23 études ont été sélectionnées. Elles ont été réalisées aux États-Unis, au Canada, en Grande-Bretagne, au Liban, en Australie. Il s'agissait d'essais contrôlés randomisés (9), d'études d'observation (10), d'études d'amélioration de la qualité (3) et d'une étude qualitative. 43 % (10/23) des études ont inclus des fumeurs atteints d'un cancer de la tête et du cou, 13 % (3/23) des fumeurs atteints d'un cancer du poumon, une étude fournit quant à elle des données sur le cancer du sein et les neuf études restantes (39 %) portent sur des cancers divers. La qualité méthodologique était variable. Les éléments retenus pour l'analyse comprenaient le moment et la fréquence des dialogues sur l'intérêt de l'arrêt du tabac, la mise à disposition de brochures ou de questionnaires aux consultations d'aide au sevrage, l'utilisation de dossiers électroniques, les médicaments proposés y compris l'utilisation prolongée de la varénicline, l'accès aux structures de tabacologie lorsqu'elles existaient.

Les interventions mises en place ont été couronnées de résultats très divers ; certaines permettaient aux patients d'arrêter de fumer avec succès, tandis que d'autres ne semblaient absolument pas efficaces. Le recours à un dossier-patient électronique mentionnant clairement le statut tabagique et offrant la possibilité technique de référer l'intéressé à d'autres acteurs s'est par exemple révélé très efficace pour le renvoi à un programme d'aide à l'arrêt. Plusieurs études ont aussi démontré que les patients cancéreux mariés et ceux qui avaient suivi davantage de séances d'aide au sevrage étaient plus enclins à avoir recours à une aide médicamenteuse. En tout état de cause, arrêter de fumer n'est jamais facile pour les patients cancéreux, qui doivent notamment gérer une certaine culpabilité s'ils ne parviennent pas à abandonner complètement la cigarette. Leur motivation aussi laisse souvent à désirer. Certains sont par ailleurs confrontés à d'autres obstacles ou ont le sentiment d'avoir perdu tout contrôle sur leur vie et sur leur corps après avoir reçu le diagnostic de cancer.

Cette revue nous apprend que dans ce groupe de patients particulièrement vulnérables, il est important d'encourager l'abstinence tabagique y compris après un traitement oncologique couronné de succès. Toutes les interventions permettent des résultats variables et inconstants. En ce qui concerne plus spécifiquement les médicaments, il semble qu'une cure de varénicline de 24 semaines pourrait se révéler efficace, tout comme l'association d'un traitement pharmacologique et de séances d'aide à l'arrêt. Ces conclusions générales n'offrent toutefois pas de réel fil rouge pour l'accompagnement des patients cancéreux que l'on veut encourager à arrêter de fumer. Une approche universelle qui convienne à tous n'est clairement pas à l'ordre du jour !

PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Consultez les références des publications des membres de la SFT sur notre site :

<http://societe-francophone-de-tabacologie.fr/articles-scientifiques/>

Et envoyez les vôtres au Dr Didier Touzeau : didier.touzeau@gmail.com !

INFORMATIONS

MOOC – Tabac : arrêtez comme vous voulez !

Grâce au soutien du Fonds de lutte contre les addictions (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie), la Société Francophone de Tabacologie (SFT) propose la rediffusion du MOOC « Tabac, arrêtez comme vous voulez ! », financé par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du programme d'Investissements d'avenir portant la référence ANR-15-IDFN-0003.

Ce Massive Open Online Course (cours en ligne ouvert pour tous – entièrement gratuit !) a été réalisé par le Dr Anne-Laurence Le Faou – Présidente de la SFT.

Le MOOC – à travers des cours, des ateliers en groupe et du matériel pédagogique à disposition – permettra de renforcer les connaissances des soignants.

Depuis 2016, de nombreux soignants ont le droit de prescrire des substituts nicotiques (infirmiers, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, kinésithérapeutes). Une formation est cependant indispensable pour accompagner le fumeur et réaliser cette prescription dans les conditions optimales.

Sept semaines de formation à raison de 2 heures par semaine au maximum à organiser selon vos souhaits sont proposées sur la plateforme **Pédagogie Numérique en Santé** :

<https://www.pns-mooc.com/fr/mooc/18/presentation>

Alliance contre le Tabac

La SFT est membre de l'ACT. Vous pouvez retrouver toutes les informations sur le site web : <https://alliancecontreletabac.org>

CONGRÈS

19 avril 2023

Séance publique à 15 h 30 : thèse de doctorat intitulée « Effect of tobacco and nicotine replacement therapy for cessation on biomarkers associated with endothelial dysfunction » (= évaluation de l'influence des substituts nicotiques sur les biomarqueurs). La présentation se fera en français et aura lieu sur le site de l'UCLouvain à Woluwé et sera retransmise via Teams. Pour s'inscrire envoyer un mail à marie-lise.colsoul@chuuclnamur.uclouvain.be

Et à 18H : **Webinaire de tabacologie** du FARES (Fonds des Affections Respiratoires - FARES asbl) sur le thème : **Ma cigarette, pourquoi je t'aime, comment je te quitte** (Docteur Nathalie Lajzerowicz, Bordeaux)

Inscription obligatoire via le lien Zoom

: <https://us06web.zoom.us/join/tZwkdO6tpz8rE9HNFkzzahMnKIUr9L8clXE0>



17e Congrès national de la Société Francophone de Tabacologie

23-24 novembre 2023.

Palais des congrès d'Issy, Issy-les-Moulineaux.

<http://societe-francophone-de-tabacologie.fr/congres/>

24 au 26 mai 2023 à Pau 51èmes Assises nationales des sages-femmes

Session commune SFT 24 mai 9h30

Benjamin Fleury, Laurence Averous-Saurat, Corinne Revel et Cathy Meier

5 au 7 octobre à Pau INFOGYN, édition 2023

Atelier d'addictologie le 7 octobre 2023 à 9 h00

[Addictions, mesures hygiéno-diététiques, observance thérapeutique... et grossesse : le changement ne se prescrit pas](#)

Proposé par la Société Francophone de Tabacologie Animé par Anne DANSOU, pneumologue-tabacologue (CHRU Tours)

Session le 7 octobre 2023 à 16 h30

Tabac, cannabis et sexualité

Auditorium Alphonse de Lamartine -01h30

Session commune avec la Société Francophone de Tabacologie

Président : Gilles GRANGÉ – Modératrice : Cathy MEIER

- Tabac, cannabis et dysfonction érectile. Gérard PEIFFER – Metz
- Tabac, cannabis et fonction sexuelle féminine. Sébastien FLEURY – Toulouse
- Tabac, cannabis et infections sexuellement transmissibles. Aline NOBLET – Grenoble
- Quelle prise en charge genrée pour les minorités sexuelles ? Cathy MEIER – Pau

contact@infogyn.com

05 55 26 18 87

4 rue Anne Vialle 19000 TULLE

28^{èmes} journées de la SFNV à Lille (Grand Palais) du 15 au 17 novembre 2023

Session commune SFNV-SFT



OFFRES D'EMPLOI

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

<http://societe-francophone-de-tabacologie.fr/emplois/>

CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser au Dr Didier Touzeau : didier.touzeau@gmail.com