

• La « Piste Verte » : plus d’espaces verts et moins de tabac préservent la santé mentale en période de confinement

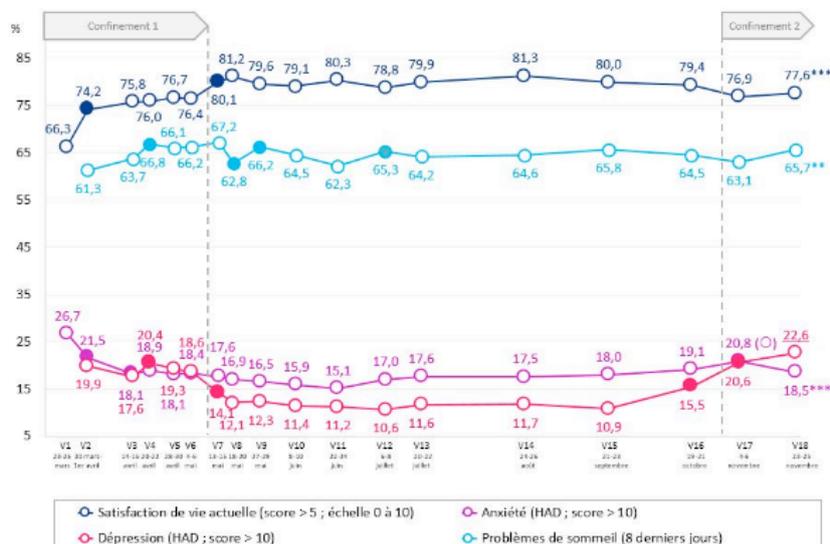
A room with a green view: the importance of nearby nature for mental health during the COVID-19 pandemic. Soga M, Evans M, Tsuchiya K, Fukano A. *Ecological Applications* 00(00): e02248. 10.1002/eap.2248

Enquête CoviPrev : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie#block-249162>

Santé Publique France a publié en décembre les résultats de l’enquête CoviPrev sur les prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil la tendance à la hausse des états dépressifs se précise avec une prévalence des états dépressifs qui a plus que doublé entre fin septembre (11%) et fin novembre 2020 (23%) ; la prévalence des états anxieux, très élevée pendant la première vague, s’est stabilisée à 18 % en novembre (contre 13 % en 2017, hors période épidémique) ; les problèmes de sommeil, enfin, se sont maintenus à un niveau élevé (plus de 60 % contre 49 % en 2017 hors période épidémique). Le niveau de satisfaction lié à la qualité de vie, dégradé au début du 1^{er} confinement (-18 points par rapport aux données 2017), s’était progressivement amélioré en vague 2 puis à la levée du confinement (vague 7). Il s’est, depuis, stabilisé mais reste inférieur à celui que l’on observait hors épidémie (-7 points par rapport à 2017).

Santé Publique France précise que ce sont les personnes présentant des antécédents de troubles psychologiques, ou en situation financière très difficile, ainsi que les 25-34 ans, qui sont les plus touchées. Or c’est précisément dans ces catégories que l’on identifie la prévalence de tabagisme la plus importante, ce qui laisse envisager des résonances croisées de ces facteurs, qui s’amplifient mutuellement.

Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, novembre 2020



Comment limiter l'impact sur la santé mentale de la pandémie et du confinement ? Masashi Soga *et coll.* (Tokyo, Japon) proposent une « Piste Verte » qui pourrait non pas influencer sur l'épidémie, mais modifier en partie son ressenti anxigène au sein de la population. À Tokyo, ville de 14 millions d'habitants, des mesures de limitation des déplacements ont été proposées (et non imposées) entre le 7 avril et le 25 mai 2020. Si les aires de jeux des parcs étaient fermées, la population pouvait profiter des espaces verts sans restriction. D'où l'idée de Masashi Soga d'interroger 3 000 résidents du centre-ville de Tokyo afin de déterminer s'il existe un lien entre l'accès à la nature (promenade dans les parcs ou vue sur un espace vert au travers des fenêtres) et les déterminants de la santé mentale (dépression, satisfaction de la vie actuelle, bonheur ressenti, estime de soi, solitude). D'autres facteurs de la vie quotidienne ont aussi été pris en compte : le tabagisme, la consommation d'alcool, le nombre de jours de travail par semaine, la présence d'un animal domestique et le nombre d'enfants à la maison.

Tous les participants ont détaillé les conditions de leur accès à la nature à l'aide de trois mesures.

TABLE 2. Three measures of nature experiences used in this study; we used the resultant variables as predictor variables in our analysis.

Measure	Question	Answer scale
Frequency of greenspace ("more immediate" experience)	During the last month (i.e., May), how many days in total did you visit neighborhood greenspace (e.g., parks, woodlands, grasslands)?	could range from 0 to 31 d
Duration of greenspace ("more immediate" experience)	During the last month (i.e., May), how much time did you spend in neighborhood greenspace on an average week?	no time; less than 1 h; 1–2 h; 2–4 h; 4–6 h; 6–8 h; 8–10 h; 10–12 h; over 12 h†
Green view through windows from home ("less immediate" experience)	In your house do you have a green view from the room in which you spend most of your time at home?‡	green view, no green view

†For analysis we converted to a continuous variable: (0, 0.5, 1.5, 3, 5, 7, 9, 11, 12).

‡Green views included roadside trees, garden trees, parks, woodlands.

Les auteurs expliquent que l'accès à la nature - par des promenades ou par la simple vue à travers une fenêtre - était systématiquement associé à un moindre degré des 5 mesures de santé mentale retenues. Pourquoi cette « option verte » serait-elle donc bénéfique ? En ce qui concerne les promenades dans les parcs, Masashi Soga évoque une expérience multi-sensorielle (couleurs, bruits d'oiseaux, odeur de la terre et des fleurs..), l'exercice physique associé (« exercice vert »), la possibilité d'interagir avec d'autres membres de la communauté, même en gardant des distances. Quant à la vue sur un espace vert par les fenêtres du logement, les auteurs évoquent le caractère apaisant d'un lien avec une nature non affectée par les événements récents, dont le rythme de vie est préservé, tout comme ses couleurs et ses bruits. La possibilité de méditer et de faire des expériences de déconnexion mentale semble plus ouverte chez les personnes qui ont un accès à la nature par leur fenêtre ou qui vivent dans une maison avec jardin.

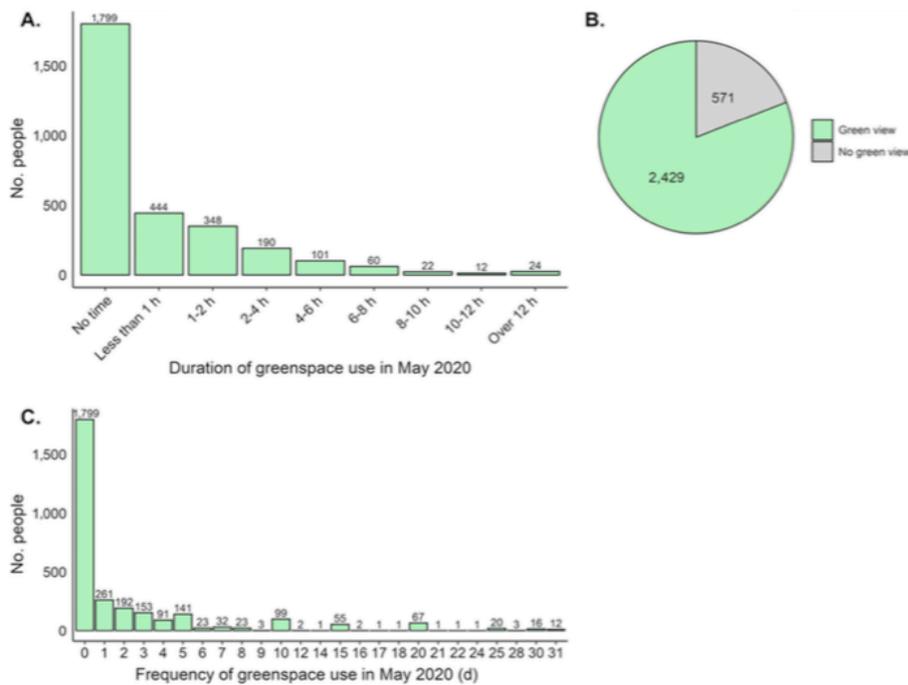


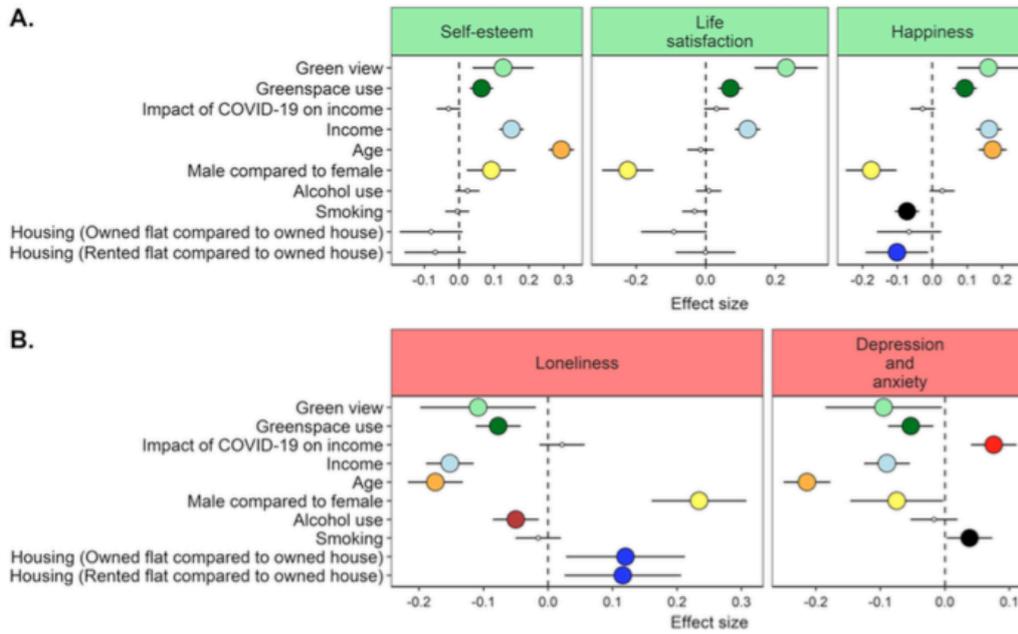
FIG. 2. Frequencies of answers given to the questions asked to assess participants' levels of nature experiences (A, duration of greenspace use; B, green view through windows from home; C, frequency of greenspace use). Numbers above the bars in panels A and C and in pie chart in panel B represent the numbers of people who answered the questions in that way.

Prévalence de contact avec la nature : A durée d'utilisation des espaces verts, B vue sur un espace vert par la fenêtre, C fréquence d'utilisation des espaces verts.

Plusieurs des variables analysées ont été associées de manière significative à des effets négatifs et positifs sur la santé mentale des personnes. Ainsi, l'impact du tabagisme sur le bonheur a été perçu comme négatif, la substance se trouvant associée à une augmentation de la dépression et de l'anxiété. La consommation d'alcool a pour sa part été corrélée de manière négative au sentiment de solitude. Un impact plus important de la pandémie COVID-19 sur le revenu était significativement associé à une augmentation de la dépression et de l'anxiété, alors que l'augmentation du revenu correspondait en sens inverse à une augmentation de l'estime de soi, de la perception d'une forme de bonheur, ainsi qu'à une diminution du sentiment de solitude, de la dépression et de l'anxiété.

Les hommes déclaraient une meilleure estime d'eux-mêmes mais une moindre satisfaction quant à leur qualité de vie et le bonheur que les femmes ; ils ont également fait état d'une plus grande solitude.

Les personnes âgées présentaient une estime d'eux-mêmes et un niveau de bonheur plus élevés que celui des classes d'âge plus jeunes, ainsi qu'un sentiment de solitude et de dépression moins marqué. La présence d'espaces verts dans quartier, le nombre d'enfants, le nombre de jours de travail par semaine et le fait de posséder un animal domestique n'ont pas influé sur les déterminants de la santé mentale dans cette population.



*Estime de soi, satisfaction de la qualité de vie, joie, sentiment de solitude, dépression et anxiété
 Vue sur de la verdure par la fenêtre, utilisation des espaces verts, impact de la COVID sur les revenus, âge, comparaison hommes/femmes, consommation d'alcool, tabagisme, conditions de logement : propriétaires d'appartements comparés aux propriétaires de maisons, locataires d'appartements comparés aux locataires de maison*

- [Un effet conjoint du tabac et du SRAS-CoV-2 sur les cultures de cellules pulmonaires](#)

Direct exposure to SARS-CoV-2 and cigarette smoke increases infection severity and alters the stem cell-derived airway repair response. Purkayastha A, Sen C, Garcia G Jr. *et coll.* Version 1. *bioRxiv. Preprint.* 2020 Jul 29. doi: 10.1101/2020.07.28.226092

Même si des études semblent indiquer que certains fumeurs seraient relativement protégés contre la COVID-19, il est acquis que ceux qui consomment plus de 10 cigarettes par jour et les personnes souffrant d'affections pulmonaires liées au tabac présentent un risque majoré de formes graves, voire d'hospitalisation en réanimation. À ce jour cependant, de nombreuses interrogations subsistent sur la manière dont l'exposition directe à la fumée de cigarette influe sur l'infection des cellules des voies respiratoires SRAS-CoV2. C'est pour mieux préciser cette donnée qu'Arunima Purkayastha *et coll.* ont exposé des cultures d'interface muco-ciliaire air-liquide (IAL) dérivées de cellules souches basales des voies respiratoires de non-fumeurs, à la fois à la fumée de cigarette et au virus SRAS-CoV2. Cette expérimentation avait pour but d'analyser les interactions cellulaires et moléculaires entre la fumée de tabac et l'infection par le SRAS-CoV-2.

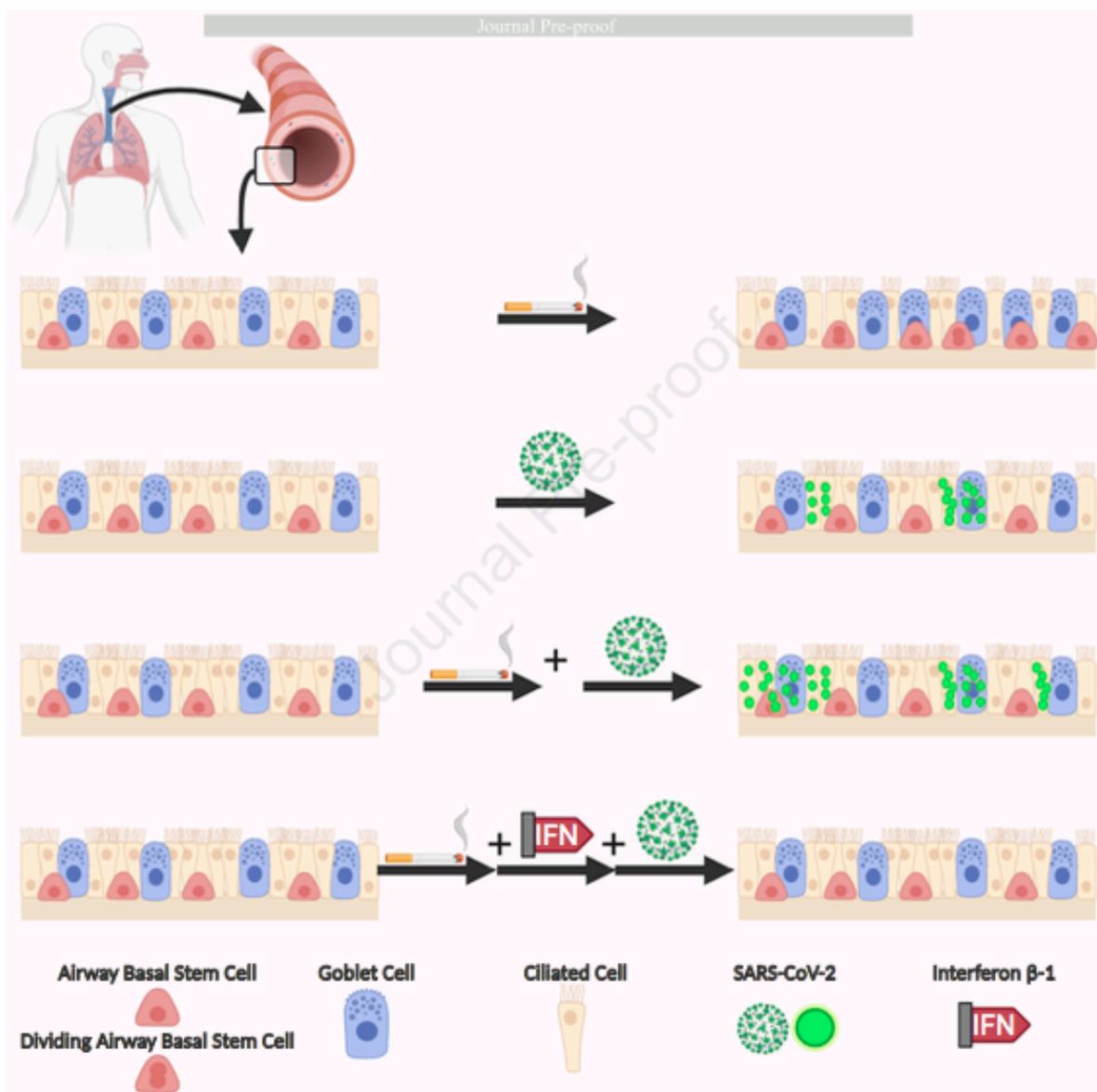


Schéma expérimental des manipulations des cultures

Les cultures cellulaires ALI utilisées dans ce travail contiennent des cellules ABSC (cellules souches mésenchymateuses) qui sont capables de se différencier soit en cellules sécrétant du mucus, soit en cellules ciliaires, soit encore en cellules sécrétoires de l'épithélium proximal. Ce sont les cellules différenciées de surface qui ont été mises en contact avec de la fumée de cigarette 3 minutes par jour pendant 4 jours d'affilée.

Les auteurs ont observé qu'après exposition à la fumée, les cellules ABSC se sont multipliées, permettant de limiter le taux d'apoptose cellulaire en remplaçant les cellules altérées. Outre la disparition relative des cellules épithéliales, ils ont aussi noté que le nombre de cellules muqueuses exprimant Muc5AC se trouvait abaissé et que des beta-tubulines acétylées étaient présentes au sein des cellules ciliées.

Dans un deuxième temps, des cultures cellulaires soumises ou non à la fumée ont été inséminées avec du virus. Après 3 jours de contact viral, le taux d'ARN viral détecté dans les cellules épithéliales était majoré en cas d'exposition conjointe à la fumée et au virus par rapport aux cellules simplement infectées. Les auteurs ont aussi constaté que l'infection aiguë par le SRAS-CoV2 ou la combinaison de l'exposition à la fumée de cigarette et du SRAS-CoV2 n'a pas induit de prolifération des cellules ABSC.

Dans un troisième temps, les auteurs se sont intéressés au mécanisme sous-jacent régissant la sensibilité accrue des cellules exposées à la fumée de cigarette et à l'infection par le SRAS-CoV2. Le profilage des cultures a permis de déterminer que l'expression des protéines impliquées dans la réponse immunitaire innée à l'inflammation était abaissée, en particulier la voie de l'interféron et celle de l'organisation de la chromatine. La fumée de cigarette influe donc au total sur l'expression de 559 gènes et le SRAS-CoV2 sur celle de 475 gènes. Si de l'interféron est ajouté au milieu de culture, alors la réponse immunitaire à l'infection est restaurée. Les cellules soumises à la fumée produisant moins d'interféron, on peut en conclure que les virus sont à même de pénétrer plus facilement dans les cellules et de s'y multiplier.

Ces données suggèrent donc l'existence de trois mécanismes potentiels et synergiques : immunité innée cellulaire abaissée majorant le degré d'infection, une moindre prolifération des ABSC qui agissent dans la réparation post-infectieuse des lésions des voies respiratoires - ce qui pourrait entraîner une aggravation des lésions tissulaires - et, enfin, un épuisement des cellules souches entraînant une apoptose accrue des cellules des voies respiratoires exposées conjointement à la fumée de cigarette et au SRAS-CoV-2.

Les auteurs ajoutent que, dans les cultures cellulaires exposées seulement au SRAS-CoV-2 après une baisse transitoire de la sécrétion d'interféron, les réactions immunitaires innées retrouvent leur niveau pré-infectieux, ce qui pourrait expliquer les formes asymptomatiques ou pauci-symptomatiques chez les individus immunocompétents non-fumeurs. Ces observations constituent une autre bonne raison de promouvoir le sevrage tabagique en cette période pandémique.

- [Réserver les PCR COVID aux patients non-fumeurs lorsque les tests manquent ?](#)

A model to identify individuals with a high probability of a SARS-CoV-2 infection. Kowall B, Nonnemacher M, Brune B *et coll. J Infect.* 2020 Nov 25. doi: 10.1016/j.jinf.2020.11.028

Bernd Kowall (Essen, Allemagne) *et coll.* proposent dans *Journal of Infection* un modèle d'identification des personnes à haut risque d'infection par le SRAS-CoV-2 dans lequel le fait d'être un fumeur actif (plus de 10 cigarettes par jour) apparaît comme un facteur de moindre risque d'infection, tout comme l'absence d'agueusie et d'anosmie.

Pourquoi et comment les auteurs ont-ils développé ce modèle mathématique ? A l'occasion de la première vague, alors que les tests PCR venaient à manquer, leur idée était d'en réserver l'usage aux personnes les plus à risque. Une première piste (Clark *et coll.*) a été développée dans le but de prioriser les tests : des machines de diagnostic rapide ont été calibrées pour détecter une réponse anti-virale de l'hôte (protéine MxA) afin de ne réaliser les PCR qu'en cas de positivité MxA.

Kowall *et coll.* ont choisi une autre approche non invasive, en contactant 4 890 personnes testées par PCR et leur adressant un questionnaire afin de détailler les facteurs de risque d'infection. Dans un premier temps, ils ont analysé 1 089 questionnaires complétés avant le 29 avril. Ce travail a permis de proposer un modèle avec une pondération de chaque notion en fonction des résultats initiaux.

Table 1
Characteristics of all participants with a clearly assigned test result.

	Positive test result	Negative test result
N	296	1641
Sex (male) ^a	137 (47.2%)	622 (38.7%)
Age (years) ^b	53.2 ± 19.0	53.9 ± 21.6
COVID-19 type symptoms	198 (66.9%)	849 (51.7%)
Belonging to risk group for severe course of disease	55 (18.6%)	542 (33.0%)
Return from risk region	60 (20.3%)	134 (8.2%)
Return from abroad	49 (16.6%)	105 (6.4%)
Close contact with confirmed COVID-19 infected person	111 (37.5%)	352 (21.5%)
General health condition ^c		
Normal	65 (22.6%)	489 (34.1%)
Slightly reduced	88 (30.6%)	353 (24.6%)
Somewhat reduced	87 (30.2%)	329 (23.0%)
Strongly reduced	48 (16.7%)	261 (18.2%)
Taste disorder	152 (51.4%)	149 (9.1%)
Smell disorder	129 (43.6%)	107 (6.5%)
Taste or smell disorder	166 (56.1%)	175 (10.7%)
Taste and smell disorder	115 (38.9%)	81 (4.9%)
Exhaustion	201 (67.9%)	668 (40.7%)
Fever	133 (44.9%)	459 (28.0%)
Cough	165 (55.7%)	678 (41.3%)
Exhaustion and fever and cough	62 (21.0%)	207 (12.6%)
Number of comorbidities	1 (0; 2)	1 (0; 3)
No comorbidities	115 (38.9%)	550 (33.5%)
Current smoking (≥ 10 cigarettes per day) ^d	17 (5.9%)	296 (19.0%)

Caractéristiques démographiques des participants selon la positivité ou non du test

Dans un deuxième temps, sur 719 questionnaires cette fois-ci, les auteurs ont appliqué leur modèle pondéré, qui prend en compte le sexe, le tabagisme, l'agueusie et l'anosmie, le contact avec une personne infectée, le retour d'un pays étranger et l'asthénie. Parmi les facteurs de risque individualisés, l'agueusie et l'anosmie viennent en première place, suivi du tabagisme actif. Les auteurs ne proposent pas d'hypothèses physiopathologiques sur cette constatation, mais ce lien a déjà été discuté à plusieurs reprises dans d'autres articles.

Table 2

Multivariable prediction of positive test results for the development, validation and combined data set (OR, 95% CI).

Number of test positives (N (%))	Development N=1089 202 (18.5%)	Validation N=719 84 (11.7%)	Combined N=1808 286 (15.8%)
Predictors	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Sex (male vs female)	1.55 (1.09–2.21)	1.17 (0.68–2.00)	1.44 (1.07–1.93)
≥ 10 cigarettes per day (yes vs no)	0.25 (0.13–0.50)	0.35 (0.14–0.84)	0.28 (0.16–0.48)
Taste or smell disorder (yes vs no)	7.53 (5.14–11.04)	11.86 (6.82–20.65)	8.79 (6.42–12.04)
Close contact with confirmed COVID-19 infected person (yes vs no)	2.02 (1.41–2.91)	1.84 (1.00–3.40)	2.07 (1.52–2.82)
Return from abroad (yes vs no)	2.00 (1.22–3.27)	2.40 (0.89–6.50)	2.19 (1.41–3.41)
Exhaustion (yes vs no)	1.56 (1.06–2.30)	1.53 (0.88–2.67)	1.56 (1.13–2.14)

Modèle de prédiction multivariée de résultat positif du test : valeurs prédictives (sexe, tabagisme, agueusie et anosmie, contact avec une personne COVID positive, retour d'un pays étranger, épuisement).

Si, dans les pays développés, cette approche semble désormais inutile en raison de l'accès facilité aux tests PCR et antigéniques, l'algorithme pourrait être utilisé dans les pays en développement qui font – et feront vraisemblablement pendant quelque temps encore – face à une difficulté d'accès aux tests PCR. Mais on peut aussi imaginer dans ces pays un tri par les facteurs de risques de formes sévères – plus solidement identifiés – pourrait aussi permettre de réserver les tests aux patients qui en auraient le plus besoin.

- [Sevrage dans les pays en développement : de gros besoins, peu d'études spécifiques](#)

Tobacco cessation in low- to middle-income countries: A scoping review of randomized controlled trials. Navin Kumar T, Janmohamed K, Jiang J *et coll.* *Addictive Behaviors* Volume 112, January 2021, 106612. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106612>

Alors que, dans les pays industrialisés, la prévalence du tabagisme diminue régulièrement depuis quelques années (-2,2 % entre 1990 et 2015 en Australie, par exemple), celle des pays en développement et des BRICS (Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) s'envole, faisant d'eux, en volume, les plus gros consommateurs de tabac. Il est donc nécessaire de mettre en place des mesures gouvernementales (interdiction de vente aux mineurs, de consommation dans les lieux publics, lutte contre les lobbys du tabac, augmentation des taxes...) et individuelles (accès à une aide au sevrage) permettant de limiter les risques sanitaires pour les années à venir. La diversité culturelle de ces différents pays fait qu'il est impossible de proposer des aides au sevrage adaptées à l'ensemble des pays concernés. Si, déjà, des études expérimentales ont été mises en place, l'accès aux essais contrôlés – et en particulier médicamenteux du fait du prix des molécules utilisées – est encore limité.

Afin de faire un tour d'horizon des études contrôlées randomisées déjà réalisées dans les pays en développement et les BRICS, Navin Kumar *et coll.* (New Haven, Etats-Unis) ont analysé 8 404 citations et n'en ont retenu que 92 qui correspondaient aux critères d'inclusion.

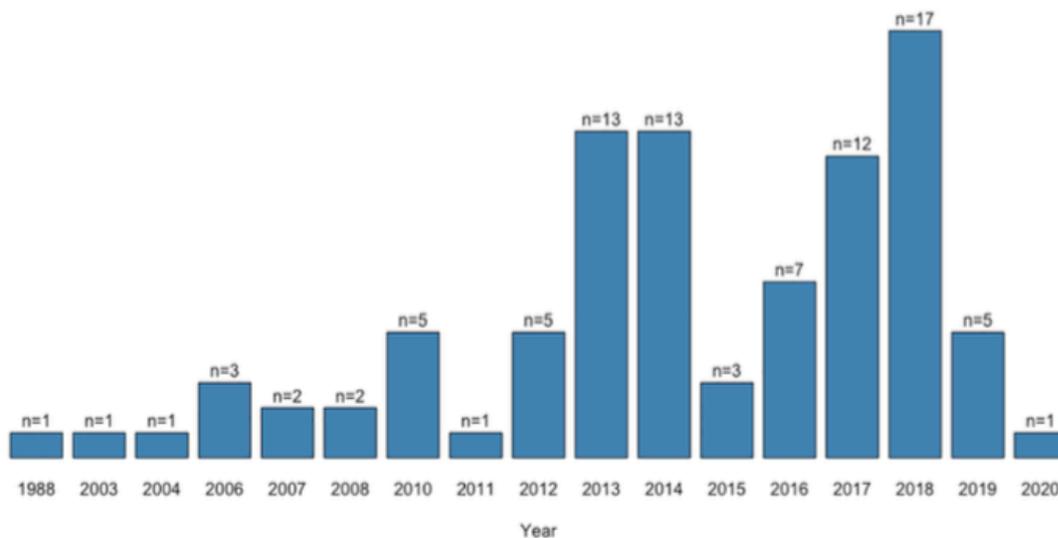


Fig. 3. Tobacco cessation RCTs in LMICs by year.

Nombre d'études contrôlées randomisées par années

Les auteurs ont choisi d'analyser les résultats pays par pays, en raison de l'influence pressentie des discordances culturelles.

-**L'Inde** vient largement en tête avec un total de 36 études, dont 70 % d'essais psycho-sociaux, 19 % psycho-sociaux et comportementaux, et 8 % psycho-sociaux et pharmacologiques. La plupart des études psycho-sociales étaient fondées sur l'accompagnement, utilisant des techniques telles que le conseil individuel de 30 minutes et le conseil de groupe. D'autres variantes comprenaient des séances d'éducation à la santé proposées

par un médecin, ou une éducation à la santé par le biais d'un site Internet, ou encore des discussions de patients avec des agents de santé communautaires (dépendants de structures étatiques). Le yoga a aussi été utilisé comme support au sevrage, avec des résultats très positifs pour au moins une étude. Un seul essai pharmacologique, utilisant le bupropion, a mis en valeur une différence significative dans le taux d'abstinence à 15 jours ($p = 0,04$).

-**La Chine** a réalisé 17 études, dont 71 % utilisant des techniques de sevrage psycho-sociales, 12 % une approche médicamenteuse et 12 % un sevrage mixte (utilisant pharmacologie et psycho-social). Une seule étude comportementale a recouru à des techniques locales d'acupuncture et d'auriculothérapie, les autres s'appuyant sur une sensibilisation aux méfaits du tabac et à l'intérêt du sevrage pour la santé (par le biais de consultation individuelle, de groupe ou l'envoi de SMS). Les meilleurs résultats ont été obtenus chez des patients souffrant de complications du tabagisme (BPCO principalement). Les études pharmacologiques ont été réalisées avec des substituts nicotiniques et elles ont donné des résultats significatifs sur le CO expiré.

-Neuf études ont été menées **en Thaïlande** : 44 % psycho-sociales et pharmacologiques, 22 % pharmacologiques (nicotine en gomme), 22 % psycho-sociales et comportementales et 11 % psycho-sociales pures. Parmi elles, les deux essais qui comportaient un « bonus » financier pour les personnes abstinentes ont donné des résultats très positifs en termes de sevrage (77 % des participants).

-**Au Brésil**, 75 % des études étaient psycho-sociales (avec intervention de travailleurs sociaux des quartiers et appels téléphoniques réguliers en appui), les 25 % restants étant pharmacologiques. La durée de suivi était limitée et les résultats se sont révélés mitigés.

-**En Iran**, 7 études ont été réalisées, en grande majorité en se fondant sur des techniques psycho-sociales et une étude pharmacologique a évalué l'intérêt du gemfibrozil (étude négative). C'est chez les patients atteints de pathologie respiratoire (tuberculose majoritairement) que les résultats ont été les meilleurs.

-Six études ont été menées au **Pakistan**, 6 en **Malaisie**, 4 en **Afrique du Sud** et 9 dans d'autres pays (**Syrie, Argentine, Egypte, Indonésie, Nigeria et Vietnam**).

Les auteurs soulignent avant tout que la diversité des pays, des cultures, des systèmes d'accès aux soins ne permettent pas d'imaginer une approche unique de sevrage. En outre, hormis pour les travaux menés en Chine, la qualité méthodologique des études laisse parfois à désirer. Si, globalement, une baisse de la consommation est notée dans 78 % des études, la durée de suivi limitée ne permet pas de déterminer le ratio coût/efficacité des actions mises en place.

Parmi les raisons qui pourraient expliquer le manque d'intérêt des gouvernements et des populations pour le sevrage, les auteurs soulignent l'image sociale du tabagisme (vécu comme un indice de réussite sociale), les pressions des géants du tabac sur les gouvernements, le manque de mesures dissuasives de santé publique, l'absence de législation sur l'utilisation du tabac, le prix des traitements du sevrage et leur difficulté d'accès, et enfin – comme c'était d'ailleurs le cas dans les années 1960-1980 dans les pays développés – la prévalence élevée du tabagisme chez les professionnels de santé.

- [Comment associer sevrage tabagique et dépistage du cancer du poumon ?](#)

Sevrage tabagique et dépistage du cancer du poumon. Peiffer G, Underner M, Perriot J *et coll.* *Revue des Maladies Respiratoires* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2020.09.005>

En exergue d'un article sur le sevrage tabagique associé au dépistage du cancer du poumon, Gérard Peiffer *et coll.* citent Bernard Milleron : « On oppose souvent le dépistage à la prévention : il serait plus utile, pense-t-on souvent, de lutter contre le tabac que de dépister le cancer broncho-pulmonaire (CP). On oublie alors que les deux actions sont complémentaires » Qu'en est-il dans les faits alors que les résultats des essais NLST et NELSON ont mis en évidence une réduction de la mortalité spécifique du CP par dépistage par scanner faiblement dosé (Low dose) ?

Aux États-Unis, ce dépistage est proposé aux patients âgés de 50 à 75 ans, présentant un tabagisme égal ou supérieur à 30 paquets-années (PA) (ou ≥ 20 PA en présence d'un autre risque), ou abstinents du tabac depuis moins de 15 ans. En France, en 2016, la Haute Autorité de santé (HAS) a estimé que les conditions n'étaient pas réunies pour un tel dépistage ; toutefois, depuis plusieurs années, différents groupes multidisciplinaires d'experts français se prononcent en faveur de la généralisation du dépistage par scanner low-dose. Il est à noter que la rentabilité d'une telle stratégie dépend de plusieurs facteurs, parmi lesquels les critères d'inclusion du dépistage, le rythme de réalisation des scanners, mais aussi l'association aux interventions d'aide au sevrage tabagique (ST). À l'échelle des politiques de prévention, un dépistage précoce du CP dans le but d'améliorer les chances de guérison des malades n'est pas contradictoire avec une intensification de la lutte contre le tabagisme et l'aide à l'arrêt du tabac pour les fumeurs : ces deux stratégies sont complémentaires et doivent être associées.

- Le travail mené par Gérard Peiffer *et coll.* a d'abord pour objectif d'apprécier **l'effet du ST sur le risque de CP**, en particulier chez les fumeurs âgés de 50 à 75 ans, cible principale des dépistages. L'arrêt du tabac réduit la mortalité par CP, mais également toutes causes confondues, en particulier en lien avec des facteurs cardiovasculaires et respiratoires. On estime que des fumeurs qui arrêtent de fumer entre 55 et 64 ans peuvent gagner quatre années de vie. Le risque de CP est réduit d'environ 39 % dans les 5 ans suivant l'arrêt du tabac ; ce risque diminue ultérieurement sans rejoindre le risque des non-fumeurs

Par ailleurs, si un cancer du poumon est détecté, le sevrage tabagique permet d'en améliorer le pronostic.

Tableau 1 Bénéfices du sevrage tabagique chez les patients atteints de cancer du poumon [24].

Bénéfices généraux
Amélioration du pronostic du cancer, surtout pour les formes limitées de cancer du poumon
Limitation de la survenue de seconds cancers
Limitation des risques de cancers radio-induits : par exemple, risque de cancer du poumon radio-induit post-irradiation pour un cancer du sein traité par radiothérapie
Amélioration de la qualité de vie
Chirurgie
Diminutions des complications de l'anesthésie générale
Diminution du risque de complications pulmonaires sévères
Effets bénéfiques sur la cicatrisation : diminution de la vasoconstriction, amélioration de la circulation capillaire
Radiothérapie
Augmente l'efficacité des traitements
Diminue la toxicité et les effets indésirables (nécrose des tissus mous et osseux, pneumonie radique)
Chimiothérapie
Évite les interactions avec les médicaments : pour l'erlotinib, réduction de 50 % à 60 % de la concentration sérique chez les fumeurs
Diminution des effets indésirables
Diminution de l'incidence des infections

-Peiffer *et coll.* analysent aussi les **conséquences du dépistage sur la consommation tabagique**. Chez les fumeurs participant au dépistage, les données portant sur la motivation à l'arrêt des patients ne sont pas concordantes.

Dans les principaux programmes de dépistage, la motivation à l'arrêt du tabac est variable. Ainsi, la motivation à l'arrêt varie de 49 % à 87 %. Il semble à la lumière de la plupart des travaux qu'elle soit plutôt encouragée dans ces populations de fumeurs à haut risque (en particulier chez les fumeurs les plus âgés, ceux qui ont une fonction pulmonaire altérée et ceux qui ont une perception des bénéfices à l'arrêt plus marquée).

La prévalence du tabagisme actif des personnes bénéficiant d'un dépistage par scanner faiblement dosé varie selon plusieurs études, entre 47 et 76 %. On note qu'environ 50 % des patients diagnostiqués avec un CP sont encore fumeurs actifs

Les patients qui présentent une anomalie lors du dépistage sont plus enclins à entreprendre un ST ; toutefois, l'annonce de la normalité du dépistage, qui est la situation la plus fréquente (>75 % des patients inclus dans l'étude NLST), demeure un moment privilégié pour donner une information aux fumeurs sur les avantages de l'arrêt du tabac, notamment pour préserver la santé respiratoire et encourager le ST.

- Les auteurs se sont aussi penchés sur **l'effet de la combinaison du dépistage et du ST sur la réduction de la mortalité spécifique par CP**. Peu d'études portent sur des essais combinant d'emblée un programme de ST au protocole de dépistage du CP. La plupart d'entre elles ne sont pas randomisées, ne comportent pas de groupe contrôle (sans aide à l'arrêt du tabac), et leurs effectifs sont parfois peu importants. Dans ces conditions, difficile de se prononcer de façon définitive. Plusieurs approches ont cependant été développées à l'occasion d'études randomisées (n=6) et non randomisées (n=3). Les prises en charge de faible intensité, comme la remise de brochures ou le conseil bref d'arrêt, donnent des résultats insuffisants. Seules des interventions plus intensives semblent efficaces, sans pour autant être vraiment significatives, dans ce contexte du dépistage du CP.

- Enfin, l'équipe a analysé **l'efficacité des thérapeutiques d'aide à l'arrêt du tabac dans le cadre général du dépistage**. La motivation à l'arrêt du tabac est essentielle à sa réussite. Néanmoins, quel que soit le niveau de motivation du fumeur, l'arrêt du tabac doit être systématiquement recommandé. Un traitement d'aide à l'arrêt - comportemental, médicamenteux, ou les deux - doit être proposé en accompagnement au conseil d'abstinence, ce dispositif permettant d'augmenter le nombre de tentatives d'arrêt, et *in fine* le taux de ST. Ainsi, la prescription de TSN doit être encouragée chez les fumeurs ne souhaitant pas arrêter de fumer, en expliquant que cette pratique, dépourvue d'effets néfastes, est recommandée par les autorités sanitaires pour réduire la consommation de tabac. Précisons enfin que la vape a été utilisée dans au moins une étude randomisée.

Les auteurs concluent que les fumeurs éligibles au dépistage sont généralement fortement dépendants du tabac. Les centres de tabacologie pourraient recruter donc des fumeurs en demande de sevrage pour ce dépistage parmi leur patientèle. En effet, ce moment du dépistage paraît comme un moment privilégié (« *teachable moment* ») pour assurer une information adaptée des fumeurs sur les risques du tabagisme, les bénéfices de l'arrêt du tabac et la possibilité d'une prise en charge de ST. Des motivations supplémentaires au dépistage pourraient exister chez les fumeurs qui fréquentent les centres de tabacologie. Cependant, cette notion de moment idéal est parfois contestée, la sensibilisation émotionnelle au risque au moment du dépistage du CP par scanner semblant actuellement insuffisante pour entraîner un changement de comportement comme l'arrêt du tabac. Le bénéfice escompté d'une association du dépistage du cancer et d'une aide à l'arrêt du tabac suppose que les modalités de cette prise en charge soient optimisées, ce qui justifie la poursuite de travaux sur les stratégies de modification de comportement des fumeurs lors du dépistage et de la formation des professionnels à ces techniques.

- Quel impact du tabagisme sur le mode de vie ?

Lifestyle and Long-Term Smoking Cessation. Sohlberg T, Helmersson Bergmark K. *Tobacco Use Insights* Volume 13: 1–7 .
DOI : 10.1177/179173X20963062

Le terme de "mode de vie" désigne différents comportements quotidiens et les actes qui leurs sont associés : alimentation, exercice, sommeil, consommation d'alcool, de tabac ou de drogues. Au 20^{ème} siècle, dans les pays développés, le tabac est devenu « un gadget symbolique », pour reprendre les termes de Tove Sohlberg et Karin Helmersson Bergmark (Stockholm, Suède) dans "Tobacco Use Insights", la cigarette étant associée à une affirmation d'autonomie et à un mode de vie « moderne ». Dans les pays en développement, ces arguments sont d'ailleurs encore utilisés par les industriels du tabac pour inciter les plus jeunes à entrer dans le tabagisme. À quel prix sanitaire!

Aujourd'hui, en Europe et en Amérique de Nord, le sevrage gagne du terrain : médicaments, dont les substituts nicotiniques, thérapies cognitives, aides de diverses natures (acupuncture, hypnose...). Les auteurs suédois se sont donc interrogés sur l'impact de l'arrêt de la cigarette sur le mode de vie, afin d'apprécier les limites de ce geste, au regard notamment des contraintes psychologiques induites.

En effet, la plupart des fumeurs ont intégré la cigarette à chacun des actes de leur existence : elle contribue à un équilibre physiologique et émotionnel que le sevrage peut bouleverser. Parmi les raisons de poursuivre la cigarette, l'impact régulateur du tabac sur l'humeur est mis en avant par les usagers, tout comme l'accompagnement du stress, la régulation de l'humeur (tensions, colères), mais aussi l'appartenance à une collectivité, celle des fumeurs. Les femmes, principalement, mentionnent aussi une meilleure gestion de leur faim, et donc de leur poids. Le caractère envahissant de la dépendance apparaît ici clairement, rendant plus visibles les syndromes de manque induits par le sevrage : anxiété, irritabilité, insomnie, agitation, faim, prise de poids...

Pour mieux comprendre l'effet de l'arrêt du tabac sur les autres composantes du quotidien des consommateurs, Sohlberg *et coll.* ont choisi d'analyser les éventuelles modifications des constituants du mode de vie, 7 ans au moins après le sevrage tabagique, chez 700 suédois, en comparant leur comportement avant et après l'arrêt (les patients ont répondu au même questionnaire à l'entrée dans l'étude et au moment du suivi). Il s'agissait majoritairement de femmes (54,4 %), l'âge moyen était de 40 ans à l'arrêt du tabac et 66 au moment de l'étude ; 41,4 % étaient diplômés du secondaire et 42 % avaient suivi des études universitaires.

Table 2. Drinking habits at baseline and at follow-up (%).

CHANGE IN DRINKING HABITS (YES)	BASELINE	FOLLOW-UP
ALCOHOL USE	(N=591)	(N=581)
Never	7.8	9.3
Once a month	20.5	17.9
Once a week	33.7	31.5
2-6 times a week	37.1	38.6
Daily	1.0	2.8
BINGE	(N=592)	(N=591)
Never	36.1	55.2
Weekly	9.5	8.0
Sometimes every month	18.6	8.3
A few times per year	35.8	28.6

*alcohol use, chi² 0.074; binge, chi² 0.349.

Table 3. Changes in life-style at smoking cessation (baseline) becoming a permanent part of life (follow-up).

	BASELINE	FOLLOW-UP
Changes in life-style factors	% yes	% yes
General healthier lifestyle	37.4 (n=220)	30.9 (n=159)
More physical training	27.9 (n=163)	18.1 (n=92)
Eat more (food, sweets)	17.9 (n=104)	9.6 (n=48)

Habitudes de consommation d'alcool à l'entrée dans l'étude et au moment du suivi. Changements dans le style de vie quand le sevrage est devenu permanent Temps entre baseline et Follow-up 7 ans

Les auteurs ont d'abord analysé la consommation d'alcool. Ils ont remarqué qu'au moment du sevrage, le pourcentage de personnes totalement ou partiellement abstinentes (une consommation de produit alcoolisé au plus par semaine) était plus important qu'avant l'arrêt du tabac. A cela, ils donnent une explication simple : la consommation d'alcool est corrélée à celle de cigarettes et c'est précisément chez les fumeurs modérés que le sevrage est le plus susceptible de réussir. Par ailleurs, l'arrêt du tabac peut aussi avoir entraîné des modifications des relations de groupe, notamment avec les personnes - proches, collègues - qui continuaient à boire et à fumer. Chez certains, l'arrêt total de l'alcool et de la fréquentation des lieux où l'alcool est disponible apparaît comme un élément facilitateur du sevrage tabagique.

Mais les données montrent aussi que les pourcentages de consommateurs réguliers d'alcool augmentent au moment du suivi. Les explications sont multiples et non exclusives. Si certains rééquilibrent par l'alcool les tensions résultant du sevrage tabagique, les auteurs avancent aussi qu'en Suède, la consommation régulière d'alcool augmente avec l'âge, devenant une habitude culturelle. On observe enfin que le binge drinking, consommation massive d'alcool dans un temps limité, diminue avec le sevrage. Ce résultat était attendu car les personnes suivies avaient généralement passé l'âge habituel de ce type de consommation, c'est donc pour cette raison principalement, que le pourcentage des personnes ne buvant jamais de façon massive a diminué au cours des 7 années de suivi. .

Si les anciens fumeurs avaient tendance à un peu plus boire d'alcool, sont-ils pour autant peu sensibilisés à l'intérêt d'une style de vie plus sain ? Au moment du sevrage, interrogés sur leur volonté d'adopter un mode de vie plus sain, les fumeurs ont été 37,4 % à affirmer ce souhait, alors qu'ils n'étaient plus que 30,9 % au moment du suivi. Pour ce qui est d'augmenter leur exercice physique, ils étaient 27,9 % à l'inclusion et 18,1 % au suivi. Au moment du sevrage, 17,9 % des fumeurs déclaraient qu'ils pensaient compenser en partie leur arrêt du tabac par une augmentation de leur alimentation alors qu'ils ne sont plus que 9,6 % par la suite.

De façon globale, les auteurs définissent 4 grands profils de fumeurs en sevrage :

- Ceux qui sont soucieux de leur mode de vie et qui pratiquent un exercice physique : ils sont majoritaires au moment du sevrage (160 personnes), une grande partie d'entre eux tenant ses résolutions sur un plus long terme.
- Les femmes qui ne changent rien à leur style de vie (155 personnes)

- Les hommes qui ne changent rien à leur style de vie (134 personnes)
- Les personnes qui compensent la cigarette par l'alimentation (45 personnes).

Table 4. Health behaviors in each cluster. % of cluster membership.

CLUSTER	N	%	SEX (W=WOMEN, M=MEN)	EATING	HEALTHY LIFESTYLE	EXERCISE
Healthy lifestyle and exercise	160	32.4	W 60.6%	0%	78.8%	45.6%
Women no change	155	31.4	W 100%	0%	0%	0%
Men no change	134	27.1	M 100%	0%	0%	0%
Eating	45	9.1	M 53.3%	100%	28.9%	20.0%

Les 4 profils de fumeurs en sevrage

Qu'en concluent les chercheurs suédois ? Avant tout que l'accompagnement par l'exercice doit être plus systématique en cas de sevrage. Il permet en effet d'améliorer la qualité de vie en réduisant le stress, en favorisant une bonne régulation du sommeil et un conservant un poids régulier. Proposer de l'exercice sur prescription médicale (type sport santé) pourrait permettre d'augmenter les taux de réussite du sevrage, en particulier chez les femmes, qui prennent proportionnellement plus de poids que les hommes à l'arrêt du tabac sans pour autant chercher à augmenter leur activité physique. Enfin, il est confirmé que la pratique du sport permet de combattre la sédentarité, qui est elle aussi facteur de risque cardio-vasculaire, même si c'est de façon moins marquée que le tabac. L'idée directrice de ces observations est avant tout qu'il ne faut pas remplacer un facteur de risque par un autre.

PUBLICATIONS

Alliance contre le tabac - Communiqué de presse : ALTERNATIVE À LA CIGARETTE ET RISQUE REDUIT : LA FAUSSE PROMESSE DU TABAC CHAUFFE

<https://www.alliancecontreletabac.org/actualites-blog/tabac-chauffe-risque-sante-cigarette>

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris met en place l'étude : Evaluation of the Efficacy of Nicotine Patches in SARS-CoV2 (COVID-19) Infection in Intensive Care Unit Patients (NICOVIND-REA) sur 220 patients afin d'évaluer l'intérêt des patchs de nicotine chez les patients hospitalisés pour COVID en réanimation. Cette étude contre placebo testera l'intérêt de deux patchs quotidiens de 7 mg de nicotine pendant la première semaine puis une posologie dégressive chez les patients ventilés et ce jusqu'à leur première extubation réussie. L'étude est présentée sur <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04598594>

En France, les tabacs et magasins de vape sont considérés comme des « commerces essentiels » pendant les confinements

Tobacco and e-cigarette shops awarded 'essential business' labels in France during COVID-19. Braillon A. *Tob. Induc. Dis.* 2020;18(November):90. <https://doi.org/10.18332/tid/129269>

Allain Braillon publie dans *Tob Induc Dis* un billet d'humeur sur la place des tabac et des commerces de vape pendant le confinement en France.

Alors que le gouvernement français a mis en place dès la mi-mars, un confinement strict, l'arrêté du 17 mars 2020 complétant celui du 14 mars et portant sur les diverses mesures relatives à la propagation du virus (*Journal Officiel de la République Française. March 18, 2020. NOR : SSAZ2007919A.https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=_OM0aowJhCyfJwlpPPeet-YiF3mTkUVDd1KHOMS6u0s=*) précise que dans notre pays les vendeurs de tabac et de vape sont considérés comme des commerces essentiels et leur ouverture a été permise pendant les deux confinements. Et les Français, dont 24% fument quotidiennement, ne se sont pas privés d'acheter des cigarettes. Dans son article publié dans *Tobacco Induced Diseases*, Alain Braillon (Amiens) souligne combien la France a été permissive alors que des pays tels que l'Afrique du Sud et l'Inde ont banni toute vente de tabac durant le confinement.

L'inertie ou l'absence de mesures globales contre le tabagisme pendant la pandémie COVID-19 est préoccupante à deux titres : a) la crise a non seulement exacerbé les facteurs de risque d'apparition, d'aggravation et de rechute des troubles liés à la dépendance, mais elle a aussi sérieusement limité l'accès aux traitements ; b) des preuves solides se sont accumulées pour montrer que le tabagisme aggrave la progression et les résultats des infections pulmonaires virales ou bactériennes. En conséquence, la pandémie de COVID-19 aurait dû constituer un levier de choix pour agir sur l'arrêt du tabac et la motivation des fumeurs à y parvenir. La situation est similaire dans le cas des e-cigarettes, qui peuvent provoquer une inflammation des poumons et augmenter la susceptibilité aux infections pulmonaires virales et bactériennes.

À la lumière des enjeux soulevés par la pandémie que nous traversons, peut-on envisager une augmentation par le gouvernement de ses recettes provenant des taxes sur le tabac, équivalentes à un quart des recettes de l'impôt sur le revenu, afin de mieux faire face à la crise économique induite par COVID-19



Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie 2021

La session SFT-JESFT intitulée « **Sevrage tabagique : les clés de la réussite** » se tiendra le **dimanche 17 janvier 2021**, 17h30-18h00

- Durée : 30 minutes

- Sans modération, les 4 vidéos de 7 minutes chacune seront mises en ligne en temps réel

<https://sfcario.fr/evenement/e-jesfc-2021>



15^e Congrès international d'addictologie de l'Albatros & WADD World Congress

9-11 juin 2021, Novotel Tour Eiffel, Paris

<https://www.congresalbatros.org>



Le congrès de la **SFT 2021** aura lieu à Reims les 25 et 26 novembre.

Toutes les informations disponibles prochainement sur le site www.csft2021.fr

INFORMATIONS

MOOC SFT "Tabac, arrêtez comme vous voulez !"

La mise en ligne du Massive Open Online Course MOOC (cours en ligne ouvert pour tous) "Tabac, arrêtez comme vous voulez !" se poursuit.

Cette diffusion a été rendue possible grâce au soutien du Fonds de lutte contre les addictions (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) à la SFT.

La réalisation de ce MOOC avait été financée par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du programme d'Investissements d'avenir portant la référence ANR-15-IDFN-0003.

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

En effet, de nombreux professionnels de santé ont le droit de prescrire des substituts nicotiques (médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, kinésithérapeutes, médecins et infirmiers exerçant dans le secteur de la prévention).

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 sont proposées actuellement sur deux plateformes :

- Pédagogie Numérique en Santé : <https://www.pns-mooc.com/fr/mooc/18/presentation>

- TREE LEARNING : <https://sft.tree-learning.fr/catalog/offers/1>

N'hésitez pas à diffuser l'information !

#dryjanuary : Le Défi De Janvier va débiter ! <https://dryjanuary.fr>

RELEVEZ #LeDéfiDeJanvier C'EST REJOINdre UNE COMMUNAUTÉ DE PLUSIEURS MILLIONS DE PERSONNES DANS LE MONDE QUI VONT CHANGER LEUR RAPPORT À L'ALCOOL EN JANVIER ET APRÈS.

Qu'est-ce que le Dry January® ?

Dry January est un mouvement annuel par lequel plusieurs millions de personnes arrêtent de consommer de l'alcool pendant le mois de janvier. Il s'agit d'un défi, lancé par l'organisation Alcohol Change UK en Grande Bretagne. En France nous l'appelons Le Défi de janvier.

Les règles :

- ▶ Ne pas boire d'alcool à partir de votre heure de lever le 1er janvier... et c'est tout !
- ▶ Nous ne donnons pas de « bon point » si vous ne buvez pas, c'est vraiment vous qui voyez. Un mois de janvier avec moins d'alcool est déjà un motif de fierté, et votre corps vous le rendra !

- ▶ Mais si vous relevez le défi durant tout le mois, vous aurez des bénéfices nettement supérieurs. Le plus beau d'entre eux est d'avoir trouvé du plaisir à sortir, dîner chez vous, vous relaxer ou faire quoique ce soit que vous associerez habituellement à boire un verre ; mais sans alcool.

Pourquoi relever le Défi ?

Si vous lisez ce texte, vous pensez peut-être déjà à faire le point sur votre rapport à l'alcool. Beaucoup d'entre nous sentons que l'on boit parfois un peu trop, un peu trop souvent ou que ce serait bien de faire un break. Le Défi de janvier est un moyen idéal pour faire une pause dans notre consommation, d'avoir une réflexion sur notre relation à l'alcool.

Il faut seulement quelques semaines pour casser une habitude, et ça suffit pour s'engager sur un rapport peut-être plus modéré et plus sain à notre consommation à long terme.

Dry January est une expérience anglaise à l'origine. Alcohol Change UK l'a lancé en 2013 et depuis, les chercheurs en ont évalué les effets bénéfiques. Ce que nous vous disons ici a donc été mesuré sur plus de 4 millions de personnes dont, déjà, des milliers de français !

Les bénéfices sont :

- ▶ Une peau plus fraîche et plus belle
- ▶ Un sommeil amélioré et donc plus d'énergie
- ▶ Une perte de poids
- ▶ Une économie d'argent
- ▶ Une meilleure santé – puisque l'arrêt durant un mois fait un bien considérable au corps

Un sentiment de victoire et de fierté !

Pourquoi s'inscrire à la campagne ?

Les personnes qui s'inscrivent à la campagne ont plus de chances de tenir le mois. Là encore, c'est prouvé ! Il y a plusieurs façons de s'inscrire :

Nous rejoindre sur les réseaux sociaux

- ▶ Twitter : @fr_dry
- ▶ Facebook : DryJanuaryFR
- ▶ Instagram : dry_januaryfr

Laisser son adresse sur le site internet (www.dryjanuary.fr) pour recevoir les emails avec les recettes, les trucs et astuces pour trouver des alternatives à la boisson, les conseils d'experts, les lieux partenaires...

Télécharger gratuitement l'application de nos partenaires britannique Alcohol Change UK

DRYJANUARY.FR

#LeDéfiDeJanvier

Un **éphéméride** *Le Défi De Janvier* est proposé par la **Fédération Française d'Addictologie** :
http://www.addictologie.org/spip.php?page=ledefidejanvier&id_rubrique=78
A retrouver également sur le compte Twitter @FFAddictologie !

← | Formations

L'aide au sevrage tabagique

⌚ 3:00

- 👤 **Médecin** Méd. générale, Allergologie, Cardiologie, Dermatologie, Endocrinologie, Gastro-entérologie, Gériatrie, Gynécologie médicale, Gynécologie obstétrique, Imagerie médicale, Médecine interne, Neurologie, Oncologie, Ophtalmologie, Pédiatrie, Psychiatrie, Santé publique
- 👤 **Pharmacien** Pharmacien d'officine, Pharmacien hospitalier
- 👤 **Infirmier** Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE), Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)
- 👤 **Autre** Sage-femme

Réalisée par le Dr Anne-Laurence Le Faou, présidente de la Société Francophone de Tabacologie (SFT).

📅 Session du 09/10/2020 au 08/11/2020

Plan

- Bienvenue – Le sevrage tabagique
 - Introduction – Le sevrage tabagique
 - Questionnaire de bilan de pratique actuelle – Le sevrage tabagique
- Le sevrage tabagique
 - Le sevrage tabagique
 - Bibliographie – Le sevrage tabagique
- Interview vidéo : Quel sevrage pour quel patient ?
 - Quel sevrage pour quel patient ?
- Cas clinique : Le sevrage tabagique
 - Cas clinique : Le sevrage tabagique
- Évaluation des pratiques – Sevrage tabagique
 - Évaluation – Le sevrage tabagique

Les formations du média JIM

https://www.jimdpc.fr/formations/doc/l-aide-au-sevrage-tabagique_48/dpc_formation.dhtml

OFFRES D'EMPLOI

Consultez les offres d'emploi sur le site de la SFT :
<http://societe-francophone-de-tabacologie.org/emplois1.html>

VU SUR LE NET

Les actualités du Comité National Contre le Tabagisme
<https://cnct.fr/les-actualites/>

Trafic de tabac : l'accusateur suisse qui fait trembler Philip Morris
<https://www.lejdd.fr/Societe/trafic-de-tabac-laccusateur-suisse-qui-fait-trembler-philip-morris-4014801>

Petites ficelles et grandes manœuvres de l'industrie du tabac pour réhabiliter la nicotine (Le Monde – abonnés)
https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/12/19/petites-ficelles-et-grandes-man-uvres-de-l-industrie-du-tabac-pour-rehabiliter-la-nicotine_6063922_3244.html

Prix de la cigarette 2021 : prix de votre paquet à compter de janvier
<https://www.journaldunet.com/patrimoine/guide-des-finances-personnelles/1421603-prix-de-la-cigarette-2021-prix-de-votre-paquet-a-compter-de-janvier/>

Tabac. Ramener des cigarettes achetées à l'étranger, une pratique bientôt interdite ?
<https://www.ouest-france.fr/sante/addictions/tabac/tabac-ramener-des-cigarettes-achetees-a-l->

etranger-une-pratique-bientot-interdite-7103243

En Australie, une prescription médicale pour vapoter mais les cigarettes en vente libre

https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/en-direct-du-monde/en-australie-une-prescription-medicale-pour-vapoter-mais-les-cigarettes-en-vente-libre_4221207.html

Petites ficelles et grandes manœuvres de l'industrie du tabac pour réhabiliter la nicotine. Le Monde.

https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/12/19/petites-ficelles-et-grandes-man-uvres-de-l-industrie-du-tabac-pour-rehabiliter-la-nicotine_6063922_3244.htm

CONTACT

Pour toute annonce (congrès, symposium, offre d'emploi...), merci de l'adresser à Alice Deschenau :
alice.deschenau@gh-paulguiraud.fr