

PRÉVENTION et PRISE EN CHARGE du TABAGISME en contexte de CANCÉROLOGIE

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DU TABAGISME en contexte de CANCÉROLOGIE

Directeur de publication : Nicolas Bonnet

Coordination de la première édition : Nicolas Bonnet, Marjorie Cadeville,
Marianne Hochet

Secrétariat de rédaction : Maria Baraud

Lectrice-correctrice : Raphaële Goujat-Bonnet

TRAVAIL RÉALISÉ GRÂCE AU SOUTIEN FINANCIER DU FONDUS NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE TABAC

Ont contribué à sa rédaction :

Salima Belahcene (Déléguée régionale du RESPADD Grand-Est, Centre hospitalier de Troyes) | Michaël Bisch (Secrétaire général du RESPADD, Pôle HU Grand-Nancy) | Jean-Yves Breurec (Délégué régional du RESPADD Normandie, Centre hospitalier de l'Estran) | Philippe Castera (COREADD-NA) | Sébastien Couraud (Hospices civils de Lyon) | Adeline Debreuve-Theresette (Institut Godinot) | Christophe Doucet (MNH) | Catherine El Ahmadi (Centre Jean Perrin) | Aurélie Etienne (SAOME) | Sébastien Gendarme (Hôpital Henri Mondor – AP-HP) | Isabelle Hamm (AFIT&A) | Claire Jube (Institut de cancérologie de l'ouest) | Charlotte Lafont (Hôpital Henri Mondor – AP-HP, Université Paris Est Créteil) | Sandy Laham (Institut de cancérologie de l'ouest) | Nathalie Lajzerowicz (Déléguée régionale du RESPADD Nouvelle-Aquitaine, Hôpital Suburbain du Bouscat) | Marine Lecomte (Institut de cancérologie de l'ouest) | Elvire Martin-Mervoyer (Institut de cancérologie de l'ouest) | André Nguyen (COREADD-NA) | Anne Pipon Diakhaté (AFIT&A) | Stéphanie Vannobel-Genou (Centre hospitalier universitaire de Reims) | Virginie Wautot (Hospices civils de Lyon) | Marie Wislez (Hôpital Cochin – AP-HP) | Jacques Yguel (Délégué régional du RESPADD Hauts-de-France, Centre hospitalier du Pays d'Avesnes)

Citation recommandée

BONNET N., CADEVILLE M., HOCHET M., *Prévention et prise en charge du tabagisme en contexte de cancérologie*, Paris, RESPADD, novembre 2022, 66 pages.

© Édition Respadd, 2022
www.respadd.org
Pour commander le livret :
contact@respadd.org

Couverture et mise en page : Bernard Artal Graphisme
Retirage : septembre 2025 – Imprimerie Chauveau
Dépôt légal : décembre 2022 – Exemplaire gratuit, ne peut être vendu
ISBN 978-2-490727-11-7

Sommaire

	Page	Onglet
Avant-propos	3	
Tabagisme et cancers	4	1
1/ Épidémiologie	4	
2/ Décès par cancers : première cause de mortalité attribuable au tabagisme	6	
3/ Localisations de cancers	6	
4/ Cancer bronchopulmonaire.....	8	
5/ Tabagisme selon le sexe.....	9	
6/ Tabagisme passif	11	
7/ Composition de la fumée de cigarette	13	
Tabagisme et cancérogénèse	15	2
Mécanisme de cancérogénèse	15	
Tabagisme et prise en charge des personnes atteintes de cancers..	17	3
1/ Conséquences sur les traitements	17	
2/ Risque de survenue de nouveaux cancers	19	
3/ Qualité de vie	19	
4/ Pronostic.....	19	
Intervenir – Repérage de la personne fumeuse	20	4
1/ La dépendance au tabac.....	20	
2/ Le repérage précoce intervention brève motivationnelle en tabacologie (RPIB) comme outil d'accompagnement des fumeurs vers le sevrage tabagique	21	
Accompagnement au sevrage de la personne fumeuse atteinte de cancer.....	38	5
1/ Différents types d'accompagnement au sevrage tabagique.....	38	
a) Les traitements nicotiques de substitution (TNS).....	38	
b) Autres traitements médicamenteux.....	41	
c) Entretien motivationnel	42	
d) Thérapies comportementales et cognitives (TCC)	44	
e) Psychoéducation	44	
f) Vaporisateur personnel (VP).....	45	
g) Soins de support	46	
2/ Modalités de l'accompagnement de la personne fumeuse atteinte de cancer	47	
Cas cliniques	49	6
Points clés	51	7
Pour aller plus loin.....	52	8



La stratégie Lieu de santé sans tabac (LSST) a été créée et développée par le RESPADD en 2017.

Un de ses enjeux est d'amener le plus grand nombre d'établissements à adopter cette démarche. Cet effort vise prioritairement :

- tous les établissements qui ont une activité « femme, mère, nouveau-né, enfant », dont les établissements autorisés à l'activité de soins de gynécologie obstétrique ;
- tous les établissements de soins autorisés à traiter les personnes atteintes d'un cancer.

La rédaction de ce guide s'inscrit dans cette dynamique afin de favoriser les bonnes pratiques, faciliter le repérage et la prise en charge des fumeurs en contexte de cancérologie, que ce soit au sein des établissements de santé, des établissements médico-sociaux ou par des professionnels de santé du premier recours.

Avant-propos

Le RESPADD défend depuis toujours la nécessaire transversalité des prises en charge en addictologie. Pour ce faire, nous avons à cœur d'associer dans nos groupes de travail des professionnels et experts de formations différentes et de lieux d'activité complémentaires : premier recours, sanitaire, médicosocial. Ce nouveau guide à destination des professionnels de santé, *Prévention et prise en charge du tabagisme en contexte de cancérologie*, répond à cet impératif.

Sa rédaction a été rendue possible par la mise en commun des savoirs et savoir-faire de près de 30 personnes qui ont, sans contrepartie, accepté de relever ce défi : rendre accessible au plus grand nombre les données et pratiques nécessaires, indispensables, à la systématisation du repérage du tabagisme et à sa prise en charge en contexte de cancérologie, et ce quel que soit le stade d'avancée de la maladie. Car oui, le tabagisme reste aujourd'hui la première cause de cancers et la première cause de décès évitables. Et face à ce fléau, l'ensemble des professionnels de santé, du premier recours au spécialiste, de l'infirmier-e libéral-e au pharmacien, peut et se doit d'agir, systématiquement, en repérant le tabagisme et en proposant une substitution nicotinique spontanément à tous les fumeurs actifs.

Grâce à vous, à nos actions communes et à nos efforts, la dénormalisation du tabagisme est aujourd'hui une réalité et sa sortie une perspective atteignable. Ce succès s'appuie sur le Programme national de lutte contre le tabagisme qui, depuis 2014, a permis le remboursement des substituts nicotiques, l'élargissement de la prescription pour permettre le remboursement aux assurés sociaux de ces mêmes substituts dès 2016, la création du paquet neutre, l'augmentation du prix du tabac ou encore la création du Mois sans tabac. Pour le RESPADD, c'est aussi celui de Lieu de santé sans tabac, stratégie sans équivalent s'adaptant sur-mesure à chaque Lieu de santé, garantie succès et pour laquelle aujourd'hui plus de 600 établissements bénéficient de financements dédiés. Ce succès, c'est aussi celui d'un changement de paradigme, passant d'une politique visant la stigmatisation du fumeur, sa culpabilisation, avec l'interdit comme seule issue, à une politique bienveillante considérant le manque de nicotine comme une souffrance, la dépendance comme une privation de liberté, l'accès aux substituts nicotiques pour tous et à tout instant comme un devoir et une évidence.

Cet enjeu, c'est aussi celui de la promotion de la santé, celui d'un Lieu de santé où promouvoir des comportements vertueux pour la santé en agissant sur les déterminants de santé devient la politique prioritaire.

Enfin, pour sa pérennité, ce travail doit rester respectueux et bienveillant, démocratique et équitable en défendant la transversalité comme gage de qualité.

Pr Amine Benyamina
Président du RESPADD

Tabagisme et cancers

1/ Épidémiologie

Après cinq années consécutives de baisse, la consommation de tabac en France s'est stabilisée sur les deux dernières années. Ainsi, en 2020, plus de trois Français sur dix âgés entre 18 et 75 ans déclaraient fumer de façon occasionnelle (31,8 %) et un quart des Français consommaient du tabac quotidiennement (25,5 %).

La prévalence du tabagisme quotidien a en revanche augmenté chez le tiers de la population avec les revenus les moins élevés. Elle est passée de 29,8 % en 2019 à 33,3 % en 2020 (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 8, 26 mai 2021*).

On sait en effet que l'attention et l'adoption de comportements favorables à la santé sont fonction du niveau de revenus et suivent un gradient social.



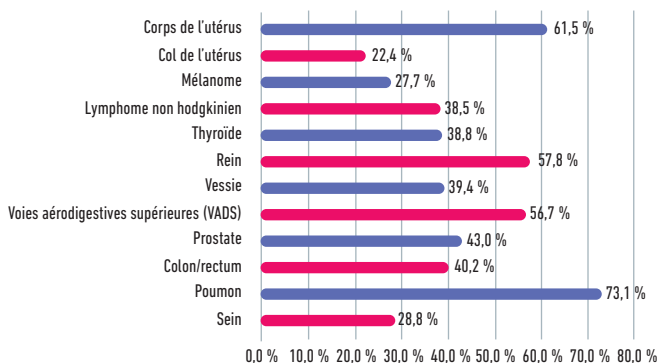
info

PRÉVALENCE DU TABAGISME CHEZ LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER

- Il existe peu d'études évaluant la prévalence du tabagisme au moment du diagnostic selon le type de cancer.
- Concernant le cancer bronchopulmonaire, des études mettent en évidence une prévalence du tabagisme d'environ 50 % au moment du diagnostic.
- Concernant les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), des données issues de la file active de Gustave Roussy font état d'une prévalence du tabagisme de 65,1 % au moment du diagnostic – une personne ayant arrêté moins de 3 mois avant le diagnostic est comptabilisée comme fumeuse.
- L'étude VICAN 5 publiée en 2018 par l'INCa (Institut national du cancer) s'intéresse à la vie cinq ans après un diagnostic de cancer. Elle nous apprend que 39,8 % des personnes ont arrêté de fumer cinq ans après leur diagnostic.

FIGURE 1

Prévalence de l'arrêt tabagique cinq ans après le diagnostic selon la localisation cancéreuse (en %). Étude VICAN 5



Source – La vie cinq ans après un diagnostic de cancer (Étude VICAN 5)

- Les personnes qui fumaient quotidiennement durant l'année précédant le diagnostic de leur cancer ont également été interrogées sur la prise en charge de leur tabagisme : 26,7 % d'entre elles s'étaient vu proposer une consultation de tabacologie ; 11,7 % l'avaient acceptée, 15,0 % l'avaient déclinée. La proposition de consultation de tabacologie varie selon la localisation cancéreuse : 39,3 % pour les personnes atteintes d'un cancer bronchopulmonaire, 40,7 % pour les personnes atteintes d'un cancer des voies aérodigestives supérieures, 8,2 % pour les personnes atteintes d'un cancer du rein et 6,8 % pour les personnes atteintes d'un cancer de la prostate.
- L'enquête met en avant un paradoxe : les personnes ayant reçu une proposition de consultation de tabacologie ont été plus nombreuses à poursuivre leur tabagisme cinq ans après le diagnostic par rapport à celles n'ayant reçu aucune proposition. Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes ayant reçu une proposition étaient plus dépendantes, rendant ainsi l'arrêt plus difficile.

2/ Décès par cancers : première cause de mortalité attribuable au tabagisme

L'incidence des cancers en France a fortement augmenté au cours des trente dernières années. Cela est notamment dû aux évolutions démographiques, à l'amélioration des pratiques diagnostiques ainsi qu'à une plus grande exposition à des facteurs de risque parmi lesquels figure le tabagisme (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 21, 26 juin 2018*).

Ainsi, l'incidence des cancers toutes localisations confondues, en France métropolitaine, a augmenté de 65 % chez l'homme passant de 124 000 nouveaux cas/an en 1990 à 204 600 nouveaux cas/an en 2018 et de 93 % chez la femme passant de 91 800 en 1990 à 177 400 en 2018 (*Santé publique France, 2019*).

En 2015, 75 320 décès pouvaient être attribués au tabagisme parmi les 580 000 recensés en France métropolitaine. Les cancers constituaient la première cause de décès attribuable au tabagisme. Ils représentaient 61,7 % de ces décès, les maladies cardiovasculaires représentaient 22,1 % des décès et les pathologies respiratoires représentaient 16,2 % des décès – le nombre de décès attribuables au tabagisme est calculé à partir des fractions attribuables qui représentent « la proportion de tous les décès pour une pathologie qui auraient pu être évités si l'ensemble de la population s'abstenait de fumer » (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 15, 28 mai 2019*).

3/ Localisations de cancers

La consommation de tabac est associée à un surrisque d'apparition de cancers pour 17 localisations : cancers bronchopulmonaires, cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavité nasale, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus, leucémie myéloïde, colon-rectum, mucineux de l'ovaire et sein. (*INCa, 2016*)

Les cancers présentant les fractions de mortalité attribuable au tabagisme les plus importantes sont les suivantes, tous sexes confondus : cancer bronchopulmonaire (82 % des décès attribuables au tabagisme) ; cancers des voies aérodigestives supérieures (68 % des décès attribuables au tabagisme) ; cancers de la vessie (32 % des décès attribuables au tabagisme).



info

TABAGISME, PRÉCARITÉ ET APPARITION DE CANCERS

La supériorité de la prévalence du tabagisme quotidien au sein de la population avec les plus faibles revenus expose celle-ci à un surrisque de développement de cancers bronchopulmonaires et creuse ainsi les inégalités sociales de santé.

TABLEAU 1

Estimation de la fraction attribuable au tabagisme par cause de décès par cancer chez les hommes et les femmes âgés de 35 ans et plus, France métropolitaine, 2015

Pathologies	Fraction attribuable hommes (%)	Fraction attribuable femmes (%)	Total fraction attribuable (%)
Bronchopulmonaire	88	67	82
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	74	46	68
Estomac	29	7	21
Foie	34	7	27
Pancréas	32	16	24
Col de l'utérus		10	10
Ovaire mucineux		18	18
Colon-rectum	10	6	8
Rein	35	7	25
Vessie	38	15	32
Leucémie	22	3	13

Source – Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015 (Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 15, 28 mai 2019)

info

CO-CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL ET APPARITION DE CANCERS

L'alcool constitue le deuxième facteur de risque d'apparition des cancers et agit de façon synergique avec le tabac. Ainsi, l'association de la consommation de tabac et d'alcool multiplie par 5 le risque de développer des cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx, du larynx et de l'œsophage. Un point de vigilance doit donc être apporté dans le repérage précoce du tabagisme de ces personnes.

4/ Cancer bronchopulmonaire

A | DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Le cancer bronchopulmonaire est le 3^e cancer le plus fréquent en France, tous sexes confondus, avec 46 300 nouveaux cas recensés en 2018. Il représente le 2^e cancer le plus fréquent chez l'homme et le 3^e cancer le plus fréquent chez la femme. Entre 1990 et 2018, le taux d'incidence s'est stabilisé chez les hommes : baisse de 0,3 % par an en moyenne tandis qu'il a augmenté de 5 % par an en moyenne chez la femme. Cet accroissement est dû à une augmentation de la consommation de tabac chez ces dernières.

L'âge médian au moment du diagnostic est de 69 ans chez l'homme et 68 ans chez la femme.

Entre 1990 et 2018, le taux de mortalité a en moyenne diminué de 1,6 % par an chez l'homme et a en moyenne augmenté de 3 % par an chez la femme (*IINCa, 2021*).

En 2015, 82 % des décès par cancers bronchopulmonaires étaient attribuables au tabagisme, lequel en représente le premier facteur de risque.

B | DESCRIPTION

Il existe deux types principaux de cancers bronchopulmonaires : les cancers à petites cellules représentent 15 % de ceux-ci et les cancers non à petites cellules en représentent 85 %.

Les cancers à petites cellules sont habituellement situés proches du hile pulmonaire ou dans la zone médiastino-hilaire du poumon. Ils constituent la forme la plus agressive de cancer. 60 % des cancers à petites cellules sont diagnostiqués à des stades métastatiques. Leur pronostic est défavorable : le taux de survie à 5 ans est de 7 %.

Concernant les cancers bronchopulmonaires non à petites cellules, on distingue notamment le carcinome épidermoïde, représentant 30 % de ces cancers et se développant au sein des cellules qui tapissent les bronches, et l'adénocarcinome bronchique, représentant 60 % de ces cancers et se développant notamment en périphérie bronchopulmonaire. Ces cancers présentent un taux de survie à 5 ans d'environ 15 % variable selon le stade du cancer.

L'incidence du carcinome épidermoïde diminue. Il est majoritaire chez l'homme et est notamment associé à la consommation de cigarettes brunes.

L'incidence de l'adénocarcinome bronchique est en augmentation notamment chez les femmes consommatrices de cigarettes blondes qui favorisent une inhalation plus profonde de la fumée et des goudrons.

La diminution du risque de développer un cancer bronchopulmonaire est proportionnelle à la durée de l'arrêt. L'arrêt du tabac avant 50 ans réduit de façon importante le risque de développer un cancer par rapport aux fumeurs qui ne s'engageraient pas dans une démarche de sevrage avant cet âge. Cinq ans après l'arrêt, le risque diminue de 50 %. Ce risque reste toutefois supérieur aux personnes n'ayant jamais fumé.

5/ Tabagisme selon le sexe

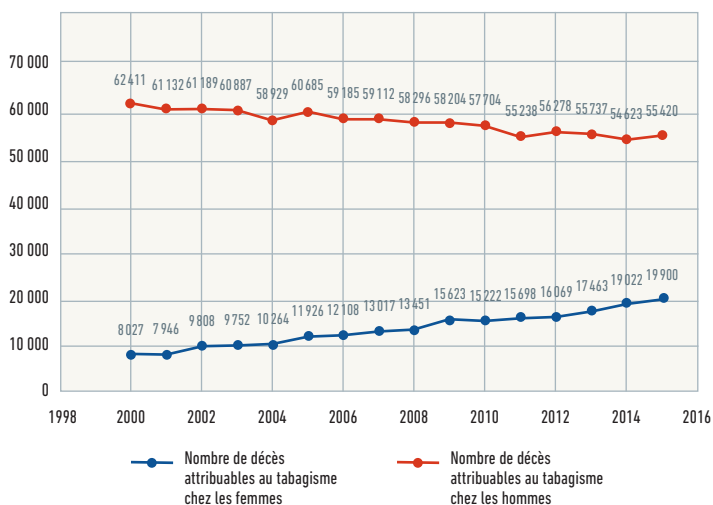
Le tabagisme féminin a commencé à se développer dans les années 1960. Les industriels ont construit leur stratégie de marketing en associant le tabagisme chez les femmes à l'émancipation, la liberté, la minceur et la beauté. Cette entrée « tardive » des femmes dans le tabagisme a entraîné un décalage dans l'apparition des cancers en lien avec le tabagisme entre les hommes et les femmes et la mortalité consécutive à ceux-ci.

Les figures n° 2 et n° 3 mettent en évidence les évolutions différentes du nombre de décès attribuables au tabagisme selon le sexe. Entre 2000 et 2015, une baisse de 11 % a été observée chez les hommes tandis que ce chiffre a été multiplié par 2,5 chez les femmes, le nombre de décès passant de 8 027 en 2000 à 19 900 en 2015.

En 2015, les décès par cancers représentaient 61,7 % des décès attribuables au tabagisme (36 577 soit 66 % chez les hommes, 9 868 soit 49 % chez les femmes).

FIGURE 2

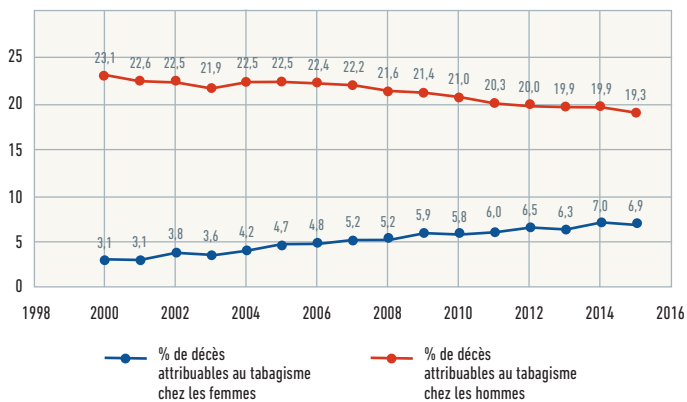
Évolution des nombres de décès attribuables au tabagisme, chez les hommes et les femmes, de 2000 à 2015, en France métropolitaine



Source – Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 15, 28 mai 2019

FIGURE 3

Estimation des fractions de décès attribuables au tabagisme, chez les hommes et les femmes, de 2000 à 2015, en France métropolitaine



Source – Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 15, 28 mai 2019

6/ Tabagisme passif

**Le tabagisme passif se définit
comme « une exposition à la fumée de tabac
dans l'environnement. »** *(INCa, 2009)*

Il peut générer des troubles chez les personnes qui y sont exposées et peut favoriser la survenue de différentes pathologies.

L'exposition au tabagisme passif se fait essentiellement par les courants secondaires et tertiaires, les personnes qui en sont victimes sont ainsi exposées à 7 000 substances toxiques dont 70 cancérogènes.

A | CHEZ L'ADULTE

- ▶ Le tabagisme passif est associé à une augmentation importante du risque de développer un cancer bronchique (+20 % chez la femme, +30 % chez l'homme).
- ▶ Des études mettent également en avant un possible surrisque de survenue d'un cancer des sinus pour les personnes exposées au tabagisme passif.

B | CHEZ L'ENFANT

- ▶ Compte tenu de l'évolution de la législation en matière de prévention d'exposition au tabac du plus grand nombre et notamment des enfants, la principale source d'exposition de ces derniers au tabagisme passif se situe dans la sphère familiale avec notamment les parents.
- ▶ L'exposition des enfants au tabagisme passif favorise l'apparition d'asthme, de bronchites, de rhinopharyngites et la mort subite du nourrisson.
- ▶ Des études ont mis en évidence un lien de causalité entre le tabagisme des parents pendant la période préconceptionnelle et/ou la grossesse, et la survenue d'un hépatoblastome chez leurs enfants (tumeur hépatique maligne).
- ▶ Il y aurait également un possible surrisque d'apparition de leucémies infantiles notamment la leucémie aiguë lymphoblastique et de tumeurs cérébrales chez les enfants exposés au tabagisme passif.

LA COMBUSTION D'UNE CIGARETTE GÉNÈRE 3 COURANTS DE FUMÉE

• PRIMAIRE

Le courant de fumée primaire est la fumée inhalée par les fumeurs. Il contient 4 000 substances toxiques dont 50 sont cancérogènes. Il favorise ainsi l'apparition de cancers et de maladies chroniques.

• SECONDAIRE

Le courant de fumée secondaire est composé de la fumée expirée par les fumeurs et de celle se dégageant suite à l'autocombustion incomplète à faible température de la cigarette. Elle constitue la fumée ambiante inhalée par l'entourage.

Elle contient 7 000 substances toxiques dont 70 cancérogènes et des concentrations de produits en plus grande quantité que dans la fumée primaire :

- 3 fois plus de goudron,
- 2 fois plus de nicotine,
- 2 fois plus de monoxyde de carbone,
- 51 fois plus de formaldéhyde,
- 44 fois plus d'ammoniac.

Les enfants sont particulièrement sensibles à cette fumée qui peut induire le développement de nombreux problèmes de santé. Les adultes exposés à ce courant de fumée sont également susceptibles de développer des pathologies cardiaques et pulmonaires.

• TERTIAIRE

Il s'agit de la fumée qui reste piégée dans les cheveux, la peau, les tissus, les tapis, les murs, etc. Elle est principalement présente sur les sols et dans la poussière.

Elle peut rester présente des années dans les surfaces et tissus après disparition de l'odeur. La persistance des substances chimiques est fonction du degré d'absorption des surfaces avec lesquelles la fumée a été en contact.

Les jeunes enfants qui ne marchent pas encore sont particulièrement exposés à cette fumée : ils absorbent ainsi 20 fois plus de fumée tertiaire que les adultes, ce qui peut favoriser l'apparition de maladies.

7/ Composition de la fumée de cigarette

La dangerosité du tabac est liée aux substances toxiques dégagées dans la fumée issue de la combustion des cigarettes.

info

+

LES SUBSTANCES PRÉSENTES DANS LA FUMÉE GÉNÉRÉE PAR LA COMBUSTION DU TABAC

Elles peuvent être regroupées en 4 catégories.

- **Le monoxyde de carbone (CO)** : gaz qui vient se fixer sur l'hémoglobine en prenant la place de l'oxygène pour former la carboxyhémoglobine (HbCO) responsable d'hypoxémie. Le monoxyde de carbone est également responsable de nombreuses complications cardiovasculaires, notamment de spasmes coronariens. À plus long terme, l'inflammation produite par le monoxyde de carbone est responsable de la plaque athéromateuse et d'accidents cardiovasculaires.
- **Les produits irritants (aldéhyde et acétone notamment)** : responsables de toux, bronchites et à terme de bronchopneumopathies chroniques obstructives et d'emphysèmes.
- **Les goudrons (hydrocarbures polycycliques, nitrosamines)** : responsables des cancers.
- **La nicotine** : agent essentiel de la dépendance au tabac, mais n'est pas en cause dans les effets sanitaires du tabagisme.

Le risque de cancer est fonction de la consommation moyenne quotidienne de tabac, de la durée du tabagisme et de l'âge d'entrée dans le tabagisme.

L'augmentation de la consommation quotidienne des cigarettes fait augmenter le risque de survenue d'un cancer de façon proportionnelle : le doublement de la consommation quotidienne multiplie ainsi le risque de cancer par deux.

La durée d'exposition au tabagisme a un impact plus important que le nombre de cigarettes consommées quotidiennement : le risque de survenue d'un cancer est égal au (nombre de paquets x années) élevé à la puissance 4,5. Ainsi, doubler la durée de son tabagisme multiplie par 23 le risque de survenue d'un cancer.

La diminution du risque de développer un cancer bronchopulmonaire est proportionnelle à la précocité de l'arrêt. L'arrêt du tabac avant 50 ans réduit de façon importante le risque de développer un cancer. Ce risque reste toutefois supérieur à celui des personnes n'ayant jamais fumé.

À RETENIR

- ▶ Le tabac constitue la première cause de mortalité évitable par cancer.
- ▶ Il existe un surrisque d'apparition de cancer dès qu'une personne a fumé au moins 5 paquets de cigarettes au cours de sa vie.
- ▶ Le délai moyen entre l'entrée dans le tabagisme et la survenue de cancers est de 30 ans.
- ▶ La nicotine est l'agent essentiel de la dépendance au tabac, mais n'est pas en cause dans les effets sanitaires du tabagisme.
- ▶ Les cancers sont la première cause de décès liés au tabagisme (60 %).
- ▶ Le tabac est responsable de 25 à 30 % des décès par cancer.
- ▶ La co-consommation d'alcool et de tabac multiplie par cinq le risque de survenue de cancers des VADS par rapport à une personne consommant une seule de ces substances.
- ▶ 82 % des décès par cancers bronchopulmonaires sont attribuables au tabagisme, tous sexes confondus. Le tabac représente le premier facteur de risque d'apparition de ces cancers.
- ▶ Le nombre de décès attribuables au tabagisme a été multiplié par 2,5 chez les femmes entre 2000 et 2015 alors qu'il a baissé de 11 % chez les hommes sur cette même période.
- ▶ Le tabagisme passif augmente de 20 à 30 % le risque de survenue de cancers bronchopulmonaire chez l'adulte selon le sexe. Chez l'enfant, il favoriserait entre autres la survenue de leucémies infantiles ou de tumeurs cérébrales.

Tabagisme et cancérogénèse

2

Mécanisme de cancérogénèse

Le développement de cancer se fait en plusieurs étapes et s'étend souvent sur des dizaines d'années.

Une cellule cancéreuse possède un certain nombre de caractéristiques :

- « son indépendance vis-à-vis des signaux qui régulent (favorisent ou freinent) habituellement sa croissance et sa division,
- sa capacité à échapper au processus de mort cellulaire programmée,
- sa capacité à se diviser indéfiniment. » >> (INCa, 2016)

ÉTAPES DE LA CANCÉROGÉNÈSE

→ L'INITIATION

L'ADN d'une cellule est altéré de façon majeure, ce qui va engendrer une transformation de celle-ci.

→ LA PROMOTION

Cette cellule transformée va se développer et proliférer jusqu'à former un groupe de cellules modifiées identiques. Ce mécanisme se produit lorsque le système immunitaire ne remplit pas sa fonction de défense et d'élimination de ces dernières, ce qui est le cas avec l'exposition tabagique qui induit un déficit immunitaire acquis.

→ LA PROGRESSION

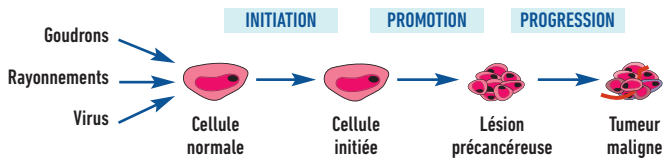
La cellule développe alors les spécificités d'une cellule cancéreuse : multiplication incontrôlée, perte de son « caractère différencié » (qui varie selon son tissu d'appartenance).

Ces cellules possèdent également la capacité de créer des nouveaux vaisseaux sanguins leur permettant d'alimenter la tumeur en oxygène et nutriments, et donc de favoriser son développement (angiogénèse). Ils favorisent également sa migration dans les tissus sains voisins ou des zones plus éloignées pour former des métastases.

Les cellules cancéreuses présentent également la capacité d'utiliser des cellules saines et leur profit. Une tumeur regroupe à la fois des cellules normales et des cellules cancéreuses qui fonctionnent de façon synergique (INCa, 2016).

FIGURE 4

Les étapes de la cancérogénèse



Les goudrons présents dans la fumée peuvent agir comme :

- agents initiateurs favorisant la transformation en cellules malignes tels que benzopyrène et dibenzopyrène, etc. ;
- agents promoteurs de la cancérogénèse tels que les dérivés phénoliques, naphthalène, benzopyralène.

Les goudrons peuvent exercer à la fois une activité locale pulmonaire, mais aussi à distance (vessie, reins, etc.) après avoir été absorbés par voie pulmonaire.

Tabagisme et prise en charge des personnes atteintes de cancers

CE QU'IL FAUT SAVOIR



- **La prise en charge du tabagisme et l'accompagnement vers l'arrêt du tabac font partie intégrante du traitement des personnes atteintes de cancers.** Ils représentent un réel enjeu : 2/3 des personnes fumant au moment de leur diagnostic poursuivent leur consommation, notamment celles dont le cancer ne semble pas associé à une étiologie tabagique.

- **Le tabac interagit avec les traitements des cancers** que ce soit par chimiothérapie, par radiothérapie en diminuant leur efficacité, augmentant leur toxicité ou leurs effets indésirables. Il

favorise également les complications post-opératoires et les risques d'infections. Il affecte également la qualité de vie de la personne.

- **Les personnes sevrées atteintes de cancers ont un meilleur pronostic de survie que celles n'ayant pas arrêté de fumer.** Le sevrage tabagique réduit également le risque de survenue d'un nouveau cancer primitif ou d'une récurrence.

1/ Conséquences sur les traitements

A | CHIMIOTHÉRAPIES

INTERACTIONS PHARMACOCINÉTIQUES

Elles résultent le plus souvent de l'induction du métabolisme de certains médicaments par la fumée de cigarette.

Les hydrocarbures aromatiques polycycliques contenus dans la fumée stimulent la production d'enzymes hépatiques participant à la métabolisation de plusieurs substances et accélèrent donc l'élimination de certains traitements et chimiothérapies (*INCa, 2016*).

Ainsi, le tabagisme affecterait l'efficacité des traitements contre le cancer en accélérant leur élimination par le corps et nécessiterait donc l'administration de doses plus importantes pour atteindre une efficacité similaire à celle obtenue chez les non-fumeurs.

INTERACTIONS PHARMACODYNAMIQUES

Elles sont causées par l'antagonisme des actions entre les produits dégagés par la combustion du tabac et les médicaments.

Des études portant sur les cancers bronchopulmonaires et des VADS ont mis en évidence l'impact de la fumée de cigarette sur l'émergence d'une résistance aux molécules présentes dans les chimiothérapies en diminuant leur efficacité.

B | RADIOTHÉRAPIES

La toxicité des radiothérapies est accentuée par le tabagisme actif. Ainsi les personnes fumeuses atteintes de cancers des VADS peuvent être affectées par une dégradation de leur voix, une persistance de mucite⁽¹⁾ (dont la gravité peut être augmentée entraînant parfois une moindre efficacité ou un arrêt de la radiothérapie), un œdème, des plaies persistantes après exposition aux rayons. Le tabagisme accentue l'hypoxie tissulaire, ce qui favorise la destruction des tissus et limite la réparation de ceux endommagés par les rayons.

De même, l'association du tabagisme à une radiothérapie pelvienne, dans le cadre de traitements de cancers urologiques, gastro-intestinaux et gynécologiques, favorise la survenue de complications gastro-intestinales à long terme.

Le tabagisme nuit également au processus de cicatrisation après reconstruction mammaire, l'irradiation de la peau ayant pu favoriser la survenue de réactions cutanées (*INCa, 2016*). Enfin, chez les fumeurs, il existe une augmentation des risques de survenue d'un cancer bronchopulmonaire secondaire à une radiothérapie pour lymphomes hodgkiniens ou cancers du sein.

C | CHIRURGIES

La chirurgie est le premier traitement reçu par 95 % des personnes atteintes de cancers du côlon et 80 % des personnes ayant un cancer du sein.

Le tabac favorise la survenue de complications per et post-opératoires. Ainsi, la poursuite du tabagisme favorise la survenue de complications infectieuses notamment la fréquence des pneumopathies, pathologies coronariennes, respiratoires chez les personnes opérées de cancers bronchopulmonaires ou digestifs, avec un taux d'hospitalisation en soins intensifs et réanimation plus élevé. Le tabagisme entraîne également un défaut de cicatrisation dû à une altération de la microcirculation, une augmentation du risque de nécrose dans le cadre notamment de traitements de cancers du sein et des VADS.

La Haute autorité de santé (HAS), dans ses recommandations de 2014, conseille l'arrêt du tabac à toute personne devant subir une intervention chirurgicale et la proposition d'une aide à l'arrêt du tabac par son médecin généraliste ou un autre professionnel formé au sevrage tabagique.

Il est recommandé de proposer un arrêt du tabac au moins six semaines avant une intervention chirurgicale.

→ L'ARRÊT DU TABAC AVANT UNE CHIRURGIE EST TOUJOURS BÉNÉFIQUE.

(1) Inflammation des muqueuses de la bouche ou du système digestif, qui se manifeste par une rougeur, une douleur et des aphtes plus ou moins nombreux. Une mucite est un effet indésirable possible d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie (*INCa*).

2/ Risque de survenue de nouveaux cancers

Le tabagisme aurait un impact sur l'évolution en favorisant la progression tumorale et le risque de récurrence par la migration de cellules malignes par angiogénèse.

3/ Qualité de vie

La poursuite du tabagisme après diagnostic d'un cancer affecte également la qualité de vie de la personne que ce soit sur le plan physique (fonctionnement physique, symptômes respiratoires, douleurs et performance status^[2]), émotionnel, psychique et social, quel que soit le niveau d'avancement de la maladie y compris en soins palliatifs (INCa, 2016).

L'arrêt du tabac n'entraîne pas de symptômes dépressifs ni anxieux à moyen terme. Le niveau d'anxiété augmente au cours des deux semaines suivant le sevrage physique à la nicotine puis diminue après un mois de sevrage à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt du tabac. Ces symptômes sont atténués ou disparaissent si on instaure un traitement nicotinique de substitution adapté (INCa, 2016).

4/ Pronostic

La poursuite du tabagisme après le diagnostic d'un cancer entraîne une dégradation globale de l'état de santé et affecte négativement la survie des personnes (Surgeon General, 2014). Il existe une augmentation de la mortalité toutes causes confondues et par cancer chez les personnes poursuivant leur tabagisme.

À RETENIR

- ▶ **Le tabagisme affecte négativement l'efficacité des traitements médicamenteux contre le cancer.**
- ▶ **Le tabagisme favorise la survenue de complications per et post-opératoires.**
- ▶ **Le tabagisme aggrave les effets secondaires des traitements par radiothérapie.**
- ▶ **Le tabagisme favorise la survenue de nouveaux cancers, assombrit le pronostic et affecte négativement la qualité de vie.**

(2) Outil de mesure du degré d'autonomie d'une personne par sa capacité à accomplir certaines tâches de la vie quotidienne (INCa).

Intervenir

Repérage de la personne fumeuse

1/ La dépendance au tabac

A | TESTS POUR MESURER LA DÉPENDANCE TABAGIQUE

Il est important de pouvoir évaluer la dépendance tabagique avec des tests validés. Ces tests, bien qu'utiles, ne sont pas obligatoires et doivent s'intégrer dans la pratique usuelle des professionnels.

→ LE CIGARETTE DEPENDENCE SCALE (CDS)

Le CDS est un autoquestionnaire permettant une prise de conscience et un engagement vers l'arrêt par le simple fait de le remplir. Il peut être mis à disposition dans les salles d'attente chez les professionnels de médecine de ville, dans les structures hospitalières ou structures médico-sociales ou remis à la personne en amont/lors d'une consultation ou hospitalisation. Il permet d'ouvrir le dialogue : « je vois que vous avez répondu au questionnaire de dépendance tabagique, que pensez-vous d'en parler ? ».

→ LE TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFIÉ EN DEUX QUESTIONS

Le test de Fagerström simplifié permet d'évaluer le dosage de nicotine nécessaire et d'anticiper les difficultés liées à l'arrêt.

B | ANALYSEUR DE MONOXYDE DE CARBONE DANS L'AIR EXPIRÉ - CO TESTEUR

FIGURE 5

Analyseur de monoxyde de carbone dans l'air expiré – CO testeur



Il s'agit d'un examen non invasif, d'utilisation simple et rapide qui permet de mesurer le taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré. Il doit être réalisé entre 30 et 90 minutes après la dernière cigarette et permet d'avoir un aperçu de la consommation de tabac sur les 24 dernières heures. Les valeurs sont exprimées en ppm (parties par millions).

Cette mesure peut être utilisée comme un outil motivationnel qui permet d'engager le dialogue sur la consommation de tabac, de valoriser et rendre concrets les réductions ou arrêts de consommation. Elle permet d'informer et de sensibiliser les fumeurs en établissant un lien entre le taux mesuré, l'importance de l'inhalation des cigarettes consommées, ainsi que d'informer les non-fumeurs sur les risques liés au tabagisme passif.

La prise en charge du tabagisme ne nécessite pas obligatoirement l'usage de l'analyseur de CO. C'est un outil supplémentaire, à condition qu'il soit intégrable dans la pratique usuelle du professionnel.

C | PROFILS DE FUMEURS

Il existe différents profils de fumeurs avec des niveaux de dépendance et des niveaux socio-économiques variables.

Certains profils présentent une dépendance particulièrement importante : ce sont les *hardcore smokers* aussi appelés *fumeurs invétérés*.

Les *hardcore smokers* ont une forte consommation de cigarettes et sont très dépendants à la nicotine. Ils présentent souvent une vulnérabilité psychique, une maladie psychiatrique, une précarité socio-économique et un usage d'autres substances psychoactives. Ils ne sont pas déterminés à arrêter de fumer malgré la connaissance des risques encourus ou l'existence d'une pathologie en lien avec le tabac. L'arrêt est vu comme une « privation supplémentaire dans un contexte de vie dégradé. »

Durant la phase fréquente où le patient n'arrive pas à arrêter ou ne souhaite pas arrêter, il est très important d'intensifier les dépistages des cancers, afin de limiter les pertes de chance. Cela permet de rendre concret pour le patient son augmentation personnelle de risque et donne des opportunités supplémentaires pour aborder la question de l'arrêt du tabac. Sur ce public, la réduction des risques et des dommages peut être une proposition pertinente et plus acceptable, avec le passage, par exemple, au vaporisateur personnel.

Il est particulièrement important de repérer ces fumeurs pour pouvoir les accompagner et leur proposer une prise en charge spécifique et adaptée à leur profil tabagique. La réduction des consommations peut les préparer à l'arrêt qui doit rester l'objectif prioritaire afin de limiter les risques pour leur santé.

2/ Le repérage précoce intervention brève motivationnelle en tabacologie (RPIB) comme outil d'accompagnement des fumeurs vers le sevrage tabagique

A | DÉFINITION DU RPIB

Le RPIB est une méthode de repérage du tabagisme, d'encouragement à l'arrêt et au maintien de l'abstinence, adaptée au degré de motivation de la personne. Cette méthode a été conçue pour aider les personnes à s'engager dans un changement de comportement. L'accompagnement dans l'arrêt au tabac par un professionnel permet d'augmenter les chances d'arrêt de 80 % par rapport à un fumeur qui arrête seul.

En cancérologie, il existe une *teachable moment*⁽³⁾, dit moment opportun, autour de la période du diagnostic de cancer, à l'occasion duquel aborder la question du tabagisme permettra de favoriser un meilleur taux de sevrage.

Le RPIB peut être effectué **par tout professionnel de la relation d'aide formé** et peut être réalisé à tout moment, il n'est jamais trop tard pour le proposer.

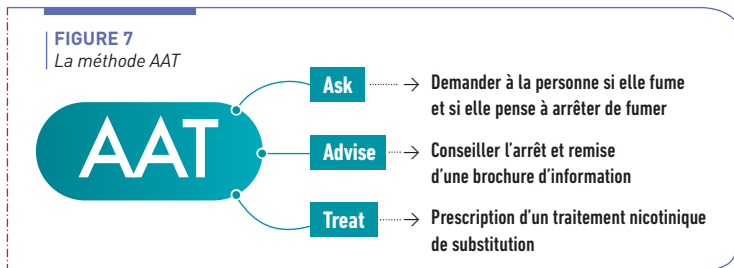
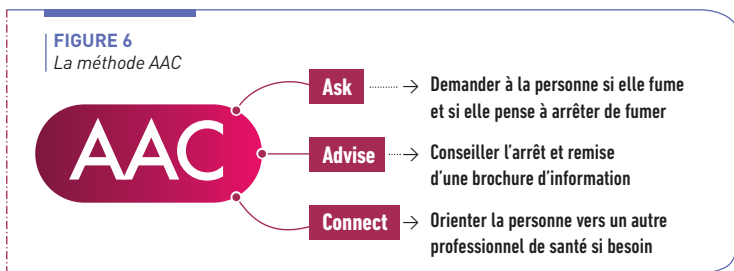
(3) Événements de santé qui peuvent motiver les individus à adopter spontanément les comportements favorables à leur santé (Lawson *et al.*, 2010).

Il peut être résumé en appliquant la méthode des 5 A : Ask (demander si la personne fume et si elle pense à arrêter de fumer), Advise (conseiller l'arrêt), Assess (évaluer la dépendance et la motivation à l'arrêt), Assist (aider, soutenir par des traitements appropriés et un accompagnement) et Arrange (assurer le suivi ou orienter).

Taux d'abstinence après un an (en %) en fonction de l'intervention proposée	
Aucune intervention	10,9
Intervention minimale (moins de 3 min)	13,4
Intervention brève (3 à 10 min)	16,0
Consultation plus approfondie (plus de 10 min)	22,1

Il est aussi possible de proposer des méthodes alternatives aux 5 A :

- l'**AAC** : Ask (demander si la personne fume et si elle pense à arrêter de fumer), Advise (conseiller l'arrêt, remise d'une brochure d'information), Connect (orienter la personne vers un autre professionnel de santé si besoin) ;
- ou l'**AAT** : Ask (demander si la personne fume et si elle pense à arrêter de fumer), Advise (conseiller l'arrêt, remise d'une brochure d'information), Treat (prescription d'un traitement nicotinique de substitution) sont déjà utilisées par certains professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.



ABORD DE LA PERSONNE FUMEUSE

Pour favoriser l'entrée en relation et l'alliance thérapeutique avec le fumeur et permettre un échange, il est indispensable :

- ▶ d'adopter une attitude bienveillante,
- ▶ d'adopter une attitude non directive et non jugeante,
- ▶ d'exprimer son empathie,
- ▶ de poser des questions ouvertes,
- ▶ d'éviter le discours magistral et le jargon médical,
- ▶ d'affirmer sa disponibilité,
- ▶ de laisser parler la personne et de l'aider à verbaliser sa façon de percevoir sa problématique en prenant en compte son savoir expérimentiel.

Le dialogue sera d'autant plus efficace en évitant :

- ▶ la confrontation,
- ▶ de se mettre en position supérieure, magistrale, moralisatrice,
- ▶ de nier la compétence pratique et l'autonomie de la personne,
- ▶ de donner un cours, de vouloir être exhaustif,
- ▶ de poser des questions par curiosité.

La généralisation de ce repérage nécessite la mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé qui doivent être formés et reconnus comme légitimes à agir. Cela sous-entend également le développement d'une culture de prévention chez l'ensemble des professionnels et étudiants en santé, une formation de ces derniers au repérage précoce et à l'intervention brève motivationnelle en tabacologie et une valorisation financière des actes liés à la tabacologie, que ce soit à l'hôpital ou en médecine de ville.

En abordant la question du tabac de manière systématique, les professionnels de santé peuvent aider une part importante de ces derniers à arrêter définitivement de fumer.

LA FORMATION AU REPÉRAGE PRÉCOCE ET À L'INTERVENTION BRÈVE MOTIVATIONNELLE (RPIB)

Les formations initiales des professionnels prescripteurs sont peu développées en matière de tabacologie et d'addictologie.

Dans ce cadre, le RESPADD soutient la formation au repérage précoce et intervention brève (RPIB) en tabacologie. Cette formation permet à tous les professionnels d'assurer systématiquement le repérage et la prise en charge du tabagisme et d'accompagner les fumeurs dans une démarche individuelle d'arrêt et/ou de réduction du tabagisme. Cet accompagnement s'appuie sur la mise en œuvre du conseil d'aide à l'arrêt et la prescription rapide de traitements nicotiques de substitution.

La mise en place de formations courtes ou validantes sur le RPIB en tabacologie par les structures de tabacologie/addictologie du territoire contribue également au développement d'une coopération et coordination entre les différents professionnels.



B | LE RPIB AVANT LE DÉVELOPPEMENT D'UNE PATHOLOGIE CANCÉREUSE

Le tabagisme expose les fumeurs à un risque augmenté de développer un cancer. Repérer le tabagisme et accompagner les fumeurs vers l'arrêt du tabac le plus précocement possible permet de limiter le risque de survenue de celui-ci ou de le dépister le plus précocement possible.

CE QU'IL FAUT FAIRE



UN REPÉRAGE PRÉCOCE DU TABAGISME PAR TOUS LES PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS

Les professionnels du premier recours (médecin généraliste, infirmier-e, chirurgien-ne-dentiste, masseur-se-kinésithérapeute, sage-femme, pharmacien-ne) et de la relation d'aide sont des acteurs clés du repérage du tabagisme.

Il est conseillé de profiter d'une consultation pour **systématiquement** aborder la question du tabagisme en posant la question « Vous arrive-t-il de fumer ? » et d'évaluer le niveau de dépendance, la

durée du tabagisme, en utilisant des questionnaires validés tels que le CDS ou le test de Fagerström simplifié puis de noter si possible les informations recueillies dans le dossier médical de la personne.

Le score obtenu au questionnaire proposé est restitué à la personne afin d'engager la discussion. Cette dernière sera **adaptée selon le niveau de dépendance de la personne**. Les conséquences potentielles de la consommation de tabac ne sont pas



en lien avec le niveau de dépendance : une dépendance modérée peut amener aux mêmes complications qu'une dépendance forte.

DÉPENDANCE MODÉRÉE, CDS ≤ 24 ou Fagerström ≤ 1

Dans le cas d'une dépendance modérée, valorisez les bénéfices de l'arrêt en présentant les situations où il est particulièrement recommandé de s'arrêter de fumer :

- période péri-opératoire,
- prises médicamenteuses,
- diagnostic de cancer,
- grossesse ou désir de grossesse,
- jeunes.

Utilisez des informations claires et compréhensibles présentées de façon bienveillante en utilisant des phrases telles que :

- « Arrêter de fumer est une décision importante que vous pouvez prendre pour protéger votre santé » ;
- « Je peux vous aider si vous le souhaitez ».

La personne est prête à s'engager dans un changement de consommation :

- prescrivez des traitements nicotiques de substitution si besoin ;
- notez les informations dans le dossier médical ;
- informez-la sur les différentes aides (thérapies comportementales et cognitives, groupes de psychoéducation au tabac, traitements médicamenteux, etc.) ;
- si la personne pose des questions sur les produits du vapotage, l'informer afin qu'elle bénéficie d'une information claire, complète et objective à propos de leur utilisation dans une démarche d'arrêt du tabac⁽⁴⁾ ;
- donnez la possibilité de réévaluer le traitement lors d'une prochaine consultation.

La personne n'est pas prête à s'engager dans un changement de consommation :

- rappelez votre disponibilité ;
- insistez sur les bénéfices à l'arrêt le plus tôt possible ;
- notez les informations dans le dossier médical ;
- renouvelez le repérage régulièrement.

DÉPENDANCE INTERMÉDIAIRE, CDS (25-44) ou Fagerström (2-3), À FORTE, CDS ≥ 45 ou Fagerström (4-6)

- Interrogez-la sur ce que ce niveau de dépendance lui évoque : « Que pensez-vous de ce score ? ».
- Expliquez la dépendance tabagique.
- Explorez l'intérêt d'un changement de consommation : « À votre avis quels bénéfices pourriez-vous tirer d'un arrêt de votre consommation de tabac ? ».
- Proposez des objectifs et évaluez la disponibilité de la personne à s'engager à modifier sa consommation : « Je vous propose de réfléchir avec vous aux objectifs que vous pourriez vous fixer et aux différentes aides qui existent afin de protéger votre santé et de ressentir les nombreux bénéfices que vous venez d'évoquer : qu'en pensez-vous ? ».

La personne est prête à s'engager dans un changement de consommation :

- poursuivez le RPIB ;
- informez-la sur les différentes aides (thérapies comportementales et cognitives, groupes de psychoéducation au tabac, traitements médicamenteux, etc.) ;

(4) HCSP avis relatif aux bénéfices risques de la cigarette électronique du 26 novembre 2021.



- prescrivez des traitements nicotiniques de substitution comme traitements médicamenteux de première intention, si nécessaire ;
- notez-le dans son dossier médical ;
- si la personne pose des questions sur les produits du vapotage, l'informer afin qu'elle bénéficie d'une information claire, complète et objective à propos de leur utilisation dans une démarche d'arrêt du tabac ;
- accordez-vous sur un plan comprenant la gestion des situations à risque (gestion d'un entourage fumeur, etc.), le suivi de la progression (carnet de bord, etc.), la mise en place d'une stratégie propre à la personne (quantifier le nombre de cigarettes fumées, etc.) ;
- donnez la possibilité de réévaluer le traitement lors d'une prochaine consultation.

La personne n'est pas prête à s'engager dans un changement de consommation :

ne vous découragez pas, l'ambivalence est normale. Vos échanges et vos interventions ont des chances d'entraîner un changement dans la façon de penser de la personne.

Pour le moment :

- encouragez-la à s'informer ;
- notez les informations dans le dossier médical ;
- remettez le livret « Accompagner l'arrêt du tabac avec succès » ou « Arrêter de fumer pour comprendre » ;
- citez les bénéfices du sevrage pour sa santé, son budget, son entourage familial, son bien-être personnel, pour retrouver le goût et l'odorat ;
- préservez le contact futur : « vous n'êtes pas prêt : pour moi c'est important de vous informer, je suis à votre disposition pour en reparler. »

ANCIEN FUMEUR

Dans le cas où la personne est un ancien fumeur, la durée de l'arrêt du tabagisme va orienter l'accompagnement proposé.

Dans le cas d'un arrêt inférieur à 15 ans :

- valorisez la démarche de la personne ;
- notez les informations dans le dossier médical ;
- soyez vigilant sur le risque de rechute ;
- surveillez régulièrement son état de santé en portant une attention particulière sur les signaux d'alerte tels qu'une toux persistante, une fatigue inhabituelle ou tout symptôme idiopathique.

Dans le cas d'un arrêt supérieur à 15 ans :

- valorisez la démarche de la personne ;
- notez les informations dans le dossier médical ;
- rassurez la personne sur la diminution du risque de survenue d'une pathologie en lien avec le tabac au fur et à mesure de l'augmentation de la durée de l'arrêt ;
- restez attentif aux signaux d'alerte tels qu'une toux persistante, une fatigue inhabituelle ou tout symptôme idiopathique.

C | LE RPIB AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DU CANCER

Le traitement d'une pathologie cancéreuse est compatible avec une démarche d'arrêt du tabac et doit être proposée quel que soit le type de cancer, le stade de cancer et l'âge de la personne sans qu'elle n'ait besoin de verbaliser sa motivation à l'arrêt.

Une étude menée par l'INCa en 2015, auprès de professionnels de santé (médecins spécialistes dont des oncologues, infirmiers d'annonce ou de coordination, médecins généralistes) a mis en avant un certain nombre d'idées reçues sur l'incompatibilité entre le traitement d'un cancer et l'accompagnement vers l'arrêt du tabac.

Un certain nombre de professionnels pensait que le tabac pouvait constituer un soutien pour la personne dans le traitement de son cancer et qu'il était trop compliqué pour lui de conjuguer arrêt du tabac et traitement de son cancer.

La question du temps à consacrer à cet accompagnement est également prégnante tout comme le fait que cela soit jugé inutile pour une personne atteinte de cancer.

Cette étude a également mis en lumière le fait qu'il existe un certain nombre de profils pour lesquels la question du tabagisme était moins fréquemment posée :

- ▶ les personnes avec des cancers à mauvais pronostic,
- ▶ les personnes présentant une maladie psychiatrique associée,
- ▶ les personnes âgées,
- ▶ les personnes montrant une réticence à arrêter de fumer.

CE QU'IL FAUT FAIRE



UN REPÉRAGE DU TABAGISME AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DU CANCER

La période du diagnostic du cancer est propice à l'arrêt et constitue un *teachable moment* favorable à un meilleur taux de sevrage tabagique.

Il est conseillé de préparer ce repérage en amont de l'hospitalisation en envoyant un courrier d'information sur le tabac accompagné du *Cigarette dependence scale* et en demandant à la personne fumeuse de le remplir au plus tard au moment de son admission.

Le statut tabagique peut être recueilli dès l'admission de la personne ou lors d'une consultation en demandant à la personne « Vous arrive-t-il de fumer ? ». Ce recueil peut être effectué entre autres par un-e chirurgien-ne, anesthésiste-réanimateur, oncologue ou infirmier-e qui sont donc des acteurs de premier plan dans le repérage du tabagisme.

Le score est noté dans le dossier médical puis restitué à la personne afin d'engager la discussion.

La prescription de substituts nicotiques par l'ensemble des professionnels de santé doit être systématisée chez les personnes fumeuses dont les signes cliniques font penser à un cancer et celles pour lesquelles un cancer a été diagnostiqué, quel que soit le stade de la maladie et sans faire appel à la volonté des personnes.

La personne refuse de s'engager dans un changement de consommation :

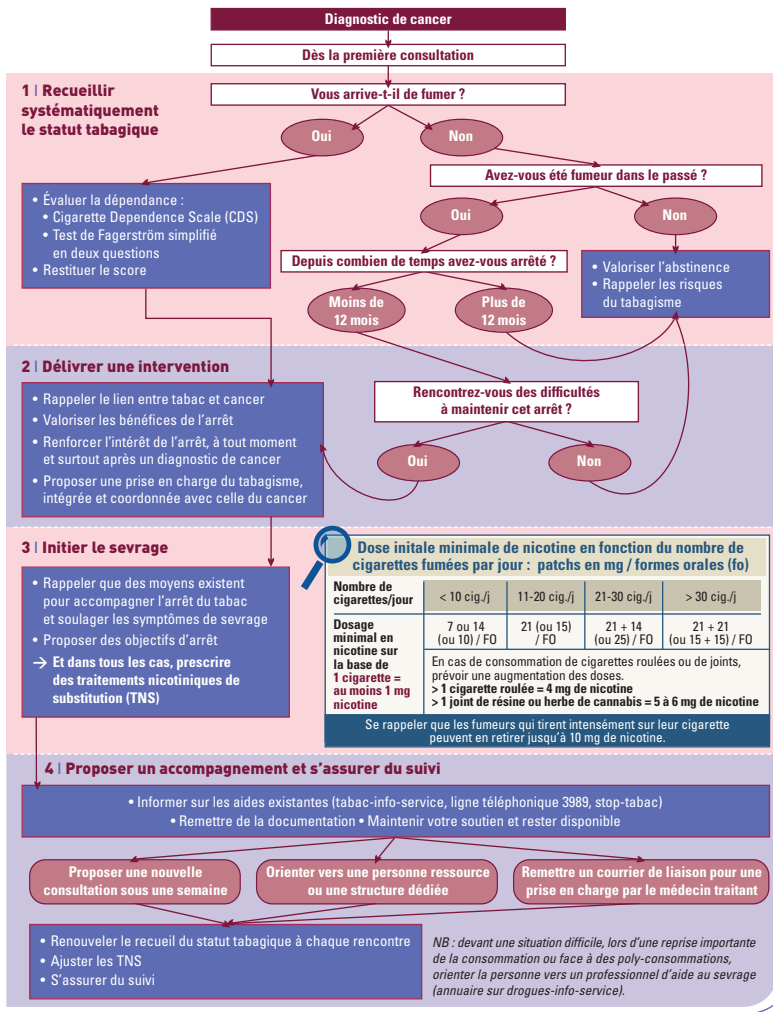
- dans la mesure du possible, remettez-lui un document synthétisant les risques et effets du tabagisme sur la prise en charge des personnes atteintes de cancers, les bénéfices de l'arrêt et les aides qui peuvent être apportées ;
- citez les bénéfices du sevrage pour l'efficacité du traitement de son cancer, sa qualité de vie, limiter les effets secondaires de certains traitements, etc. ;
- proposez-lui de tester les substituts nicotiques sur une courte période ;
- orientez-le à sa sortie vers une consultation spécialisée en tabacologie/addictologie, au sein de votre structure selon les ressources, un CSAPA ou son médecin traitant.

ANCIEN FUMEUR

Un sevrage de moins d'un an doit entraîner une proposition de suivi et une vigilance des professionnels référents jusqu'à 12 mois après la fin des traitements, car les reprises du tabac sont tardives en cancérologie. Ce suivi peut être conjoint entre les professionnels de cancérologie et le médecin traitant.

Le schéma ci-dessous présente l'organisation du repérage du tabagisme chez les personnes pour lesquelles un cancer vient d'être diagnostiqué.

FIGURE 8 Organisation du sevrage tabagique en cancérologie



PRÉSENTATION DE PROGRAMMES DE DÉPISTAGE ET DE PRISE EN CHARGE DU TABAGISME EN ONCOLOGIE

LE PROGRAMME INTERCEPTION *coordonné par Gustave Roussy*

Le cancer constitue la première cause de mortalité en France et il est démontré que 30 à 40 % des cancers se développent chez des personnes présentant un risque augmenté qui aurait pu être identifié précocement.

Le programme Interception a pour objectif d'identifier au plus tôt les personnes à risque augmenté de cancer afin de leur proposer une **prévention personnalisée** et de mieux les prendre en charge. Il vise également à développer pour les années qui viennent de nouveaux modes de dépistage adaptés. Un risque augmenté est défini comme une probabilité de développer un cancer deux à trois fois supérieure. Ce risque existe notamment lors de prédisposition héréditaire ou d'exposition à des toxiques tels que le tabac. L'identification d'un risque augmenté se fait grâce à des outils d'information et d'évaluation spécifiques qui pourront être réalisés par des médecins généralistes ou spécialistes.

Le programme Interception repose sur :

- l'identification de risques spécifiques chez des personnes vues en médecine de ville ou à l'hôpital ;
- une « journée Interception » organisée à Gustave Roussy, avec consultations et ateliers de sensibilisation et d'éducation ;
- un suivi personnalisé et adapté de prévention et de dépistage qui sera le plus possible réalisé en médecine de ville, en lien avec le médecin traitant et dans une collaboration ville-hôpital ;
- le dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner basse dose avec aide au sevrage tabagique ;
- la mise à jour du plan de suivi ;
- une diminution des délais de prise en charge en cas de suspicion ou de diagnostic de cancer.

MODALITÉS PRATIQUES

Les médecins de ville ou hospitaliers peuvent bénéficier d'un logiciel d'évaluation de risque augmenté de survenue d'un cancer. Les personnes identifiées comme présentant cette caractéristique pourront être adressées par leur médecin pour participer au programme.

LE PROGRAMME CASCADE *coordonné par l'AP-HP*

« Dépistage du CAncer du poumon par SScanner faible DosE chez les femmes »

De nombreuses études ont validé le bénéfice du dépistage organisé du cancer bronchopulmonaire, chez des sujets sélectionnés en fonction de l'âge et le niveau de tabagisme, par un scanner faible dose à intervalle régulier. Ce dépistage permettrait de réduire le risque de décès de 24 % chez les hommes et de 33 % chez les femmes. Sur la base de ces résultats, la Haute autorité de santé a publié en février 2022 un avis pour « encourager la mise en place d'expérimentations en vie réelle » de ce dépistage. C'est dans ce contexte que l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris propose l'étude CASCADE, cofinancée par le ministère de la Santé et de la Prévention et par l'INCa.

L'étude teste plusieurs modes d'invitation au dépistage, son impact sur le sevrage tabagique, le retentissement psychologique, la détection d'autres pathologies notamment coronaires et les coûts induits. Elle a pour originalité de cibler une population exclusivement féminine chez qui l'incidence du cancer bronchopulmonaire augmente de manière très préoccupante chez les femmes françaises (+5 % par an depuis 2010).

Dans les villes concernées, une collaboration avec les Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) permet aux femmes âgées de 50 à 74 ans de recevoir par courrier une invitation à participer au programme de dépistage CASCADE, en même temps que leur invitation pour le dépistage du cancer du sein.

MODALITÉS PRATIQUES

Les femmes éligibles sont des femmes ayant fumé 20 paquets-années et sevrées depuis moins de 15 ans. Un rendez-vous auprès d'un pneumologue est alors organisé. Cette visite d'inclusion est l'occasion d'évaluer la dépendance au tabac et de proposer une aide au sevrage avec prescription de substituts nicotiniques. Les médecins généralistes de chacune des participantes gèreront la prise en charge des comorbidités détectées.

LE PROGRAMME STAR *coordonné par l'Institut du Cancer de Montpellier*

« Sevrage Tabac-Alcool et Réduction des risques »

Le programme STAR a été conçu à partir des 12 besoins éducatifs identifiés chez les personnes atteintes de cancer.

Le programme STAR comprend :

- une séance de bilan éducatif partagé (BEP) ;
- quatre modules éducatifs personnalisés :
 - module 1 « **Comprendre** » : comprendre l'impact des produits et de l'arrêt des consommations sur la maladie et sur l'efficacité des traitements du cancer ;
 - module 2 « **Prévenir** » : prévenir les effets indésirables des traitements du cancer et limiter les interactions médicamenteuses ;
 - module 3 « **Se positionner** » : se positionner comme partenaire des professionnels sur son parcours en cancérologie ;
 - module 4 « **Faire face** » : faire face à des situations personnelles difficiles de la maladie et du traitement du cancer ;
- une séance d'entretien individuel de synthèse.

MODALITÉS PRATIQUES

Le statut tabagique est recherché systématiquement et transmis à l'équipe mobile d'addictologie. L'objectif des différentes séances est de créer les conditions propices aux changements selon 15 critères :

1. reconnaître les sentiments et émotions de la personne,
2. fournir des choix significatifs,
3. encourager l'intérêt intrinsèque de la personne,
4. fournir le raisonnement par rapport à une tâche, une demande, des contraintes,
5. fournir l'occasion pour la personne d'être actrice,
6. encourager la prise d'initiative de la personne,
7. donner des feed-back sur les compétences centrées sur la tâche,
8. expliquer l'importance du rôle de la personne dans son projet,
9. soulager et reconnaître les efforts de la personne,
10. utiliser l'apprentissage coopératif,
11. s'assurer que la personne participe,
12. engager une communication, sans donner d'ordre, avec la personne,
13. adopter un style de communication chaleureux,
14. se soucier des préoccupations de la personne,
15. montrer un respect inconditionnel pour la personne.

Les méthodes classiques de l'accompagnement en addictologie et tabacologie sont également utilisées. Ainsi, le programme STAR permet de répondre aux besoins des patients et soutient leur démarche de sevrage de tabac et ou d'alcool en complémentarité avec les professionnels de santé de proximité.

LE PROGRAMME DÉPIST *coordonné par la COREADD et l'université de Bordeaux*

« Dépistage des Pathologies Induites Souvent par le Tabac »

Le projet DÉPIST vise à proposer à des fumeurs persistants un programme de dépistage des complications de leur tabagisme comme c'est le cas pour le diabète ou l'hypertension artérielle. Il s'adresse aux médecins généralistes qui sont en première ligne pour aborder le dépistage et le sevrage tabagique avec leurs patients fumeurs. Le but est d'augmenter les chances de survie des patients, d'améliorer leur qualité de vie et de débiter une prise en charge plus précoce. Indirectement, la proposition de dépistage pourrait faire évoluer la balance décisionnelle du patient vers une démarche de sevrage.

Après une recherche bibliographique, la phase préliminaire du projet visait à déterminer les recommandations de bonnes pratiques (RBP) de dépistages acceptables et faisables. Les pathologies à dépister qui en résultent sont : la maladie parodontale, la BPCO, le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer des VADS, du côlon, du sein et du col de l'utérus, l'anévrisme de l'aorte abdominale.

La phase suivante du projet DÉPIST, actuellement en cours de déploiement en ex-Aquitaine, consiste en une étude de faisabilité de ce dépistage en soins courants de médecine générale.

MODALITÉS PRATIQUES

Les médecins participant à l'étude ont pour but de recruter une vingtaine de leurs patients éligibles (fumeurs actifs de plus de 40 ans et aptes à donner leur consentement éclairé). Avec un guide d'aide à la décision, ils peuvent leur prescrire des examens de dépistage adaptés, et recueillir leur consommation tabagique. Les patients effectuent (ou non) ces examens, et retournent voir le médecin dans le cadre des soins courants. Le médecin engage les démarches nécessaires en fonction des résultats, et recueille une éventuelle évolution du statut tabagique.

L'objectif principal est d'évaluer la viabilité des recommandations de bonnes pratiques proposées concernant le dépistage des maladies liées au tabac en soins primaires, ce qui correspond à leur intégration dans un contexte de routine. Plus spécifiquement, l'objectif est d'interroger le programme de dépistage pour s'assurer qu'il soit « accessible, adapté, utile, pratique et évaluable ». Pour cela, la perception et les expériences des médecins et des patients seront évaluées au cours d'entretiens qualitatifs.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'impact de la proposition de dépistage sur l'évolution du tabagisme, c'est-à-dire la proportion de patients ayant arrêté de fumer après la proposition du dépistage.

À RETENIR

- ▶ S'assurer que les messages transmis sont bien compris : « Qu'en pensez-vous ? ».
- ▶ Accompagner les personnes fumeuses tout au long de leur traitement et au-delà : avant, pendant et après, dans une dynamique bienveillante et positive en valorisant les efforts.
- ▶ Aborder la question du tabac et accompagner l'arrêt de personnes atteintes de cancer est porteur d'espoir pour ces dernières : « mon médecin pense que je peux m'en sortir ».
- ▶ En fonction des ressources disponibles dans votre structure, vous pouvez faire passer les tests AUDIT « Alcool use disorder identification test », CUDIT « Cannabis use disorder identification test », HAD « Hospital anxiety and depression scale ». Selon les résultats, orientez si besoin la personne vers des professionnels spécialisés.
- ▶ Favoriser l'accompagnement des personnes fumeuses se trouvant dans l'entourage proche.
- ▶ Systématiser le repérage du tabagisme, en se formant au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) en tabacologie et à la prescription des traitements nicotiques de substitution, par les professionnels habilités : médecins, sages-femmes, infirmier-es, masseur-ses-kinésithérapeutes, chirurgien-nes-dentistes, médecins du travail.
- ▶ Faciliter la réception de l'information en demandant l'autorisation de la donner.
- ▶ Offrir des idées et ne pas essayer de persuader ou de convaincre.
- ▶ Ne pas faire des romans, être court et succinct.
- ▶ Si vous avez trop de préoccupations, vous n'aidez pas les personnes à organiser leur pensée et à réagir de façon efficace à leur situation.
- ▶ Utiliser un menu. Il s'agit de prévoir plusieurs voies que la personne pourrait utiliser pour faire face à la situation.
- ▶ Solliciter la personne sur ce qu'elle pense, commencer et finir toujours par elle.

CE QU'IL FAUT SAVOIR



RÔLE DU TABACOLOGUE/ADDICTOLOGUE

Les tabacologues et addictologues sont des professionnels clés dans l'accompagnement vers l'arrêt du tabac.

LE TABACOLOGUE

- Le tabacologue est un-e professionnel-le de santé (médecin généraliste ou spécialiste, infirmier-e, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, chirurgien-dentiste, pharmacien, etc.) ou autre type de professionnel (psychologue) spécialiste de l'arrêt du tabac et diplômé d'une formation spécifique en tabacologie, lui permettant d'accompagner les personnes fumeuses, en évaluant leur dépendance et en proposant une **aide personnalisée** en fonction de leur profil.
- Son rôle est d'écouter, soutenir et travailler avec la personne pour renforcer sa motivation dans l'arrêt du tabac en s'adaptant à son rythme et à ses besoins. Le suivi se fait sur plusieurs mois.
- Selon sa profession, il pourra prescrire des médicaments et/ou d'autres techniques d'aide à l'arrêt du tabac.

Il peut exercer en établissement de santé dans des services spécifiques, dans des structures médico-sociales (CSAPA notamment) ou en médecine de ville.

L'ADDICTOLOGUE

- L'addictologue est un médecin généraliste ou spécialiste justifiant d'une formation spécialisée transversale (FST) en addictologie lui permettant d'accompagner les personnes ayant notamment une consommation de substances psychoactives parmi lesquelles figure le tabac, en évaluant leur dépendance et en proposant une **aide personnalisée** en fonction de leur profil de fumeur et de leur dépendance.
- Il pourra prescrire des aides pharmaceutiques et/ou d'autres techniques d'aide à l'arrêt du tabac.

Le tabacologue ou l'addictologue sont des professionnels référents pouvant aider un patient ayant un cancer. Ils peuvent être sollicités lors du parcours de soins pour permettre un sevrage intégré dans un contexte complexe.

info



LA NÉCESSITÉ D'UNE PRISE EN CHARGE DE PROXIMITÉ DU TABAGISME

La prise en compte de la multiplicité des rendez-vous de la personne est nécessaire, en début de prise en charge notamment, afin de ne pas rajouter d'autres qui pourraient causer une fatigue supplémentaire.

Les centres de lutte contre le cancer et les services habilités à prendre en charge les patients atteints de cancers peuvent prendre en charge le tabagisme de la personne en présentiel ou par téléconsultations : cela permet de centraliser l'ensemble des traitements en un même lieu, puis d'orienter la personne dans un second temps vers son médecin traitant. Celui-ci peut être associé aux réunions avec les professionnels de santé des centres de lutte contre le cancer ou ceux des services habilités à prendre en charge les patients atteints de cancers. L'objectif est de préparer notamment la poursuite du sevrage après la fin du traitement dans une optique de proximité temporelle, géographique et humaine (près de chez lui, dans des délais courts, sur des RDV faciles à modifier).

Ainsi, une prise en charge par des professionnels de proximité plutôt que par des spécialistes limitera le fardeau sanitaire et sera plus efficace y compris pour les patients les plus éloignés. En effet, le gain d'efficacité potentiel avec des tabacologues sera limité par les difficultés d'accès (distances et délais). L'appui de tabac-info-service, du groupe Facebook « Je ne fume plus » et de forums assurera un suivi continu plus permanent.

info



REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE DU TABAGISME DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PAR LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Le repérage et la prise en charge du tabagisme des professionnels de santé fumeurs sont également importants, tant pour leur propre santé que pour la santé des personnes atteintes de cancers prises en charge dans les structures dans lesquelles ils travaillent.

Leur prise en charge leur permettra notamment de développer leurs connaissances et de travailler notamment sur certaines idées reçues sur le tabac. Cela facilitera ainsi le repérage et la prise en charge future des personnes qu'ils accompagnent.

REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE DU TABAGISME DANS LES CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER : UN IMPÉRATIF DANS LA CERTIFICATION DE L'ORGANISATION OF EUROPEAN CANCER INSTITUTE (OECI)

L'organisation des centres de lutte contre le cancer européens regroupe aujourd'hui 108 centres, présents à la fois en Europe mais également en Asie, Afrique et Amérique latine, qui collaborent étroitement pour apporter la meilleure qualité de soins possible aux personnes atteintes d'un cancer.

L'organisation dispose d'un programme d'accréditation des centres de lutte contre le cancer destiné à atteindre différents objectifs :

- permettre une égalité d'accès à des soins de qualité et dépasser les différences existantes dans l'accès au diagnostic, traitements et thérapeutiques auxquelles les personnes peuvent être confrontées en Europe ;
- aider les centres de lutte contre le cancer à mettre en place « un système qualité » dans les soins en oncologie en conformité avec les standards de l'OECI ;
- favoriser et accélérer les évolutions dans la recherche dans les traitements contre le cancer.

Il existe deux niveaux de certification :

- OECI cancer centre,
- OECI comprehensive cancer centre.

La principale différence entre les deux niveaux concerne les ressources disponibles en matière de recherche.

En 2022, il existe 19 établissements certifiés en France.

La mise en place de stratégies pour réduire le risque de cancers figure dans la liste des critères à remplir pour obtenir cette certification. Parmi ces stratégies figure la proposition d'aide systématique aux personnes pour arrêter de fumer.

Les informations sur les modalités de certification sont disponibles sur le site www.oeci.eu/Accreditation.

Accompagnement au sevrage de la personne fumeuse atteinte de cancer

- ▶ La temporalité de la prise en charge du tabagisme et de l'accompagnement vers l'arrêt est différente de celle du traitement de la pathologie cancéreuse.
- ▶ Les recommandations internationales préconisent une durée d'accompagnement plus longue que celle actuellement effectuée. Celle-ci devrait être comprise entre trois mois et un an après la fin des traitements afin de pouvoir ajuster régulièrement l'accompagnement vers le sevrage, gérer les variations de poids ou la survenue de troubles anxio-dépressifs, permettre à la personne d'identifier les situations à risque et contrôler les « craving » (envie irrésistible de reconsommer).

1/ Différents types d'accompagnement au sevrage tabagique

Il est souvent nécessaire d'associer des médicaments d'aide au sevrage à des thérapies non médicamenteuses, des soins de support, des groupes de psychoéducation au tabac, des thérapies comportementales et cognitives en fonction des besoins de la personne afin de prévenir et/ou limiter les reprises de consommation.

A | LES TRAITEMENTS NICOTINIQUES DE SUBSTITUTION (TNS)

Les TNS sont les traitements médicamenteux de première intention et peuvent être prescrits dans une stratégie d'arrêt immédiat.

Ils doivent être prescrits par des professionnels habilités afin d'être remboursés.

Différentes formes de substituts nicotiques sont disponibles : formes transdermiques et formes orales. Il est important de proposer ces différentes formes aux personnes et de leur laisser le choix. Des idées reçues circulent sur les TNS et la dangerosité de la nicotine : il est important d'avoir un discours bienveillant en rassurant la personne sur ces médicaments et **leur rapport bénéfice/risque favorable**.

Il n'y a **pas de contre-indication associée à l'utilisation des TNS, mais un certain nombre de précautions d'emploi liées aux traitements en cancérologie**. Le dosage des TNS doit être adapté aux besoins de la personne. Pour cela il est important d'évaluer l'efficacité de leur utilisation et leurs effets.

La posologie devra être adaptée et augmentée si la personne fume des cigarettes roulées.

Les TNS sont également accessibles sans ordonnance en pharmacie d'officine.

L'ensemble des TNS, leur mode d'emploi et les conseils d'utilisation sont décrits dans le guide « Premiers gestes en tabacologie » disponible auprès du RESPADD.

CE QU'IL FAUT SAVOIR



CHOIX DES TNS PENDANT LES TRAITEMENTS DES CANCERS

- Les traitements dispensés pour certains cancers peuvent entraîner un certain nombre d'effets secondaires chez les personnes tels que l'apparition de mucites dans le cadre de traitements par chimiothérapies ou radiothérapies lors de cancers des VADS notamment.
- Les patchs de TNS sont donc à privilégier pour ces patients en portant une attention toute particulière sur le dosage de ces derniers et le suivi de la personne. **Ils ne seront pas utilisés en cas de maladies cutanées exsudatives.**
- **Les formes orales seront évitées en cas de mucite modérée à sévère ou d'ulcération gastrique.** Elles pourront être données après la fin des traitements anti cancéreux de ces personnes et seront adaptées en fonction de leurs besoins. Les gommages aux arômes « fruits rouges » seront à privilégier sur les gommages « menthe » qui peuvent être irritantes pour les VADS.
- Les personnes atteintes d'autres types de cancers peuvent prendre à la fois des formes orales et des patchs.

CE QU'IL FAUT FAIRE



- Rassurer les personnes sur l'utilisation des substituts nicotiques pendant le traitement de leur cancer.
- Rassurer sur l'absence de risque à fumer avec un TNS en cas de besoin impérieux.
- Rappeler que ce sont les produits de la combustion du tabac qui sont délétères pour la santé, notamment en termes de cancers, maladies cardio-respiratoires, etc.
- Mentionner la possibilité d'accompagnement à distance avec le site www.tabac-info-service.fr et le numéro 3989.

LES SYMPTÔMES DU SOUS-DOSAGE

CE QU'IL FAUT SAVOIR



- Ils sont fréquents.
- Ils peuvent se traduire par des craving, de la nervosité, de l'irritabilité, de la frustration, de la colère, des fringales, des troubles du sommeil et

de la concentration, une impression de souffrance profonde, etc.

CE QU'IL FAUT FAIRE



- Rassurer le fumeur.
- Réajuster la posologie : ne pas hésiter à associer formes transdermiques et formes orales.
- Rechercher avec la personne des stratégies pour maîtriser ses envies fortes de fumer.

- Anticiper les situations à risque en préparant une réponse adaptée (appeler un ami, sortir de la pièce, respirer profondément, etc.).

LES SYMPTÔMES DU SURDOSAGE

CE QU'IL FAUT SAVOIR



- Ils sont rares et sans gravité.
- Ils peuvent se traduire par des nausées, vomissements, palpitations, céphalées, bouche pâteuse, insomnie sévère, diarrhée, etc.

CE QU'IL FAUT FAIRE



- Rassurer le fumeur.
- Réévaluer la consommation de tabac associée.
- Réduire ou arrêter les substituts nicotiniques la nuit.

info



HOSPITALISATION ET MISE À DISPOSITION DE TNS

L'aide à l'arrêt du tabac doit être proposée systématiquement aux personnes afin d'éviter le manque généré par l'arrêt ou la diminution de la consommation de tabac induit par l'hospitalisation.

La mise à disposition des substituts nicotiques doit être réalisée dans tous les services et notamment les services d'oncologie et de chirurgie et les soins continus et de réanimation.

Afin de faciliter la prescription des TNS, il est nécessaire de travailler en lien avec les équipes officielles.



B | AUTRES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Les traitements recommandés pour la prise en charge du tabagisme après les TNS sont la varénicline et le bupropion qui sont des options thérapeutiques de **seconde intention**. Ils sont proposés après échec ou contre-indication à l'utilisation des traitements nicotiques de substitution.

La **varénicline**, un agoniste partiel des récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$, augmente les chances de succès de sevrage tabagique à long terme. Les bénéfices et effets indésirables sous varénicline chez les patients atteints de cancer bronchopulmonaire sont comparables à ceux des TNS par rapport aux études rapportées, à savoir nausées et troubles du sommeil. Il n'y a pas d'interactions significatives reconnues entre la varénicline et les médicaments utilisés en oncologie thoracique. Les recommandations de 2020 de l'American Thoracic Society sur le sevrage tabagique plébiscitent largement la varénicline en population générale, et ceci même en première intention, ainsi que chez les patients atteints d'une pathologie psychiatrique.

Le **bupropion**, inhibiteur de la capture de la dopamine et de la noradrénaline, n'est pas recommandé en cas de cancer devant les nombreuses contre-indications (antécédents de convulsion, tumeurs du système nerveux central, sevrage alcoolique) et l'absence de données sur les interactions avec les anticancéreux.

Ils sont uniquement disponibles sur prescription médicale et doivent faire l'objet d'un suivi médical approprié et régulier préférentiellement par un tabacologue ou addictologue.

C | ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel (EM) est défini comme « un style de communication collaboratif et centré sur un objectif de changement, avec une attention particulière au langage. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme. ».

Des informations complémentaires sur la pratique et les formations à l'EM sont disponibles sur le site de l'Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM) : afdem.org.

CE QU'IL FAUT FAIRE



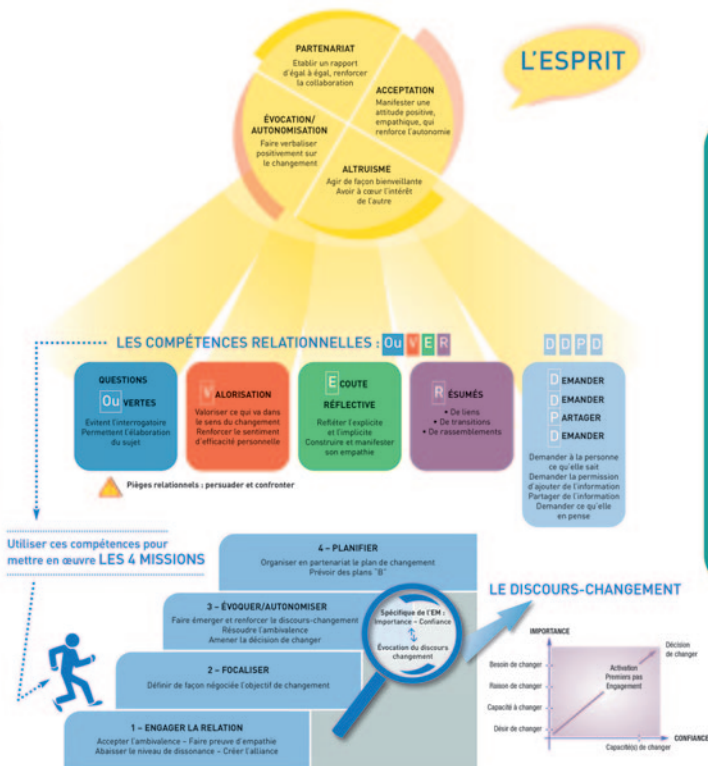
- Poser des questions ouvertes qui favorisent l'échange plutôt que des questions fermées.
- Pratiquer l'écoute active par la reformulation qui permet d'éviter tout jugement ou interprétation :
 - > Si je comprends bien... Vous avez le sentiment que... Ce qui paraît important pour vous c'est...
- Valoriser la démarche entreprise ainsi que les expériences antérieures même en cas de reprise de consommation :
 - > Vous avez déjà réussi un précédent sevrage : qu'avez-vous appris de cette expérience ?
- Prendre en compte les représentations et les attentes :
 - > En quoi le tabac est soutenant pour vous ? Qu'est-ce qui vous pose problème dans la situation actuelle ? Qu'est-ce que pourrait apporter selon vous un arrêt du tabac ? Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?

FIGURE 9
L'entretien motivationnel

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

*** AIDER LES GENS À CHANGER ET À S'ÉPANOUIR ***

L'ESPRIT



© 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100



www.respodd.org

D | LES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES (TCC)

Les TCC sont des thérapies habituellement brèves, structurées et validées scientifiquement. Elles sont ciblées sur un ou des comportements problématiques, avec pour objectif de les modifier ou les remplacer par d'autres plus adaptés. Chaque comportement est appris en lien avec une pensée et une émotion, influencé par l'environnement. Ce comportement est renforcé par les sensations agréables qu'il procure ou les ressentis désagréables à éviter. Ainsi, lors de l'apprentissage du comportement « fumer », l'environnement (l'entourage, les milieux festifs, etc.), les sensations perçues de bien-être ou de plaisir créent des stimuli agréables par rapport au tabac : on parle de renforcement positif du comportement. Par ailleurs, le fort potentiel addictif du tabac crée rapidement le manque et le sujet fume pour éviter la sensation désagréable du manque : on parle alors de renforcement négatif. Ces renforcements vont entraîner une persistance du comportement, des conduites d'évitement et des pensées automatiques dysfonctionnelles.

Des informations complémentaires sur la pratique, les formations et la liste des professionnels formés aux TCC sont disponibles sur le site de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) : www.aftcc.org.

E | PSYCHOÉDUCATION

La psychoéducation est une méthode pédagogique permettant à la personne de comprendre sa pathologie et sa prise en charge, de la rendre active dans la gestion de cette dernière au quotidien en développant des compétences et en renforçant son empowerment.

La littérature scientifique met en avant les effets positifs de la psychoéducation dans le traitement de la dépendance en donnant aux personnes les moyens d'agir grâce à une éducation solide et robuste.

Elle regroupe trois composantes :

- ▶ **pédagogique** : en communiquant sur les difficultés rencontrées et aides associées,
- ▶ **psychologique** : en apportant du soutien à la personne quand elle est face à des difficultés afin de l'aider à mieux les accepter,
- ▶ **cognitive et comportementale** : en donnant des outils pour aider la personne à gérer ses pensées, émotions, comportements.

Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes grâce à différents éléments :

- ▶ transmission d'information,
- ▶ compréhension du processus de rétablissement,
- ▶ déstigmatisation,
- ▶ utilisation d'un langage simple,
- ▶ prise en compte des troubles cognitifs.

Elle peut se présenter sous la forme d'une intervention psychothérapeutique permettant de l'informer ainsi que ses proches sur sa pathologie. Elle peut également permettre d'échanger avec d'autres personnes grâce à des groupes de psychoéducation sur leurs idées reçues et la gestion au quotidien de leur pathologie. Elle leur permet également de modifier leurs réactions et comportements et vise également le renforcement du partenariat entre la personne et les professionnels de santé.

La formation des professionnels à l'utilisation de cette technique est donc importante pour accompagner les personnes dans la compréhension de leur addiction au tabac et la mise en place de solutions pour pouvoir s'en libérer. Elle permet aussi à certaines personnes de devenir patient-expert par l'intermédiaire d'une formation spécifique.

F | VAPORISATEUR PERSONNEL (VP)

CE QU'IL FAUT SAVOIR



- Il est préférable d'employer les termes « vape »/vapotage/vaporisateur personnel au lieu du terme « cigarette électronique » qui fait perdurer l'amalgame avec le tabac.
- Il est important de préciser qu'il n'est pas reconnu comme un produit de santé.
- La proposition de TNS doit rester le traitement de première intention.
- Les vaporisateurs personnels sont nettement moins nocifs pour la santé que les cigarettes. Ils ne contiennent ni ne brûlent de tabac, ce qui signifie qu'ils ne produisent pas de monoxyde de carbone ni de goudrons. Le Royal College of Physicians évalue que le VP dégage 95 % en moins de substances toxiques que le tabac fumé.
- Ces produits ou leurs émissions peuvent contenir des substances toxiques ou potentiellement toxiques et leurs effets sur la santé à long terme sont insuffisamment connus.
- De nombreuses études suggèrent que, pour les fumeurs, les produits du vapotage pourraient être moins nocifs que les cigarettes combustibles. Toutefois, ce bénéfice en termes de santé est annulé dès lors qu'il y a consommation simultanée de produits du tabac avec des produits de vapotage.

À RETENIR

- ▶ Cesser complètement de fumer constitue la démarche principale et la plus efficace pour améliorer et protéger sa santé.
- ▶ Le suivi par un professionnel de santé dans une démarche d'arrêt du tabac augmente considérablement les chances de réussir son sevrage.
- ▶ Dans une démarche de sevrage tabagique (arrêt total du tabac), les traitements médicamenteux de première intention sont les traitements nicotiniques de substitution, qui ont fait la preuve de leur efficacité et de leur innocuité chez tous les publics à partir de 15 ans, y compris chez les femmes enceintes.
- ▶ En tant que produit libre d'accès pour les adultes, les produits du vapotage peuvent être utilisés, par choix individuel, en dehors ou en complément d'une prise en charge pour arrêter de fumer dans le cadre du système de soin.
- ▶ Pour un fumeur, l'avantage de recourir à un produit du vapotage lors de l'arrêt complet du tabac est de réduire son exposition aux nombreuses substances toxiques et cancérigènes de la fumée de tabac.
- ▶ La consommation simultanée de produits du tabac et de produits du vapotage n'est pas associée à une diminution des risques pour la santé ; en conséquence, le vapo-fumage est déconseillé.

G | SOINS DE SUPPORT

Ils désignent « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves » (AFSOS).

Ils permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes que ce soit sur le plan physique, psychologique ou social en s'adaptant à leurs besoins et doivent être intégrés dans le parcours de soins nécessitant une organisation coordonnée des différents professionnels.

Des informations complémentaires sur les soins de support sont consultables sur le site de l'AFSOS : www.afsos.org.

2/ Modalités de l'accompagnement de la personne fumeuse atteinte de cancer

La prise en charge du tabagisme de la personne doit être coordonnée avec celle de son cancer afin de ne pas multiplier les rendez-vous médicaux. Une communication entre les professionnels de cancérologie et d'addictologie est donc nécessaire tout au long du parcours de prise en charge de la personne fumeuse. Elle peut être formalisée par :

- la création d'un lien entre la consultation d'annonce et celle de tabacologie/addictologie permettant une meilleure connaissance du rôle et des missions de chacun afin de pouvoir proposer une orientation si besoin,
- la participation aux staffs réciproques,
- l'organisation de consultations combinées ou groupées évitant les multiples déplacements des patients (efficacité majorée).

Les documents de liaison (courrier de liaison/courrier de sortie) doivent être les plus exhaustifs possible, afin de faciliter l'accompagnement et le suivi au niveau de la médecine de ville, de la consultation hospitalière, des dispositifs médico-sociaux.

Des consultations pourront être effectuées en présentiel ou par visioconférence (en veillant à prendre en compte l'éventuelle fracture numérique) pour s'adapter au mieux aux besoins des personnes.

Une fois le repérage tabagique effectué et la prise en charge débutée, l'accompagnement vers le sevrage doit s'inscrire dans la durée afin de prévenir et accompagner si besoin les éventuelles reprises de consommation.

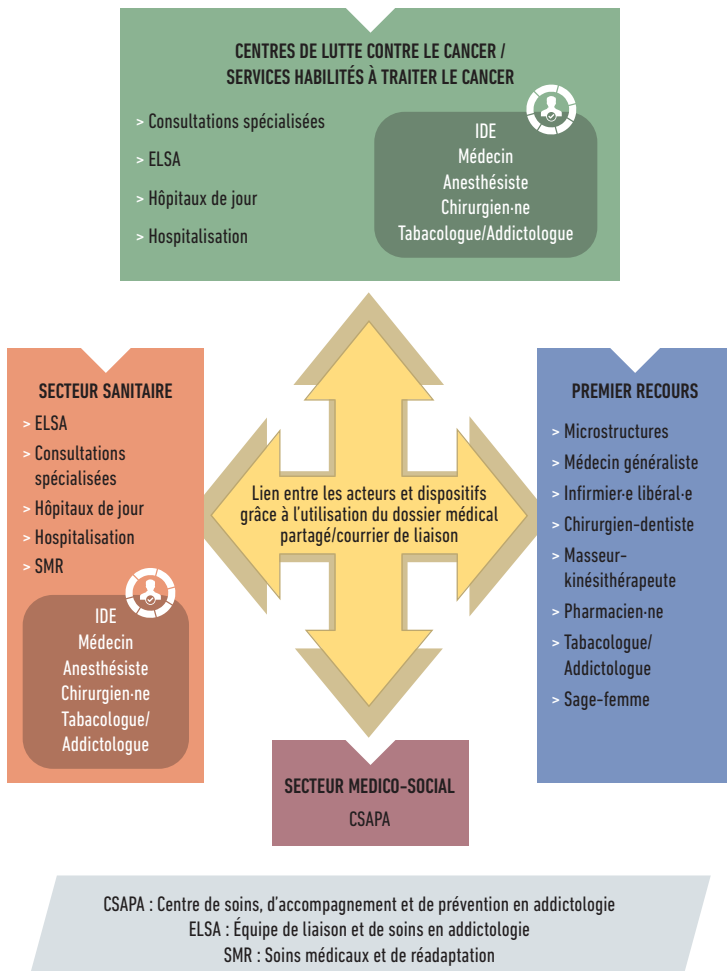
Outre les traitements, les différents outils et la méthode d'accompagnement vers le sevrage, la coordination du/des professionnel-s dans cet accompagnement et la posture des professionnels constituent des éléments clés de la réussite du sevrage.

Ainsi, les traitements, la fréquence, la durée des consultations et les professionnels mobilisés (tabacologue/addictologue ou médecine de ville) seront personnalisés en fonction de la dépendance, de la durée du tabagisme et du profil du fumeur dans l'arrêt. Il pourra être intéressant de travailler avec celui-ci sur la réduction de l'envie de fumer plutôt que sur la motivation à l'arrêt afin de faciliter le sevrage.

Le schéma ci-après (page 48) reprend la coordination devant être mise en place entre les différents professionnels.

FIGURE 10

Coordination des ressources dans la prise en charge du tabagisme en contexte de cancérologie





Cas clinique n° 1

Monsieur T., 52 ans, restaurateur, vient de bénéficier d'une coloscopie et rencontre son médecin traitant à la suite du traumatisme de l'annonce d'un cancer du côlon relativement avancé. Il fume depuis une quarantaine d'années, sans interruption, et on lui a demandé d'arrêter de fumer à la fin de la consultation d'annonce.

L'entretien est essentiellement un temps d'écoute de Monsieur T., complètement perdu sur ce qu'il doit faire et ses priorités. Il n'a pas encore assimilé tous les éléments qui lui ont été évoqués. Il parle de sa famille, de son travail. Il essaye de rester dans le rationnel : comment je vais faire pour le restaurant ? Comment en parler avec mes proches ? J'ai combien de temps à vivre ? Il faut que je m'organise. Finalement, il fond en larmes, se découvre et parle de ses émotions. L'alliance avec son médecin lui a permis l'intimité nécessaire. Il est décidé de se revoir le lendemain, sur un temps dédié.

Le lendemain, Monsieur T. revient avec une liste de questions et de demandes. Parmi elles, comment arrêter de fumer ? N'est-ce pas trop tard ? À quoi bon ? Dans tout ce qui est dit, il apparaît au médecin que Monsieur T. veut se battre et du temps est consacré à épaissir cette valeur. Cela étant bien établi, il est devenu facile d'expliquer qu'arrêter de fumer augmente les chances de réussite des traitements, tout en limitant leurs effets secondaires. Le médecin propose le choix entre une réduction contrôlée progressive et un arrête immédiat, avec les avantages et les limites des deux options. Monsieur T. choisit la première approche. Le patient souhaitant ne pas passer trop de temps dans les hôpitaux et ayant besoin de discuter avec une personne de confiance, choisit de réaliser son sevrage tabac avec son médecin traitant. Celui-ci lui propose ainsi de se voir tous les 15 jours, afin de ne pas trop le mobiliser. Un traitement nicotinique de substitution à 21 mg/24 h est proposé, avec possibilité de continuer à fumer en plus si besoin.

Au bout de 15 jours, Monsieur T. est passé de 30 cigarettes par jour à une dizaine. Il est très stressé car le bilan d'extension est en cours et il attend les résultats. Il a accepté une consultation avec une psychologue sur le centre, à condition que celle-ci soit couplée avec ses autres consultations prévues. Un dispositif transdermique à 14 mg/24 h est ajouté. Finalement, l'arrêt complet du tabac est obtenu en un mois, juste avant l'intervention, et Monsieur T. est toujours abstinent du tabac 6 ans après le traitement : « Ils disent que je suis guéri du cancer Docteur, mais je crains de ne pas être guéri du tabagisme... Sacrée maladie ! »

Cas clinique n° 2

Monsieur B. a 59 ans. On vient de lui découvrir un cancer bronchopulmonaire. Il fume toujours environ 25 cigarettes par jour.

L'oncologue lui a parlé des traitements envisagés pour son cancer à base de chimiothérapie et de radiothérapie. Monsieur B. s'inquiète, la question de l'arrêt du tabac n'a pas été abordée. Monsieur B. pense que c'est peut-être parce que la maladie est très avancée qu'on ne lui demande pas d'arrêter de fumer. Son entourage le culpabilise : « Tu as un cancer du poumon et tu fumes toujours ? ».

Son oncologue aborde l'intérêt de l'arrêt du tabac lors de la deuxième consultation, et lui propose une consultation d'aide au sevrage tabagique que Monsieur B. accepte. Après remplissage du test de Fagerström, une substitution nicotinique à l'aide de patchs lui est proposée. Monsieur B. a déjà essayé sans succès. D'après lui « ça ne marche pas ». Le tabacologue lui explique le principe de la dépendance nicotinique et l'importance de se substituer suffisamment en nicotine. Il va commencer à la dose d'un patch et demi par jour, puis devra monter à 2 patchs chaque jour avant de ne plus ressentir autant le manque. C'est finalement l'adjonction de Nicorette inhaléur à la demande qui va l'aider à cesser complètement de fumer.

Monsieur B. revoit son oncologue alors qu'il débute la chimiothérapie. Il est satisfait, il respire beaucoup mieux. C'est pour lui sa façon de participer plus activement à son traitement. Il va pouvoir aborder la radiothérapie avec moins de risques d'effets secondaires.

Cas clinique n° 3

Madame L. a 45 ans. Elle vient d'être traitée pour un cancer du sein par mastectomie suivie de chimiothérapie, de radiothérapie. Elle est actuellement sous hormonothérapie. Son chirurgien lui a proposé une reconstruction mammaire qui pourra avoir lieu dans 3 mois. Elle doit à ce moment-là avoir complètement arrêté de fumer, afin d'éviter des problèmes de cicatrisation. Jusqu'à présent elle n'avait pas vraiment pensé à arrêter de fumer. Elle avait diminué pendant ses grossesses. Elle a très peur de grossir.

Elle explique fumer environ une quinzaine de cigarettes par jour. Elle a beaucoup de plaisir à fumer, sa dépendance physique est significative. Elle accepte une substitution nicotinique par patch en commençant à un patch par jour. Elle demande si elle peut s'aider avec la vape. Son médecin l'accompagne dans son utilisation de la vape. Il lui explique l'importance de bien choisir son matériel, les modalités de réglage, de l'entretien, de bien connaître le taux de nicotine qui lui convient dans le e-liquide, taux qu'elle pourra ensuite progressivement réduire lorsque l'arrêt de la cigarette aura été obtenu.

Madame L. va parvenir à arrêter de fumer sans prise de poids significative. Elle a bénéficié de conseils diététiques. Elle est très contente. Elle va pouvoir annoncer à son chirurgien qu'elle a arrêté de fumer et envisager avec sa reconstruction mammaire, la reprise d'une vie normale.

Points clés



La durée du tabagisme est le facteur de risque le plus important dans la survenue d'un cancer : il est donc indispensable de repérer et de prendre en charge le plus précocement possible le tabagisme.



Le repérage du tabagisme peut être effectué à l'hôpital, en médecine de ville ou au sein d'un établissement social et médico-social. Il est l'affaire de tous et n'est pas réservé aux tabacologues ou addictologues.



Les acteurs du premier recours constituent la pierre angulaire du repérage et de l'accompagnement vers l'arrêt du tabac avant le développement d'un cancer.



Lors du diagnostic d'un cancer il est indispensable d'aborder la question du tabagisme et ses conséquences et de prescrire des TNS.



Il n'est jamais trop tard pour accompagner un fumeur vers le sevrage tabagique, le repérage du tabagisme doit être systématisé y compris chez les personnes présentant un cancer avancé ou avec un mauvais pronostic.



Le tabagisme chez les personnes atteintes de cancer impacte négativement le pronostic, la qualité de vie, l'efficacité des traitements, augmente le risque de survenue d'un second cancer primitif et la progression tumorale.



La prise en charge du tabagisme chez la personne atteinte de cancer doit être personnalisée et doit se faire de manière coordonnée entre les différents acteurs des structures hospitalières et de la médecine de ville.



La prise en charge du tabagisme doit s'inscrire dans le temps : trois à douze mois voire plus selon les personnes.



La nicotine est l'agent essentiel de la dépendance au tabac mais n'est pas en cause dans les effets sanitaires du tabagisme.



Les traitements nicotiques de substitution sont compatibles avec les traitements anti-cancer.



Parler du sevrage tabagique est porteur d'espoir pour le fumeur atteint de cancer.

Pour aller plus loin



Différents documents sont téléchargeables sur le site du RESPADD

• | DES QUESTIONNAIRES

- Cigarette dependence scale (CDS) : pages 54-55
- Alcohol use disorder identification test (AUDIT) : pages 56-57
- Cannabis use disorder identification test (CUDIT) : pages 58-59
- Motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) : page 60

• | DES AIDES À LA PRATIQUE

- Ordonnance simplifiée

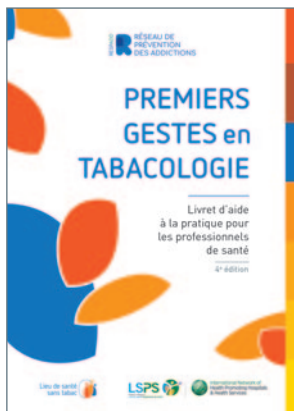


- Fiche repérage précoce intervention brève motivationnelle

- Courrier de liaison : page 61

• | DES GUIDES ET LIVRETS

- Guide « Premiers gestes en tabacologie »
- Guide « Tabagisme et santé mentale »
- Guide « Prévention du tabagisme et accompagnement au sevrage chez la femme »
- Livret « Accompagner l'arrêt de tabac avec succès »
- Livret « Arrêter de fumer : pour comprendre »



TESTEZ VOTRE DÉPENDANCE À LA CIGARETTE

Cigarette Dependence Scale

IMPORTANT		Veillez répondre à toutes les questions		Points
Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes : 0 = je ne suis absolument pas dépendant(e) des cigarettes 100 = je suis extrêmement dépendant(e) des cigarettes	0-20	1	...	
	21-40	2		
	41-60	3		
	61-80	4		
	81-100	5		
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	0-5 cig/jour	1	...	
	6-10	2		
	11-20	3		
	21-29	4		
	30 et +	5		
D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	0-5 min	5	...	
	6-15	4		
	16-30	3		
	31-60	2		
	61 et +	1		
Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :	Impossible	5	...	
	Très difficile	4		
	Plutôt difficile	3		
	Plutôt facile	2		
	Très facile	1		
Veillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :				SOUS-TOTAL 1 (ST1)
Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer.	Pas du tout d'accord	1	...	
	Plutôt pas d'accord	2		
	Plus ou moins d'accord	3		
	Plutôt d'accord	4		
	Tout à fait d'accord	5		
Je suis stressé(e) à l'idée de manquer de cigarettes.	Pas du tout d'accord	1	...	
	Plutôt pas d'accord	2		
	Plus ou moins d'accord	3		
	Plutôt d'accord	4		
	Tout à fait d'accord	5		
Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi.	Pas du tout d'accord	1	...	
	Plutôt pas d'accord	2		
	Plus ou moins d'accord	3		
	Plutôt d'accord	4		
	Tout à fait d'accord	5		
				SOUS-TOTAL 2 (ST2)

Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

		Points
Je suis prisonnier(ère) des cigarettes.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
Je fume trop.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller chercher des cigarettes.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
Je fume tout le temps.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
		SOUS-TOTAL 3 (ST3)
		...

Total des points des 12 rubriques


ST1 + ST2 + ST3 =

Interprétation des résultats

Jusqu'à 24 points	Dépendance modérée
Entre 25 et 44 points	Dépendance intermédiaire
45 points et plus	Dépendance forte

Pour en savoir plus ou trouver une aide :

→ Site internet tabac-info-service.fr

→  Application mobile
Tabac info service

À télécharger gratuitement sur :



→ Numéro de téléphone gratuit : 3989

Tabac info service :
un coaching adapté à vos besoins
L'ecoaching gratuit Tabac info service
offre un accompagnement 100 %
personnalisé adapté à vos motivations,
vos inquiétudes et vos habitudes de vie.

Le CDS a été développé à l'Institut de santé globale de la faculté de médecine de l'université de Genève. © 2016 Stop-tabac.ch

Retrouvez ce questionnaire en ligne sur www.respadd.org

→ EN 10 QUESTIONS vous pouvez évaluer par vous-même le risque lié à votre consommation d'alcool

→ LE QUESTIONNAIRE AUDIT A ÉTÉ CRÉÉ PAR L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ POUR TOUS LES ADULTES DE PLUS DE 18 ANS (cochez une réponse par ligne)

SCORE DE LA LIGNE

Dans cette colonne, les réponses valent :

→ 0 → 1 → 2 → 3 → 4

1] À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

jamais 1 fois par mois 2 à 4 fois 2 à 3 fois 4 fois ou plus
ou moins par mois par semaine par semaine

2] Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

un ou deux trois ou quatre cinq ou six sept à neuf dix ou plus

3] Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour
par mois par mois par semaine ou presque

4] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour
par mois par mois par semaine ou presque

5] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour
par mois par mois par semaine ou presque

6] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour
par mois par mois par semaine ou presque

Un verre standard
ou une **unité d'alcool**
correspond à



Prémix
À 9°-25cl



Bière
À 9°-25cl



Champagne
À 12°-10cl



Vin
À 12°-10cl



Pilsis
À 4°-2,5cl



Whisky
À 45°-2,5cl



Vodka
À 45°-2,5cl



Bière forte
À 8,6°-50cl



3 Bières
À 5°-25cl

SCORE DE LA LIGNE

Dans cette colonne, les réponses valent :

0 → 1 → 2 → 3 → 4

7] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour
par mois par mois par semaine ou presque

8] Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

jamais moins d'une fois une fois une fois chaque jour
par mois par mois par semaine ou presque

9] Vous êtes-vous blessé(e) ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

non oui mais pas dans oui au cours des
les douze derniers mois douze derniers mois

10] Est-ce qu'un ami ou un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

non oui mais pas dans oui au cours des
les douze derniers mois douze derniers mois

→ **CALCULEZ VOTRE NIVEAU DE RISQUE**
en additionnant les scores
de chaque ligne →

Date : / /



CANNABIS USE DISORDER IDENTIFICATION TEST - REVISED - version française (CUDIT-R-Fr)

Avez-vous consommé du cannabis au cours des 6 derniers mois ?

OUI

NON

Si OUI, répondre aux questions suivantes relatives à votre consommation de cannabis en entourant la réponse qui correspond le plus à votre consommation **au cours des 6 derniers mois**. Veuillez répondre à toutes les questions.

Points

1 À quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?

Jamais	≤ 1 fois/mois	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois/semaine	≥ 4 fois/semaine
0	1	2	3	4

...

2 Combien d'heures êtes-vous « défoncé » un jour typique où vous consommez du cannabis ?

< 1 heure	1 ou 2 heures	3 ou 4 heures	5 ou 6 heures	7 heures ou plus
0	1	2	3	4

...

3 Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de fumer du cannabis une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

4 Au cours des 6 derniers mois, combien de fois votre consommation de cannabis vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

SOUS-TOTAL 1 (ST1)

...



Points

5 Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous passé une grande partie de votre temps à chercher à vous procurer ou à consommer du cannabis, ou à vous remettre des effets du cannabis ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

6 Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous éprouvé des problèmes de mémoire ou de concentration après avoir fumé du cannabis ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

7 À quelle fréquence consommez-vous du cannabis dans des situations qui pourraient entraîner un danger, par exemple conduire un véhicule, utiliser une machine, ou s'occuper d'enfants ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

8 Avez-vous déjà envisagé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis ?

Jamais	Oui, mais pas au cours des 6 derniers mois	Oui, au cours des 6 derniers mois
0	2	4

...

Validation du CUDIT-R-Fr en français : Lupsaint A, Berger-Vergiat A, Larrieu A, Arligaud L, Fener C, Adamson S, Laprivote V, Roland B. Validation of the French version of the Cannabis Use Disorder Identification Test-Revised and comparison with the Cannabis Abuse Screening Test for screening cannabis use disorder in a psychiatric sample. Drug Alcohol Rev. 2021 doi: 10.1111/dar.13298

Validation du CUDIT-R en anglais : Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Lewin TJ, Thornton L, Kelly BJ, Sellman JD. An Improved Brief Measure of Cannabis Misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised (CUDIT-R). Drug Alcohol Depend 2010;110:137-43.

SOUS-TOTAL 1 (ST2)

...

Total des points des 8 questions.

ST1 + ST2 =

...

Vos réponses au questionnaire CUDIT-R-Fr

De 8 à 10 points

Votre consommation de cannabis peut être problématique. N'hésitez pas à demander conseil au professionnel de votre choix.

Au-delà de 10 points

Il est possible que vous présentiez un trouble important de l'usage de cannabis. Celui-ci peut être psychologique si vous ressentez un besoin de consommer malgré les inconvénients de cette consommation et/ou physique si la diminution ou l'arrêt de votre consommation entraîne des signes de "manque". N'hésitez pas à faire appel à un professionnel de santé ou consultez les ressources ci-dessous.

Drogues info service : 0 800 23 13 13 - De 8h à 2h, 7 jours sur 7.

Écoute cannabis : 0 980 980 940 - De 8h à 2h, 7 jours sur 7.

Appels anonymes et gratuits depuis un poste fixe.

www.drogues-info-service.fr

Retrouvez ce questionnaire en ligne sur www.respadd.org

TEST Q-MAT

Le Q-Mat est un auto-questionnaire simple qui permet d'évaluer rapidement la motivation du fumeur à arrêter sa consommation de tabac. Un score inférieur à 6 indique une motivation insuffisante (faibles chances de réussite du sevrage), de 7 à 12 une motivation moyenne et au-dessus de 12 une bonne ou très bonne motivation.

1. PENSEZ-VOUS QUE DANS 6 MOIS

Vous fumerez toujours ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	8

2. AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT ENVIE D'ARRÊTER DE FUMER ?

Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup	2
Enormément	3

3. PENSEZ-VOUS QUE DANS 4 SEMAINES

Vous fumerez toujours ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarette ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarette ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	6

4. VOUS ARRIVE-T-IL DE NE PAS ÊTRE CONTENT(E) DE FUMER ?

Jamais	0
Quelque fois	1
Souvent	2
Très souvent	3

INTERPRÉTATION : motivation à réussir le sevrage tabagique

- ▶ Moins de 6 points ▶ Motivation insuffisante
- ▶ 6 à 12 points ▶ Motivation moyenne
- ▶ Plus de 12 points ▶ Bonne ou très bonne motivation

COURRIER DE LIAISON



Date

Hôpital et service

Bonjour,

Intégrée à sa prise en charge hospitalière, votre patient-e a bénéficié d'une intervention d'aide au sevrage tabagique. Nous souhaitons vous transmettre les informations nécessaires à la poursuite de cette démarche.

Il/elle a reçu les informations concernant les bénéfices de l'arrêt du tabac, l'utilisation des traitements nicotiques de substitution et l'importance de poursuivre cette démarche. Voici notre évaluation :

Il/elle fume :

- cigarettes manufacturées :/jour
- cigarettes roulées :/jour
- cigarillos/cigares :/jour
- chicha : Oui Non

Sa dépendance nicotine est :

- modérée intermédiaire forte

Il/elle est motivé-e pour débiter un sevrage tabagique :

- sans traitement
- avec un traitement nicotinique de substitution (ordonnance remise au patient)
- avec un traitement par varénicline (ordonnance remise au patient)
- autre : préciser :

Il/elle nécessite d'être accompagné.e par un.e professionnel.le de santé pour augmenter ses chances de succès.

Je vous remercie de bien vouloir prendre le relais du suivi afin d'évaluer et renouveler le traitement si besoin. De plus, le/la patient-e a été informé.e de la possibilité de trouver une consultation de tabacologie à proximité de chez lui sur le site « Tabac-info-service ».

Bien cordialement,

Nom du/de la professionnel-le de santé

Les documents de L'INCa

- Synthèse « Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer »
- Dépliant « Proposer systématiquement l'arrêt du tabac – Points clés pour accompagner vos patients atteints de cancer »
- Guide « L'arrêt du tabac chez le patient atteint de cancer »
- Dépliant « Traitement du cancer et tabac – Pourquoi arrêter et comment me faire aider ? »



Autres ressources numériques

- RESPADD
Outils Lieu de santé sans tabac :
<https://lieudesantesanstabac.org>
- Institut du cancer : www.e-cancer.fr
- Haute autorité de santé : www.has-sante.fr
- Santé publique France : www.santepubliquefrance.fr
- Site et application Tabac info-service : www.tabac-info-service.fr
+ soutien téléphonique au 3989
- Intervenir addictions
Portail sur les addictions à destination des acteurs de la santé :
<https://intervenir-addictions.fr>
- Site et application Stop tabac CH : www.stop-tabac.ch
- Coordination régionale addictions Nouvelle-Aquitaine (COREADD) :
www.coreadd.com
- Programme CASCADE
www.aphp.fr/actualite/depistage-du-cancer-du-poumon-par-scaner-faible-dose-lap-hp-lance-letude-pilote-cascade
- Programme Interception
www.gustaveroussy.fr/fr/interception-parcours

Tableaux de références scientifiques

Elles sont issues du guide de l'INCa : « **Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer : systématiser son accompagnement** ».

CANCER BRONCHOPULMONAIRE	PRINCIPALES CONCLUSIONS	RÉFÉRENCES
Mortalité globale	Risque plus élevé pour les fumeurs/anciens fumeurs Risque plus élevé pour les fumeurs/arrêt post diagnostic (CPPC et CPNPC stades localisés, résultats non homogènes pour les stades avancés)	Méta-analyse Parsons <i>et al.</i> (2010), Zhou <i>et al.</i> (2006), Mulligan <i>et al.</i> (2006), Poullis <i>et al.</i> (2013), Warren <i>et al.</i> (2013), Tao <i>et al.</i> (2013)
Mortalité spécifique par cancer	Risque plus élevé pour les fumeurs/anciens fumeurs	Warren <i>et al.</i> (2013)

CANCER DES VADS	PRINCIPALES CONCLUSIONS	RÉFÉRENCES
Mortalité globale	Risque plus élevé pour les fumeurs/anciens fumeurs (stades précoces et avancés) Risque plus élevé pour les fumeurs/arrêt post diagnostic (stades précoces ou tous stades)	Fortin <i>et al.</i> (2009), Khuri <i>et al.</i> (2006), Hong <i>et al.</i> (2012), Warren <i>et al.</i> (2013), Mayne <i>et al.</i> (2009), Al-Mamgami <i>et al.</i> (2014), Hilgert <i>et al.</i> (2009), Chen <i>et al.</i> (2011), Gillison <i>et al.</i> (2012), Browman <i>et al.</i> (1993), Browman <i>et al.</i> (2002), Gillison <i>et al.</i> (2012), Jerjes <i>et al.</i> (2012)
Mortalité spécifique par cancer/ survie sans progression/ survie sans récurrence	Résultats non homogènes entre les différentes études (fumeurs/anciens fumeurs)	Gillison <i>et al.</i> (2012), Warren <i>et al.</i> (2013), Khuri <i>et al.</i> (2006), Maxwell <i>et al.</i> (2010), Hong <i>et al.</i> (2012)

CANCER DU SEIN	PRINCIPALES CONCLUSIONS	RÉFÉRENCES
Mortalité globale	Risque plus élevé pour les fumeuses/ non-fumeuses Risque plus élevé pour les fumeuses/anciennes fumeuses	Savig <i>et al.</i> (2007), Holmes <i>et al.</i> (2007), Hellmann <i>et al.</i> (2010), Braithwaite <i>et al.</i> (2012), Warren <i>et al.</i> (2013), Pierce <i>et al.</i> (2014), Bérubé <i>et al.</i> (2014), Warren <i>et al.</i> (2013)
Mortalité spécifique par cancer	Risque plus élevé pour les fumeuses/ non-fumeuses Risque plus élevé pour les fumeuses/anciennes fumeuses	Braithwaite <i>et al.</i> (2012), Warren <i>et al.</i> (2013), Pierce <i>et al.</i> (2014), Bjerkaas <i>et al.</i> (2014), Méta-analyse de Bérubé <i>et al.</i> (2014), Warren <i>et al.</i> (2013)

CANCER DE LA PROSTATE	PRINCIPALES CONCLUSIONS	RÉFÉRENCES
Mortalité globale	Risque plus élevé pour les fumeurs/non-fumeurs Risque plus élevé pour les anciens fumeurs/ non-fumeurs, mais avec des valeurs inférieures à la comparaison fumeurs/non-fumeurs	Pickles <i>et al.</i> (2004), Merrick <i>et al.</i> (2006), Bittner <i>et al.</i> (2008), Taira <i>et al.</i> (2011), Kenfield <i>et al.</i> (2011), Moreira <i>et al.</i> (2014)
Mortalité spécifique par cancer	Résultats non homogènes entre les différentes études (fumeurs/ non-fumeurs)	Pickles <i>et al.</i> (2004), Merrick <i>et al.</i> (2006), Kenfield <i>et al.</i> (2011), Islami <i>et al.</i> (2014), Steinberger <i>et al.</i> (2014), Islami <i>et al.</i> (2014)

CANCER COLORECTAL	PRINCIPALES CONCLUSIONS	RÉFÉRENCES
Mortalité globale	Risque plus élevé chez les fumeurs/non-fumeurs (avec une différence NS entre anciens fumeurs/non-fumeurs)	Méta-analyse de Walter <i>et al.</i> (2014), Phipps <i>et al.</i> (2013)
Mortalité spécifique par cancer	Risque plus élevé chez les fumeurs/non-fumeurs (avec une différence NS entre anciens fumeurs/non-fumeurs)	Parajuli <i>et al.</i> (2014), Yang <i>et al.</i> (2015), Phipps <i>et al.</i> (2013), Parajuli <i>et al.</i> (2014)

RESPADD
**RÉSEAU DE
PRÉVENTION
DES ADDICTIONS**

Lieu de santé 
sans tabac

RESPADD
Réseau de prévention des addictions
contact@respadd.org
www.respadd.org

