



OUTILS POUR LA PRATIQUE

ARRÊT DU TABAC DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ATTEINT DE CANCER

/Systématiser son accompagnement

e-cancer.fr





L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Ce document doit être cité comme suit : © *Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer /Systématiser son accompagnement*, INCa, mars 2016.

Du fait de la détention, par des tiers, de droits de propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle, traduction, adaptation des contenus provenant de ce document (à l'exception des cas prévus par l'article L122-5 du code de la propriété intellectuelle) doit faire l'objet d'une demande préalable et écrite auprès de la direction de la communication de l'INCa.

Ce document est téléchargeable sur e-cancer.fr

Trois millions de personnes vivent en France avec un diagnostic de cancer, dont plus d'un million sont hospitalisées chaque année pour le traitement de leur cancer [1].

La consommation de tabac est responsable d'environ 30 % des décès par cancer en France. Elle augmente les risques de cancer pour 17 localisations différentes¹. Outre son rôle de puissant facteur de risque de cancer, la consommation de tabac détériore l'état de santé et augmente la mortalité des patients traités pour un cancer.

La systématisation de l'accompagnement au sevrage tabagique pour les patients fumeurs, objectif inscrit dans le Plan cancer 2014-2019², apparaît comme un nouvel élément de la prise en charge en cancérologie appelant à une amélioration des pratiques cliniques et une implication plus forte de l'ensemble des soignants et des établissements.

1. Cancers du poumon, cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavité nasale, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus, et leucémie myéloïde, côlon, rectum, ovaire mucineux et sein

2. Action 8.4, Plan cancer 2014-2019

SOMMAIRE

1	Pourquoi l'arrêt de la consommation de tabac est-il important pour les patients atteints de cancer ?	07
2	L'arrêt du tabac est-il possible pour les patients atteints de cancer ?	10
3	Il est nécessaire que le patient rencontre un discours médical clair et se sente soutenu par une proposition d'aide à l'arrêt	12
4	Les effets indésirables du sevrage du tabac seraient surestimés par les professionnels de santé	14
5	Comment aider les patients à sortir du tabagisme ?	16
	Rédaction et références	22
	Annexe : Tableaux des références scientifiques sur les effets du tabagisme selon la localisation de cancer	26

L'arrêt du tabac apporte toujours des bénéfices aux patients

Quelle que soit la localisation du cancer diagnostiqué, l'arrêt du tabac est important pour :

- améliorer le pronostic (diminution de la mortalité toutes causes et spécifique) ;
- réduire les risques de seconds cancers primitifs ;
- réduire les risques per et postopératoires et de toxicités liées aux traitements.

Pour les stades précoces comme pour les stades avancés, la poursuite du tabagisme apparaît associée à une détérioration plus marquée de la qualité de vie physique et psychique des patients.

L'arrêt du tabac doit être proposé à tous les patients atteints de cancer fumeurs :

- le tabac est une substance addictive. Un fumeur aura 80 % plus de chance d'arrêter s'il reçoit de l'aide d'un professionnel de santé ;
- pour les patients, comme pour les professionnels, des représentations négatives liées au sevrage tabagique sont des freins qu'il faut lever. En particulier, **certains profils de patients apparaissent plus à risque de ne pas se voir proposer un accompagnement à l'arrêt** : ceux atteints de cancers autres que poumon et VADS, ceux atteints de cancer de mauvais pronostic, patients âgés, ceux présentant des troubles anxiodépressifs ou ceux exprimant une réticence à l'arrêt ;

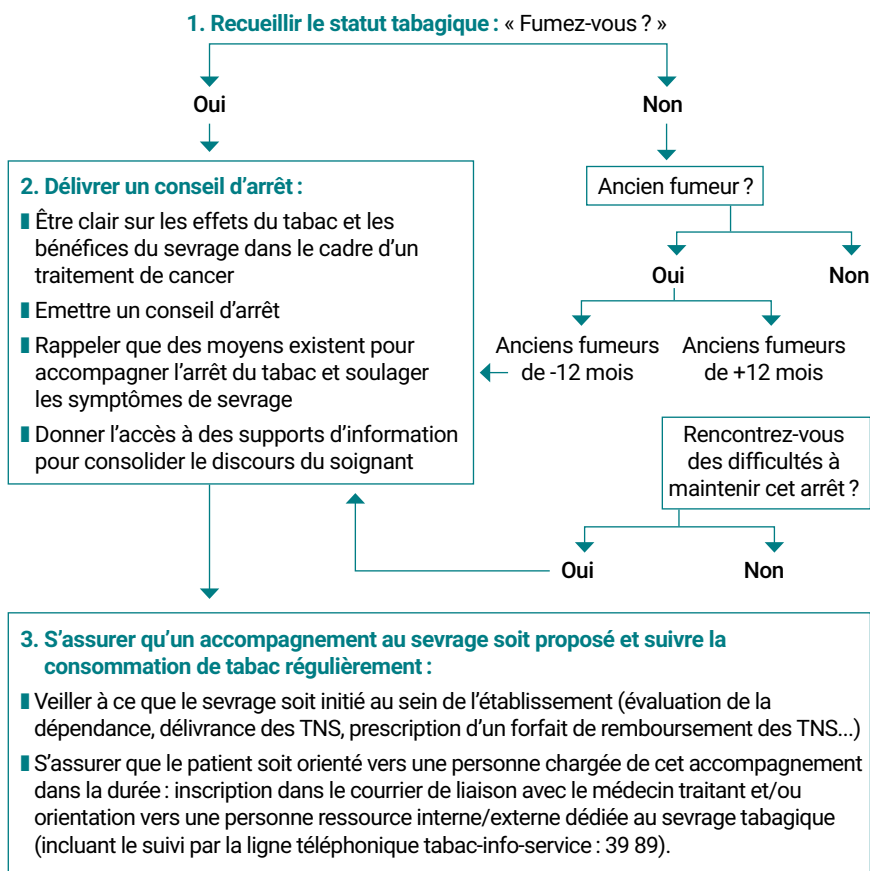
■ **la survenue d'un cancer est un moment opportun pour l'arrêt du tabac**, car il déclenche chez de nombreux patients un désir de réduction de certains comportements à risque. Plus le délai est court entre le moment du diagnostic de cancer et la mise en place d'un programme de sevrage tabagique, plus le patient a de chance d'arrêter de fumer.

■ **L'implication de chaque membre de l'équipe soignante (chirurgien, anesthésiste, oncologue médical, spécialiste d'organe, radiologue, médecin traitant, infirmier, pharmacien...) est nécessaire.**

Leur rôle repose sur une démarche en trois étapes :

- 1 **repérer**, pour tous les patients, le tabagisme et suivre son évolution régulièrement ;
- 2 **délivrer un conseil d'arrêt** du tabac clair et adapté à la situation du patient en rappelant que des moyens existent pour accompagner efficacement l'arrêt du tabac et soulager les symptômes de sevrage ;
- 3 **veiller à ce qu'un sevrage soit initié** au moment de la consultation et que le patient soit orienté de façon adaptée vers un professionnel qui sera en charge de l'accompagnement dans la durée (médecin traitant, spécialiste en tabacologie, ligne téléphonique tabac-info-service...) ; les modalités de l'aide à l'arrêt du tabac doivent être envisagées dans le cadre d'une décision partagée avec le patient (en fonction des besoins, de co-addictions, des préférences...).

Trois étapes pour accompagner l'arrêt du tabac dans le cadre de la mise en place d'une prise en charge en cancérologie



1

POURQUOI L'ARRÊT DE LA CONSOMMATION DE TABAC EST-IL IMPORTANT POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER ?

Chaque bouffée de cigarette délivre un cocktail de plus de 7000 substances chimiques, dont environ 70 agents cancérigènes, qui sont absorbées au niveau des poumons et distribuées via la circulation sanguine à chaque organe du corps. La durée du tabagisme a un impact plus important sur le risque de cancer du poumon que la quantité fumée (Peto 2012).

En population générale, tout arrêt est bénéfique quel que soit l'âge de la personne et son intérêt réside principalement dans la réduction des risques de morbidités multiples associées au tabagisme (maladies cardiovasculaires, respiratoires, cancers...). Au-delà de ce message de prévention, l'impact du tabagisme sur l'efficacité et la qualité de la prise en charge en cancérologie est aujourd'hui mal appréhendé. Il est ainsi apparu nécessaire de mieux documenter les effets spécifiques que peut avoir la poursuite du tabagisme pour les patients atteints de cancer³. Les résultats sont présentés par localisations de cancers en annexe de ce document.

› L'arrêt du tabac améliore le pronostic des patients et réduit les risques de seconds cancers primitifs

Une analyse globale de la littérature sur les conséquences du tabac sur la santé des patients atteints de cancer a conduit les experts du rapport du Surgeon General (édition 2014) à conclure à l'existence d'une relation causale entre la consommation de tabac et :

- un moins bon **état de santé** des patients atteints de cancer (en cours de traitement ou à distance des traitements) ;
- une **mortalité toutes causes et par cancer** plus élevée ;
- la survenue de **seconds cancers primitifs** liés au tabac, notamment d'un cancer du poumon [2].

Les études disponibles reposent sur des populations de patients très différentes en termes de localisations, de stades de cancer et de traitements reçus. Les études les plus significatives portent principalement sur des cohortes de patients atteints de cancers du poumon, mais également de cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), du sein, de la prostate, du côlon et dans une moindre mesure d'autres cancers comme les lymphomes hodgkiniens, le cancer de l'estomac ou du col utérin. Plusieurs études décrivent l'existence d'une relation dose/effet entre le tabagisme des patients (histoire tabagique, nombre de cigarettes par jour, durée du tabagisme) et l'effet observé (mortalité toutes causes, mortalité par cancer, récurrence).

La qualité du renseignement de la consommation tabagique est faible aussi bien dans les études rétrospectives que dans les essais cliniques (ni systématique, ni homogène dans sa définition). Les données collectées ne permettent que trop rarement d'accéder au suivi des consommations après diagnostic de cancer. Néanmoins, les études qui permettent de comparer l'état de santé des patients ayant continué à fumer après diagnostic à celui des patients ayant arrêté démontrent les bénéfices de l'arrêt tabagique sur le pronostic [3-8]. Par ailleurs, dans les études qui ne permettent pas cette comparaison, les anciens fumeurs (arrêt antérieur au diagnostic) ont des taux de mortalité et des risques de survenue de second cancer primitif qui se situent entre celui des fumeurs actifs et celui des non-fumeurs, allant dans le sens d'un impact positif de l'arrêt du tabac sur ces paramètres.

› Le tabagisme augmente le risque de complications per et postopératoires

Le tabagisme est un facteur de risque de complications périopératoires. **La Haute Autorité de santé (HAS) recommande de dépister systématiquement le tabagisme avant toute intervention chirurgicale** et de proposer un arrêt du tabac, ou une diminution de la consommation de tabac avec

3. Une revue de la littérature scientifique est disponible sur le site e-cancer.fr : Argumentaire - Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer /Systématiser son accompagnement, outils pour la pratique, INCa, mars 2016

des substituts nicotiques, au moins 6 semaines avant l'intervention [9]. Dans le cadre de la prise en charge en cancérologie, la grande majorité des patients bénéficie d'une intervention chirurgicale. Il s'agit du premier traitement reçu pour près de 95 % des patients atteints de cancer du côlon et plus de 80 % des patientes atteintes de cancer du sein [10]. L'association du tabagisme actif avec une augmentation des complications postopératoires a été observée dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de cancers, en particulier des complications liées à la cicatrisation incluant les **risques d'infection du site opératoire** et de **nécrose** (patients opérés pour cancer du sein ou des VADS) et des **complications respiratoires** (patients opérés pour cancer du poumon ou cancers digestifs). Des études montrent le bénéfice du sevrage tabagique pour réduire ces risques et soulignent l'intérêt de durées de sevrage même courtes (2 à 4 semaines) [7, 8, 11-13]. Ainsi, dans le cadre du traitement des cancers, il est important de **conseiller d'arrêter de fumer à tout patient fumeur pour lequel une intervention chirurgicale est programmée et de lui proposer une aide à l'arrêt le plus tôt possible. L'arrêt du tabac avant chirurgie est toujours bénéfique quel que soit le délai du sevrage.**

» La poursuite du tabagisme après le diagnostic d'un cancer détériore la qualité de vie

Les études mettent en évidence, pour les patients qui continuent à fumer, une moins bonne **qualité de vie** tant dans les dimensions **physiques** (fonctionnement physique, symptômes respiratoires, douleurs et « performance status ») que **psychiques, émotionnelles et sociales**. Ces résultats reposent principalement sur des études observationnelles de patients atteints de cancer du poumon de stade précoce et avancé [14-22]. Contrairement à certaines croyances, en population générale, l'arrêt du tabac n'entraîne pas l'apparition de symptômes dépressifs ni anxieux à moyen terme [23]. Le niveau d'anxiété augmente au cours des deux semaines suivant le sevrage tabagique, puis diminue après un mois de sevrage à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt du tabac [9].

» Le tabagisme augmente certaines toxicités liées aux traitements anticancéreux

Concernant l'aggravation des effets indésirables associés aux traitements des cancers, les études montrent une association entre tabagisme actif et irradiation pour la survenue de complications dans le cadre du traitement de patients atteints de cancers des VADS (**dégradation de la qualité vocale, persistance de mucite, œdème et nécrose à long terme** notamment), dans le cas d'une irradiation pelvienne pour traitement de cancers urologiques, gastro-intestinaux ou gynécologiques (notamment **toxicités rectales ou complications gastro-intestinales à long terme**) et dans le cadre de reconstruction mammaire immédiate ou secondaire en terrain irradié (**toxicités cutanées**) [24-32]. Un risque de second cancer du poumon a été mis en évidence par effet synergique entre tabagisme et radiothérapie chez des patients traités pour un lymphome hodgkinien, un cancer du sein ou un cancer du poumon [33-38].

Il est nécessaire d'obtenir plus de données sur la potentialisation des toxicités associées aux traitements par le tabagisme, par exemple les cardiotoxicités induites par certains antitumoraux.

» Le tabagisme favoriserait, sur une tumeur existante, la progression tumorale et pourrait être à l'origine de résistance à certains traitements

Pour les patients atteints de cancer, le tabac aurait un rôle direct sur la pathologie cancéreuse déclarée et perturberait l'efficacité de traitements antitumoraux. En effet, des analyses secondaires d'essais cliniques montrent une association entre le tabagisme et l'augmentation du risque de récurrence, et une plus faible réponse à certains traitements antitumoraux chez les patients fumeurs. À celles-ci s'ajoutent d'autres études menées à partir de modèles animaux et cellulaires qui mettent en évidence l'activation par la fumée de cigarette de voies de prolifération, d'angiogenèse, de survie, de migration cellulaire, d'altération du métabolisme des médicaments et de résistance à la chimiothérapie ou radiothérapie [39, 40]. Concernant l'impact du tabagisme sur les propriétés pharmacologiques des médicaments anticancéreux, il a été observé que les patients fumeurs qui reçoivent de l'erlotinib ou de l'irinotecan ont une clearance plus rapide de la molécule nécessitant des doses plus importantes pour atteindre une exposi-

tion systémique équivalente à celle des non-fumeurs [41]. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les effets

biologiques de la poursuite du tabagisme sur une tumeur existante ainsi que son effet modulateur sur la réponse aux traitements.

Conclusion et préconisation

L'accompagnement à l'arrêt du tabac doit être un élément à part entière de la prise en charge thérapeutique et doit être commencé le plus précocement possible. La systématisation de l'accompagnement à l'arrêt du tabac pour les patients atteints de cancer fumeurs, inscrite dans le Plan cancer 2014-2019, est une recommandation portée par la Haute Autorité de santé (HAS), l'American Society for Cancer Oncology, l'American Association for Cancer Research et le National Comprehensive Cancer Network [9, 42-44].

2

L'ARRÊT DU TABAC EST-IL POSSIBLE POUR LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER ?

Une proportion importante de patients arrêtés de fumer après l'annonce du diagnostic de cancer

Dans l'enquête VICAN2 (« La vie deux ans après un diagnostic de cancer »), menée en France en 2012 sur 4349 patients atteints de cancers de plus de 13 localisations différentes, 37 % des fumeurs actifs au moment du diagnostic étaient devenus abstinents deux ans après le diagnostic [45]. Des résultats comparables sont retrouvés dans plusieurs études américaines [46, 47]. L'une de ces études confirme, à partir du suivi d'une cohorte de personnes composée de plus de 12000 fumeurs sans diagnostic de cancer au préalable, que le taux d'arrêt du tabac est supérieur pour ceux ayant eu un diagnostic de cancer pendant la période du suivi comparé à ceux n'en ayant pas eu (31 % contre 19 %, arrêt deux ans après le diagnostic) [47]. Ainsi, le diagnostic d'un cancer apparaît comme un moment où les patients semblent particulièrement réceptifs à des messages de réduction des risques en

particulier d'arrêt du tabac [48, 49]. L'enquête VICAN2 montre que 70 % des enquêtés (de moins de 55 ans) étaient en accord avec l'assertion suivante: « pour gagner quelques années de vie, je suis prêt à me priver de certains plaisirs de l'existence, comme trop manger, boire de l'alcool ou fumer ».

Il est à noter que la suspicion d'un cancer représente également un moment opportun pour modifier son comportement. Ainsi, dans l'étude de Tang et al., discuter de l'arrêt du tabac avec les patients qui ont une suspicion de cancer des VADS augmente les chances de diminution de la consommation de tabac et permet ainsi de faciliter le processus vers l'arrêt [50].

La probabilité que le patient arrête de fumer est encore plus grande si le clinicien est formé pour savoir communiquer dans les moments opportuns (*Teachable Moment Communication Process*) [51].

TABLEAU 1. ARRÊT TABAGIQUE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER SELON LA LOCALISATION CANCÉREUSE

Localisations	% de patients abstinents 2 ans après le diagnostic de cancer
Poumon	68,9
VADS	66,3
Rein	48,0
Vessie	42,0
Corps de l'utérus	37,5
LMNH	33,3
Côlon-rectum	31,6
Thyroïde	26,7
Sein	26,4
Col de l'utérus	20,0

Source : étude VICAN2, INCa, 2014

» Le pourcentage d'arrêt est très variable en fonction de la localisation du cancer

La part de fumeurs qui n'arrêtent pas de fumer après un diagnostic de cancer est néanmoins importante, compte tenu des risques encourus (63 % d'après l'étude VICAN2). Une très grande hétérogénéité dans la proportion de l'arrêt tabagique existe en fonction de la localisation du cancer, suggérant que la perception du lien entre le tabac et la survenue de la maladie favorise l'arrêt. Les fumeurs atteints d'un cancer pour lequel le tabagisme est un facteur de risque majeur (cancers du poumon et VADS) sont beaucoup plus nombreux à avoir arrêté de fumer dans l'étude VICAN2 (67,5 % contre 28,4 % pour les autres localisations). Les femmes fumeuses sont seulement 26,4 % et 20,0 % à avoir arrêté de fumer après un

traitement respectivement pour cancer du sein ou du col de l'utérus (cf. tableau 1).

Ainsi, alors que l'annonce d'un cancer apparaît comme un événement déclenchant un désir d'arrêt du tabac chez certains patients, d'autres patients pour qui le lien entre le tabac et leur maladie est moins évident (sein, côlon...) pourraient se sentir moins concernés par la nécessité de ce changement de comportement. Pourtant, pour ces derniers, être traité et guéri d'un cancer du sein par exemple, sans arrêt du tabac, représente une réelle perte de chance de réduire ses risques de complications médicales et de survenue d'événements graves à moyen ou long termes, en particulier de cancer du poumon.

3

IL EST NÉCESSAIRE QUE LE PATIENT RENCONTRE UN DISCOURS MÉDICAL CLAIR ET SE SENTE SOUTENU PAR UNE PROPOSITION D'AIDE À L'ARRÊT

La dépendance au tabac et l'apparition des symptômes de sevrage qui en découle lors d'une tentative d'arrêt sont des obstacles majeurs pour cesser de fumer. Comparé à l'alcool, la cocaïne et le cannabis, le tabac est le produit qui représente le risque de dépendance le plus élevé [52]. C'est pour cela qu'il est important que le patient fumeur soit aidé et pris en charge pour arrêter de fumer. Un fumeur voulant arrêter et recevant de l'aide aura 80 % de chance supplémentaire d'y parvenir par rapport à un fumeur arrêtant sans aide [53].

Dans le cas de patients atteints de cancer, il a été montré que le taux d'arrêt tabagique est plus important si une aide au sevrage est proposée au moment du diagnostic de cancer [54]. Plus le délai est court entre le moment du diagnostic et la mise en place d'un programme d'arrêt et plus le patient a de chance d'arrêter de fumer [49, 55].

Une enquête sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé intervenant en cancérologie a été menée par l'INCa en 2014 avec un volet quantitatif (enquête téléphonique auprès de 1076 professionnels de santé⁴) et un volet qualitatif (entretiens en face à face auprès de 48 professionnels de santé et 30 patients atteints de cancer fumeurs au moment du diagnostic⁵). Cette enquête met en

évidence que plus ou moins 80 % des professionnels de santé interrogés, en fonction de leur profession, déclarent parler de la consommation de tabac avec leurs patients (cf. figure 1) et environ 90 % sont tout à fait d'accord avec le fait qu'aborder l'arrêt du tabac avec leurs patients fumeurs fait partie de leur rôle.

Néanmoins, les entretiens en face à face avec les patients montrent qu'il existerait un manque de prise de parole de la part du professionnel de santé sur le sujet, notamment pour les patients dont le cancer n'est pas connu pour être lié directement au tabac. D'autre part, lorsque le sujet est abordé, le tabac semble être une problématique peu discutée en profondeur avec un discours du professionnel de santé qui apparaît simpliste et non spécifique vis-à-vis de l'impact que le tabac peut avoir sur la prise en charge du cancer.

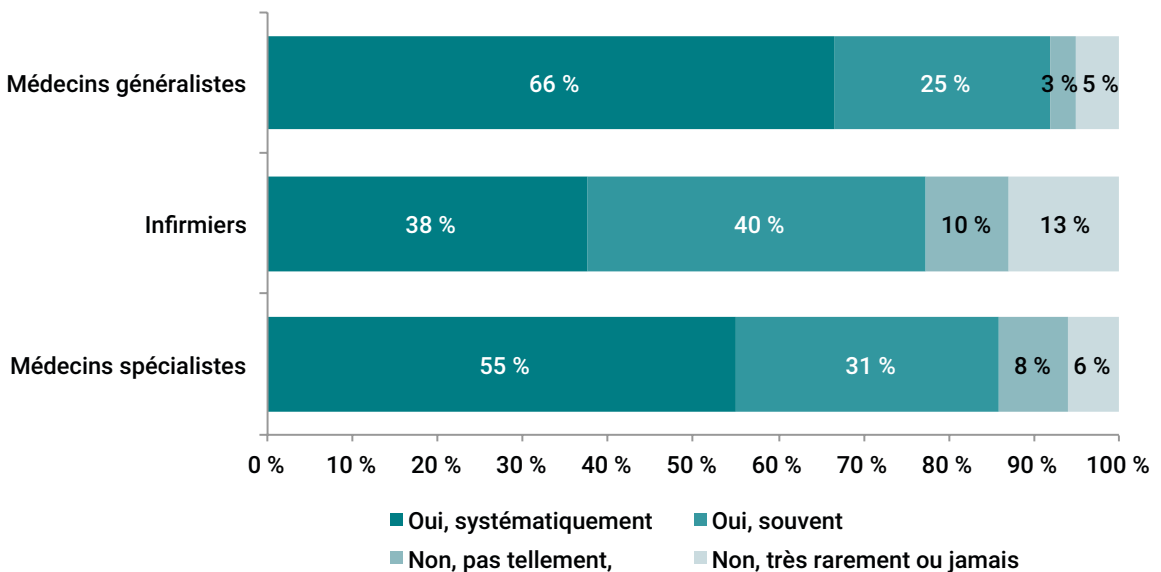
De manière générale, les patients évoquent un manque de soutien de la part des professionnels de santé, ainsi qu'un manque d'écoute, d'accompagnement psychologique, d'empathie ou de suivi individualisé. Il semble donc exister un décalage entre l'importance que les professionnels de santé portent à cette thématique et la faiblesse de leur implication perçue par les patients sur ce sujet.

4. L'échantillon de l'enquête est composé de 395 médecins spécialistes : 77 oncologues, 50 radiothérapeutes, 40 hématologues, 55 gastroentérologues, 71 pneumologues-ORL ; 61 gynécologues, 41 urologues, 300 médecins généralistes, 300 pharmaciens d'officines, et 81 infirmiers d'annonce ou de coordination.

5. 30 patients qui avaient été fumeurs au diagnostic, atteints de différentes localisations de cancer, à différentes étapes de la prise en charge

FIGURE 1. ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

Interrogez-vous vos patients sur leur consommation de tabac lors de vos consultations ?



Source : INCa (Base : 395 MS ; 81 inf ; 300 MG)

Ici médecins spécialistes = oncologues médicaux, radiothérapeutes et spécialistes d'organes

Exemple de discours de patients sur l'implication du professionnel de santé sur le tabac (INCa, 2015) :

- ▶ « oui, on m'a posé la question ça s'est arrêté là »
- ▶ « Il m'a juste demandé si je fumais. Je lui ai dit oui. Il m'a dit : vous savez que ce n'est pas bon le tabac. Oui, on le sait tous. Mais après, on n'en a pas reparlé. »
- ▶ « Quand il s'aperçoit qu'il a un patient qui fume ou qui picole, il devrait le mettre en garde et ne pas attendre que ce soit le patient qui vienne de lui-même pour demander de l'aide. C'est à lui de le mettre en garde d'abord. »

4

LES EFFETS INDÉSIRABLES DU SEVRAGE DU TABAC SERAIENT SURESTIMÉS PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'étude auprès des professionnels de santé montre également que certaines représentations partagées par une part importante des professionnels de santé interrogés expliqueraient en partie la réticence de certains à intervenir sur la problématique tabac auprès de patients atteints de cancer. En particulier, le fait que le tabac puisse représenter un réconfort pour la personne ou qu'arrêter le tabac en même temps que combattre un cancer serait trop difficile. Sont évoqués également comme freins le fait que cela prenne trop du temps et que ce ne soit pas utile pour un patient atteint de cancer (cf. tableau 2).

De plus, les professionnels de santé identifient certains profils de patients avec lesquels ils évoquent moins souvent la problématique du tabac: patients ayant un mauvais pronostic, une maladie psychia-

trique associée, un âge avancé ou une réticence à arrêter de fumer (cf. figure 4). La réticence vis-à-vis du sevrage, exprimée par certains patients ne doit pas être considérée comme un obstacle à l'intervention, mais bien comme une ambivalence face à la dépendance et à la peur de l'échec, sur laquelle il est nécessaire d'agir pour susciter le désir d'arrêt. La proposition de sevrage peut et doit être formulée dans toutes les situations. Revenir sur les idées fausses et apporter des éléments facilitant la prise de parole des professionnels de santé en précisant la nature de leur intervention auprès du patient fumeur est indispensable pour accompagner le changement des pratiques.

Les médecins spécialistes (oncologues et spécialistes d'organe) soulignent la nécessité de bénéficier de for-

TABLEAU 2. FREINS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À L'INTERVENTION DE PRÉVENTION DU TABAGISME AUPRÈS DE PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

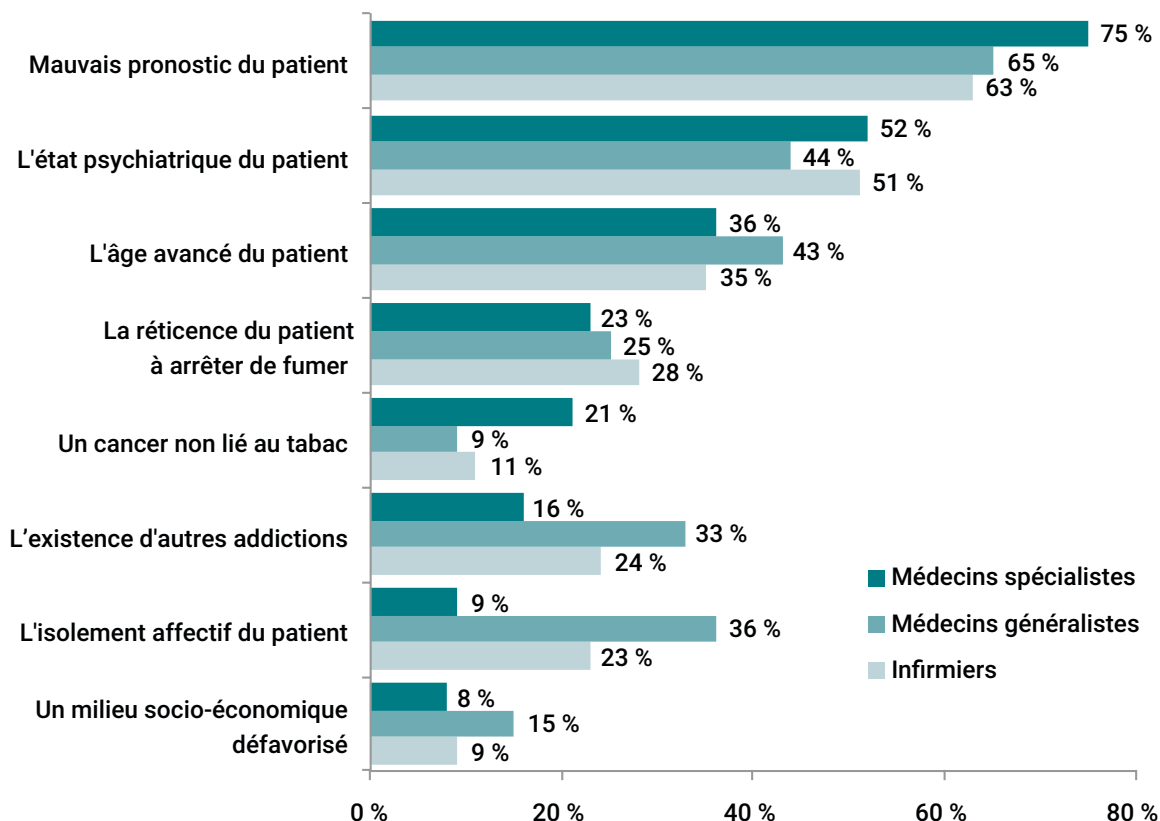
Proportion des professionnels de santé en accord avec les assertions proposées : par exemple, 51 % des médecins spécialistes sont d'accord avec le fait que « le tabac apporte un réconfort pour les patients ».

	Médecins spécialistes (Oncologues et spécialistes d'organe) N= 395	Infirmiers (d'annonce ou de coordination) N=81	Médecins généralistes N=300
« Le tabac apporte un réconfort pour les patients »	51 %	68 %	51 %
« Il est trop difficile d'arrêter de fumer et combattre son cancer en même temps »	44 %	60 %	36 %
« La prévention contre le tabagisme du patient atteint de cancer prend trop de temps pour être abordée »	33 %	21 %	27 %
« Vous pensez que ce n'est pas utile pour le patient qui est déjà atteint par un cancer »	12 %	19 %	13 %
« Vous ne vous sentez pas à l'aise pour aborder la prévention antitabac avec vos patients »	15 %	22 %	9 %
« Les techniques de sevrage tabagique ne sont pas efficaces à ce jour »	25 %	16 %	25 %

Source : INCa 2015

FIGURE 2. CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS POUR LESQUELS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ABORDENT MOINS SOUVENT LA PROBLÉMATIQUE DU TABAC

Parmi les critères suivants, relatifs au patient, quels sont ceux sur lesquels vous vous appuyez principalement pour décider de ne pas parler de l'intérêt du sevrage tabagique ?



Source : INCa (Base : À ceux qui parlent de l'intérêt d'arrêter de fumer à moins de 100 % de leurs patients (MG : 114 ; Médecins spécialistes incluant oncologues médicaux (85) et spécialistes d'organe (98) ; infirmiers 52))

mations pour aborder l'arrêt du tabac avec le patient (70 % d'entre eux) et de disposer d'outils facilitateurs comme des documents d'information pour guider leur pratique, des documents d'information à remettre aux patients (respectivement 77 et 76 % d'entre eux) et d'un réseau de proximité pour orienter le patient (95 % d'entre eux).

Conclusion

La survenue d'un cancer déclenche chez de nombreux patients un désir d'arrêt du tabac. Le tabac est une substance fortement addictive.

Proposer une aide au sevrage lors d'un diagnostic de cancer (surtout au début de la prise en charge) augmente les chances d'arrêt.

Des idées fausses, partagées par les patients et les professionnels de santé sur le sevrage tabagique, aboutissent à la mise à l'écart de certains patients de toute proposition d'aide.

5

COMMENT AIDER LES PATIENTS À SORTIR DU TABAGISME ?

Le rôle de l'équipe en cancérologie est d'impulser une démarche de sevrage en créant les conditions de son initiation et en s'assurant qu'un professionnel de santé dédié (médecin traitant, tabacologue...) prenne le relais pour cet accompagnement. Pour apporter un soutien efficace, il est nécessaire que chaque professionnel de santé (anesthésiste, chirurgien, oncologue médical, spécialiste d'organe, radiothérapeute, infirmier, médecin généraliste...) intègre à sa pratique des techniques ayant fait preuve de leur efficacité. Les éléments présentés ci-dessous reposent sur les recommandations de la HAS concernant l'arrêt de la consommation de tabac (2014) avec la spécificité, pour les patients atteints de cancer, d'une action rapide pour prévenir le plus tôt possible l'impact que peut avoir la poursuite du tabagisme sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge.

► Repérer systématiquement la consommation de tabac, dès le diagnostic, et la suivre à tous les temps de la prise en charge

Le dossier médical doit permettre d'inscrire l'arrêt tabagique comme un élément de la prise en charge des patients atteints de cancer. L'ensemble des professionnels de santé doit, a minima, renseigner le statut tabagique (étape 1 de l'arborescence, figure 3) et documenter son suivi. **Chaque consultation est une nouvelle opportunité d'actualiser ce statut et de renforcer la motivation du patient.**

Il est important qu'un dialogue avec le patient s'installe **dès le début de la prise en charge** pour accompagner le changement de comportement tabagique, que celui-ci ait été ou non préalablement initié par le patient à l'annonce de son cancer (information sur les risques du tabagisme et les bienfaits de l'arrêt). Une vigilance doit être apportée aux **patients ayant arrêté récemment de fumer** (moins de 12 mois) ou à ceux ayant arrêté plus précocement, mais ressentant des difficultés à maintenir cet arrêt. Ces patients doivent, au même titre que les patients fumeurs ac-

tifs, être informés sur les risques du tabagisme et les bienfaits de l'arrêt dans le cadre d'un traitement de cancer. La nécessité d'un accompagnement pour soutenir leur motivation et prévenir les rechutes du tabagisme peut être discutée avec le patient.

Étant donné les risques per et postopératoires associés à la poursuite de la consommation tabagique, la planification d'une **chirurgie**, le plus souvent positionnée en première étape du parcours, apparaît comme le premier moment évident pour proposer une aide à l'arrêt et délivrer un traitement si nécessaire. Les **périodes d'hospitalisation** représentent en particulier des moments propices pour initier ou soutenir un sevrage.

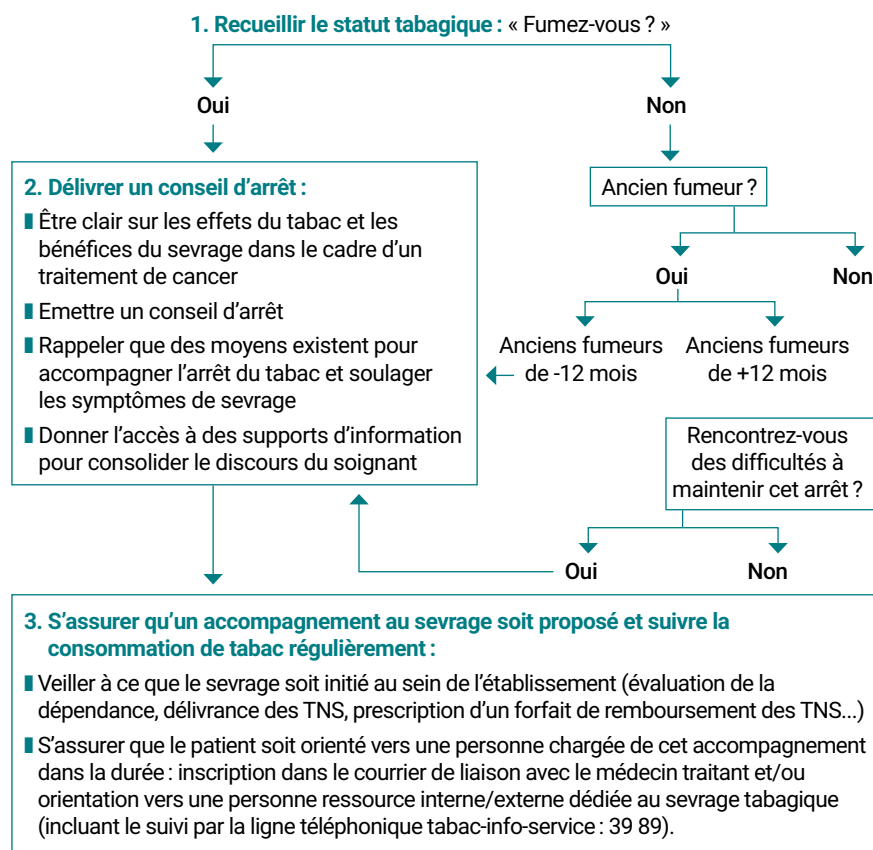
► Délivrer un conseil d'arrêt qui a fait la preuve de son efficacité

La quasi-totalité des professionnels de santé en cancérologie considère qu'il est de leur rôle de sensibiliser les patients à l'arrêt du tabac, mais la moitié ne se sent pas en mesure d'assurer l'accompagnement proprement dit au sevrage⁶, mission relevant de l'activité du médecin généraliste et de consultations spécialisées (en tabacologie, addictologie, tabac info-service) [9]. Ils évoquent un besoin de formation sur les méthodes d'aide au sevrage et un manque de temps. Au vu de ce constat, il apparaît nécessaire de préciser le contenu de l'intervention attendue visant à ce que le patient enclenche, dans le cadre d'une prise en charge en cancérologie, un processus d'arrêt et puisse être orienté vers un professionnel dédié.

Il est recommandé d'utiliser les formulations liées à la santé « bénéfiques »/« risques » plutôt que les termes « bien » ou « mal » qui peuvent être perçus comme un jugement moral. Il s'agit ici, non de culpabiliser sur

6. Enquête auprès de 1 076 professionnels de santé, ref : Intégrer à la prise en charge en cancérologie le repérage du tabagisme et l'accompagnement à l'arrêt pour les patients fumeurs – argumentaire/deuxième partie : Évolution de la consommation de tabac après diagnostic de cancer, INCa, 2016

FIGURE 3. LES TROIS ÉTAPES DU DÉCLENCHEMENT D'UN ACCOMPAGNEMENT À L'ARRÊT DU TABAC DANS LA CADRE DE LA MISE EN PLACE D'UNE PRISE EN CHARGE EN CANCÉROLOGIE



L'action des professionnels de santé en cancérologie doit ainsi se traduire par la délivrance d'un conseil d'arrêt énoncé clairement et personnalisé (étape 2 de l'arborescence, figure 3), par exemple :

« L'arrêt du tabac fait partie de votre traitement de cancer, nous pouvons vous aider »

« Il n'est jamais trop tard pour arrêter et c'est encore mieux d'arrêter au tout début de la prise en charge de votre cancer »

« Continuer à fumer sera néfaste pour votre état de santé, en revanche arrêter de fumer pourra améliorer l'efficacité de votre prise en charge »

Cette personnalisation pourra être adaptée en fonction du professionnel de santé prenant la parole et adaptée, si possible, aux spécificités du parcours du patient, par exemple :

« Arrêter de fumer diminuera vos risques de survenue de complications et augmentera les chances de succès de la reconstruction mammaire »

un éventuel lien de causalité entre tabagisme et cancer, mais de mobiliser pour une réduction des risques pour l'avenir.

Il est recommandé également de donner l'accès à des supports d'information pour permettre au patient d'y repenser par la suite et de consolider le discours du soignant (ex: brochures, cancer info, applications smartphone tabac-infoservice...).

Dans un second temps, il est important de rappeler que le tabagisme est une addiction qui nécessite un accompagnement par un professionnel et que **l'arrêt du tabac n'est pas qu'une question de volonté**, quel que soit le niveau de consommation. Des traitements de substitution ont fait preuve de leur efficacité et permettent de soulager les symptômes de sevrage. L'accompagnement par un professionnel de santé et la délivrance de traitements nicoti-

niques de substitution (TNS) augmentent l'abstinence à 6 mois de 50 % à 70 % (en comparaison à placebo ou absence de traitement) [56].

L'objectif à atteindre est bien l'arrêt de la consommation et non la réduction, car l'effet de la durée du tabagisme est plus important que le niveau de consommation quotidienne vis-à-vis du risque cancer. Cependant, la réduction accompagnée de la consommation, associée par exemple à des TNS, peut-être une étape vers un arrêt ultérieur pour les fumeurs ne pouvant pas arrêter dans un premier temps [9]. Pour faciliter le dialogue avec le patient, il peut s'avérer important de revenir sur certaines situations particulières.

Le tableau suivant propose des exemples de réponses à fournir aux patients dans le but de dépasser certaines barrières.

TABLEAU 3. EXEMPLES DE RÉPONSES À FOURNIR AUX PATIENTS DANS LE BUT DE DÉPASSER CERTAINES BARRIÈRES		
Freins	Réponses/attitudes possibles du professionnel de santé	Rationnel de la réponse
Le patient : « C'est trop tard , les effets du tabac ont déjà induit un cancer »	« L'arrêt du tabac fait partie de votre traitement. L'arrêt de votre consommation permettra une meilleure qualité et efficacité de la prise en charge. Nous sommes là pour vous aider »	Cette réponse permet de dire qu'il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac et de revenir sur les effets positifs attendus de l'arrêt (meilleur pronostic, diminution des risques per et post opératoires, des effets indésirables de la radiothérapie, etc.)
Le patient : « Pas question de me priver de se plaisir , pas maintenant »	« J'entends ce que vous me dites. Ce n'est pas tant le fait de fumer qui apporte du plaisir, mais plutôt de rompre avec un état de manque désagréable. Nous disposons de traitements qui soulageront vos symptômes de manque. Compte tenu des bénéfices associés à l'arrêt du tabac, le sevrage fait partie de la prise en charge de votre cancer et sera bénéfique pour vous. Nous sommes là pour vous aider »	Une étude récente contredit l'idée que le tabagisme est associé à un plaisir. Dans celle-ci les non-fumeurs et ex-fumeurs étaient tous deux considérablement plus heureux que les fumeurs actuels. L'étude a également permis de démontrer que les fumeurs avec des niveaux plus élevés de dépendance à la nicotine étaient significativement moins heureux que ceux qui avaient un faible niveau de dépendance. En plus des bénéfices sanitaires, l'arrêt du tabac permet une meilleure santé physique et émotionnelle (Stickley et al. 2015).
Le patient : « Maintenant, ce n'est pas le bon moment de parler de mon tabagisme »	« Il est important de pouvoir arrêter le plus tôt possible pour permettre une qualité et efficacité maximale de la prise en charge de votre cancer. Nous sommes là pour vous aider »	Il est important que le patient prenne conscience que plus il arrête tôt de fumer, plus il réduit les risques associés au tabagisme notamment ceux qui peuvent dégrader la qualité et le vécu de sa prise en charge cancérologique (risques per et post opératoires, effets indésirables des traitements, chance de guérison...)

TABLEAU 3. EXEMPLES DE RÉPONSES À FOURNIR AUX PATIENTS DANS LE BUT DE DÉPASSER CERTAINES BARRIÈRES		
Freins	Réponses/attitudes possibles du professionnel de santé	Rationnel de la réponse
Le patient : « Je suis déjà stressé avec mon cancer. J'ai besoin de fumer pour calmer mes nerfs »	« Nous disposons de traitements qui soulageront vos symptômes de manque. L'arrêt du tabac fait partie de votre traitement. Nous pouvons aussi vous aider à gérer l'anxiété »	En population générale les études montrent que le niveau d'anxiété augmente au cours des deux semaines suivant le sevrage tabagique, puis diminue après un mois de sevrage à un niveau plus faible qu'avant l'arrêt du tabac (HAS, 2014). La dépression, qui est plus souvent observée chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, diminue les chances de succès du sevrage. Il est donc préférable de repérer l'anxiété et la dépression éventuelles, antérieures ou concomitantes au tabagisme, et de suivre l'évolution de ces troubles durant le sevrage tabagique.
Situation : une co-dépendance tabac et alcool	Les patients atteints de cancers qui fument et qui sont de forts consommateurs d'alcool sont moins à même d'initier un sevrage et de réussir à arrêter de fumer que des fumeurs à consommation d'alcool modérée (Duffy, 2012). C'est pourquoi, il est important de repérer les autres consommations à risques, telles que l'alcool. L'orientation vers une consultation d'addictologie doit alors être privilégiée. La HAS recommande de privilégier chaque fois que cela est possible le sevrage conjoint, simultané ou successif rapproché, des différentes substances psychoactives consommées.	
Situation : Le mauvais pronostic des patients	Les données scientifiques ont montré que la poursuite du tabagisme était associée à une détérioration plus marquée de la qualité de vie physique et psychique. Par ailleurs, le patient peut ressentir le besoin de parler de son tabagisme et bénéficier, au même titre que les autres, d'un accompagnement au sevrage. D'autre part, si le patient est alité ou en incapacité de sortir pour fumer une cigarette, un substitut nicotinique pourrait lui éviter de ressentir les symptômes de sevrage.	
Situation : L'âge avancé du patient	En population générale, l'arrêt du tabagisme après 65 ans n'est pas souvent proposé aux patients fumeurs, encore moins après 75 ans. Or, de nombreux bénéfices pour la santé ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie peuvent être attendus [57]. Les personnes de plus de 60 ans n'ont pas plus de difficulté à arrêter la consommation de tabac que les sujets plus jeunes. De plus, les thérapeutiques actuellement reconnues comme efficaces dans l'aide à l'arrêt du tabac le sont également chez les personnes âgées [58]. L'âge du patient ne doit donc pas être un critère restrictif.	

► S'assurer qu'un accompagnement au sevrage soit proposé et suivre la consommation de tabac régulièrement

Il est nécessaire d'apporter une réponse rapide aux fumeurs en planifiant la prise en charge du sevrage qui doit être inscrite dans le dossier du patient. Ainsi, des modalités qui permettent d'initier le sevrage tabagique et d'orienter les patients pour un accompagnement dans la durée doivent être mises en oeuvre au sein des établissements.

Initiation du sevrage au sein de l'établissement

Lorsqu'un fumeur est identifié, il est recommandé d'évaluer son niveau de dépendance. Il est admis qu'un patient qui continue de fumer malgré la survenue d'un cancer (ou autres pathologies en rapport avec son tabagisme) doit être considéré comme dépendant et nécessitant une aide adaptée. Au cours de l'anamnèse, des critères de dépendance supplémentaires peuvent être repérés (notamment syndrome de sevrage, perte de contrôle, désir persistant ou incapacité à réduire ou à arrêter)

Les traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes. Les traitements médicamenteux sont plus efficaces quand ils sont associés à un accompagnement par un professionnel de santé. Les traitements nicotiques de substitution (TNS) sont le traitement médicamenteux de première intention⁷. Ils doivent être disponibles dans les services et dispensés au même titre que les autres thérapies du cancer. Ainsi, il est nécessaire que des protocoles de prise en charge des patients fumeurs soient établis dans les services d'oncologie comme outil facilitateur pour soulager une dépendance pendant un séjour hospitalier.

La combinaison d'un timbre avec une forme galénique de TNS d'absorption rapide de nicotine (ex : gomme) est plus efficace qu'une forme unique de TNS. Il est recommandé d'adapter la dose des TNS dès la première semaine en fonction de l'existence de symptômes de sous-dosage (ex : troubles du sommeil, difficultés à se concentrer, pulsion à fumer...) ou de surdosage (ex : céphalées, nausées, palpitations, impression d'avoir trop fumé). Le patient doit être informé de ces symp-

tômes afin de pouvoir adapter la dose. Il est possible, dans un premier temps, de combiner TNS et tabac. La prise persistante de cigarette sous TNS traduit le plus souvent un sous-dosage. Les TNS doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée d'au minimum trois mois.

Deux méta analyses (Nayan et al. 2011 et 2013) confirment que les interventions de sevrage tabagique menées auprès des patients atteints de cancer seraient plus efficaces lorsqu'elles combinent une approche comportementale et une substitution gratuite [59, 60].

Pour faciliter l'accessibilité aux TNS pour les patients atteints de cancer, **le forfait de remboursement annuel des TNS est passé de 50 à 150 euros en 2015.**

Concernant l'utilisation de la **cigarette électronique**, les recommandations actuelles de la HAS (2014) invitent les professionnels de santé à ne pas dissuader les patients de son utilisation lorsque celle-ci s'inscrit dans le cadre d'une démarche d'arrêt complet du tabac fumé. Plus récemment, l'agence de santé publique anglaise a publié une revue d'experts concluant que le risque associé à l'e-cigarette est environ 95 % moins important que celui associé à la cigarette et que l'e-cigarette peut aider les fumeurs à arrêter [61].

7. La varécline et le bupropion peuvent être prescrits en deuxième intention (HAS, 2014)

Une dynamique à impulser au niveau de l'établissement

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit d'inscrire l'organisation d'un accompagnement au sevrage tabagique dans les critères d'autorisation à la prise en charge des cancers (action 8.4). La systématisation de l'aide à l'arrêt du tabac pour les patients fumeurs atteints de cancer nécessite, en effet, la mise en place d'une dynamique structurante **à l'échelle des établissements reposant sur les éléments minimaux suivants** :

- élaborer un projet d'établissement incluant la description du parcours du patient fumeur ;
- mettre des outils à disposition des équipes soignantes pour permettre le recueil systématique, le suivi et le partage des informations sur la consommation de tabac des patients (RCP, PPS, PPAC...);
- organiser pour le personnel soignant du service de cancérologie des formations courtes et opérationnelles afin d'acquérir des techniques validées leur permettant d'agir plus efficacement auprès des patients fumeurs ;
- identifier une personne référente dans le service sur cette question (ex : infirmière de coordination, ELSA...);
- assurer l'information et l'implication systématique du médecin traitant dans ce processus (courrier de liaison...);
- identifier et mobiliser un réseau de professionnels à partir des ressources internes-externes existantes ;
- rendre accessibles les TNS, dans les services accueillant des patients atteints de cancer, et les dispenser au même titre que les autres médicaments. Des protocoles de délivrance des TNS devront être élaborés dans ces services ;
- avoir une démarche plus générale d'exemplarité en appliquant strictement la charte « Hôpital sans tabac » (affichage, informations présentes dans le livret d'accueil, accompagnement des employés au sevrage tabagique...).

Deux domaines de recherche essentiels à investir

1. Tester et évaluer des modalités d'intervention et d'organisation de soins innovantes pour définir celles qui permettent de recueillir l'adhésion du plus grand nombre et qui s'avèrent les plus efficaces pour l'aide à l'arrêt du tabac dans un contexte de prise en charge en cancérologie.
2. Mieux décrire les effets du tabac sur l'efficacité des thérapies anticancéreuses et leurs effets indésirables (ex : cardiotoxicité, second cancer primitif...). L'Institut national du cancer souhaite ainsi, de la même façon que le demande l'American Association for Cancer Research (AACR), l'inscription systématique et homogène du statut tabagique et de son suivi dans les essais cliniques.

Le traitement doit toujours être envisagé dans le cadre d'une décision partagée avec le patient. Cet échange est l'occasion de recueillir les préférences des patients et de **renforcer la motivation à l'arrêt**. Certaines formations courtes (1 jour) et opérationnelles permettent aux professionnels de santé d'acquérir les compétences nécessaires à cet exercice.

L'orientation

L'accompagnement par un professionnel de santé augmente l'efficacité du sevrage sur le long terme. **Le médecin traitant est l'acteur clé de cette démarche**. Les courriers de liaison entre l'équipe hospitalière et le médecin traitant doivent ainsi préciser le statut tabagique et la proposition de prise en charge de sevrage tabagique. Plus de 90 % des médecins généralistes interrogés dans l'enquête menée par l'INCa en 2014 auprès de 300 médecins considèrent que c'est leur rôle d'accompagner l'arrêt du tabac des patients atteints de cancer⁸.

Il existe une relation entre l'intensité de la prise en charge (durée et nombre de contacts) et le taux d'abstinence.

L'orientation vers une **consultation par un spécialiste du sevrage tabagique** (tabacologie, addictologie) peut être envisagée après discussion avec le patient et selon ses caractéristiques propres (co-consommation tabac-alcool, tabac-cannabis, désir du patient...).

L'**identification au préalable d'un réseau spécifique** reposant sur des ressources internes à l'établissement lorsqu'elles existent (consultations addictologie, ELSA) et sur des ressources externes existantes sur le territoire de vie du patient est nécessaire. Pour rappel, une liste des consultations de tabacologie par département est disponible sur le site [tabac-info-service](#).

Si, pour diverses raisons (géographiques, mobilité, temps, etc.), un patient ne peut pas être aidé par un professionnel de santé pour arrêter, il est recommandé de l'orienter vers un **accompagnement téléphonique par la ligne téléphonique tabac-info-service** (d'autant plus efficace que les rendez-vous sont nombreux et fréquents).

8. Argumentaire - Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer /Systématiser son accompagnement, outils pour la pratique, INCa, mars 2016

RÉDACTION ET RÉFÉRENCES

» Rédaction

- **Julie GAILLOT-de SAINTIGNON** (INCa, département prévention),
- **Antoine DEUTSCH** (INCa, département prévention)

» Groupe de travail

- **Laurence BOT** (infirmière coordinatrice, CHU Rennes),
- **Anne BORGNE** (Médecin addictologue, RESPADD),
- **Anne CHILLES-WANG** (radiothérapeute, Institut Curie, Paris),
- **Sarah DAUCHY** (médecin psychiatre, chef du département de soins de support à Gustave Roussy, Villejuif),
- **Bertrand DAUTZENBERG** (pneumologue, Hôpital la Pitié-Salpêtrière APHP),
- **Jean-Luc GALLAIS** (médecin généraliste),
- **Estelle LAVIE** (chef de projet, Haute Autorité de santé),
- **Maria MELCHIOR** (épidémiologiste, Inserm 1018),
- **Patrick MERLE** (pneumologue, CHU Clermont-Ferrand),
- **Frédéric PIERRU** (sociologue/politiste, CNRS UMR 8026, Université de Lille 2),
- **Jean Louis RADET** (représentant de patients, Comité des usagers et des professionnels de l'INCa),
- **Françoise RIMAREIX** (chirurgien plasticien et sénologue, chef de service de chirurgie oncologique du sein, Institut Gustave Roussy, Villejuif),
- **Anne STOEBNER-DELBARRE** (médecin tabacologue, Institut du cancer de Montpellier),
- **Virginie WESTEEL** (pneumologue, CHRU Besançon),
- **Nathalie WIRTH** (médecin addictologue, CHRU Nancy)

» Relecteurs

- **Ivan BERLIN** (médecin, Hôpital la Pitié-Salpêtrière APHP),
- **Dominique BESSETTE** (INCa, responsable du département prévention),
- **Nicolas BONNET** (pharmacien spécialisé en santé publique, directeur du Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD)),
- **Anne GANGLER** (médecin généraliste, cancérologue, Centre Paul Papin, Angers)

» Références

01. INCa, Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008 - Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Boulogne-Billancourt. 2014.
02. SGR, US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking - 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2014.
03. Parsons, A., et al., Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*, 2010. 340: p. b5569.
04. Al-Mamgani, A., et al., Radiotherapy for T1a glottic cancer: the influence of smoking cessation and fractionation schedule of radiotherapy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2014. 271(1): p. 125-32.
05. Hilgert, E., et al., Tobacco abuse relates to significantly reduced survival of patients with oropharyngeal carcinomas. *Eur J Cancer Prev*, 2009. 18(2): p. 120-6.
06. Chen, A.M., et al., Head and neck cancer among lifelong never-smokers and ever-smokers:

- matched-pair analysis of outcomes after radiation therapy. *Am J Clin Oncol*, 2011. 34(3): p. 270-5.
07. Nakagawa, M., et al., Relationship between the duration of the preoperative smoke-free period and the incidence of postoperative pulmonary complications after pulmonary surgery. *Chest*, 2001. 120(3): p. 705-10.
 08. Sardari Nia, P., et al., Prognostic value of smoking status in operated non-small cell lung cancer. *Lung Cancer*, 2005. 47(3): p. 351-9.
 09. HAS, « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours ». 2014.
 10. INCa, « Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008 », Collection État des lieux & des connaissances, ouvrage édité par l'INCa, Boulogne. 2012.
 11. Mason, D.P., et al., Impact of smoking cessation before resection of lung cancer: a Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery Database study. *Ann Thorac Surg*, 2009. 88(2): p. 362-70 ; discussion 370-1.
 12. Kuri, M., et al., Determination of the duration of preoperative smoking cessation to improve wound healing after head and neck surgery. *Anesthesiology*, 2005. 102(5): p. 892-6.
 13. Jung, J.J., et al., Surgical treatment of anastomotic recurrence after gastrectomy for gastric cancer. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*, 2014. 47(3): p. 269-74.
 14. Garces, Y.I., et al., The relationship between cigarette smoking and quality of life after lung cancer diagnosis. *Chest*, 2004. 126(6): p. 1733-41.
 15. Chen, J., et al., Effect of cigarette smoking on quality of life in small cell lung cancer patients. *Eur J Cancer*, 2012. 48(11): p. 1593-601.
 16. Poghosyan, H., et al., Health-related quality of life after surgical treatment in patients with non-small cell lung cancer: a systematic review. *Lung Cancer*, 2013. 81(1): p. 11-26.
 17. Balduyck, B., et al., Quality of life after anterior mediastinal mass resection: a prospective study comparing open with robotic-assisted thoroscopic resection. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2011. 39(4): p. 543-8.
 18. Baser, S., et al., Smoking cessation after diagnosis of lung cancer is associated with a beneficial effect on performance status. *Chest*, 2006. 130(6): p. 1784-90.
 19. Morse, D.E., et al., Smoking and drinking in relation to depressive symptoms among persons with oral cancer or oral epithelial dysplasia. *Head Neck*, 2010. 32(5): p. 578-87.
 20. Duffy, S.A., et al., Depressive symptoms, smoking, drinking, and quality of life among head and neck cancer patients. *Psychosomatics*, 2007. 48(2): p. 142-8.
 21. Duffy, S.A., et al., Effect of smoking, alcohol, and depression on the quality of life of head and neck cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 2002. 24(3): p. 140-7.
 22. Gritz, E.R., et al., Smoking withdrawal and relapse in head and neck cancer patients. *Head Neck*, 1999. 21(5): p. 420-7.
 23. Bolam, B., R. West, and D. Gunnell, Does smoking cessation cause depression and anxiety? Findings from the ATTEMPT cohort. *Nicotine Tob Res*, 2011. 13(3): p. 209-14.
 24. Rugg, T., M.I. Saunders, and S. Dische, Smoking and mucosal reactions to radiotherapy. *Br J Radiol*, 1990. 63(751): p. 554-6.
 25. van der Voet, J.C., et al., The impact of treatment time and smoking on local control and complications in T1 glottic cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 1998. 42(2): p. 247-55.
 26. Eifel, P.J., et al., Correlation of smoking history and other patient characteristics with major complications of pelvic radiation therapy for cervical cancer. *J Clin Oncol*, 2002. 20(17): p. 3651-7.
 27. Lilla, C., et al., Predictive factors for late normal tissue complications following radiotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 2007. 106(1): p. 143-50.

28. Hooning, M.J., et al., Long-term risk of cardiovascular disease in 10-year survivors of breast cancer. *J Natl Cancer Inst*, 2007. 99(5): p. 365-75.
29. Hocevar-Boltezar, I., M. Zargi, and P. Strojjan, Risk factors for voice quality after radiotherapy for early glottic cancer. *Radiother Oncol*, 2009. 93(3): p. 524-9.
30. Zevallos, J.P., et al., Complications of radiotherapy in laryngopharyngeal cancer: effects of a prospective smoking cessation program. *Cancer*, 2009. 115(19): p. 4636-44.
31. Wedlake, L.J., C. Shaw, and O. Griffin, The prevalence of dietary-related complementary and alternative therapies and their perceived usefulness among cancer patients. *J Hum Nutr Diet*, 2010. 23(2): p. 194 ; author reply 195.
32. Alsadius, D., et al., Tobacco smoking and long-lasting symptoms from the bowel and the anal-sphincter region after radiotherapy for prostate cancer. *Radiother Oncol*, 2011. 101(3): p. 495-501.
33. Travis, L.B., et al., Lung cancer following chemotherapy and radiotherapy for Hodgkin's disease. *J Natl Cancer Inst*, 2002. 94(3): p. 182-92.
34. van Leeuwen, F.E., et al., Roles of radiotherapy and smoking in lung cancer following Hodgkin's disease. *J Natl Cancer Inst*, 1995. 87(20): p. 1530-7.
35. Prochazka, M., et al., Ionizing radiation and tobacco use increases the risk of a subsequent lung carcinoma in women with breast cancer: case-only design. *J Clin Oncol*, 2005. 23(30): p. 7467-74.
36. Ford, M.B., et al., Effects of smoking and radiotherapy on lung carcinoma in breast carcinoma survivors. *Cancer*, 2003. 98(7): p. 1457-64.
37. Tucker, M.A., et al., Second primary cancers related to smoking and treatment of small-cell lung cancer. *Lung Cancer Working Cadre. J Natl Cancer Inst*, 1997. 89(23): p. 1782-8.
38. Neugut, A.I., et al., Increased risk of lung cancer after breast cancer radiation therapy in cigarette smokers. *Cancer*, 1994. 73(6): p. 1615-20.
39. Warren, G.W., S. Sobus, and E.R. Gritz, The biological and clinical effects of smoking by patients with cancer and strategies to implement evidence-based tobacco cessation support. *Lancet Oncol*, 2014. 15(12): p. e568-80.
40. Sobus, S.L. and G.W. Warren, The biologic effects of cigarette smoke on cancer cells. *Cancer*, 2014. 120(23): p. 3617-26.
41. O'Malley, M., et al., Effects of cigarette smoking on metabolism and effectiveness of systemic therapy for lung cancer. *J Thorac Oncol*, 2014. 9(7): p. 917-26.
42. Hanna, N., et al., Tobacco cessation and control a decade later: American society of clinical oncology policy statement update. *J Clin Oncol*, 2013. 31(25): p. 3147-57.
43. Toll, B.A., et al., Assessing tobacco use by cancer patients and facilitating cessation: an American Association for Cancer Research policy statement. *Clin Cancer Res*, 2013. 19(8): p. 1941-8.
44. NCCN, <http://www.nccn.org/about/news/newsinfo.aspx?NewsID=498>, consulté le 15 oct 2015.
45. INCa, la vie deux ans après un diagnostic de cancer - de l'annonce à l'après-cancer. Collections Eudes et enquêtes, 2014.
46. Tseng, T.S., et al., Who tended to continue smoking after cancer diagnosis: the national health and nutrition examination survey 1999-2008. *BMC Public Health*, 2012. 12: p. 784.
47. Westmaas, J.L., et al., Does a Recent Cancer Diagnosis Predict Smoking Cessation? An Analysis From a Large Prospective US Cohort. *J Clin Oncol*, 2015. 33(15): p. 1647-52.
48. Demark-Wahnefried, W., et al., Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol*, 2005. 23(24): p. 5814-30.
49. McBride, C.M. and J.S. Ostroff, Teachable moments for promoting smoking cessation: the context of cancer care and survivorship. *Cancer Control*, 2003. 10(4): p. 325-33.
50. Tang, M.W., et al., A surgeon led smoking cessation intervention in a head and neck cancer centre. *BMC Health Serv Res*, 2014. 14: p. 636.
51. Flocke, S.A., et al., Teachable moments for health behavior change and intermediate patient outcomes. *Patient Educ Couns*, 2014. 96(1): p. 43-9.
52. Lopez-Quintero, C., et al., Probability and predictors of transition from first use to dependence on nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine: results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend*, 2011. 115(1-2): p. 120-30.

53. Grignon, M., Reddock J., L'effet des interventions contre la consommation de tabac: une revue des revues de littérature. Questions d'économie de la santé 2012.
54. Sanderson Cox, L., et al., Smoking behavior of 226 patients with diagnosis of stage IIIA/IIIB non-small cell lung cancer. *Psychooncology*, 2002. 11(6): p. 472-8.
55. Gritz, E.R., et al., Successes and failures of the teachable moment: smoking cessation in cancer patients. *Cancer*, 2006. 106(1): p. 17-27.
56. Stead, L.F. and T. Lancaster, Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 10: p. CD008286.
57. Dupont, P., Blécha, L., Aide à l'arrêt du tabagisme chez les personnes âgées, NPG, Elsevier Masson SAS, Vol 12, N° 67, p3-8. 2012.
58. Jeremias, E., et al., Smoking cessation in older adults. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2012. 16(2): p. 273-8.
59. Nayan, S., M.K. Gupta, and D.D. Sommer, Evaluating smoking cessation interventions and cessation rates in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *ISRN Oncol*, 2011. 2011: p. 849023.
60. Nayan, S., et al., Smoking cessation interventions and cessation rates in the oncology population: an updated systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2013. 149(2): p. 200-11.
61. <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-an-evidence-update>, aout 2015.

ANNEXE : TABLEAUX DES RÉFÉRENCES SCIENTIFIQUES SUR LES EFFETS DU TABAGISME SELON LA LOCALISATION DE CANCER

► Explicitation des statuts tabagiques :

- **non-fumeurs**: patients n'ayant jamais fumé
- **anciens fumeurs**: patients ayant arrêté de fumer avant le diagnostic du cancer
- **arrêt postdiagnostic**
- **NS**: résultats non significatifs

CANCER DU POUMON	PRINCIPALES CONCLUSIONS	RÉFÉRENCES
Mortalité globale :	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 et al. (2010), Zhou et al. (2006), Mulligan et al. (2006), Poullis et al. (2013), Warren et al. (2013), Tao et al. (2013)
Mortalité spécifique par cancer :	<ul style="list-style-type: none"> ■ risque plus élevé pour les fumeurs/anciens fumeurs 	Warren et al. (2013)
Récidive :	<ul style="list-style-type: none"> ■ risque plus élevé pour les fumeurs/arrêt post diagnostic (stades localisés) 	Méta-analyse Parsons et al. (2010)
Second cancer primitif :	<ul style="list-style-type: none"> ■ risque plus élevé pour les fumeurs/arrêt post diagnostic (CPPC, stades localisés) 	Méta-analyse Parsons et al. (2010)
Risques per et postopératoires :	Tabagisme actif associé à plus de complications pulmonaires et d'hospitalisations avec un bénéfice avéré de l'arrêt tabagique en amont de l'intervention	Takamochi et al. (2011), Endoh et al. (2013), Gajdos et al. (2012), Nakagawa et al. (2001), Vaporciyan et al. (2002), Barrera et al. (2005), Mason et al. (2009)
Qualité de vie :	Tabagisme actif associé à une moins bonne qualité de vie globale, appétit, fatigue, toux, à plus de douleurs modérées à sévères et à un moins bon « performance status » à 6 et 12 mois (stades localisés et avancés)	Revue de Rowland, Eiser et al. (2012), Revue de McDonnell, Bullock et al. (2014), Daniel et al. (2009), Gonzalez et al. (2014), Ditte et al. (2011), Revue de Poghosyan et al. (2013), Garces et al. (2004), Chen et al. (2012), Baser et al. (2006)

CPPC : cancer du poumon à petites cellules / CPNPC : cancer du poumon non à petites cellules

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 et al. (2007), Holmes et al. (2007), Hellmann et al. (2010), Braithwaite et al. (2012), Warren et al. (2013), Pierce et al. (2014), Bérubé et al. (2014), Warren et al. (2013)
Mortalité par cancer :	■ risque plus élevé pour les fumeuses/ non-fumeuses • risque plus élevé pour les fumeuses/anciennes fumeuses	Braithwaite et al. (2012), Warren et al. (2013), Pierce et al. (2014), Bjerkaas et al. (2014), Méta- analyse de Bérubé et al. (2014), Warren et al. (2013)
Récidive :	■ risque plus élevé pour les fumeuses/non- fumeuses	Pierce et al. (2014)
Second cancer primitif :	■ risque plus élevé pour les fumeuses/non- fumeuses ■ effet synergique irradiation/tabagisme (cancer du poumon)	Ricceri et al. (2015), Prochazka et al. (2005), Ford et al. (2003), Kaufman et al. (2008), Neugut et al. (1994)
Risques per et post opérateurs :	Tabagisme actif associé à des complications liées à la cicatrisation, des complications et échec de la reconstruction	Sorensen et al. (2002), McCarthy et al. (2008), Angarita et al. (2011), De Blacam et al. (2012), davis et al. (2013)
Risques associés à la radiothérapie :	Tabagisme actif associé à des complications toxicités cutanées, une cardiotoxicité	Lilla et al. (2007), Kraus- Tiefenbacher et al. (2012), Sharp et al. (2013), Hooning et al. (2007)
Qualité de vie :	Tabagisme actif associé à une moins bonne vitalité, fonctionnement physique, santé mentale, rôle émotionnel	Jang et al. (2011)

CANCER DES VADS	PRINCIPALES CONCLUSIONS :	RÉFÉRENCES :
Mortalité globale :	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 et al. (2009), Khuri et al. (2006), Hong et al. (2012), Warren et al. (2013), Mayne et al. (2009), Al-Mamgami et al. (2014), Hilgert et al. (2009), Chen et al. (2011), Gillison et al. (2012), Browman et al. (1993), Browman et al. (2002), Gillison et al. (2012), Jerjes et al. (2012)
Mortalité spécifique par cancer/survie sans progression/survie sans récurrence :	résultats non homogènes entre les différentes études (fumeurs/anciens fumeurs)	Gillison et al. (2012), Warren et al. (2013), Khuri et al. (2006), Maxwell et al. (2010), Hong et al. (2012)
Second cancer primitif :	■ risque plus élevé pour les fumeurs/ anciens fumeurs	Day et al. (1994), Khuri et al. (2006), Do et al. (2004), Chen et al. (2011)
Risques per et postopératoires :	Tabagisme actif associé à plus de complications liées à la cicatrisation et bénéfice avéré de l'arrêt tabagique en amont de l'intervention	Kuri et al. (2005)
Risques associés à la radiothérapie :	Tabagisme actif associé à la dégradation de la qualité vocale, la persistance de mucite, d'œdème, de fibrose, d'induration sévère et de nécrose à long terme, d'hospitalisations et bénéfice avéré de l'arrêt tabagique	Rugg et al. (1990), Van der Voet et al. (1998), Hocevar-Boltezar et al. (2009), Zevallos et al. (2009), Chen et al. (2011), Al-Mamgami et al. (2014)
Qualité de vie :	Tabagisme actif associé à un moins bon fonctionnement physique, social, cognitif, à une moins bonne vitalité, à plus de nausées, dyspnée, perte d'appétit et de plus fortes douleurs ressenties	Duffy et al. (2002 et 2007), Gritz et al. (1999), Jensen et al. (2007), Logan et al. (2010)

CANCER DE LA PROSTATE	PRINCIPALES CONCLUSIONS :	RÉFÉRENCES :
Mortalité globale :	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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 et al. (2004), Merrick et al. (2006), Bittner et al. (2008), Taira et al. (2011), Kenfield et al. (2011), Moreira et al. (2014)
Mortalité spécifique :	résultats non homogènes entre les différentes études (fumeurs/non-fumeurs)	Pickles et al. (2004), Merrick et al. (2006), Kenfield et al. (2011), Islami et al. (2014), Steinberger et al. (2014), Islami et al. (2014)
Récidive :	■ risque plus élevé chez les fumeurs/non-fumeurs (avec une différence NS entre anciens fumeurs/non-fumeurs)	Merrick et al. (2006), Kenfield et al. (2011), Joshu et al. (2011), Moriera et al. (2014), Steinberger et al. (2014), Pickles et al. (2004)
Mortalité par maladies cardiovasculaires :	■ risque plus élevé chez les fumeurs/non-fumeurs (avec une différence NS entre anciens fumeurs/non-fumeurs)	Bittner et al. (2008), Kenfield et al. (2011)
Risques associés à la radiothérapie :	Tabagisme actif associé à des symptômes gastro-intestinaux et des toxicités rectales	Wedlake et al. (2010), Alsadius et al. (2011)

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 et al. (2014), Phipps et al. (2013)
Mortalité spécifique :	■ risque plus élevé chez les fumeurs/non-fumeurs (avec une différence NS entre anciens fumeurs/non-fumeurs)	Parajuli et al. (2014), Yang et al. (2015), Phipps et al. (2013), Parajuli et al. (2014)
Risques per et postopératoires :	Tabagisme actif associé à une augmentation de la durée d'hospitalisation, du risque de complications pulmonaires et de la mortalité à 1 an	Gajdos et al. (2012)
Risques associés à la radiothérapie :	Tabagisme actif associé à des symptômes gastro-intestinaux	Wedlake et al. (2010)
Qualité de vie :	Tabagisme actif associé à un moins bon fonctionnement physique, vitalité, santé mentale, émotionnel	Jang et al. (2011)



Édité par l'Institut national du cancer (INCa)

Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception : INCa

Réalisation : INCa

Illustrations : INCa

ISBN : 978-2-37219-198-2

ISBN net : 978-2-37219-199-9

DEPÔT LÉGAL MARS 2016



Tous les professionnels de santé (chirurgiens, anesthésistes, oncologues médicaux, spécialistes d'organe, radiologues, médecins traitants, infirmiers, pharmaciens, etc.) ont un rôle à jouer pour l'arrêt du tabac de leurs patients atteints de cancer, quels que soient la localisation et le stade du cancer.

Un fumeur aura 80 % plus de chance d'arrêter s'il reçoit de l'aide d'un professionnel de santé.

Le repérage de la consommation, la délivrance d'un conseil d'arrêt adapté et la proposition d'un sevrage doivent être intégrés à la prise en charge thérapeutique pour tout patient fumeur. Cette démarche doit être initiée dès le début de la prise en charge, en particulier avant la chirurgie, et maintenue tout au long du parcours de soins et du suivi.

Ce document vous donne des clés pour mieux appréhender les bénéfices de l'arrêt du tabac pour vos patients et précise les modalités et différents niveaux d'intervention.

