

Sevrage tabagique

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels des régions de Lorraine, Rhône-Alpes et Auvergne, soutenus par les réseaux régionaux de cancérologie ONCOLOR et Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes et en partenariat avec la [Société Francophone de Tabacologie \(SFT\)](#) et l'[Association Francophone pour les Soins Oncologiques de support \(AFSOS\)](#), en tenant compte des recommandations nationales, et conformément aux données acquises de la science au **11 décembre 2015**.

[→ Accès à la version AFSOS en format pdf](#)

1. Généralités

- Tout tabagisme doit être traité indépendamment de l'âge du patient.
- Le rôle du médecin n'est pas d'attendre que le fumeur soit motivé pour arrêter, mais de faire évoluer sa motivation et de l'aider au sevrage après, éventuellement, une étape intermédiaire de réduction de consommation.
- L'arrêt du tabac est associé à une amélioration des signes de dépression, d'anxiété et de stress.
- Un programme national de réduction du tabac (**PNRT**) a été initié pour la période 2014-2019 conformément à la mesure 10 du 3^{ème} plan cancer.

- Ce référentiel s'adresse à tous les professionnels de santé :
 - afin qu'ils soient sensibilisés et qu'ils informent leurs patients atteints de cancer des bénéfices de l'arrêt du tabac dès le diagnostic de cancer et sur le long terme
 - afin de donner des repères pratiques sur l'accompagnement au sevrage tabagique dans le parcours de soins.

1.1. En cancérologie

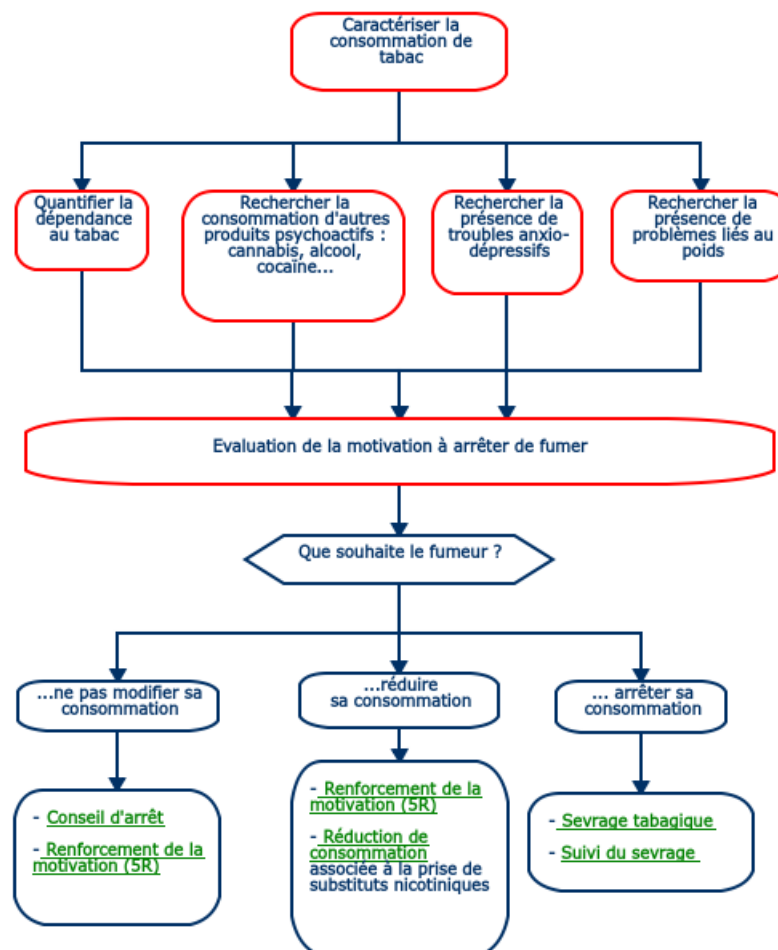
- Le sevrage tabagique doit être considéré comme **faisant partie du traitement du cancer quel que soit le stade de la maladie et doit être intégré dans le parcours de soins du patient**. Ainsi, l'aide à l'arrêt du tabac doit être systématique quelle que soit la motivation du patient.

- En effet, le sevrage tabagique **peut améliorer la survie, la qualité de vie et diminuer le risque de survenue d'un deuxième cancer**. De plus, il existe des interactions néfastes entre le tabac et les traitements du cancer (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie et certaines thérapies ciblées).

- Une prise en charge de la dépendance tabagique est indispensable, **le plus tôt possible**, avant une intervention chirurgicale, en raison du risque majoré de complications postopératoires. Le sevrage tabagique, même récent, permet d'améliorer la qualité de vie en postopératoire.

- L'effet du tabac sur la chimiorésistance reste discuté. Le tabac, en tant qu'inducteur enzymatique, induisant notamment l'isoenzyme CYP 1A2 du cytochrome P450, pourrait interférer avec le métabolisme de certaines chimiothérapies. Seule l'altération du métabolisme de l'irinotécan avec une diminution de son efficacité est démontrée. La poursuite de la consommation tabagique est associée à une moindre efficacité des inhibiteurs spécifiques de la tyrosine kinase de l'EGFR.

2. Conduite à tenir face à un fumeur



2.1. Caractériser la consommation de tabac

- Il faut préciser :
 - l'âge de début
 - les produits consommés : cigarettes, tabac roulé, chicha...
 - le nombre moyen de cigarettes fumées par jour sur les derniers mois
 - la durée du tabagisme (en années)
 - le nombre de paquets-années consommés, calculé en multipliant le nombre de paquets consommés par jour (en prenant pour référence un paquet de cigarettes contenant 20 cigarettes) par le nombre d'années de consommation
 - si possible, le taux de monoxyde de carbone (CO) mesuré dans l'air expiré qui évalue la consommation de tabac (quelques heures avant la mesure) (normale <5-8 ppm)
 - les tentatives d'arrêt et/ou de réduction du tabagisme et les moyens ou méthodes utilisés
 - le vécu du tabagisme par le fumeur.

2.2. Quantifier la dépendance au tabac

- L'évaluation de la dépendance au tabac/nicotine repose sur l'interrogatoire et le **test de Fagerström (Cf. annexes)**. Les deux questions les plus importantes sont :
 - le nombre de cigarettes fumées par jour
 - le délai en minutes entre le réveil et la première cigarette.
- Il s'agit :
 - d'anticiper les difficultés à l'arrêt
 - d'adapter les traitements.
- La compulsion à fumer ou *craving* est une des principales expressions de la dépendance physique. C'est une source majeure de récurrence.

- Les signes de sevrage/manque en nicotine sont :
 - besoin impérieux de nicotine (craving)
 - irritabilité, frustration, agressivité
 - humeur dysphorique ou dépressive
 - anxiété
 - difficultés de concentration
 - agitation, impatience
 - insomnie
 - réduction du rythme cardiaque
 - augmentation de l'appétit et/ou prise de poids.

2.3. Consommation d'autres produits psychoactifs

- Sa recherche doit être systématique :
 - **Alcool** : la consommation d'alcool, même contrôlée, est un facteur de risque de rechute du tabagisme. La prise d'alcool est un stimulus déclencheur de l'envie de fumer. L'interrogatoire doit :
 - quantifier la consommation en gramme d'alcool/jour
 - rechercher une éventuelle dépendance ; le **questionnaire DETA (Cf. annexes)** permet le dépistage rapide d'une consommation excessive.
 - **Cannabis** : de plus en plus fréquente et même sans dépendance au THC, la consommation de cannabis empêche l'arrêt du tabac. Il n'est pas envisageable de poursuivre une consommation de cannabis tout en arrêtant le tabac.
Le questionnaire DETC (Cf. annexes) permet le dépistage rapide d'une consommation à risque.
 - **Autres substances** : héroïne, cocaïne, méthamphétamines... pouvant justifier une prise en charge spécialisée.

2.4. Troubles anxio-dépressifs

- **Contrairement aux idées reçues, l'arrêt du tabac améliore les symptômes anxio-dépressifs.**
- **L'échelle HAD (Cf. annexes)** (*Hospital Anxiety and Depression scale*) est un outil d'aide à l'évaluation des troubles anxio-dépressifs.
- **L'échelle de dépression de Hamilton** permet une évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs. Cette évaluation permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi.
- En cas de symptômes, une prise en charge conjointe avec un médecin psychiatre peut être utile ; elle permettra l'optimisation des chances de sevrage tabagique.

2.5. Problèmes liés au poids

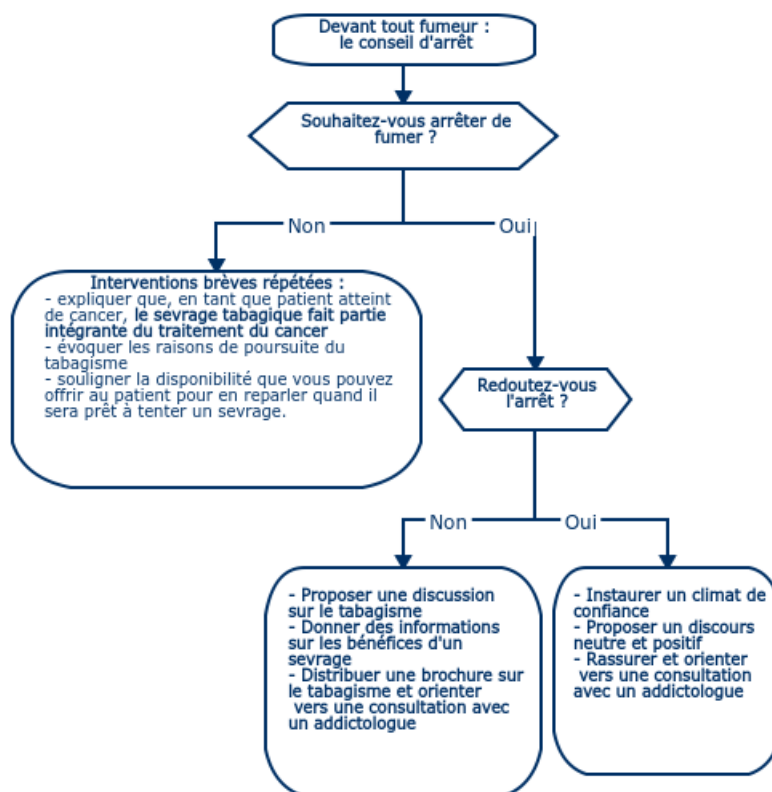
- La crainte d'une prise de poids peut être un frein au sevrage tabagique et une prise de poids avérée durant le sevrage est une situation à haut risque de rechute.
- Des conseils alimentaires doivent être donnés afin de prévenir et de limiter la prise de poids durant le sevrage tabagique.
 - Pour les patients ayant un cancer où il existe un risque de prise de poids (cancer du sein, de la prostate...), des conseils alimentaires doivent être donnés afin de prévenir et de limiter la prise de poids durant le sevrage tabagique. Une prise en charge conjointe avec une diététicienne ou un médecin nutritionniste peut dans certains cas être nécessaire.
 - Pour les patients ayant un cancer avec un risque important de dénutrition (cancer de l'œsophage, ORL...), une prise en charge conjointe avec une diététicienne ou un médecin nutritionniste est recommandée afin de veiller au maintien du poids de base.

2.6. Evaluer la motivation à arrêter de fumer

- Le fumeur peut être **ambivalent** face aux arguments en faveur de la poursuite de son tabagisme ou de son arrêt. Cette ambivalence doit être systématiquement recherchée et constitue un des axes de travail au cours des consultations.
- Au terme de l'évaluation de la motivation, on retiendra **trois groupes de fumeurs** qui demandent une réponse adaptée :
 - ceux qui ne souhaitent pas modifier leur consommation
 - ceux qui souhaitent réduire leur consommation avant un sevrage
 - ceux qui souhaitent un sevrage immédiat.

2.7. Le conseil d'arrêt

- **Le conseil d'arrêt doit être prodigué à chaque consultation, quel qu'en soit le motif et par tout soignant .**



- Les fumeurs qui consultent des médecins appliquant le conseil d'arrêt arrêtent plus fréquemment de fumer.

2.8. Le renforcement de la motivation : l'entretien motivationnel

- L'entretien motivationnel peut s'appuyer sur la **stratégie dite des "5 R"** recommandée aux USA par le National Cancer Institute :
 - **Relevance** : encourager le fumeur à indiquer les raisons pertinentes qui pourraient l'encourager à arrêter de fumer
 - **Risks** : aider le fumeur à identifier les conséquences négatives potentielles liées à sa consommation de tabac
 - **Rewards** : demander au fumeur d'identifier les bénéfices potentiels liés à l'arrêt du tabac
 - **Roadblocks** : demander au fumeur d'évoquer les obstacles ou les freins à l'arrêt
 - **Repetitions** : répéter cet entretien motivationnel lors de chaque consultation.
- L'entretien motivationnel peut être **assuré par l'ensemble des médecins** au cours des consultations successives. Il s'agit notamment :
 - d'établir une relation empathique de qualité entre le patient et le médecin
 - d'éviter la confrontation
 - d'utiliser l'écoute active, qui consiste à reformuler certains propos du patient
 - de mettre en valeur les démarches déjà effectuées par le fumeur
 - de faire décrire le comportement tabagique de celui-ci
 - de pointer son ambivalence
 - de rechercher des situations à haut risque, y réfléchir pour permettre au patient de trouver des stratégies nouvelles de compensation ou d'évitement
 - d'apprendre à gérer les envies de fumer
 - d'apprendre à gérer différemment les émotions
 - de développer des attitudes efficaces en cas de "faux-pas"
 - de proposer une vision positive des bénéfices liés à l'arrêt du tabac
 - de donner des repères pratiques sur l'accompagnement au sevrage dans le parcours de soins.
- Pour en savoir plus : voir l'ouvrage de Miller et Rollnick ainsi que le site de l'association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel ([bibliographie](#)).

2.9. Réduction de consommation

- La réduction du nombre de cigarettes fumées/jour ne s'accompagne que d'une très modeste diminution des risques pour la santé : **elle n'est pas un objectif final mais constitue une étape vers un sevrage complet**.
- Par la modification des comportements qu'elle implique, elle permet de mûrir la décision d'arrêt. Dans une population qui ne souhaite pas arrêter de fumer tout de suite, le taux d'arrêt est doublé à 6 mois suite à une période de réduction efficace de la consommation définie par :
 - une diminution d'au moins la moitié du nombre de cigarettes fumées
 - l'association indispensable de substituts nicotiques pour éviter le phénomène de compensation (le fumeur « tire » plus sur sa cigarette pour maintenir un taux de nicotine efficace dans son organisme)
 - un taux de CO expiré divisé par deux qui confirme la baisse de l'intoxication récente.
- En cas de recours à une stratégie de réduction de consommation par paliers, le fumeur et le thérapeute précisent le nombre de cigarettes/jour envisagé et la durée du palier. Au cours des consultations successives, les doses de substituts nicotiques sont adaptées et les paliers de réduction définis avec pour but l'arrêt définitif de la consommation. Le choix des médicaments du sevrage tabagique sera adapté à la prise en charge en cancérologie.

2.10. Sevrage tabagique

- **L'association de stratégies de thérapeutiques à visée psychologique et pharmacologique procure les meilleurs taux d'arrêt.**

2.10.1. Les thérapies cognitivo-comportementales

- Fumer est un comportement renforcé par de multiples stimuli environnementaux.
- Les thérapies cognitivo-comportementales aident le fumeur à prendre conscience de ses comportements « inadaptés » et à trouver des stratégies alternatives de compensation ou d'évitement. La prévention des rechutes est un axe essentiel.
- Les techniques de l'entretien motivationnel et de la gestion du stress ont aussi leur place dans la prise en charge psychologique du sevrage tabagique (Cf. [recommandations HAS, 2014](#)).

2.10.2. Les substituts nicotiques

- Les substituts nicotiques compensent les apports en nicotine que procurait la cigarette et **réduisent ainsi les symptômes de sevrage**. Le traitement est habituellement de plusieurs mois.
- La **galénique et la posologie** doivent être adaptées en fonction du ressenti du fumeur qui évolue au cours du sevrage.
- Il existe différents **types de substituts nicotiques** :
 - les dispositifs transdermiques (timbres, patches) ; ils assurent une dose continue de nicotine à l'organisme sur toute la journée
 - des formes orales à courtes durées d'action (gommes, comprimés à sucer, inhaleur, spray buccal) ; prescrites seules ou en association aux dispositifs transdermiques
 - l'association des formes orales et transdermiques est la plus efficace
 - il n'existe aucune contre-indication formelle aux substituts nicotiques
 - la varénicline, pouvant entraîner des nausées dans 30 % des cas, sera évitée pendant les périodes de chimiothérapie
 - les formes buccales des substituts nicotiques types pastilles et gommes à mâcher seront évitées pendant les périodes à risque de mucite (chimiothérapie ou radiothérapie). L'inhaleur pourra être prescrit pour ces périodes car il est moins irritant.
- La **dose initiale** prescrite est déterminée en fonction de la dépendance du fumeur.
- Une réévaluation précoce du traitement est nécessaire **dans les premiers jours**. La présence de signes de sevrage reflète le plus souvent un sous-dosage en nicotine et conduit à une majoration de la posologie des substituts nicotiques.
- Le **syndrome de surdosage** se traduit par :
 - nausées
 - lipothymie
 - palpitations
 - céphalées

- bouche pâteuse
 - insomnies
 - diarrhées.
- Il est de plus en plus courant de prescrire l'association de deux types de substituts nicotiques : d'une part un timbre/patch (éventuellement à retirer le soir en cas de sommeil perturbé), et d'autre part une forme orale dont le patient définira, en fonction de l'acceptabilité et de l'efficacité ressentie, le dosage et la forme : pastille, gomme, spray, inhalateur... L'association de 2 formes permet de doubler chez les fumeurs les plus dépendants le taux d'abstinence à 6 mois ([Aubin, 2014](#)).
 - Il est habituel de débiter par un timbre de 21 mg. La quantité de nicotine prescrite et son évolution dans le temps sont donc définies en accord avec le patient en fonction de l'évolution de la symptomatologie clinique, en particulier des signes de sur- ou sous-dosage.
 - La persistance d'un tabagisme en même temps que l'utilisation d'un patch n'est pas dangereuse et doit conduire à réévaluer le dosage utilisé.
 - Il n'y a pas de contre-indication à utiliser des substituts nicotiques chez les patients coronariens. Il est même recommandé d'utiliser les substituts nicotiques à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde ou des accidents vasculaires cérébraux.
 - La prise de café ou de boisson à base de cola avant ou pendant l'utilisation des substituts nicotiques oraux est déconseillée car elle diminue l'absorption orale de la nicotine en abaissant le pH buccal.
 - L'Assurance Maladie prend en charge, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire.
 - Pour les femmes enceintes et pour les jeunes de 20 à 25 ans, ce montant est de 150 €.
 - Depuis le 1er juillet 2015, les jeunes de 25 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer peuvent également bénéficier d'un forfait de 150 €.
 - Voir le [site ameli.fr](#)
 - Voir la référence de la [Recommandation HAS, 2014 \(page 22\)](#).
 - Voir la liste des [différents substituts nicotiques, en annexe](#).

2.10.2.1. La varénicline (CHAMPIX®)

- Agoniste-antagoniste partiel des récepteurs nicotiques, la varénicline a une action double :
 - effet agoniste : diminution des symptômes de sevrage en nicotine par la stimulation des récepteurs nicotiques
 - effet antagoniste : si le fumeur fume une cigarette, la nicotine inhalée ne stimule pas efficacement les récepteurs qui sont « bloqués » et n'induit ainsi que peu d'effet psychoactif.
- La durée de traitement recommandée est de 12 semaines, avec possibilité de reconduire trois mois le traitement chez les patients fortement dépendants, abstinents au terme du 3ème mois, craignant une rechute à l'arrêt du traitement.
- Compte tenu de la tolérance des traitements nicotiques de substitutions (TNS) et des effets indésirables de la varénicline, la prescription de varénicline est à réaliser après échec aux TNS et recommandée en seconde intention.
- Les études récentes semblent rassurantes concernant un éventuel risque majoré d'épisodes dépressifs majeurs, de suicides ou d'évènements cardio-vasculaires.
- Voir les conseils concernant la prescription de [varénicline \(Cf. en annexe\)](#).

2.10.2.2. Le bupropion (ZYBAN®)

- Il s'agit d'un antidépresseur à action principalement dopaminergique et noradrénergique, qui a une action efficace dans l'aide à l'arrêt du tabac, du même ordre que les substituts nicotiques, à savoir environ 20 % d'abstinence à un an versus placebo.
- C'est un médicament à prescription obligatoire, non remboursé.

- Il n'est pas recommandé d'associer le bupropion et les substituts nicotiniques
- La durée habituelle de ce traitement est de 7 à 9 semaines.
- Ce médicament ne doit pas être prescrit chez les patients ayant des antécédents ou risque d'épilepsie.
- Les agents anticancéreux inhibiteurs du CYP2B6 comme le cyclophosphamide, l'ifosfamide et le thiotépa peuvent altérer le métabolisme du bupropion en majorant sa concentration plasmatique et ses effets indésirables.
- De même, les patientes tabagiques sous tamoxifène ne devraient pas utiliser comme aide au sevrage le bupropion qui risquerait de diminuer l'efficacité de l'hormonothérapie (Reich, 2015).
- Voir les conseils concernant l'usage de **bupropion (Cf. en annexe)**.

2.11. Suivi du sevrage

2.11.1. Prévention des récives

- Il s'agit de repérer :
 - les signes de sevrage qui majorent le risque de reprise du tabagisme ; si le patient utilise des substituts nicotiniques, la posologie doit être augmentée.
 - les situations à hauts risques de récive et notamment celles source de rechute dans le passé ; une meilleure gestion de ces situations est possible avec l'aide des thérapies cognitivo-comportementales.
 - une éventuelle prise de poids, cause fréquente de rechute du tabagisme doit être prise en charge spécifiquement.
 - le mode de vie (stress, habitudes festives...) et l'environnement tabagique du fumeur (domestique, professionnel et amical) sont des points essentiels.
- La rechute doit être dédramatisée, elle constitue une étape souvent nécessaire dans l'apprentissage de la vie sans tabac. Il est important de valoriser les efforts réalisés et d'analyser les circonstances de la rechute. Le suivi doit être maintenu en vue d'une nouvelle tentative de sevrage.
- La qualité et la fréquence du suivi améliorent les chances de réussite du sevrage. La périodicité est à définir avec le fumeur sur une durée d'environ 6 à 12 mois.
- Le suivi est basé sur :
 - la surveillance de la réalité du sevrage (dosage du CO par CO testeur), les envies de fumer, les cigarettes qui font défaut, les stratégies gagnantes pour tenir bon les premiers temps.
 - la recherche du syndrome de manque.
 - la recherche du syndrome de surdosage.
 - la recherche d'une symptomatologie dépressive ou de troubles bipolaires.
 - la surveillance du poids.
 - l'évaluation de la qualité du sommeil.
 - vérifier le bon usage des substituts nicotiniques et l'utilisation du bon dosage.

3. Cigarette électronique et réduction des risques

- Il ne s'agit actuellement pas d'un médicament et le médecin ne peut ni la prescrire ni encourager son utilisation.
- L'intérêt de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique n'est pas établi et elle n'est recommandée par aucune société savante (Cf. recommandations HAS, 2014, pages 40 à 43).
- En raison de l'insuffisance de données sur la preuve de leur efficacité et de leur innocuité, il n'est actuellement pas possible de recommander les cigarettes électroniques dans le sevrage tabagique ou la réduction du tabagisme.

4. Thérapies non conventionnelles

- Certaines méthodes non conventionnelles (hypnose, acupuncture, auriculothérapie...) existent, toutefois aucune donnée scientifique ne permet de recommander leur utilisation.

5. Bibliographie

- **Association Francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM)**
[L'entretien motivationnel](#)
- **Aubin HJ, Luquiens A, Berlin I.**

Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice.
[Br J Clin Pharmacol. 2014 ;77:324-36.](#)

- **Balduyck B, Sardari Nia P, Cogen A, et al.**
The effect of smoking cessation on quality of life after lung cancer surgery.
[Eur J Cardiothorac Surg 2011;40:1432-7.](#)
- **Bertholon JF, Becquemin MH, Annesi-Maesano I, Dautzenberg B.**
Electronic cigarettes: a short review.
[Respiration. 2013;86 :433-8.](#)
- **Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, et al.**
Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial.
[Lancet. 2013; 16:1629-37.](#)
- **Deflandre E, Degey S, Jaucot J, Pichon G et al.**
Gestion anesthésique périopératoire du patient tabagique.
[Le Praticien en Anesthésie Réanimation 2009;13:200-206.](#)
- **Dresler CM, Gritz ER.**
Smoking, smoking cessation and the oncologist.
[Lung Cancer 2001;34:315 323.](#)
- **Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, et al.**
Efficacy of varenicline, an $\alpha 4$ - $\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release Bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial.
[JAMA. 2006 5;296:56-63. Erratum in: JAMA. 2006 20:1355.](#)
- **Haute Autorité de Santé.**
Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. [Méthode Recommandations pour la pratique clinique, octobre 2014.](#)
- **Hill C.**
Tabagisme passif
[BEH 2011; 20-21: 233-235](#)
- **Institut National du Cancer.**
[Plan Cancer 2014-2019.](#)
- **Koegelenberg CF, Noor F, Bateman ED, van Zyl-Smit RN, et al.**
Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: a randomized clinical trial.
[JAMA. 2014 ;312:155-61.](#)
- **Martinet Y, Wirth N.**
À propos de l'interprétation des valeurs du CO expiré en tabacologie.
[Rev Mal Respir. 2010 ;27:285-6.](#)
- **Miller R, Rollnick S.**
L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement
2e éd., InterEdition, Paris, 2013, 433p.
- **Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.**
Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019.
[PNRT](#)
- **Office Français de Prévention du Tabagisme.**
Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette.
[OFT, mai 2013.](#)
- **Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P.**

Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis.

[BMJ 2010;340:b5569.](#)

- **Peppone LJ, Mustian KM, Morrow GR, Dozier AM *et al.***
The effect of cigarette smoking on cancer treatment-related side effects.
[Oncologist 2011;16:1784-1792.](#)
- **Ruppert AM, Amrioui F, Gounant V, Wislez M, Bouvier F, Cadranel J .**
Smoking cessation therapy in thoracic oncology.
[Rev Mal Respir. 2013.;30:696-705.](#)
- **Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, et al.**
Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis.
[BMJ. 2014;348:g1151.](#)
- **Société Française d'Alcoologie.**
[Recommandations 2014 et Recommandations pour la pratique clinique 2013 .](#)
- **Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, et al.**
Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis.
[BMJ. 2014;348:g1151.](#)
- **Underner M, Perriot J, Merson F, Peiffer G.**
Influence du tabagisme sur la qualité de vie des patients atteints de cancer bronchique.
[Rev Mal Respir 2015; 32: 586-98.](#)
- **Wirth N, Bohadana A, Spinosa A, Martinet Y.**
Tabagisme et maladies respiratoires.
[EMC - Pneumologie Elsevier Masson; 2009;6:1-20.](#)