

Mise à jour
2017

Sevrage tabagique

1^{ère}
édition



Référentiel en oncologie
Auvergne-Rhône-Alpes



Mise à jour 2017

GROUPE DE TRAVAIL SEVRAGE TABAGIQUE

Dr Linda Sakhri (coord.)

Groupe Hospitalier Mutualiste
Institut de Cancérologie Daniel Hollard – Grenoble.

Dr Michèle Bertocchi

Service de Pneumologie
CH Annecy.

COMITE DE RÉDACTION

François Arbib (Grenoble), Dominique Arpin (Mâcon), Clarisse Audigier-Valette (Toulon), Stéphanie Audras Luciani (Bourgoin-Jallieu), Virginie Avrillon (Lyon), Baranzelli A (Chambery), Fabrice Barlési (Marseille), Mariette Baud (Paris), Sophie Bayle (St-Etienne), Hamid Belhadj (Moulins), Aurélie Bellière (Clermont-Ferrand), Henri Bérard (Toulon), Marie Bernardi (Aix-en-provence) Chantal Bertocchi (Annecy), Anne-Sophie Blanchet-Legens (Lyon), Pierre Bombaron (Lyon), Karima Bouledrak (Lyon), Philippe Brun (Valence), Fabienne Buatois (Lyon), Olivier Bylicki (Clamart), Jacques Cadranel (Paris), Bruno Caillet (Lyon), Jean-Baptiste Chadeyras (Clermont-Ferrand), Lara Chalabreysse (Lyon), René Chumbi-Flores (Lyon), Cyrille Confavreux (Lyon), Marie Coudurier (Chambéry), Sébastien Couraud (Lyon), Chantal Decroisette (Annecy), Eric Delaroche (Lyon), Sarah Demir (Lyon), Marine Desseigne (Saint-Priest-en-Jarez), Jean-Marc Dot (Lyon), Philippe Duband (Moulins), Isabelle Dumas (Grenoble), Michaël Duruisseaux (Grenoble), Lionel Falchero (Villefranche-sur-Saône), Eric Fauchon (St-Julien-en-Genevois), Jean-Luc Ferrer (Grenoble), Marc Filaire (Clermont-Ferrand), Clara Fontaine-Delaruelle (Lyon), Pascal Foucher (Dijon), Pierre Fournel (St-Etienne), Philippe Fournier (Chambéry), Violaine Frappat (Chambéry), Géraud Galvaing (Clermont-Ferrand), Béatrice Gentil-Le Pecq (Bourgoin-Jallieu), Laurence Gérinière (Lyon), Matteo Giaj-Levra (Grenoble), Marylise Ginoux (Vienne), Nicolas Girard (Lyon), Gilles Gonzalez (Macon), Valérie Grangeon (Roanne), Laurent Greillier (Marseille), Renaud Grima (Lyon), Aurélie Grouet (Chalon-sur-Saône), Yassine Hammou (Lyon), Stéphane Hominal (Annecy), Henri Janicot (Clermont-Ferrand), Gaëlle Jeannin (Clermont-Ferrand), Coureche-Guillaume Kaderbhai (Dijon), Eric Kelkel (Chambery), Lize Kiakouama (Lyon), Sylvie Lantuejoul (Lyon), Sébastien Larivé (Mâcon), Jacques Le Treut (Aix-en-Provence), Myriam Locatelli-Sanchez (Lyon), S Luciani (Bourgoin Jallieu), Catherine Marichy (Vienne), Isabelle Martel-Lafay (Lyon), Etienne Martin (Dijon), Patrick Mas (Lyon), Céline Mascaux (Marseille), Bénédicte Mastroianni (Lyon), Jean-Michel Maury (Lyon), Bertrand Mennecier (Strasbourg), Pascale Meré (Lyon), Patrick Merle (Clermont-Ferrand), Denis Moro-Sibilot (Grenoble), Pierre Mulsant (Lyon), Luc Odier (Villefranche-sur-Saône), V Paulus (Lyon), Maurice Pérol (Lyon), Marielle Perrichon (Bourg-enBresse), Emilie Perrot (Lyon), Anne-Claire Ravel (Lyon), Magali Rouffiac (Dijon), Nathalie Rozensztajn (Paris), Linda Sakhri (Grenoble), Christian Sanson (Annonay), Gaëtan Singier (Lyon), Pierre-Jean Souquet (Lyon), Elsie Staub (Lyon), Aurélie Swalduz (Saint-Etienne), Mayeul Tabutin (Lyon), Ronan Tanguy (Lyon), Louis Tassy (Marseille), Bruno Taviot (Lyon), Dorine Templement (Saint-Julien-en-Genevois), Régis Teyssandier (Montluçon), Lise Thibonnier (Clermont-Ferrand), Angelica Tiotiu (Nancy), Claire Tissot (Saint-Etienne), Anne-Claire Toffart (Grenoble), François Tronc (Lyon), Martin Veaudor (Lyon), Julie Villa (Grenoble), Sylvie Vuillermoz-Blas (Lyon), Ghyslaine Watchueng (Vienne), Emmanuel Watkin (Lyon), Virginie Westeel (Besançon), Gérard Zalzman (Paris), Virginie Zarza (Lyon).

Internes : Emeric Chatelain (Lyon), Cléa Fraisse (Lyon), Mathilde Jouan (Lyon), Mickaël Lattuca-Truc (Grenoble), Loïc Perrot (Clermont-Ferrand), Julien Pinsolle (Grenoble)



EXIGENCES DE QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE

- Les modalités de prise en charge du patient font l'objet d'une discussion pluridisciplinaire, tenant compte de son âge, du PS, de ses comorbidités, du stade TNM et de la situation sociale. Les informations sont transmises dans les meilleurs délais au médecin traitant.
- Les différents aspects de la maladie et des traitements sont expliqués au patient et à sa famille.
- Des documents d'information sur les différents aspects de la maladie et des thérapeutiques sont disponibles et remis au patient.
- Les protocoles et schémas thérapeutiques sont écrits, disponibles, connus et régulièrement actualisés. Il existe des protocoles relatifs à la prise en charge des effets secondaires.
- Le patient doit pouvoir bénéficier d'une aide à l'arrêt du tabagisme.

- Le patient doit bénéficier d'une prise en charge de la douleur.
- Le patient peut bénéficier de soins palliatifs par une équipe et/ou une structure spécialisée, fixe ou mobile, ainsi que de soins de support.
- Le patient et sa famille peuvent bénéficier d'une prise en charge par un psychologue.
- Le patient et sa famille peuvent bénéficier d'une prise en charge par une assistante sociale.
- Une recherche d'exposition professionnelle, en vue d'une éventuelle déclaration et réparation, doit être systématique.
- En cas de constatation de plusieurs cas de cancers dans la famille du patient, une consultation d'oncogénétique sera proposée.
- Le patient a la possibilité de participer à des protocoles de recherche clinique, à tous les stades de sa pathologie



SOMMAIRE

GRUPE DE TRAVAIL SEVRAGE TABAGIQUE	2
COMITE DE RÉDACTION	2
EXIGENCES DE QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE	3
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	5
AVANT LE SEVRAGE	5
PENDANT LE SEVRAGE	6
APRES LE SEVRAGE	7
LES MOYENS D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE.....	8
1. Les substituts nicotiniques	8
1.1. <i>Les timbres transdermiques ("patches")</i>	8
1.2. <i>Les gommes à mâcher</i>	8
1.3. <i>Les pastilles sublinguales ou les pastilles à sucer</i>	9
1.4. <i>L'inhaleur</i>	9
1.5. <i>Spray buccal</i>	9
2. Le Bupropion (Zyban LP®).....	9
3. La Varénicline (Champix®)	10
4. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).....	10
5. Les autres moyens non validés	10
5.1. <i>La cigarette électronique</i>	10
5.2. <i>Autres</i>	12
LA DEPENDANCE TABAGIQUE	12
LE SEVRAGE TABAGIQUE EN ONCOLOGIE THORACIQUE.....	12
1. Cancer bronchique non à petites cellules.....	12
1.1. <i>Stade localisé du cancer bronchique non à petites cellules</i>	12
1.2. <i>Stade localement avancé</i>	13
1.3. <i>Stade métastatique</i>	13
2. Cancer bronchique à petites cellules :.....	13
LE TABAGISME PASSIF	14
ANNEXE 1 - LE CONSEIL D'ARRÊT	15
ANNEXE 2 - TEST ANXIETE-DEPRESSION (HAD: HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE).....	16
ANNEXE 3 – TEST DE DEPENDANCE PHYSIQUE A LA NICOTINE (TEST DE FAGERSTROM, 1991)	17
REFERENCES.....	18
DECLARATION DES LIENS D'INTERETS.....	19
MENTIONS LEGALES	19



INTRODUCTION

Ce référentiel s'adresse aux professionnels de la santé, il comprend une mise à jour des données scientifiques et met à disposition des outils pratiques d'aide au sevrage tabagique.

La prise en charge du tabagisme doit être intégrée au parcours de soin et le médecin doit tenter de faire évoluer la motivation du patient vers le sevrage tabagique complet.

La mesure 10 du plan cancer 2014-2019, met en place des mesures qui visent à obtenir une réduction du tabagisme à l'échelle nationale.

AVANT LE SEVRAGE

L'attitude du thérapeute en matière de sevrage tabagique doit se faire dans un langage simple, sur la base d'une hypothèse d'arrêt, mais sans précipitation :

- Proposition avec empathie de se revoir pour parler de sevrage tabagique lors d'une consultation spécifique au tabac,
- Faire savoir au patient que l'on peut l'aider s'il le souhaite,
- Faire admettre d'emblée que la prise en charge du sevrage tabagique, implique comme toute prise en charge, le principe de rendez-vous réguliers de suivi, 5 consultations seront nécessaires dans l'année au minimum

Les dossiers cliniques de sevrage tabagique intitulés "consultation de tabacologie" sont à commander gratuitement www.inpes.sante.fr (version informatique disponible).

Les patients devant être opérés d'un cancer du poumon doivent être informés des risques de complications péri opératoires liés à leur tabagisme et remettre le document INPES "une opération se vit mieux sans tabac" (à commander gratuitement www.inpes.sante.fr).

L'attitude du fumeur :

L'évolution de la prise de décision de s'arrêter de fumer se fait progressivement, étape par étape, pour chaque fumeur.

- 1) Le fumeur n'a pas du tout envie de s'arrêter de fumer, il optimise les bons côtés de la cigarette et occulte les risques pour la santé : l'action du médecin est d'informer sur les méfaits du tabagisme en général, et pour ce fumeur en particulier.
Il faut éviter à tout prix un discours "qui fait peur" et/ou "culpabilisant" car ceci s'avère toujours contre-productif.
- 2) Le fumeur envisage de s'arrêter dans les prochains mois, la motivation augmente progressivement, les inconvénients du tabagisme commencent à être pris en compte : le médecin doit aider le fumeur à faire la balance des avantages et des inconvénients du tabac, en insistant toujours sur les bénéfices à l'arrêt.
- 3) Le fumeur prend la décision d'arrêter de fumer dans les prochaines semaines : le médecin doit obtenir du fumeur qu'il fixe la date d'arrêt ; si possible dans un délai de 6 mois.



PENDANT LE SEVRAGE

Le fumeur entre dans la phase de sevrage à la date prévue, avec un accompagnement thérapeutique spécifique, avec ou sans substituts nicotiques ou autre médicament spécifique du sevrage tabagique (Bupropion – Zyban LP®, Varénicline - Champix®), avec ou sans traitement anxiolytique...

Le médecin doit obligatoirement revoir le fumeur au début du sevrage dans les jours qui suivent (idéalement 8 jours après), à la recherche d'un surdosage ou d'un syndrome de manque, afin d'adapter au mieux la thérapeutique spécifique.

Le syndrome de sevrage se traduit par :

- pulsions à fumer
- irritabilité, colère
- anxiété
- nervosité
- tendance dépressive
- difficultés de concentration
- troubles du sommeil
- augmentation de l'appétit

Le syndrome de surdosage se traduit quant à lui par :

- nausées
- lipothymie
- palpitations, céphalées
- bouche pâteuse
- insomnies
- diarrhées

Il est important d'assurer un suivi régulier, idéalement tous les mois pendant 3 à 6 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 sevrage.
- La recherche du syndrome de surdosage.
- La recherche d'une symptomatologie dépressive ou de troubles bipolaires (30 % de syndromes dépressifs au décours d'un sevrage tabagique). L'utilisation du test anxiété dépression (HAD : *hospital anxiety and depression scale*) est un outil utile (cf. Annexe 2). On pourra introduire un antidépresseur si nécessaire (Deroxat® par exemple).
- La surveillance du poids.
- L'évaluation de la qualité du sommeil.
- Vérifier le bon usage des substituts nicotiques, et l'utilisation du bon dosage.

L'arrêt du tabac est associé à une amélioration des signes de dépression, d'anxiété, de stress (1).



APRES LE SEVRAGE

Le fumeur est devenu un " ex-fumeur", le médecin, lors de consultations mensuelles, doit s'assurer du maintien de l'arrêt et essayer de prévenir les rechutes.

Comme dans toutes les dépendances, la rechute fait partie de l'histoire d'un sevrage tabagique : elle doit être prise en compte dès le départ, dédramatisée, expliquée et prévenue par une bonne analyse des circonstances antérieures des tentatives d'arrêt et des conditions particulières de la reprise de la consommation.

La rechute n'est ni obligatoire ni prévisible, seulement potentielle, et c'est ici que l'accompagnement empathique de l'ex-fumeur par le thérapeute prend toute son importance. **Il faut envisager la rechute avant même toute démarche de sevrage comme une possibilité, afin de déculpabiliser à la fois le fumeur et le médecin.**

Il est d'ailleurs souhaitable de parler de **succès différé** plutôt que de rechute, le succès du sevrage est assuré par la répétition d'expériences positives.

RECOMMANDATION

En cas de rechute il faut vivement conseiller au patient de prendre contact avec la consultation de tabacologie (appel ou nouvelle consultation).



LES MOYENS D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

1. Les substituts nicotiques

Dans le cadre de la 1^{ère} édition du mois sans tabac 2016, un remboursement de 150 euros pour tous les patients est accordée par l'assurance maladie et ce pour chaque année civile.

Concernant le coût, il faut expliquer au patient que le sevrage peut durer jusqu'à 6 mois, et que le traitement coûte 2,5 fois moins cher que les cigarettes.

C'est le traitement pharmacologique le mieux évalué, et recommandé dans les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'arrêt du tabac de l'AFSSAPS (juin 2003).

Dans la plupart des études, les substituts nicotiques **permettent de doubler le taux d'abstinence tabagique à six mois** par rapport au placebo. Le taux d'abstinence globale reste faible, puisqu'à un an 18 % des fumeurs ayant été traités par des substituts nicotiques sont abstinentes, contre 10 % dans le groupe placebo (2,3).

RECOMMANDATIONS

Faire une ordonnance écrite :

- Pour bénéficier du forfait remboursé par l'assurance maladie,
- Pour éviter la délivrance d'un autre substitut que celui jugé adapté au patient,
- Permettre le respect de la dose prescrite,
- Permettre le remboursement par certaines mutuelles.

Les prix étant libres en pharmacie, il est conseillé au patient de se rendre dans différentes pharmacies pour s'informer des prix.

En France ces substituts nicotiques sont disponibles sous différentes formes galéniques :

1.1. Les timbres transdermiques ("patches")

Ils représentent aujourd'hui la forme galénique la mieux étudiée, et les règles théoriques de prescription pour les trois à quatre premières semaines sont simples et basées sur le test de dépendance tabagique de Fagerström (Annexe 3) :

- si test de Fagerström ≥ 5 ou 20 cigarettes par jour ou plus : utiliser un patch fortement dosé, exemple 21 mg/24 h, ou 25 mg / 16 h
- si test de Fagerström < 5 ou moins de 20 cigarettes par jour : utiliser un patch 14 mg/24 h ou 15 mg/16 h.

Ensuite une réduction progressive de la posologie se fait par paliers, en fonction de l'état clinique du patient, toutes les trois à quatre semaines, pour une durée de traitement de trois à six mois (traitements longs chez les patients dépendants, prévenir d'emblée le patient).

1.2. Les gommes à mâcher

Historiquement, c'est le premier substitut nicotinique commercialisé en France depuis 1986 : il existe deux dosages actuellement, 2 et 4 mg.

La mastication de la gomme doit se faire lentement et le rendement est de l'ordre de 40 %.

Le risque de transfert d'une dépendance de cigarettes vers une dépendance à la gomme est faible, de l'ordre de 5 %.



Mise à jour 2017

1.3. Les pastilles sublinguales ou les pastilles à sucer

Elles ont une pharmacocinétique proche des gommes à la nicotine, elles répondent bien à toutes les pulsions à fumer. Elles peuvent être utilisées dans le cadre d'une réduction progressive du tabagisme dans un objectif d'arrêt différé et lors d'abstinence temporaire (sur un lieu de travail, l'hôpital par exemple...).

1.4. L'inhaleur

Il peut être utilisé seul ou en association avec d'autres substituts nicotiques. Il est intéressant pour une aide comportementale chez les fumeurs pour lesquels la gestuelle est très importante.

1.5. Spray buccal

Il existe sous forme de solution pour pulvérisation buccale (1 mg/dose). Il est commercialisé en France depuis juin 2013, il possède une action rapide en 1 mn, et convient pour les envies impérieuses de fumer (phénomène de « craving »).

Il peut être utilisé seul ou en complément des gommes, comprimés ou patchs de nicotine.

**LE RISQUE DE SURDOSAGE PAR LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES EST EXTREMEMENT RARE,
ET
LE SOUS-DOSAGE TRES FREQUENT CONDUIT À LA PLUPART DES ECHECS.**

RECOMMANDATIONS AFSSAPS 2003

- Plusieurs études contrôlées ont montré une bonne tolérance et une efficacité majorée de l'association de deux substituts nicotiques (timbre et forme orale) afin d'obtenir une posologie optimale : les dosages doivent se faire selon le test de Fagerström et les symptômes de surdosage. Ainsi il peut être utile d'associer plusieurs timbres transdermiques fortement dosés en début de traitement chez les fumeurs les plus dépendants (en général un patch fortement dosé pour un paquet de 20 cigarettes) avec des gommes ou des pastilles.

- Avec cet éventail de substituts nicotiques, le médecin peut et doit trouver la prescription la mieux adaptée à chaque fumeur qu'il prend en charge : il s'agit de faire du "sur mesure".

- 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, ni à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde ou des accidents vasculaires cérébraux.

2. Le Bupropion (Zyban LP®)

Il s'agit d'un antidépresseur à action principalement dopaminergique et noradrénergique. Il a une efficacité 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 (4).

C'est un médicament à prescription obligatoire, non remboursé, pour lequel il faut respecter scrupuleusement les contre-indications, notamment par la recherche systématique de facteurs de risque de convulsions (problèmes des métastases cérébrales fréquentes chez les patients atteints de cancer).

L'efficacité du Bupropion a été démontrée surtout dans des essais thérapeutiques comportant des critères d'inclusion restrictifs : chez le fumeur chronique de plus de 18 ans, en bon état général, motivé à l'arrêt et fumant plus de 15 cigarettes par jour, ou chez le fumeur atteint de BPCO débutante ou modérée motivé à l'arrêt et fumant au moins 15 cigarettes par jour et ne s'étant pas arrêté de fumer plus de trois mois l'année précédente.

Il n'est pas recommandé d'associer le Zyban LP® et les substituts nicotiques.

La durée habituelle de ce traitement est de 7 à 9 semaines



3. La Varénicline (Champix®)

Il cible les récepteurs nicotiques neuronaux à l'acétylcholine $\alpha 4\text{-}\beta 2$ par un double mode d'action. Un effet agoniste partiel stimule les récepteurs nicotiques $\alpha 4\text{-}\beta 2$, conduisant à une libération partielle de dopamine qui soulage des symptômes de manque. Un effet antagoniste bloque les récepteurs nicotiques $\alpha 4\text{-}\beta 2$ qui, n'étant plus stimulés par la nicotine, occasionnent une réduction des effets de récompense et de renforcement du tabagisme.

Un essai clinique randomisé en double aveugle a montré après 3 mois de traitement que le pourcentage de fumeurs ayant arrêté sous Varénicline était 2,5 fois supérieur à celui observé sous placebo, 1,5 fois supérieur à celui observé sous Bupropion.

Le taux d'abstinence continu à un an, confirmé par la mesure du CO, montre un pourcentage de fumeurs ayant arrêté sous Varénicline 2,2 fois supérieur au placebo, et 1,6 fois supérieur au Bupropion (5).

L'efficacité de la Varénicline dans l'aide au sevrage tabagique a été démontrée dans trois essais cliniques chez des fumeurs de 10 cigarettes ou plus par jour, versus placebo.

La délivrance se fait sur prescription médicale, et ce traitement reste non remboursé.

La durée de traitement recommandée est de 12 semaines, avec possibilité de reconduire trois mois de traitement chez les patients fortement dépendants chez qui on craint une rechute.

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 est recommandée en seconde intention.

4. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

En intervenant à un niveau comportemental, cognitif émotionnel, les TCC ont pour but de diminuer les rechutes et de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique par un nouvel apprentissage du comportement : ces techniques sont validées et recommandées dans l'aide à l'arrêt du tabagisme (ASSFASPS 2003), mais non remboursées.

5. Les autres moyens non validés

5.1. La cigarette électronique

La cigarette électronique fait l'objet de nombreuses controverses et de peu d'études expérimentales depuis sa commercialisation en 2004 aux états unis.

La toxicité à court terme semble faible par contre la toxicité au long court reste inconnue. L'intérêt de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique n'est pas établi (6).

L'étude de Bullen *et al.* a montré un effet modeste de l'utilisation de la cigarette électronique avec ou sans nicotine dans le sevrage tabagique (7). Son utilisation sur « une courte durée » afin d'amorcer un sevrage pourrait être proposée.

Des études ont suggéré que les e-cigarettes peuvent diminuer les envies de cigarettes (ou craving) et de réduire les symptômes de sevrage de la nicotine. Cependant, l'efficacité et la sécurité des e-cigarettes comme méthode de sevrage reste inconnues (8,9).

Deux nouvelles méta-analyses parues en 2016, concluent à la nécessité d'autres études afin de préciser le profil d'efficacité et de sécurité de la cigarette électronique.(10,11)

La cigarette électronique n'est pas un moyen d'aide au sevrage recommandé.

Pour toutes les marques, les principales composantes du liquide vaporisé sont la nicotine (bien que certains sont sans nicotine), propylène glycol ou de glycérol, et des arômes. Une variété d'autres composés ont également été identifiés, certains avec un potentiel cancérigène.

Dès 2014, les e-cigarettes ont été interdits dans certains pays (dont le Brésil, Singapour, le Canada et l'Uruguay). En Europe, le Parlement européen a approuvé une directive (2014/40/EU) qui réglemente le e-cigarettes contenant de la nicotine à des concentrations allant jusqu'à 20 mg/ml et interdit la commercialisation de concentrations supérieures.



Publiées par l'AFNOR le 2 avril 2015, les deux premières normes volontaires, dans le monde, sur les cigarettes électroniques et les e-liquide. Elles établissent des critères de sécurité, de qualité et favorisent une meilleure information des consommateurs.

Position des agences sanitaires sur l'e-cigarette :

- Le rapport de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) sur les e-cigarettes suggère qu'une réglementation est nécessaire pour arrêter la promotion des e-cigarettes, afin de minimiser les risques potentiels pour la santé des utilisateurs et non-utilisateurs. L'OMS a reconnu que des recherches supplémentaires sur l'e-cigarette sont nécessaires et a souligné la nécessité de restreindre la publicité pour l'e-cigarette et l'utilisation intérieure des maisons individuelles.
- L'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé) recommande de ne pas consommer la cigarette électronique.
- La cigarette électronique n'est pas recommandée à ce jour par l'HAS (Haute Autorité de la Santé) comme outil d'aide à l'arrêt du tabac, car son efficacité et son innocuité n'ont pas été suffisamment évaluées à ce jour. La HAS considère en revanche que, du fait de sa toxicité beaucoup moins forte qu'une cigarette, son utilisation chez un fumeur qui a commencé à vapoter et qui veut s'arrêter de fumer ne doit pas être découragée. La HAS recommande au fumeur d'en parler avec son médecin traitant qui lui proposera une stratégie personnalisée et adaptée pour arrêter de fumer.
- Dans l'accompagnement thérapeutique, la cigarette électronique n'est envisageable que chez le fumeur qui ne veut pas ou n'a pas pu arrêter avec les traitements validés ou qui est demandeur de son utilisation, ou qui a déjà commencé à l'utiliser (rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette, Office français de prévention du tabagisme 2014 (12)).

Réglementation en France :

La loi Evin (1991) et le décret Bertrand (2006) n'incluent pas l'utilisation de l'e-cigarette qui n'existait pas à l'époque.

Les règles applicables à l'interdiction des cigarettes électroniques dans les lieux publics et les lieux privés ont été renforcées par la loi santé de 2016. L'article 28 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé interdit l'usage de la cigarette électronique :

- dans les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs,
- dans les moyens de transport collectif fermés (train, bus, métro ...),
- dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif (Article L 3511-7-1 CSP).

L'entrée en vigueur de ces nouvelles interdictions attend toutefois la publication d'un décret en Conseil d'Etat qui précisera ses conditions de mise en place : montant de l'amende, cas des bureaux individuels...

La publicité pour les cigarettes électroniques est interdite en France depuis l'ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016. Ce texte interdit la "propagande ou la publicité, directe ou indirecte" pour les e-cigarettes.

Pour rappel, depuis la loi Hamon la législation interdit également la vente de cigarettes électroniques aux mineurs.

Le risque d'exposition passive, dans le cas de l'e-cigarette, est faible mais en théorie non nul, car il y a diffusion de nicotine (celle-ci se retrouve à des taux faibles mais mesurables dans l'urine des sujets se trouvant dans les pièces où l'on vapote).

De nombreux composés de l'e-cigarette peuvent provoquer des allergies chez des personnes prédisposées de l'entourage du vapoteur



5.2. Autres

La **désensibilisation** (vaccinothérapie), la **mésothérapie**, l'**hypnose**, l'**acupuncture**, l'**auriculothérapie** et le **laser** ont été évalués dans plusieurs études qui n'ont pas démontré d'efficacité de ces méthodes : on ne peut donc pas les recommander pour le sevrage tabagique.

LA DEPENDANCE TABAGIQUE

Parmi les diverses drogues, la nicotine est une de celles qui entraîne une dépendance parmi les plus fortes.

La dépendance tabagique résulte le plus souvent de l'association de trois types de dépendance :

- La **dépendance physique pharmacologique** liée à la nicotine et évaluée par le test de Fagerström,
- La **dépendance comportementale** correspondant aux habitudes, aux rites et à la gestuelle,
- La **dépendance psychologique** correspondant à la place que tient la cigarette dans la vie quotidienne d'un fumeur donné : plaisir, calmant, anxiolytique, antidépresseur et/ou facteur de sociabilité,...

Le thérapeute doit évaluer la part respective de ces trois dépendances chez un fumeur donné, et adapter sa prise en charge au cas par cas.

Les co-dépendances alcool-tabac et cannabis-tabac sont fréquentes, elles doivent être systématiquement recherchées et il faut envisager un traitement de ces autres dépendances, avec l'aide des référents.

LE SEVRAGE TABAGIQUE EN ONCOLOGIE THORACIQUE

L'effet de la nicotine dans la carcinogenèse bronchique via les récepteurs nicotiques reste débattu. *In vitro*, l'activation des récepteurs nicotiques par la nicotine a un rôle protumoral et pro-angiogénique (13).

La prévalence du tabagisme actif chez les patients atteints de cancer bronchique varie entre 24 et 60 % alors que la prévalence dans la population générale en France est de 33 % chez les hommes et de 26,5 % chez les femmes.

Parmi les fumeurs, autour de 80 % poursuivent le tabagisme après le diagnostic de cancer bronchique.

Au sein de la cohorte IEO et de l'essai MILD (dépistage scannographique, Italie), Pastorino U *et al.*, a montré que le sevrage tabagique au cours du dépistage diminue la mortalité(14).

Quel que soit le stade du cancer, le sevrage permet d'améliorer la dyspnée, l'appétit et l'asthénie, ce qui se traduit par une meilleure qualité de vie. Le fort pouvoir addictif du tabac avec dépendance physique, psychologique et comportementale explique le taux élevé de récurrence tabagique d'environ 80 %, un an après le sevrage.

La substitution nicotinique et les TCC peuvent être proposées.

Un nouveau document intitulé « Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer/Systématiser son accompagnement » téléchargeable sur e-cancer.fr, refait une synthèse des données cliniques, observationnelles et biologiques et l'effet de la consommation de tabac sur l'état de santé des patients atteints de cancers, ainsi que les bénéfices de l'arrêt (15).

1. Cancer bronchique non à petites cellules

1.1. Stade localisé du cancer bronchique non à petites cellules

La conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire reprend les bénéfices prouvés de l'arrêt péri-opératoire du tabac et insiste sur la prise en charge du patient fumeur en pré-opératoire d'une chirurgie programmée (16).

Tout comme l'âge ou le statut ganglionnaire, le tabagisme actif est associé à une diminution significative de la survie globale (43 mois *versus* 103 mois ; $p = 0,002$) et de la survie sans progression. La poursuite du tabagisme



Mise à jour 2017

est associée à une diminution de la survie et une augmentation du risque de survenu d'un deuxième cancer (17).

En période péri-opératoire, le sevrage tabagique permet de limiter les complications infectieuses et la durée d'hospitalisation.

Le sevrage tabagique, même récent, permet d'améliorer la dyspnée et la qualité de vie en post-opératoire.

Les recommandations proposent un arrêt du tabac le plus tôt possible. Le sevrage tabagique, même récent, permet d'améliorer la dyspnée et la qualité de vie en post-opératoire (17).

Une étude randomisée récente a objectivé le maintien d'un sevrage tabagique à 1 an de la chirurgie significativement plus élevé dans le groupe de patients ayant bénéficié d'une courte consultation avec une infirmière avant la chirurgie, avec remise de brochures d'informations, de numéro de hotline et la mise en place de substitution nicotinique (18).

1.2. Stade localement avancé

Comme dans les stades localisés, la poursuite du tabac est associée à une augmentation de la mortalité par récurrence ou par deuxième cancer bronchique (19).

L'impact du tabagisme actif sur la radiothérapie n'est pas clairement établi. L'inhalation de CO entraîne une hypoxie tissulaire relative et pourrait expliquer une moindre efficacité de la radiothérapie thoracique. Cependant, le tabagisme n'est pas retrouvé comme un facteur de mauvais pronostic dans la majorité des essais de radiothérapie thoracique à visée curative.

L'impact du tabagisme actif sur le risque de pneumopathie radique reste discuté, avec des données contradictoires.

1.3. Stade métastatique

L'effet du tabac sur la chimiorésistance reste discuté. Le tabac pourrait altérer le métabolisme de certaines chimiothérapies par interaction via le cytochrome P450.

Seule l'altération du métabolisme de l'irinotécan avec une diminution de son efficacité est démontrée.

La poursuite du tabac est associée à une moindre efficacité des inhibiteurs spécifiques de la tyrosine kinase de l'EGFR. Il est actuellement bien établi que la probabilité d'observer une mutation de l'EGFR dans les CBNPC augmente avec la durée du sevrage tabagique, la présence de la mutation de l'EGFR étant associée à de meilleurs pronostics oncogéniques.

2. Cancer bronchique à petites cellules :

Dans le cancer bronchique à petites cellules, les données concernant le sevrage tabagique ne sont disponibles que pour les stades localisés. Dans cette population, la poursuite du tabagisme est associée à une diminution de la survie par récurrence de cancer ou par apparition d'un deuxième cancer.

Le risque de deuxième cancer bronchique à deux ans est particulièrement élevé ; il est estimé à un facteur 11 (IC 95 % : 4,4-23) chez les fumeurs sevrés et un facteur 32 (IC 95 % : 12-69) chez les fumeurs actifs (20).

Par ailleurs, comme pour les patients atteints de CBNPC, l'arrêt du tabac est associé à une amélioration de la qualité de vie.

RECOMMANDATIONS

- Quel que soit le stade, l'arrêt du tabagisme apporte un bénéfice ; l'aide au sevrage tabagique doit être proposée au patient quel que soit le stade.
- En cas de cancer bronchique, la poursuite du tabagisme s'accompagne d'une augmentation de la mortalité globale.
- Le sevrage tabagique améliore la qualité de vie chez les patients atteints de cancer bronchique.
- Dans les cancers bronchiques, le tabagisme actif augmente la mortalité globale par récurrence et par risque de 2^{ème} cancer.
- En péri-opératoire, le sevrage tabagique permet de réduire la morbi-mortalité.
- Avant intervention chirurgicale, il est recommandé un sevrage tabagique le plus tôt possible.
- La poursuite du tabagisme entraîne une diminution de l'efficacité des inhibiteurs des TKI de l'EGFR.



LE TABAGISME PASSIF

L'exposition au tabagisme passif augmente de 25% les risques de cardiopathie ischémique et de 27% le risque de cancer du poumon (21).

Bien que le tabagisme passif ne semble pas être associé à des maladies respiratoires chroniques en dehors du cancer du poumon, plusieurs études suggèrent que le tabagisme passif peut entraîner une morbidité respiratoire aiguë, en particulier pour les personnes souffrant d'asthme.

Chez les enfants, l'exposition au tabagisme passif augmente les risques de mort subite du nourrisson, d'infection respiratoire, d'otite et d'asthme.

Le tabac passif était la cause d'un peu plus de 1 000 décès en 2002. Les risques ont diminué depuis(22).

D'autre part, il est important de souligner que la cigarette électronique génère une vapeur contenant presque toujours de la nicotine et des substances carcinogènes (23) quoiqu'à des concentrations plus faibles que dans la fumée de cigarette. La nicotine contenue dans la vapeur peut être inhalée par les non-fumeurs ou absorbée à travers la peau. Très peu d'informations sur ces voies d'exposition sont disponibles.

En conclusion, l'ensemble des professionnels de santé en contact avec des fumeurs (médecins, pharmaciens, infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes, etc.) doit s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Le décret du 15 novembre 2006 et la circulaire spécifique aux établissements de santé du 8 décembre 2006 (24), insistent sur un double message : normatif et accompagnement.

Normatif : il est totalement interdit de fumer à l'intérieur des locaux hospitaliers, les fumeurs sont interdits, des sanctions forfaitaires peuvent être appliquées.

Accompagnement : les personnels soignants doivent être formés au repérage, au dépistage et à la prise en charge adaptée des fumeurs dépendants hospitalisés.



ANNEXE 1 - LE CONSEIL D'ARRÊT

Utilisé systématiquement lors de chaque consultation, il permet l'arrêt spontané de plus de 200 000 fumeurs par an en France.

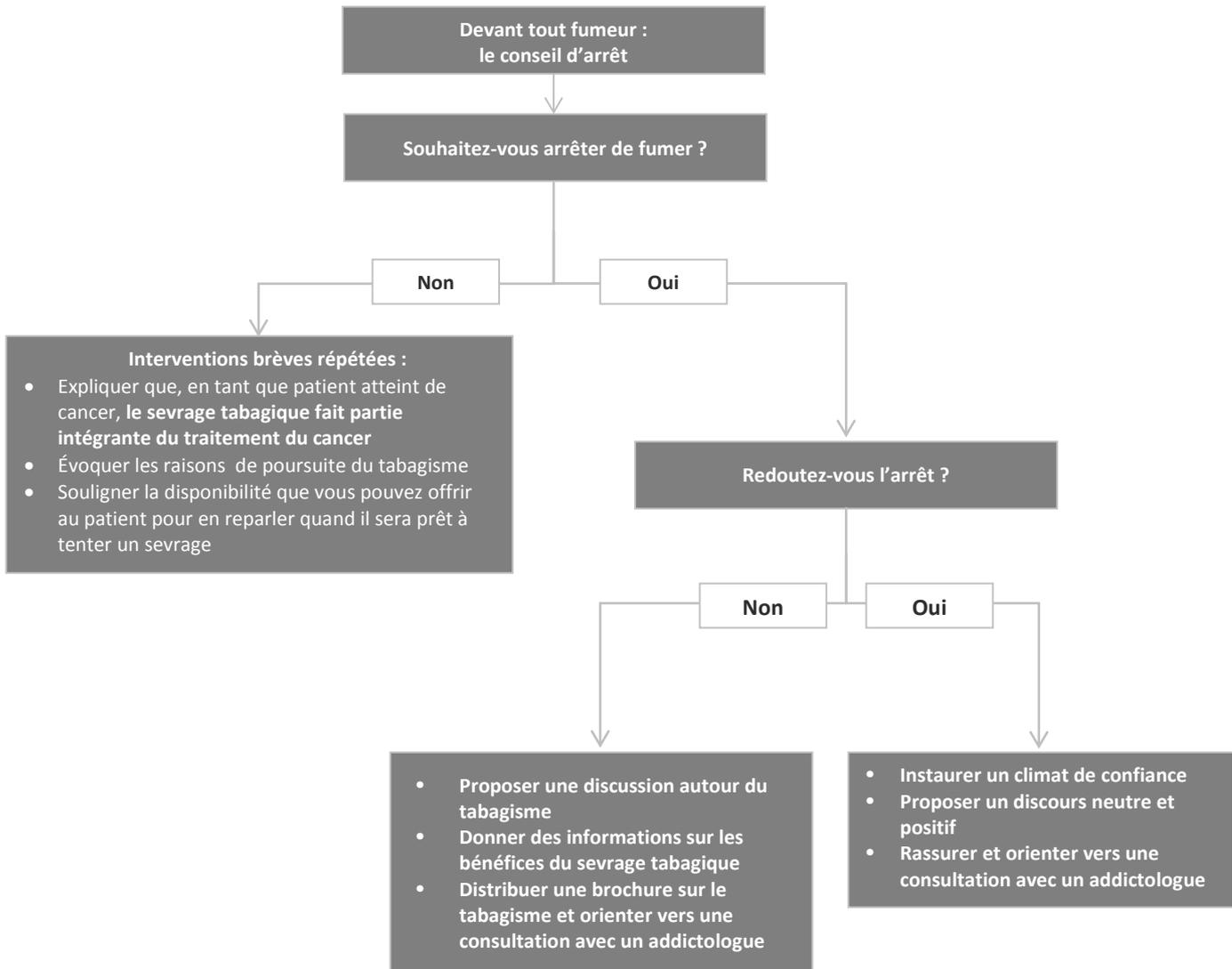


Figure 1 – Conseil d'arrêt (extrait du référentiel SEVRAGE TABAGIQUE- AFSOS 11 décembre 2015)



ANNEXE 2 - TEST ANXIETE-DEPRESSION (HAD: HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)

"Ce questionnaire a pour but de nous aider à mieux percevoir ce que vous ressentez. Lisez chaque question et entourez la réponse qui convient le mieux à ce que vous avez ressenti au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état."

A/ Je me sens tendu, énérvé

- la plupart du temps 3
- souvent 2
- de temps en temps 1
- jamais 0

D/ Je me sens ralenti

- pratiquement tout le temps 3
- très souvent 2
- quelquefois 1
- jamais 0

D/ J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement

- oui : toujours 0
- pas autant 1
- de plus en plus rarement 2
- presque plus du tout 3

A/ J'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge

- très souvent 3
- assez souvent 2
- parfois 1
- jamais 0

A/ J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- oui très nettement 3
- oui mais ce n'est pas trop grave 2
- un peu mais cela ne m'inquiète pas 1
- pas du tout 0

D/ J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence

- totalement 3
- je n'y fais plus attention 2
- je n'y fais plus assez attention 1
- j'y fais attention comme d'habitude 0

D/ Je sais rire et voir le côté amusant des choses

- toujours autant 0
- plutôt moins 1
- nettement moins 2
- plus du tout 3

A/ J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place

- oui c'est tout à fait le cas 3
- un peu 2
- pas tellement 1
- pas du tout 0

A/ Je me fais du souci

- très souvent 3
- assez souvent 2
- occasionnellement 1
- très occasionnellement 0

D/ Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses

- comme d'habitude 0
- plutôt moins qu'avant 1
- beaucoup moins qu'avant 2
- pas du tout 3

D/ Je me sens gai, de bonne humeur

- jamais 3
- rarement 2
- assez souvent 1
- la plupart du temps 0

A/ J'éprouve des sensations de panique

- très souvent 3
- assez souvent 2
- rarement 1
- jamais 0

A/ Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu

- jamais 3
- rarement 2
- oui, en général 1
- oui, toujours 0

D/ Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à un bon programme radio ou télévision

- souvent 0
- parfois 1
- rarement 2
- pratiquement jamais 3

L'échelle HAD a été mise au point et validée pour fournir aux médecins non psychiatres un test de dépistage des troubles psychologiques les plus communs : anxiété et dépression. Elle permet d'identifier l'existence d'une symptomatologie et d'en évaluer la sévérité. La note 8 constituerait un seuil optimal pour anxiété ou dépression. On peut également retenir le score global (A+D) = le seuil serait alors de 19 pour les épisodes dépressifs majeurs et de 13 pour les états dépressifs mineurs.

TOTAL SCORE A.....

TOTAL SCORE D.....

TOTAL SCORE A+D.....

AGENCE FRANCAISE DE SECURITE DES PRODUITS DE SANTE
MAI 2003



ANNEXE 3 – TEST DE DEPENDANCE PHYSIQUE A LA NICOTINE (TEST DE FAGERSTROM, 1991)

QUESTION 1 : DANS QUEL DELAI APRES LE REVEIL FUMEZ-VOUS VOTRE 1^{ERE} CIGARETTE ?

- Dans les 5 premières minutes 3
- 6 à 30 minutes 2
- 31 à 60 minutes 1
- Après 60 minutes 0

QUESTION 2 : TROUVEZ-VOUS DIFFICILE DE VOUS ABSTENIR DE FUMER DANS LES ENDROITS OU C'EST INTERDIT ?

- Oui 1
- Non 0

QUESTION 3 : A QUELLE CIGARETTE EST-IL LE PLUS DIFFICILE DE RENONCER ?

- La première 1
- Une autre 0

QUESTION 4 : COMBIEN DE CIGARETTES FUMEZ-VOUS PAR JOUR ?

- 10 ou moins 0
- 11 à 20 1
- 21 à 30 2
- 31 ou plus 3

QUESTION 5 : FUMEZ-VOUS A INTERVALLES PLUS RAPPROCHES DURANT LES PREMIERES HEURES DE LA MATINEE QUE PENDANT LE RESTE DE LA JOURNEE ?

- Oui 1
- Non 0

QUESTION 6 : FUMEZ-VOUS MEME SI UNE MALADIE VOUS OBLIGE A RESTER AU LIT ?

- Oui 1
- Non 0

INTERPRETATION SELON LA CONFERENCE DE CONSENSUS 1998 ET REPRISE PAR L'AFSSAPS 2003 :

- 0 à 2 : pas de dépendance à la nicotine
- 3 à 4 : faible dépendance à la nicotine
- 5 à 6 : moyenne dépendance à la nicotine
- 7 à 10 : forte ou très forte dépendance à la nicotine.

Si la dépendance physique à la nicotine est évidente (Fagerström ≥ 5), le médecin doit commencer le sevrage par la prescription de substituts nicotiniques.



REFERENCES

1. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;348:g1151.
2. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(3):CD000146.
3. Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y. Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med*. 2000 Nov 13;160(20):3128–34.
4. Johnston AJ, Ascher J, Leadbetter R, Schmith VD, Patel DK, Durcan M, et al. Pharmacokinetic optimisation of sustained-release bupropion for smoking cessation. *Drugs*. 2002;62 Suppl 2:11–24.
5. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 Jul 5;296(1):56–63.
6. Bertholon JF, Becquemin MH, Annesi-Maesano I, Dautzenberg B. Electronic cigarettes: a short review. *Respiration*. 2013;86(5):433–8.
7. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2013 Nov 16;382(9905):1629–37.
8. Cobb NK, Abrams DB. The FDA, e-cigarettes, and the demise of combusted tobacco. *N Engl J Med*. 2014 Oct 16;371(16):1469.
9. Lee AHY, Stater BJ, Close L, Rahmati R. Are e-cigarettes effective in smoking cessation? *Laryngoscope*. 2015 Apr;125(4):785.
10. Vanderkam P, Boussageon R, Underner M, Langbourg N, Brabant Y, Binder P, et al. [Efficacy and security of electronic cigarette for tobacco harm reduction: Systematic review and meta-analysis]. *Presse Med*. 2016 Sep 2;
11. Rahman MA, Hann N, Wilson A, Mnatzaganian G, Worrall-Carter L. E-Cigarettes and Smoking Cessation: Evidence from a Systematic Review and Meta-Analysis. Le Foll B, editor. *PLOS ONE*. 2015 Mar 30;10(3):e0122544.
12. Rapport_e-cigarette_lundi_27_mai_PS - zotero://attachment/21/ [Internet]. [cited 2016 Oct 31]. Available from: zotero://attachment/21/
13. Ruppert A-M, Amrioui F, Gounant V, Wislez M, Bouvier F, Cadranet J. [Smoking cessation therapy in thoracic oncology]. *Rev Mal Respir*. 2013 Oct;30(8):696–705.
14. WCLC-2015-Abstract-Book_vF_FOR-JTO-Website_low-res_REV-NOV-2015.pdf [Internet]. [cited 2016 Oct 31]. Available from: http://wclc2015.iaslc.org/wp-content/uploads/2015/11/WCLC-2015-Abstract-Book_vF_FOR-JTO-Website_low-res_REV-NOV-2015.pdf
15. Synthèse - Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer - Systématiser son accompagnement - Ref : ARTBPATASYN16 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cited 2016 Oct 31]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Arret-du-tabac-dans-la-prise-en-charge-du-patient-atteint-de-cancer-Systematiser-son-accompagnement>
16. Microsoft Word - Dossier de presse CETPO.doc - zotero://attachment/18/ [Internet]. [cited 2016 Oct 31]. Available from: zotero://attachment/18/
17. Balduyck B, Sardari Nia P, Cogen A, Dockx Y, Lauwers P, Hendriks J, et al. The effect of smoking cessation on quality of life after lung cancer surgery. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2011 Dec;40(6):1432-1437-1438.
18. Lee SM, Landry J, Jones PM, Buhrmann O, Morley-Forster P. Long-term quit rates after a perioperative smoking cessation randomized controlled trial. *Anesth Analg*. 2015 Mar;120(3):582.
19. 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.
20. Richardson GE, Tucker MA, Venzon DJ, Linnoila RI, Phelps R, Phares JC, et al. Smoking cessation after successful treatment of small-cell lung cancer is associated with fewer smoking-related second primary cancers. *Ann Intern Med*. 1993 Sep 1;119(5):383–90.
21. Taylor R, Najafi F, Dobson A. Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent. *Int J Epidemiol*. 2007 Oct;36(5):1048.
22. Mortal-Tbc_CH_JMST12 - Mortalite_attribuable_au_tabac_en_France.pdf [Internet]. [cited 2016 Oct 31]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Mortalite_attribuable_au_tabac_en_France.pdf
23. Bam TS, Bellew W, Berezchnova I, Jackson-Morris A, Jones A, Latif E, et al. Position statement on electronic cigarettes or electronic nicotine delivery systems. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014 Jan;18(1):5.
24. Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en oeuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé.



Mise à jour 2017

DECLARATION DES LIENS D'INTERETS

Les personnes ci-dessous ont déclaré des liens d'intérêt potentiels en oncologie thoracique pour des participations à des congrès, séminaires ou formations ; des bourses ou autre financement ; des rémunérations personnelles ; des intéressements ; ou tout autre lien pertinent :

AUDIGIER-VALETTE C. : BMS, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squib, Roche, MSD
BARANZELLI A. : Janssen
BELLIERE A. : Prostrakan
BERARD H. : Roche, Pfizer, GlaxoSmithKline
CADRANEL J. : AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squib, Lilly, Novartis, Pfizer, Roche
CHUMBI FLORES W. : Merck
COURAUD S. : AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Chugai, Exact Science, MSD, Novartis, Pfizer, Roche, Sysmex Immostics
DECROISSETTE C. : Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squib, Lilly, Pierre Fabre, Roche
ETIENNE-MASTROIANNI B. : Merck, Roche
FALCHERO L. : Amgen, Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Novartis, Roche
FOURNEL P. : Amgen, Astellas, Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squib, Lilly, Novartis, Pfizer, Roche, MSD
GERINIERE L. : Cours du Golf, Lilly, Olympus, D'Medica
GIRARD N. : Astra Zeneca, Boehringer, Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Clovis, Hopsira, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Sandoz, Roche, Teva
GONZALEZ G. : Boehringer Ingelheim
GREILLIER L. : Amgen, Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Lilly, Pfizer, Roche
JANICOT H. : Boehringer Ingelheim, Expertise auprès de l'Assurance Maladie
JEANNIN G. : Boehringer Ingelheim
KIAKOUAMA L. : Merck
LARIVE S. : Boehringer Ingelheim
LE TREUT J. : AstraZeneca
MENNECIER B. : Amgen, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squib, Lilly, MSD, Novartis, Roche, Sandoz
MERLE P. : AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squib
MORO-SIBILOT D. : Ariad, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squib, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche
ODIER L. : Amgen, Lilly
PEROL M. : Amgen, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squib, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Roche
PERRICHON M. : Boehringer Ingelheim, Lilly
PINSOLLE J. : Pfizer, Roche
SOUQUET P.J. : Amgen, Astellas, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Chugay, Clovis, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer, Pierre fabre, Roche, Sandoz
TIOTU A. : Amgen, AstraZeneca, Bristol Myers Squib, Lilly, Roche, Sandoz

Les autres participants et membres des groupes de travail n'ont déclaré aucun lien d'intérêt en oncologie thoracique.
Aucun participant ou membre d'un groupe de travail n'a rapporté de lien d'intérêt avec l'industrie du tabac.

La réunion de mise à jour des référentiels (édition 2017) a été organisée par l'Association de Recherche d'Information Scientifique et Thérapeutique en Oncologie Thoracique (ARISTOT).

Les partenaires institutionnels 2017 d'ARISTOT sont : Amgen, Astra Zeneca, Bristol Myers Squib, MSD, Novartis, Pfizer, Roche et Boehringer Ingelheim et Lilly

MENTIONS LEGALES

Les référentiels en oncologie thoracique Auvergne-Rhône-Alpes 2017 sont mis en forme par Sébastien Couraud, Aurélie Béllière et Le Cancer.fr. Ils sont édités par l'Association de Recherche d'Information Scientifique et Thérapeutique en Oncologie Thoracique (ARISTOT). Ils sont diffusés à titre gratuit par le Réseau Espace Santé Cancer Rhône-Alpes et Le Cancer.fr.

Pour citer le référentiel :

Sakhri L, Bertocchi M et le comité de rédaction des référentiels Auvergne Rhône-Alpes en oncologie thoracique. Référentiel sur le Sevrage tabagique : actualisation 2017. ARISTOT ; 2017. Téléchargeable sur <http://espacecancer.sante-ra.fr/Pages/referentiels.aspx> et sur www.lecancer.fr

Sakhri L, Bertocchi M on behalf of the editing committee of Auvergne Rhône-Alpes Guidelines in Thoracic Oncology. [Guidelines on Smoking Cessation: 2017 Update]. ARISTOT; 2017 [French]. Available from <http://espacecancer.sante-ra.fr/Pages/referentiels.aspx> and from www.lecancer.fr