

L'abandon du tabac

chez les utilisateurs de substances psychoactives

André Gervais MD

Médecin-conseil
Direction de santé publique

Centre d'abandon du tabagisme
CHUM

Professeur agrégé de clinique
Département de médecine
Université de Montréal

Adjunct professor
Family medicine
McGill University



agervais@santepub-mtl.qc.ca

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 

Divulgence de conflit d'intérêts potentiel

- Conférencier
Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, Sanofi-aventis, Pfizer, Merck Frosst
- Invité
Advances in Therapeutic Strategies for Smoking Cessation,
Canadian Consultant Meeting.
Toronto 2007, 2008 Pfizer
Formation de formateurs sur le programme
« Libérez-vous » Partenaires pour l'abandon du tabac.
Montréal 2007, Pfizer
Global Alliance for the Treatment of Tobacco Dependence.
Paris 2007, Lisbonne 2008, Pfizer
- Membre comité avisé Champix
Pfizer 2007-2009
- Avis timbre Nicorette
McNeil 2009
- Co-chercheur
L'abandon du tabac chez les patients atteints de cancer du poumon
et chez leurs proches fumeurs. Pfizer

Objectifs

- Les meilleures pratiques sur l'abandon du tabac
 - Lignes directrices É.U. 2008
- Abandon du tabac chez les utilisateurs de substances psychoactives
 - Méta-analyse de Prochaska
 - Expérience de la maison l'Alcôve
- Recommandations: Centre de prévention et de réadaptation Minto et Centre de toxicomanie et de santé mentale Toronto
- Aides pharmacologiques chez les utilisateurs de substances psychoactives
 - TRN / Bupropion / Varénicline

Lignes directrices aux É.-U. Traitement du tabagisme et de sa dépendance

Clinical Practice Guideline

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update

Guideline Panel

Michael C. Fiore, MD, MPH
(Panel Chair)
Carlos Roberto Jaén, MD, PhD, FAAFP
(Panel Vice Chair)
Timothy B. Baker, PhD
(Senior Scientist)
William C. Bailey, MD, FACP, FCCP
Neal L. Benowitz, MD
Susan J. Curry, PhD
Sally Faith Dorfman, MD, MSHSA
Erika S. Froelicher, PhD, RN, MA, MPH
Michael G. Goldstein, MD
Cheryl G. Heaton, DrPH
Patricia Nez Henderson, MD, MPH

Richard B. Heyman, MD
Howard K. Koh, MD, MPH, FACP
Thomas E. Rottke, MD, MSPH
Harry A. Lando, PhD
Robert E. Mecklenburg, DDS, MPH
Robin J. Mermelstein, PhD
Patricia Dolan Mullen, DrPH
C. Tracy Orleans, PhD
Lawrence Robinson, MD, MPH
Maxine L. Stitzer, PhD
Anthony C. Tommasello, PhD, MS
Louise Villejo, MPH, CHES
Mary Ellen Wewers, PhD, MPH, RN

Guideline Liaisons

Ernestine W. Murray, RN, BSN, MAS, (Project Officer), Agency for Healthcare Research and Quality
Glenn Bennett, MPH, CHES, National Heart, Lung, and Blood Institute
Stephen Hershman, PhD, National Institute on Drug Abuse
Corinne Husten, MD, MPH, Centers for Disease Control and Prevention
Glen Moirgan, PhD, National Cancer Institute
Christine Williams, MEd, Agency for Healthcare Research and Quality

Guideline Staff

Bruce A. Christiansen, PhD (Project Director)
Megan E. Piper, PhD (Project Scientist)
Victor Hasselblad, PhD (Project Statistician)
David Fraser, MS (Project Coordinator)
Wendy Theobald, PhD (Editorial Associate)
Michael Connell, BS (Database Manager)
Cathlyn Leitzke, MSN, RN-C (Project Researcher)

U.S. Department of Health and Human Services
Public Health Service
May 2008

<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco>

A Clinical Blueprint to Accelerate the Elimination of Tobacco Use

Michael C. Fiore, MD, MPH

Carlos Roberto Jaén, MD, PhD

ON MAY 7, 2008, THE US PUBLIC HEALTH SERVICE (PHS) released the Clinical Practice Guideline *Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 Update*. This guideline describes how clinicians and health care systems can significantly reduce tobacco use prevalence by delivering evidence-based treatments to the 16 patients who smoke.

The story of tobacco control efforts over the last half century is one of remarkable progress and promise. In 1965, current smokers outnumbered former smokers 3 to 1. During the past 40 years, the rate of quitting has so outstripped

the rate of initiation that, today, there are more former smokers than current smokers.¹ Since tobacco use rates peaked in the 1960s, smoking prevalence among adults has decreased by half, to about 20% today.² Moreover, 40 years ago smoking was viewed as a habit rather than a chronic disease, and smokers had no access to scientifically validated treatments.

Today numerous effective treatments exist and progress in the war against tobacco is accelerating. For instance, remarkable advances have been made in the scant dozen years

Author JI Hillson: Center for Tobacco Research and Intervention, University of Minnesota, Alithea Cr. Row and Department of Family & Community Medicine, University of Texas Health Science Center at San Antonio, CR 440.
Corresponding Author: Michael C. Fiore, MD, MPH, Center for Tobacco Research and Intervention, 1200 University Ave, Alithea, VA 52006 (cffiore@med.umn.edu).

©2008 American Medical Association. All rights reserved.

Reprints: JAMA, May 7, 2008—Vol 299, No. 17

Downloaded from www.jama.com at DESP MO NTRICAL on May 8, 2008

JAMA, May 7, 2008—Vol 299, No. 17)

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

10 recommandations clés

1. Le tabagisme est une maladie chronique qui requiert des interventions répétées et de multiples tentatives pour cesser de fumer. Cependant, il existe des traitements efficaces qui augmentent les taux d'abandon du tabac à long terme.
2. Il est essentiel que les cliniciens et les systèmes de santé identifient et documentent régulièrement l'évolution du statut tabagique des consommateurs de tabac, et traitent chaque utilisateur de tabac identifié.
3. Les traitements contre la dépendance tabagique sont efficaces auprès de différentes populations. En ce sens, les cliniciens devraient encourager tout patient prêt à cesser de fumer en employant à la fois le counselling et le traitement médicamenteux tels que recommandés.

10 recommandations clés (suite)

4. L'intervention brève est efficace. Les cliniciens devraient offrir aux patients consommateurs de tabac le traitement bref qui est démontré efficace dans ces recommandations.
5. Les counsellings individuel, de groupe et téléphoniques sont efficaces, et leur efficacité augmente selon l'intensité du traitement. Deux composantes du counselling s'avèrent particulièrement efficaces et devraient être utilisées lors de counselling aux patients qui tentent de cesser :
 - Counseling pratique
(résolution de problèmes/acquisition d'habileté)
 - Support social intégré au traitement

10 recommandations clés

6. Encourager **tous leurs patients** qui tentent d'arrêter de fumer à **recourir à un traitement médicamenteux**—sauf en cas de **contre-indications** ou si l'on ne possède **pas assez de preuves d'efficacité** (femmes enceintes, tabac sans fumée, fumeurs légers et adolescents).

10 recommandations clés

6. Encourager **tous leurs patients** qui tentent d'arrêter de fumer à **recourir à un traitement médicamenteux**—sauf en cas de **contre-indications** ou si l'on ne possède **pas assez de preuves d'efficacité** (femmes enceintes, tabac sans fumée, fumeurs légers et adolescents).

- Bupropion à libération prolongée
- Gommages de nicotine
- Inhalateur de nicotine
- Pastilles de nicotine
- *Vaporisateur nasal de nicotine*
- Timbres de nicotine
- Varénicline

Considérer l'emploi de **deux médicaments ensemble**

Efficacité des aides pharmacologiques

Pharmacothérapie	Rapport de cote (IC 95 %)	Taux d'abstinence (IC 95 %)
Placebo	1,0	13,8
Timbres (6-14 sem.)	1,9 (1,7-2,2)	23,4 (21,3-25,8)
Timbres (> 14 sem.)	1,9 (1,7-2,3)	23,7 (21,0-26,6)
Gommes (6-14 sem.)	1,5 (1,2-1,7)	19,0 (16,5-21,9)
Gommes (> 14 sem.)	2,2 (1,5-3,2)	26,1 (19,7-33,6)
Inhalateur	2,1 (1,5-2,9)	24,8 (19,1-31,6)
Bupropion (300 mg/j)	2,0 (1,8-2,2)	24,2 (22,2-26,4)
Varénicline (2 mg/j)	3,1 (2,5-3,8)	33,2 (28,9-37,8)
Varénicline (1 mg/j)	2,1 (1,5-3,0)	25,4 (19,6-32,2)

Combinaison des aides pharmacologiques

Médicament	Rapport de cote (IC 95 %)	Taux d'abstinence (IC 95 %)
Placebo	1,0	13,8
Timbre (> 14 sem.) + gommes ou vaporisateur	3,6 (2,5-5,2)	36,5 (28,6-45,3)
Timbre + bupropion	2,5 (1,9-3,4)	28,9 (23,5-35,1)
Timbre + inhalateur	2,2 (1,3-3,6)	25,8 (17,4-36,5)

10 recommandations clés (suite)

7. Le counselling et les médicaments sont efficaces en soi pour le traitement de la dépendance au tabac. Cependant, l'emploi concomitant du counselling et des médicaments est plus efficace que chacun individuellement. Les cliniciens devraient donc le suggérer à toute personne qui tente d'arrêter.
8. Le counselling par ligne téléphonique est efficace auprès de populations diverses et assure un accès général. Par conséquent, les cliniciens et les systèmes de santé devraient s'assurer de la disponibilité de ces lignes téléphoniques d'arrêt et en faire la promotion.

Aide pharmacologique + intensité du counselling

Traitement	Rapport de cote (IC 95 %)	Taux d'abstinence (IC 95 %)
0 - 1 rencontre + médicament	1,0	21,8
2 - 3 rencontres + médicament	1,4 (1,1-1,8)	28,0 (23,0-33,6)
4 - 8 rencontres + médicament	1,3 (1,1-1,5)	26,9 (24,3-29,7)
> de 8 rencontres + médicament	1,7 (1,3-2,2)	32,5 (27,3-38,3)

10 recommandations clés (suite)

9. Pour le consommateur de tabac qui n'est pas prêt à cesser de fumer, les cliniciens devraient utiliser l'approche motivationnelle décrite dans les recommandations afin d'augmenter les chances de tentatives d'arrêt dans l'avenir.
10. Les traitements de la dépendance au tabac sont à la fois efficaces du point de vue clinique et se comparent avantageusement du point de vue coût-efficacité aux interventions pour d'autres entités cliniques. La couverture par les régimes d'assurance de ces traitements augmente les taux d'abandon. Les assureurs et les acheteurs devraient s'assurer que le counselling et les médicaments, décrits comme efficaces dans ces recommandations, soient des avantages couverts dans tous les régimes d'assurance.

Troubles de santé mentale comprenant l'usage de substances psychoactives

- Les données actuelles ne permettent pas de déterminer si les fumeurs qui souffrent de troubles de santé mentale bénéficient de traitements ajustés à leurs troubles ou symptômes de santé mentale en comparaison aux traitements standards.
- Les données actuelles montrent que les interventions de counselling tabagique et les aides pharmacologiques sont efficaces pour les fumeurs en traitement pour une dépendance à des substances psychoactives.

Méta-analyse d'interventions en abandon du tabac chez les patients en traitement ou en récupération d'usage de substances psychoactives

- 19 essais randomisés à double insu
- Abstinance au tabac:
 - immédiatement après l'intervention
 - \geq 6mois après l'intervention
- Abstinance substance psychoactive :
 - immédiatement après l'intervention
 - \geq 6mois après l'intervention

Abstinence au tabac immédiatement après l'intervention

Effet (n)	Intervention pour le tabac %	Contrôle %
Durant le traitement pour la toxicomanie (11) [†]	12	3*
Durant la récupération pour la toxicomanie (7)	38	22*
Total (18)	20	19*

5 / 11 études[†] avec remplacement de nicotine RR = 2,63

n = nombre d'études

RR = Risque relatif

* Significatif $p < ,05$

Abstinence au tabac ≥ 6 mois après l'intervention

Effet (n)	Intervention pour le tabac %	Contrôle %
Durant le traitement pour la toxicomanie (8)	7	6
Durant la récupération pour la toxicomanie (7)	20	15
Total (15)	12	9

n = nombre d'études

RR = Risque relatif

* Significatif $p < ,05$

Abstinence à la substance psychoactive

Effet (n)	Intervention pour le tabac %	Contrôle %
Immédiatement après le traitement pour la toxicomanie (9)	54	52
≥ 6 mois après le traitement pour la toxicomanie (7)	20	15*

n = nombre d'études

RR = Risque relatif

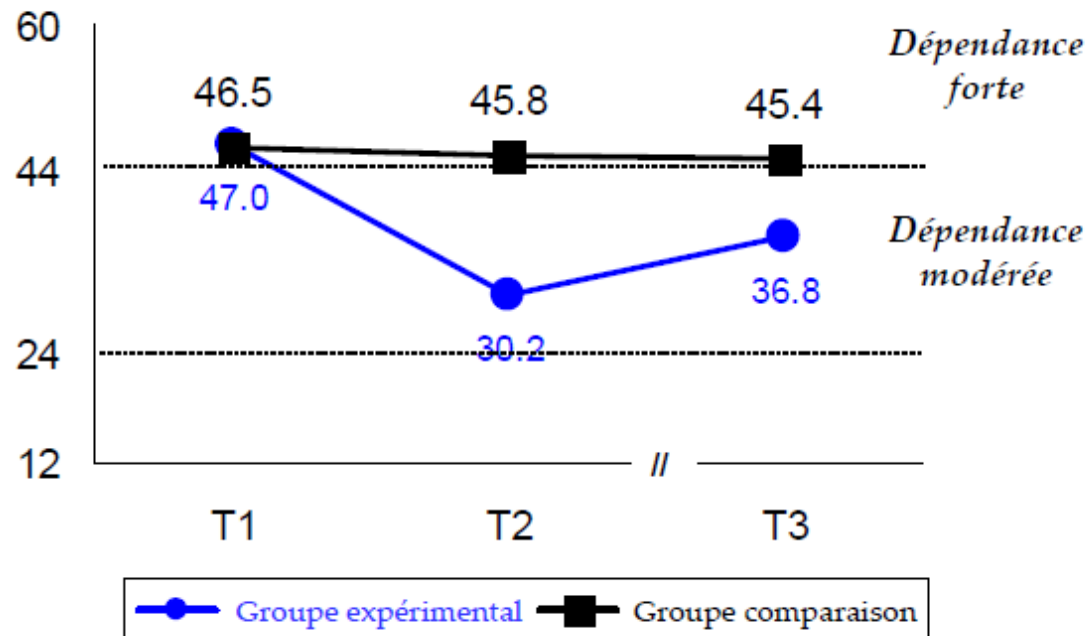
* Significatif $p < ,05$

J'Tabac maintenant!,



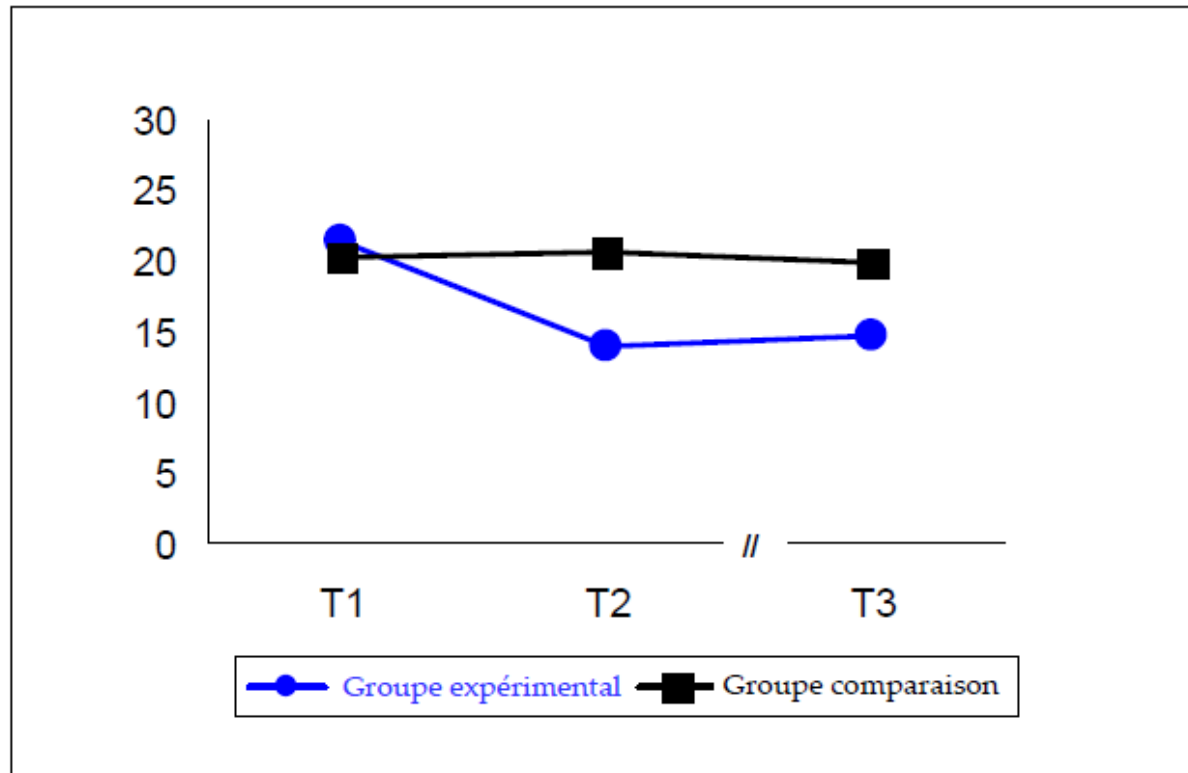
<http://www.maisonlalcove.com/>

Évolution de la dépendance au tabac (CDS-12)



Notes. T1 = Jour 1, T2 = 3^{ème} semaine en interne, T3 = 8^{ème} semaine (externe). Centre expérimental: $n_{T1} = 101$, $n_{T2} = 97$, $n_{T3} = 65$. Centre de comparaison: $n_{T1} = 82$, $n_{T2} = 68$, $n_{T3} = 26$.

Consommation quotidienne de cigarettes



Notes. T1 = Jour 1, T2 = 3^{ème} semaine (interne), T3 = 8^{ème} semaine (externe). **Centre expérimental:** $n_{T1} = 100$, $n_{T2} = 58$, $n_{T3} = 54$. **Centre de comparaison:** $n_{T1} = 72$, $n_{T2} = 66$, $n_{T3} = 27$.

Abandon du TABAC

Conférences scientifiques

NOVEMBRE 2007
VOLUME 1, NUMÉRO 10

UNE RESSOURCE D'APPRENTISSAGE PROVENANT DES MÉDECINS DU CENTRE DE PRÉVENTION ET DE RÉADAPTATION MINTO, INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA ET DU SERVICE DE TRAITEMENT MÉDICAL DE LA TOXICOMANIE, CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE, UNIVERSITÉ DE TORONTO

L'alcool et le tabac : repenser l'association et ses implications

PAR CHARL ELS, MChB, FCPsych, MMedPsych, ASAM, MROCC ET
PETER SELBY, MBBS, CCFP, FASAM

L'usage du tabac est la principale cause évitable de mortalité et de morbidité tant chez les sujets ayant une dépendance chimique que dans la population générale. La codépendance à la nicotine et à l'alcool est fréquente, ce qui confirme le principe de base que les « fumeurs boivent et les buveurs fument ». Par conséquent, les risques pour la santé sont élevés et bien que la prévalence du tabagisme dans la population générale ait diminué substantiellement, au cours des 3 à 4 dernières décennies, le taux de tabagisme parmi les alcooliques est demeuré élevé. Cette persistance semble indiquer la nécessité de repenser l'association existant entre ces deux dépendances et les implications pour le contrôle du tabagisme. On suppose que les comorbidités associées à ces deux dépendances ont les mêmes causes psychologiques, sociologiques et biologiques, mais il existe encore plusieurs points obscurs.

Ce numéro d'Abandon du tabac – Conférences scientifiques effectue une revue ciblée de la littérature en vue d'évaluer l'association entre l'alcool et le tabac, de déterminer les implications de cette association et d'élaborer des recommandations sur le contrôle du tabagisme dans la population dépendante de l'alcool.

Les coûts de l'alcool et du tabac pour la société

*Les Coûts de l'abus de substances au Canada (2002)*¹ est une étude qui visait à déterminer les secteurs où l'investissement de ressources serait le plus efficace et pourrait engendrer le plus grand changement dans les diverses causes de mortalité, de morbidité et d'incapacité. Le coût total estimé de l'abus de substances au Canada était de 39,8 milliards de dollars, ce qui équivalait à un coût de 1 267 \$ par habitant. Cette étude a confirmé les constatations antérieures² que les deux substances légales, à savoir le tabac et l'alcool, étaient à l'origine de près de 80 % du coût total de l'abus de substances, alors que toutes les substances illégales combinées représentaient les 20 % restants. Plus précisément, l'alcool représentait 37 % des coûts, alors que le tabac était en tête avec un coût de 17 milliards de dollars en 2002.

L'usage du tabac chez les alcooliques – un exemple historique de négligence

La dépendance au tabac est reconnue comme un véritable trouble mental et une dépendance à une substance dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association*³ et dans la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁴. L'idée fautive que les personnes présentant une codépendance ne « peuvent » ni ne « veulent » renoncer simultanément à l'alcool et au tabac ou que le tabagisme n'est pas une dépendance « réelle » est répandue. Elle date au moins des années 1930, lorsque le tabagisme était la norme et qu'il existait peu de traitement somatique de la dépendance au tabac (tableau 1). Les fondateurs des Alcooliques Anonymes (AA), Bill Wilson et Robert Smith, M.D., étaient tous deux des fumeurs qui sont décédés de maladies liées au tabac. À l'heure actuelle, dans un certain nombre de contextes, de nombreux alcooliques continuent d'être exposés à une situation de résistance à l'abandon du tabac. Ces situations surviennent aux réunions AA, dans des contextes communautaires, au cours de consultations chez le médecin, dans des contextes de santé mentale et dans des établissements ou hôpitaux où le tabagisme est normalisé, toléré ou encouragé. Une relation collusoire s'établit lorsque les professionnels de la santé dissuadent à tort les fumeurs de cesser de fumer ou lorsqu'ils fument avec des clients (patients) parce qu'ils sont censés agir par empathie et laisser aux fumeurs ce que l'on appelle la « liberté de choix ».

Disponible sur Internet au www.abandondutabac-conferences.ca



UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA



Centre for Addiction and Mental Health
Centre de toxicomanie et de santé mentale



uOttawa



Centre de prévention et de réadaptation Minto, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

ANDREW FIFE, C.M., M.D.,
DIRECTEUR MÉDICAL
COORDINATEUR, ABANDON DU TABAC –
CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES
DAVID DAVIDSON, M.D., CCMF
MICHÈLE DE MARCIER, M.D., CCMF
ROBERT SWENSON, M.D., FRCPC
GEORGE FODOR, M.D., Ph.D., FRCPC
ROBERT REED, M.B.A., Ph.D.
DODD WILKINS, M.D., FRCPC

Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto, Programme de la toxicomanie, Clinique de la dépendance à la nicotine

PETER SELBY, MBBS, CCMF
DIRECTEUR CLINIQUE ET CHEF
COORDINATEUR, ABANDON DU TABAC –
CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES
TONY GEORGE, M.D., FRCPC
BERNARD LE FOLL, M.D., Ph.D.
CURTIS HANFORD, M.D., CCMF

Le contenu rédactionnel d'Abandon du tabac – Conférences scientifiques est déterminé exclusivement par le Centre de prévention et de réadaptation Minto, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et le Service de traitement médical à la toxicomanie, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto.

Abandon du TABAC

Conférences scientifiques

09
LE NUMÉRO 2, NUMÉRO 10

UNE RESSOURCE D'APPRENTISSAGE PROVENANT DES MÉDECINS DU CENTRE DE PRÉVENTION ET DE RÉADAPTATION MINTO, INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA ET DU SERVICE DE TRAITEMENT MÉDICAL DE LA TOXICOMANIE, CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE, UNIVERSITÉ DE TORONTO

L'abandon du tabac chez les patients souffrant de troubles dus à l'usage de substances psychoactives : considérations pratiques pour le clinicien

PAR MILAN KHARA, MBChB, CCFP, CERT. ASAM, ET CHIZIMUZO T.C. OKOLI, Ph.D., MPH

La dépendance au tabac chez les personnes souffrant de troubles dus à l'usage de l'alcool ou d'autres substances psychoactives est extrêmement fréquente et mortelle. Bien que la prévalence du tabagisme au Canada ait diminué de 50 % en 1965 à environ 19 % présentement¹, de nombreux fumeurs ont été incapables de cesser de fumer. Parmi ces fumeurs réfractaires, on compte un important sous-groupe de sujets qui fait un usage abusif d'autres substances psychoactives, parmi lesquels un grand nombre recevra un traitement actif pour ce trouble. Dans ce groupe, le taux de tabagisme est 4 fois plus élevé que celui observé dans la population générale. Plus de 75 % des patients dépendants de l'alcool et d'autres substances psychoactives qui sont à la phase précoce de leur rétablissement fument des cigarettes et sont habituellement fortement dépendants de la nicotine, c'est-à-dire qu'ils sont de gros fumeurs, ayant un profil similaire à celui noté chez les patients psychiatriques (figure 1)². La prévalence élevée de l'usage du tabac dans cette sous-population entraîne une morbidité et une mortalité disproportionnellement élevées. Le système de soins de santé a souvent négligé ces personnes en raison d'un certain nombre de raisons complexes, dont la plupart ne sont ni rationnelles ni appuyées par des données probantes. Dans ce numéro d'*Abandon du tabac - Conférences scientifiques*, nous examinons nombre des problèmes qui expliquent l'absence d'interventions d'abandon du tabac dans cette population à haut risque.

À l'échelle mondiale, des dizaines de millions de personnes présentent des troubles dus à l'usage de l'alcool et d'autres substances psychoactives³. Aux États-Unis (É.-U.) uniquement, plus d'un million de personnes reçoivent un traitement pour l'abus de substances chaque année, et une très grande proportion de ces personnes seront également dépendantes du tabac. Il est tristement ironique que les cofondateurs des Alcooliques Anonymes (AA), le Dr Bob Smith et Bill Wilson, sont tous deux décédés d'une maladie liée au tabac, étant demeurés abstinents d'alcool pendant de nombreuses années. À moins que les centres de désintoxication traitent systématiquement la dépendance au tabac chez leurs patients (en établissement ou en consultation externe), un grand nombre de patients seront pris en charge par le système de soins, surmonteront leur dépendance à la substance principale, mais décéderont prématurément de maladies liées au tabac. Il en va de même des omnipraticiens ou des hôpitaux où nombre de ces patients se présentent également régulièrement (figure 1). Hurt et ses collègues⁴ ont démontré que chez les toxicomanes qui commencent un traitement, le taux de décès liés au tabac est terriblement élevé. Dans une étude rétrospective d'une durée de 11 ans menée auprès de 845 sujets qui avaient reçu un traitement de désintoxication, plus de la moitié de tous les décès étaient dus à des causes liées au tabac⁵. Ce taux élevé de mortalité liée au tabac est deux fois plus élevé que celui prévu dans la population générale. Dans une étude prospective d'une durée de 24 ans menée en Californie auprès de toxicomanes (héroïne) commençant un traitement, le taux de mortalité des fumeurs était quatre fois plus élevé que celui des non-fumeurs, ce qui fait du tabagisme un prédicteur important de la mortalité dans cette population⁶.

Ces patients désirent-ils cesser de fumer ?

Les médecins et d'autres professionnels de la santé croient souvent que ceux qui font face aux problèmes de la toxicomanie ne sont pas disposés à cesser de fumer. C'est peut-être cette croyance qui explique leur hésitation à intervenir. Cependant, les données indiquent que c'est l'opposé. Des



UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA



Centre for Addiction and Mental Health
Centre de toxicomanie et de santé mentale



uOttawa



Centre de prévention et de réadaptation Minto, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

ANDREW PATE, C.M., M.D.,
DIRECTEUR MÉDICAL
COORDONATEUR, ABANDON DU TABAC -
CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES
DAVID DAVIDSON, M.D., CCFP
MICHÈLE DE MARCERIE, M.D., CCFP
ROBERT SWENSON, M.D., FRCPC
GEORGE FUDOH, M.D., Ph.D., FRCPC
ROBERT REED, M.B.A., Ph.D.
DODUC WILKINS, M.D., FRCPC

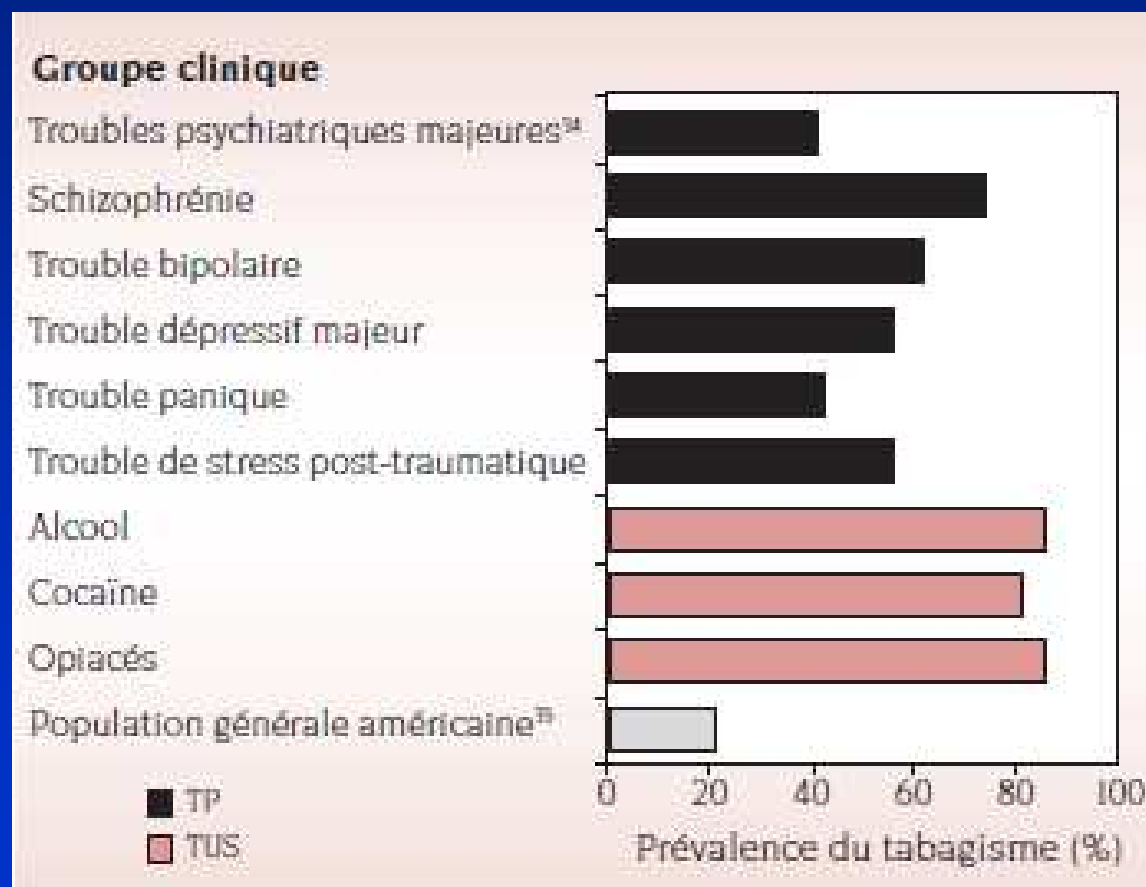
Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto, Programme de la toxicomanie, Clinique de la dépendance à la nicotine

PETER SELBY, MBBS, CCFP
DIRECTEUR CLINIQUE ET CHEF
COORDONATEUR, ABANDON DU TABAC -
CONFÉRENCES SCIENTIFIQUES
TONY GEORGE, M.D., FRCPC
BERNARD LE FOLL, M.D., Ph.D.
CURTIS HANFORD, M.D., CCFP

Le contenu rédactionnel d'*Abandon du tabac - Conférences scientifiques* est déterminé exclusivement par le Centre de prévention et de réadaptation Minto, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et le Service de traitement médical à la toxicomanie, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto.

Disponible sur Internet au www.abandondu tabac -conferences.ca

Comorbidités associées au tabagisme



Khara M, Chizimuzo TCO. L'abandon du tabac chez les patients souffrant de troubles dus à l'usage de substances psychoactives. Abandon du TABAC. Conférences scientifiques. 2009. Vol 2, No 10

La cause la plus probable de mortalité chez les personnes ayant une dépendance à d'autres substances

- Étude rétrospective de 11 ans chez 845 sujets qui avaient été en désintoxication
 - plus de la moitié des décès liés au tabac
 - taux de mortalité 2 fois plus élevé que dans la population générale

- Étude prospective de 24 ans d'héroïneomanes commençant un traitement
 - taux de mortalité des fumeurs 4 fois plus élevé que celui des non-fumeurs

Hurt RD, Offord KP, Croghan, IT, et coll. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA*. 1996;275(14):1097-1103.

Hser YI, Anglin D, Powers K. A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(7):577-584.

Idées fausses à propos de la dépendance au tabac dans la population présentant une dépendance chimique

- Le tabagisme n'est pas une réelle dépendance.
- Le tabac est moins accoutumant que la plupart des autres substances.
- Les personnes dépendantes à des substances chimiques ne sont pas capables de cesser de fumer.
- L'abandon du tabac compromettra la guérison d'autres dépendances ou entraînera une rechute ou une maladie psychiatrique.

Idées fausses à propos de la dépendance au tabac dans la population présentant une dépendance chimique

- Le fumeur jouit de droit fondamental de l'homme de fumer.
- Les TRN ne sont pas efficaces chez les sujets ayant une dépendance à l'alcool.
- Le tabagisme peut être une activité constructive lorsque les membres du personnel de soins de dépendances fument avec leurs patients, afin de les aider à surmonter d'autres dépendances et d'établir une relation thérapeutique.
- On peut utiliser les cigarettes comme récompense pour moduler et renforcer un comportement souhaitable.

Recommandations

- Reconnaître la dépendance à la nicotine comme une véritable affection chronique récurrente.
- Reconnaître les défis importants que cette cause prévalente et évitable de décès et de maladies pose dans la population des sujets dépendants.
- Surveiller régulièrement l'usage du tabac chez les personnes ayant une dépendance à des substances.
- Adopter une approche longitudinale à l'égard du traitement de la dépendance dans un suivi ouvert.

Recommandations

- Appliquer une approche adaptée au stade de disposition auprès des fumeurs qui ne sont pas prêts à cesser de fumer.
- Offrir un traitement aux membres du personnel qui fument afin que les spécialistes du traitement des dépendances s'abstiennent de fumer.
- Appliquer des mesures de contrôle du tabagisme fondées sur la population aux personnes ayant une dépendance chimique et éliminer les obstacles systémiques

Recommandations

- Offrir systématiquement des interventions d'abandon du tabac, p. ex. une pharmacothérapie associée à des interventions psychosociales, durant le traitement de la dépendance à l'alcool.
- Obtenir la parité pour la couverture des médicaments aux niveaux des patients hospitalisés et ambulatoires.
- Envisager d'engager des non-fumeurs dans les centres de traitement des dépendances, en consultant les ressources juridiques et humaines appropriées, étant donné que ces professionnels sont plus susceptibles de traiter la dépendance au tabac et d'interdire le tabagisme dans tous les établissements.

Recommandations

- Considérer que les professionnels de la santé qui ne proposent pas systématiquement des interventions aux patients fumeurs ayant une dépendance à une autre substance pour laquelle ils reçoivent un traitement peuvent faire preuve de négligence dans les soins qu'ils assurent.
- Encourager la recherche future en accordant une attention particulière aux variables spécifiques au sexe et aux sous-populations spéciales.

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal



*Des professionnels actifs
pour traiter le tabagisme
et sa dépendance*

*André Gervais, M.D., Chantal Lacroix, M.D., M. Sc., Hawa
Sissoko, M. Sc., Diane Villeneuve, M.D.*

Janvier 2010



Thérapie de remplacement de nicotine (TRN)

Contre-indications

- Infarctus du myocarde récent
- Angine instable
- Arythmies sévères
- Accident vasculaire cérébral récent
- Femmes enceintes ou qui allaitent
- Enfants de moins de 18 ans
- Allergie au diachylon (timbres)
- Maladies cutanées généralisées
- Allergie au menthol (inhalateur)

Bupropion (Zyban)

Contre-indications

- Troubles convulsifs
- Diagnostic ou antécédents de boulimie ou d'anorexie
- Autre médicament contenant du bupropion (Wellbutrin SR)
- Sevrage éthylique brusque, retrait de benzodiazépines ou autres sédatifs
- Allergie au bupropion
- Utilisation d'un inhibiteur de la MAO ou de la thioridazine, au cours des 14 jours précédents

Bupropion (Zyban)

Mise en garde

Conditions qui augmentent le risque de convulsions

- Antécédents traumatisme crânien ou convulsions
- Tumeur du système nerveux central
- Prise de médicaments qui abaissent le seuil convulsif: antipsychotiques, antidépresseurs, théophylline, corticostéroïdes systémiques, quinolones, antipaludiques, lithium, amantadine, levodopa

Bupropion (Zyban)

Mise en garde

Conditions qui augmentent le risque de convulsions

- Utilisation excessive d'alcool
- Dépendance aux opiacés, cocaïne ou stimulants
- Utilisation de stimulants ou d'anorexigènes
- Diabète avec insuline ou hypoglycémiants oraux
- Atteinte hépatique grave

Également interactions médicamenteuses...



Bulletin canadien des effets indésirables

Volume 18 • numéro 2 • avril 2008

www.santecanada.gc.ca/bcei



Dans ce numéro :

- Varénicline et effets indésirables psychiatriques graves 1
- Effet indésirable grave et incident médicamenteux 2
- Déclarations d'effets indésirables — 2007 3
- Sommaire des avis 4

Portée

Ce bulletin trimestriel prévient les professionnels de la santé des signaux potentiels qu'a pu révéler l'étude des notifications présentées à Santé Canada. Il s'agit d'un moyen utile pour diffuser de l'information sur les effets indésirables soupçonnés chez l'humain de certains produits de santé, avant d'entreprendre des évaluations intégrées des risques et des avantages et de prendre des décisions réglementaires. L'évaluation continue des profils d'innocuité des produits de santé dépend de la qualité de vos déclarations.

Signaler les effets indésirables

Programme Canada Vigilance
Téléphone : 866 234-2345
Télécopieur : 866 678-6789
En ligne : www.santecanada.gc.ca/medeffet

Saviez-vous?

Pour recevoir le bulletin et les avis sur les produits de santé, gratuitement par courriel, **abonnez-vous à l'Avis électronique MedEffet** à www.santecanada.gc.ca/medeffet

Varénicline (Champix) et effets indésirables psychiatriques graves

Le tartrate de varénicline (Champix), commercialisé au Canada depuis avril 2007, est indiqué dans le traitement de la désaccoutumance au tabac chez les adultes, en association avec un programme de soutien antitabaïque¹. L'efficacité de la varénicline dans l'abandon du tabac serait le résultat de l'activité agoniste partielle du

médicament au niveau des récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$ de l'acétylcholine. En se fixant à ces récepteurs, la varénicline produit 2 résultats². D'abord, elle active la libération de dopamine et crée des effets de renforcement semblables à ceux de la nicotine, mais avec une activité moindre parce qu'elle se fixe partiellement au

Tableau 1 : Résumé des déclarations de cas d'agression, de dépression et de tendance suicidaire soupçonnés d'être associés à la varénicline, signalées à Santé Canada du 1^{er} avril 2007 au 23 novembre 2007*

Cas	Âge/sexe du patient	Antécédents de troubles psychiatriques	Effet(s) indésirable(s)†	Décalé d'apparition de l'effet, jour‡	Issue, après cessation de la varénicline
1	51/F	Non	Agressivité	4	Inconnu
2	65/M	Oui	Agressivité	36	Rétabli
3	46/M	Oui	Dépression	1	Rétabli
4	55/F	Inconnu	Dépression	≤ 2	Rétabli
5	64/M	Non	Dépression	2	Rétabli
6	ND/F	Oui	Dépression	≤ 42	ND§
7	64/F	Inconnu	Dépression	Inconnu	ND¶
8	33/F	Non	Tendance suicidaire	11	Inconnu
9	55/F	Inconnu	Tendance suicidaire	≤ 14	Inconnu
10	53/F	Non**	Tendance suicidaire/dépression	≤ 29	Rétabli
11	30/F	Inconnu	Tendance suicidaire/dépression	≤ 31	Inconnu
12	46/M	Non	Tendance suicidaire/dépression	≤ 32	Rétabli
13	54/M	Non	Tendance suicidaire/dépression	≤ 72	Rétabli
14	58/F	Oui	Tendance suicidaire/dépression/colère	≤ 13	Rétabli

Note : ND = non disponible.
*On ne peut utiliser ces données pour déterminer l'incidence des effets indésirables (EI) étant donné que les EI font l'objet de notifications insuffisantes et qu'on n'a tenu compte ni de l'exposition des patients ni de la durée de commercialisation du médicament.
†Selon la terminologie du *Dictionnaire des effets indésirables de l'Organisation mondiale de la Santé* (WHOART).
‡Estimé à compter du début du traitement.
§Au moment de la déclaration, la patiente prenait toujours de la varénicline et n'était pas encore rétablie.
¶La dépression a fait son apparition après que la patiente ait cessé de prendre le médicament.
**On a signalé des antécédents familiaux de dépression.

Renseignements importants en matière d'innocuité approuvés par Santé Canada
concernant CHAMPIX (tartrate de varénicline)



2008-06-13

À l'attention des professionnels de la santé

**Objet : Nouveaux renseignements en matière d'innocuité concernant
CHAMPIX^{MD} (tartrate de varénicline)**

Docteur, Docteur,
Madame, Monsieur,

Par la présente, Pfizer Canada, en collaboration avec Santé Canada, désire communiquer aux professionnels de la santé des données d'innocuité importantes concernant CHAMPIX et des notifications spontanées relatives à l'apparition d'effets indésirables neuropsychiatriques graves incluant l'humeur dépressive, l'agitation, l'hostilité, le changement de comportement, les idées suicidaires, le suicide, ainsi que l'aggravation de troubles psychiatriques préexistants (préalablement diagnostiqués ou non). Entre la date de mise en marché de CHAMPIX au Canada, en avril 2007, et le 30 avril 2008, un total de 226 cas d'effets indésirables neuropsychiatriques ont été signalés au pays. Depuis son lancement, 708 534 ordonnances de CHAMPIX ont été exécutées au Canada¹.

- Tous les patients qui tentent de s'affranchir du tabac à l'aide de CHAMPIX, de même que leur famille et leurs aidants, doivent être avertis de la nécessité de demeurer à l'affût de symptômes évoquant un effet indésirable neuropsychiatrique.
- On doit conseiller aux patients de cesser de prendre CHAMPIX et de communiquer sans tarder avec un professionnel de la santé s'ils observent ou si un membre de leur famille ou du personnel soignant observe chez eux la présence d'une humeur dépressive, d'agitation, d'hostilité ou de modifications comportementales inhabituelles, ou encore s'ils présentent un comportement ou des idées suicidaires.
- **Une surveillance étroite s'impose chez les patients aux prises avec des affections psychiatriques concomitantes, même si leur état est stable, ainsi que chez les personnes ayant des antécédents de symptômes psychiatriques.**

A noter qu'avec ou sans traitement, la désaccoutumance au tabac s'accompagne de divers symptômes. Ainsi, dysphorie ou dépression, insomnie, irritabilité, frustration ou colère, anxiété, difficulté de concentration, agitation, ralentissement de la fréquence cardiaque, augmentation de l'appétit ou gain de poids ont été signalés chez des patients qui tentaient d'arrêter de fumer.

Un certain nombre de facteurs confondants peuvent avoir contribué à l'apparition de ces symptômes neuropsychiatriques graves signalés chez les patients prenant CHAMPIX, dont les effets du sevrage de la nicotine imputables à la cessation partielle ou complète du tabagisme, la présence ou des antécédents de troubles psychiatriques, l'emploi simultané d'autres médicaments agissant sur le SNC et/ou la consommation d'alcool. Toutefois, ces facteurs ne semblent pas avoir été en cause dans certains cas où les symptômes sont survenus dès la première semaine du traitement par CHAMPIX, avant même l'abandon du tabac. Dans d'autres cas, les symptômes sont apparus après l'arrêt du traitement par CHAMPIX.

Avant de prendre CHAMPIX, les patients doivent informer leur professionnel de la santé s'ils ont déjà souffert de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale. On doit conseiller aux patients de cesser de prendre CHAMPIX et de communiquer sans tarder avec un professionnel de la santé s'ils observent ou si un membre de leur famille ou du personnel soignant observe chez eux la présence d'une humeur dépressive, d'agitation, d'hostilité ou de modifications comportementales inhabituelles, ou encore s'ils présentent un comportement ou des idées suicidaires.

Centre for Addiction and Mental Health

Interdiction de fumer partout sur la propriété...



...Juillet 2010