

LES AIDES PHARMACOLOGIQUES À L'ARRÊT TABAGIQUE

Analyse des recommandations actuelles pour les fumeurs souffrant de schizophrénie ou de dépression

Ann Royer, Ph. D., Équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique

Michèle Tremblay, M.D., Habitudes de vie, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Mai 2010

Mise en page

Christine Simard

Équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques, Direction régionale de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du présent rapport

Sylvie Bélanger

Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

2400, avenue D'Estimauville

Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : 418 666-7000, poste 217

Télécopieur : 418 666-2776

Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse suivante : www.dspq.qc.ca
section Documentation, rubrique Publications

Ce document est également disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Internet de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

ISBN : 978-2-89496-424-8 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89496-425-5 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

Royer, A. et M. Tremblay (2010). *Les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique. Analyse des recommandations actuelles pour les fumeurs souffrant de schizophrénie ou de dépression*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux, Direction régionale de santé publique, 35 p.

RÉSUMÉ

Dans les milieux de soins psychiatriques, la dépendance tabagique des clients est rarement abordée et peu de personnes souffrant de problèmes de santé mentale se font offrir de l'aide pour cesser de fumer (Fagerström et Aubin, 2009; Ratschen et coll., 2009). Pourtant, la prévalence de l'usage du tabac serait le double ou même le triple de la prévalence observée chez la population générale (Lasser et coll., 2000) et les personnes souffrant de problèmes de santé mentale souffriraient davantage de maladies liées au tabagisme (Grant et coll., 2004). L'argument souvent évoqué dans les institutions psychiatriques pour ne pas offrir d'intervention en abandon du tabac est qu'inciter les clients à cesser de fumer leur causerait un stress additionnel qui pourrait mettre en péril le succès du traitement de leur maladie mentale. Plusieurs études démontrent, toutefois qu'une maladie mentale n'est pas une contre-indication au renoncement au tabac ni à la prescription d'une pharmacothérapie pour cesser de fumer (Addington et coll., 1999).

Ce document a pour objectif de répondre à une demande en provenance de l'Institut universitaire de santé mentale du Québec qui se questionne sur la médication, de même que sur l'intervention à offrir à sa clientèle hospitalisée pour des problèmes de santé mentale et qui souhaite arrêter de fumer. Les lignes directrices cliniques émises par différents organismes nationaux, les articles de type Review de même que des articles pertinents retrouvés sur la base de données Pubmed ont été les principales sources consultées.

Dans un premier temps, les auteures rappellent l'efficacité des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique, les conditions de remboursement par le régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAMQ), les recommandations actuelles quant à la durée, au dosage et à la combinaison de médicaments pour cesser de fumer. Puis, sont présentées les interventions démontrées efficaces pour aider les fumeurs atteints de schizophrénie ou souffrant de dépression à renoncer au tabac. Finalement, elles proposent une série de recommandations aux institutions qui souhaiteraient offrir de l'aide à leur clientèle fumeuse atteinte de problèmes de santé mentale et hospitalisée :

- offrir un environnement favorable au renoncement au tabac, c'est-à-dire qui interdirait complètement l'usage du tabac à l'intérieur de l'établissement et qui abolirait les fumeurs existants;
- mettre en place des activités visant à démystifier certaines croyances des professionnels qui sont des freins à l'intervention auprès du patient fumeur;
- mettre en place des mécanismes d'identification du statut tabagique des patients dès leur admission et des mécanismes d'inscription au dossier;
- habiliter les professionnels à offrir une thérapie cognitivo-comportementale en arrêt tabagique et une pharmacothérapie appropriée;
- rendre disponible une thérapie cognitivo-comportementale individuelle ou de groupe adaptée à la maladie mentale dont est atteint le fumeur;
- offrir les diverses aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique pendant l'hospitalisation tout en prenant soin d'éviter les interactions médicamenteuses et de surveiller les effets des médicaments antipsychotiques lorsque la consommation de cigarettes diminue;
- planifier et offrir un suivi aux patients concernant leur tabagisme ou leur abstinence du tabac, y compris la prise d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique lors de leurs visites médicales hors établissement (il est à noter que le remboursement de médicaments pour cesser de fumer pendant 12 semaines consécutives par le RPAMQ n'est pas affecté par la prise de ces mêmes médicaments dans le cadre d'un séjour hospitalier);
- planifier et offrir un suivi par des ressources communautaires spécialisées en abandon du tabac (exemple : les Centres d'abandon du tabagisme).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
1. CONTEXTE.....	9
2. LES AIDES PHARMACOLOGIQUES À L'ARRÊT TABAGIQUE : EFFICACITÉ, CONDITIONS DE REMBOURSEMENT ET RECOMMANDATIONS ACTUELLES.....	10
2.1 Efficacité.....	10
2.2 Conditions actuelles du remboursement par le Régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAMQ).....	12
2.3 Recommandations actuelles concernant la durée d'utilisation des aides pharmacologi- ques à l'arrêt tabagique.....	12
2.4 Recommandations actuelles concernant le dosage du timbre de nicotine.....	16
2.5 Recommandations actuelles concernant les combinaisons de médicaments.....	18
3. INTERVENTIONS EFFICACES POUR AIDER LES FUMEURS AUX PRISES AVEC UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE À RENONCER AU TABAC.....	19
3.1 Fumeurs atteints de schizophrénie.....	20
3.2 Fumeurs souffrant de dépression ou ayant des antécédents de dépression.....	22
3.3 Interactions des médicaments utilisés en psychiatrie et en cessation tabagique.....	23
3.4 Flexibilité dans la durée et l'intensité des traitements de cessation tabagique.....	24
3.5 Environnement favorable au renoncement au tabac.....	24
4. RÉFLEXION.....	26
RÉFÉRENCES.....	31

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Efficacité et taux d'abstinence 6 mois après la date d'abandon liés à l'utilisation de différentes aides pharmacologiques et de combinaisons de médicaments.....	11
TABLEAU 2 : Recommandations actuelles concernant la durée du timbre de nicotine selon les fabricants, les différentes lignes directrices et le RPAMQ.....	14
TABLEAU 3 : Recommandations actuelles concernant la durée de la gomme de nicotine selon les fabricants, les différentes lignes directrices et le RPAMQ	15
TABLEAU 4 : Recommandations actuelles concernant la durée du bupropion selon les fabricants, les différentes lignes directrices et le RPAMQ	15
TABLEAU 5 : Recommandations actuelles concernant la durée de la varénicline selon les fabricants, les différentes lignes directrices et le RPAMQ	16
TABLEAU 6 : Efficacité et taux d'abstinence 6 mois après la date d'abandon liés à l'utilisation de différents dosages, de durée de timbres de nicotine et de combinaisons de médicaments en comparaison avec le timbre de nicotine de dosage et de durée standard	17

INTRODUCTION

Pour réduire l'épidémie de tabagisme qui décime plus de 10 000 Québécois et Québécoises chaque année, de nombreuses interventions ont été mises en place depuis le milieu des années 1990. Celles-ci visent à prévenir l'usage du tabac chez les jeunes, à soutenir les fumeurs dans leur démarche de renoncement au tabac et à protéger la santé des non-fumeurs contre l'exposition involontaire de la fumée de tabac. Ainsi, l'adoption de lois de plus en plus contraignantes en 1998 et en 2005 soutenue par de nombreuses interventions médiatiques, des hausses de prix sur les produits du tabac, des campagnes médiatiques annuelles, et la mise en place d'une panoplie de services de renoncement au tabac, ont entraîné une diminution importante de la prévalence du tabagisme chez les Québécois de 12 ans et plus sur une période d'un peu plus de dix ans : de 34 % en 1994-1995 (Statistique Canada, 1995) à 24,2 % en 2007 (Statistique Canada, 2008).

Parmi les différents services d'abandon du tabac mis gratuitement à la disposition des fumeurs québécois, on retrouve la ligne téléphonique *j'Arrête*, un site Internet de référence et de soutien et, une consultation individuelle ou de groupe dans plus de 150 centres d'abandon du tabagisme (Tremblay et Ben Amar, 2007). De plus, depuis 2005, on incite médecins, dentistes, hygiénistes dentaires, pharmaciens, infirmières et inhalothérapeutes à intervenir auprès de leur clientèle fumeuse. Formations, outils d'aide à la pratique, publications dans leur revue professionnelle et guides de pratique clinique leur sont offerts par l'entremise de leur ordre professionnel (Tremblay, Cournoyer, et O'Loughin, 2009). Enfin, depuis octobre 2000, on a ajouté à la liste générale des médicaments remboursés par le régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAMQ) les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique reconnues pour doubler les taux de succès telles que le timbre de nicotine, la gomme de nicotine, le bupropion et plus récemment la varénicline (Fiore et coll., 2008; Eisenberg et coll., 2008). Des conditions sont toutefois liées à ce remboursement comme la durée (12 semaines) et la fréquence de remboursement (une fois par année) (Tremblay, Payette, et Montreuil, 2009). Or, on est en droit de s'interroger sur la pertinence de ces conditions chez les fumeurs souffrant de problèmes de santé mentale. Ceux-ci bénéficieraient-ils d'une durée prolongée de traitement? En cas de rechute, pourraient-ils être remboursés pour une reprise de traitement pour un même médicament même si cela survient au cours d'une même année?

Ce document a pour objectif de répondre à une demande en provenance de l'Institut universitaire de santé mentale du Québec (Institut) qui se questionne sur la médication, y compris le dosage et la durée, de même que sur l'intervention à offrir à sa clientèle hospitalisée pour des problèmes de santé mentale et qui souhaite arrêter de fumer. Les lignes directrices cliniques émises par différents organismes nationaux, les articles de type *Review* de même que des articles pertinents retrouvés sur la base de données Pubmed ont été les principales sources consultées.

1. Contexte

L'Institut offre des services psychiatriques spécialisés en externe et en milieu hospitalier en vue de favoriser le rétablissement, l'autonomie et l'intégration sociale des personnes atteintes de divers problèmes de santé mentale : troubles psychotiques comprenant la schizophrénie, les troubles de l'humeur comme la dépression majeure et le trouble bipolaire, les troubles de la personnalité, etc. Dans la foulée du concept « Hôpital promoteur de la santé » élaboré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Institut adhère à cette approche et « s'engage à favoriser l'amélioration de la santé globale (mentale et physique) des usagers et du personnel par la promotion de bonnes habitudes de vie et d'un milieu de travail sain » (Institut, 2010). Ainsi, en plus de favoriser une saine alimentation et une pratique d'activités physiques et sportives, l'aide au renoncement au tabac est également offerte tant aux usagers qu'au personnel.

La clientèle hospitalisée à l'Institut en est une qui souffre principalement de schizophrénie, de troubles schizo-affectifs et de dépression majeure. Le séjour moyen pour ce type d'affection au Québec varie de 22 jours (épisodes dépressifs) à 49 jours (troubles schizo-affectifs) (Communication personnelle RAMQ). Selon plusieurs études, la prévalence de l'usage du tabac est beaucoup plus élevée chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale comme la dépression, la schizophrénie, la maladie bipolaire ou les troubles de panique (Lasser et coll., 2000). Celle-ci serait le double ou même le triple de la prévalence observée chez la population normale (Lasser et coll., 2000). Aux États-Unis, on estime que 7 % de la population dépendante du tabac souffre de problèmes de santé mentale; toutefois, cette population fume 34 % de toutes les cigarettes consommées au pays (Fagerström et Aubin, 2009; Grant et coll., 2004).

2. Les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique : efficacité, conditions de remboursement et recommandations actuelles

Les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique sont des outils importants pour les fumeurs qui renoncent au tabac, car elles permettent d'atténuer les symptômes de sevrage. Il existe actuellement sur le marché canadien plusieurs aides : les produits de remplacement de la nicotine sous forme de timbres, de gommes, de pastilles et d'inhalateurs, le bupropion à libération prolongée et la varénicline. Ces aides font partie des médicaments de première ligne recommandés par plusieurs lignes directrices (Fiore et coll., 2008; Ministry of Health, 2007; Australian Government Department of Health and Ageing, 2004; Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2003). Selon de nombreux experts, celles-ci devraient être proposées à toutes les personnes qui tentent de cesser de fumer, exception faite des fumeurs ayant des contre-indications et de certaines populations pour lesquelles les preuves d'efficacité n'ont pas encore été démontrées (femmes enceintes, adolescents, utilisateurs de tabac sans fumée) (Fiore et coll., 2008).

2.1 Efficacité

Le tableau 1 présente les résultats d'une méta-analyse de 83 études menées sur l'efficacité et les taux d'abstinence liés à l'utilisation des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique selon la durée ou le dosage et sur l'efficacité de combinaisons de médicaments (Fiore et coll., 2008). Il est important de mentionner que dans la plupart des études de cette méta-analyse, tant les fumeurs qui prenaient un médicament que les fumeurs sous placebo recevaient un certain counseling, ce qui explique les taux d'abandon du tabac plus élevés que ceux habituellement observés chez des fumeurs qui cessent de fumer sans aide. Voici quelques constats :

- la plupart des aides pharmacologiques doublent les taux de succès comparativement au placebo;
- la varénicline à un dosage de 2 mg par jour triplerait les taux d'abandon du tabac;
- beaucoup moins d'études ont été menées sur des durées prolongées de timbres ou de gommes de nicotine et sur des dosages plus élevés de timbres de nicotine;
- l'utilisation de la gomme de nicotine pendant une période excédant 14 semaines semble légèrement plus efficace que la durée standard, mais cette différence n'est pas significative;

- l'utilisation d'un dosage élevé du timbre de nicotine semble légèrement plus efficace que le dosage standard, mais cette différence n'est pas significative;
- il existe moins d'études sur l'efficacité des combinaisons de médicaments, mais l'association du timbre de nicotine et de la gomme ou du vaporisateur nasal de nicotine triplerait les taux d'abandon.

Tableau 1 : Efficacité et taux d'abstinence 6 mois après la date d'abandon liés à l'utilisation de différentes aides pharmacologiques et de combinaisons de médicaments – Méta-analyse (83 études) (Fiore et coll., 2008)

Médicament	Nombre de bras	Estimé du rapport de cotes (Intervalle de confiance 95 %)	Taux d'abstinence estimé en % (Intervalle de confiance 95 %)
PLACEBO	80	1,0	13,8
AIDE PHARMACOLOGIQUE UNIQUE			
Timbre de nicotine (6 à 14 semaines)	32	1,9 (1,7-2,2)	23,4 (21,3-25,8)
Timbre de nicotine (> 14 semaines)	10	1,9 (1,7-2,3)	23,7 (21,0-26,6)
Timbre de nicotine à dosage élevé (> 25 mg) (y compris des utilisations de 6 à 14 semaines et > 14 semaines)	4	2,3 (1,7-3,0)	26,5 (21,3-32,5)
Gomme de nicotine (6 à 14 semaines)	15	1,5 (1,2-1,7)	19,0 (16,5-21,9)
Gomme de nicotine (> 14 semaines)	6	2,2 (1,5-3,2)	26,1 (19,7-33,6)
Inhalateur de nicotine	6	2,1 (1,5-2,9)	24,8 (19,1-31,6)
Bupropion SR	26	2,0 (1,8-2,2)	24,2 (22,2-26,4)
Varénicline (2 mg/jour)	5	3,1 (2,5-3,8)	33,2 (28,9-37,8)
Varénicline (1 mg/jour)	3	2,1 (1,5-3,0)	25,4 (19,6-32,2)
COMBINAISONS DE MÉDICAMENTS			
Timbre de nicotine (> 14 semaines) + gomme de nicotine au besoin (ou vaporisateur nasal ¹ de nicotine)	3	3,6 (2,5-5,2)	36,5 (28,6-45,3)
Timbre de nicotine + inhalateur de nicotine	2	2,2 (1,3-3,6)	25,8 (17,4-36,5)
Timbre de nicotine + bupropion SR	3	2,5 (1,9-3,4)	28,9 (23,5-35,1)

1 Vaporisateur nasal non disponible au Canada

2.2 Conditions actuelles du remboursement par le Régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAMQ)

En octobre 2000, trois aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique ont été ajoutées à la liste générale des médicaments remboursés par le RPAMQ : le timbre de nicotine, la gomme de nicotine et le bupropion. La varénicline a été inscrite sur cette liste en 2007. L'inhalateur et la pastille de nicotine ne figurent pas sur cette liste.

Sur présentation d'une ordonnance médicale individuelle ou collective, un fumeur qui désire cesser de fumer peut être remboursé par le régime d'assurance médicaments du Québec au cours d'une période de 12 mois pour :

- 12 semaines consécutives de timbres de nicotine;
- 12 semaines consécutives de gommes de nicotine (maximum de 840 gommes);
- 12 semaines consécutives de bupropion;
- 12 semaines consécutives de varénicline;
- une combinaison de timbres de nicotine et de gommes de nicotine pendant 12 semaines consécutives;
- une combinaison de timbres de nicotine et de bupropion pendant 12 semaines consécutives;
- une combinaison de gommes de nicotine (maximum de 840 gommes) et de bupropion pendant 12 semaines consécutives;
- une combinaison de timbres de nicotine et de gommes de nicotine pendant 12 semaines consécutives et du bupropion pendant 12 autres semaines consécutives;
- une combinaison de timbres de nicotine et de gommes de nicotine pendant 12 semaines consécutives, du bupropion pendant 12 autres semaines consécutives et de la varénicline pendant 12 autres semaines consécutives;
- une combinaison de timbres de 21 mg et de 14 mg (35 mg) ou de 2 timbres de 21 mg (42 mg) pendant quelques semaines suivi d'un dosage décroissant de timbres jusqu'à un maximum de 12 semaines consécutives.

Pour obtenir un remboursement, une personne couverte par le régime public doit verser une prime annuelle, une franchise mensuelle, puis assumer une coassurance jusqu'à concurrence d'une contribution mensuelle maximale qui varie selon la catégorie de personnes assurées (Tremblay, Payette et Montreuil, 2009).

Les médicaments obtenus lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement prolongé (en centre d'hébergement et de soins de longue durée public ou privé conventionné) sont entièrement payés par le gouvernement dans le cadre de l'assurance hospitalisation.

2.3 Recommandations actuelles concernant la durée d'utilisation des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique

Les tableaux 2 à 5 présentent, pour les quatre aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique remboursées par le RPAMQ, les recommandations actuelles concernant la durée d'utilisation selon les fabricants (Association des pharmaciens du Canada, 2009), celles issues des lignes directrices américaines (Fiore et coll., 2008), néo-zélandaises

(Ministry of Health, 2007), australiennes (Australian Government Department of Health and Ageing, 2004) et françaises (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2003) de même que les conditions de remboursement par le RPAMQ.

Voici les principales observations :

- Pour le **timbre de nicotine**, tant les fabricants que le RPAMQ suggèrent une durée de traitement de 12 semaines (tableau 2). Toutefois, les experts ayant rédigé des lignes directrices à l'intention des cliniciens mentionnent que le timbre de nicotine ne remplace pas totalement la nicotine absorbée de la cigarette et recommandent d'individualiser le traitement (doses et durée) selon le degré de dépendance ou le nombre de cigarettes fumées. Certains rapportent que la période de traitement recommandée est insuffisante chez certains fumeurs comme ceux qui sont fortement dépendants et recommandent un usage prolongé de ces produits, jusqu'à 24 semaines (Fiore et coll., 2008; Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2003). Une récente étude clinique randomisée confirme d'ailleurs que l'utilisation de timbres transdermiques pendant 24 semaines doublait presque les taux d'abstinence comparativement à la durée de 8 semaines (Schnoll et coll., 2010). De plus, cette utilisation étendue préviendrait les risques de rechute et augmenterait les chances de redevenir abstinent après une rechute.
- Pour la **gomme de nicotine**, le RPAMQ rembourse le traitement de 12 semaines une fois par année alors que les fabricants suggèrent, pour un sevrage brusque du tabac, une durée de 12 à 24 semaines et, pour un sevrage graduel du tabac, jusqu'à 52 semaines (tableau 3). Cette nouvelle forme de traitement s'est ajoutée il y a quelques années. De fait, au Royaume-Uni, on permet l'utilisation de certaines thérapies de remplacement de nicotine (gomme, inhalateur et pastilles) de façon prolongée, soit de 6 à 18 mois pour les fumeurs qui ne peuvent ou ne veulent pas cesser de fumer de façon abrupte (Moore et coll., 2009). Cet usage à long terme permettrait aux fumeurs de diminuer graduellement leur consommation de tabac et faciliterait le processus de cessation. Les lignes directrices américaines et françaises suggèrent un traitement pouvant aller jusqu'à 24 semaines (Fiore et coll., 2008; Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2003).
- Pour le **bupropion**, le fabricant recommande une durée de traitement de 7 à 12 semaines avec la possibilité de prolonger le traitement jusqu'à 52 semaines même si le RPAMQ ne rembourse le traitement que 12 semaines, une fois par année (tableau 4). Les lignes directrices américaines suggèrent un traitement pouvant aller jusqu'à 24 semaines (Fiore et coll., 2008).
- Enfin, pour la **varénicline**, alors que le RPAMQ rembourse le traitement de 12 semaines une fois par année, le fabricant mentionne qu'il est possible de prolonger le traitement jusqu'à 24 semaines tout comme les lignes directrices américaines et néo-zélandaises (tableau 5) (Fiore et coll., 2008; Ministry of Health, 2007).

Il est intéressant de noter qu'entre 2000 et 2004, les utilisateurs d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique assurés par le RPAMQ ont utilisé en moyenne 37 timbres de nicotine lors d'une première utilisation (moins de 6 semaines) et de 53 lors d'une quatrième utilisation (moins de 8 semaines), ce qui est bien en dessous de la durée de remboursement de 12 semaines offerte par le RPAMQ (Tremblay, Payette et Montreuil, 2009).

Tableau 2 : Recommandations actuelles concernant la durée du timbre de nicotine selon les fabricants, les différentes lignes directrices et le RPAMQ

Source de la recommandation	Dosage et durée de traitement
McNeil : Nicoderm	8 à 12 semaines : 21 mg (6 sem.); 14 mg (2 sem.); 7 mg (2 sem.)
Novartis : Habitrol	12 semaines : 21 mg (4-6 sem.); 14 mg (4 sem.); 7 mg (2 sem.)
Lignes directrices américaines (2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Exemple : 21 mg (4 sem.), 14 mg (2 sem.), 7 mg (2 sem.). ▪ Le clinicien devrait individualiser le traitement selon le degré de dépendance, le nombre de cigarettes fumées, l'expérience précédente du fumeur avec le timbre. ▪ Il est possible d'envisager un traitement à long terme des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique jusqu'à concurrence de 24 semaines (6 mois) pour les fumeurs qui rapportent des symptômes de sevrage persistants, qui ont des rechutes à leur actif ou qui désirent une thérapie à long terme.
Lignes directrices néo-zélandaises (2007)	La durée de traitement suggérée est d'au moins 8 semaines.
Lignes directrices australiennes (2004)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le timbre de 21 mg produirait des taux sanguins d'environ la moitié de ceux retrouvés chez un fumeur. ▪ La durée de traitement suggérée est d'au moins 8 semaines.
Lignes directrices françaises (2003)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les timbres ne substituent pas à 100 % le niveau de nicotine que le fumeur retire du tabac. ▪ Il est conseillé d'ajuster les doses de substituts nicotiques selon le score de Fagerström et les symptômes de sous-dosage (sevrage marqué). ▪ Il peut être utile d'associer plusieurs timbres transdermiques fortement dosés en début de traitement chez les fumeurs les plus dépendants. ▪ La durée de traitement minimale suggérée pour les substituts nicotiques est de 6 semaines et la durée maximale de 24 semaines (6 mois).
RPAMQ	La durée maximale est de 12 semaines, une fois par année.

Tableau 3 : Recommandations actuelles concernant la durée de la gomme de nicotine selon les fabricants, les différentes lignes directrices et le RPAMQ

Source de la recommandation	Durée de traitement
McNeil : Nicorette	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sevrage brutal : durée maximale de 24 semaines (6 mois). ▪ Sevrage graduel : durée de 24 semaines (6 mois) jusqu'au sevrage brusque; durée maximale de 52 semaines (12 mois).
Novartis : Thrive	La durée minimale de traitement est de 12 semaines et la durée maximale de 24 semaines (6 mois).
Lignes directrices américaines (2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La durée de traitement suggérée peut aller jusqu'à 12 semaines. ▪ Toutefois, il est possible d'envisager un traitement à long terme des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique jusqu'à concurrence de 24 semaines (6 mois) pour les fumeurs qui rapportent des symptômes de sevrage persistants, qui ont des rechutes à leur actif ou qui désirent une thérapie à long terme.
Lignes directrices néo-zélandaises (2007)	La durée de traitement suggérée est d'au moins 8 semaines.
Lignes directrices australiennes (2004)	La durée de traitement suggérée est de 12 semaines.
Lignes directrices françaises (2003)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les gommes de nicotine ne substituent pas à 100 % le niveau de nicotine que le fumeur retire du tabac. ▪ Il est conseillé d'ajuster les doses de substituts nicotiniques selon le score de Fagerström et les symptômes de sous-dosage (sevrage marqué). ▪ La durée de traitement minimale suggérée pour les substituts nicotiniques est de 6 semaines et la durée maximale est de 24 semaines (6 mois).
RPAMQ	La durée maximale est de 12 semaines, une fois par année.

Tableau 4 : Recommandations actuelles concernant la durée du bupropion selon les fabricants, les différentes lignes directrices et le RPAMQ

Source de la recommandation	Durée de traitement
Biovail : Zyban	La durée de traitement est de 7 à 12 semaines et peut être prolongée jusqu'à 52 semaines (12 mois).
Lignes directrices américaines (2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La durée de traitement suggérée est de 7 à 12 semaines. ▪ Toutefois, il est possible d'envisager un traitement à long terme des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique jusqu'à 24 semaines (6 mois) pour les fumeurs qui rapportent des symptômes de sevrage persistants, qui ont des rechutes à leur actif ou qui désirent une thérapie à long terme.
Lignes directrices néo-zélandaises (2007)	La durée de traitement suggérée est de 8 semaines.
Lignes directrices australiennes (2004)	La durée de traitement suggérée est d'au moins 7 semaines.
Lignes directrices françaises (2003)	La durée de traitement suggérée est de 8 semaines.
RPAMQ	La durée maximale est de 12 semaines, une fois par année.

Tableau 5 : Recommandations actuelles concernant la durée de la varénicline selon les fabricants, les différentes lignes directrices et le RPAMQ

Source de la recommandation	Dosage et durée de traitement
Pfizer : Champix	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0,5 mg par jour pendant 3 jours, 1 mg par jour du jour 4 au jour 7 puis 1 mg 2 fois par jour. ▪ Durée de traitement de 12 semaines; peut être prolongée jusqu'à concurrence de 24 semaines (6 mois). ▪ Réduction graduelle de la posologie à la fin du traitement pour éviter une rechute.
Lignes directrices américaines (2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La durée de traitement suggérée est de 12 semaines. ▪ Toutefois, il est possible d'envisager un traitement à long terme des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique jusqu'à 24 semaines (6 mois) pour les fumeurs qui rapportent des symptômes de sevrage persistants, qui ont des rechutes à leur actif ou qui désirent une thérapie à long terme.
Lignes directrices néo-zélandaises (2007)	La durée de traitement suggérée est de 12 semaines et celle-ci peut être prolongée de 12 semaines.
Lignes directrices australiennes (2004)	La varénicline n'était pas sur le marché lors de la rédaction des lignes directrices australiennes.
Lignes directrices françaises (2003)	La varénicline n'était pas sur le marché lors de la rédaction des lignes directrices françaises.
RPAMQ	La durée maximale est de 12 semaines, une fois par année.

2.4 Recommandations actuelles concernant le dosage du timbre de nicotine

Selon les fabricants de timbres de nicotine (Association des pharmaciens du Canada, 2009), le timbre au dosage le plus élevé (21 mg) devrait être recommandé aux fumeurs consommant plus de 10 cigarettes par jour. Ceux qui en fument 10 ou moins devraient commencer le traitement avec un timbre de 14 mg.

Depuis quelques années, on parle de plus en plus de l'utilisation de dosage élevé de timbres de nicotine, supérieur à 21 mg, pour personnaliser et maximiser le niveau de concentration de nicotine dans le corps et ainsi mieux contrôler les symptômes de sevrage. Plusieurs arguments sous-tendent une telle utilisation :

- le niveau de variabilité individuelle des concentrations sanguines de nicotine et de cotinine (métabolite de la nicotine) est très élevé chez les fumeurs qui fument la même quantité de cigarettes (Sachs et Benowitz, 1996);
- prise en doses standard, aucune des posologies actuelles de timbres de nicotine n'atteint les niveaux de nicotine obtenus en fumant une cigarette (Zevin, Jacob et Benowitz, 1998);
- les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour seraient sous-médicamentés lorsqu'ils utilisent le dosage standard de timbres de nicotine (21 mg). Un dosage plus élevé offrirait un remplacement plus complet des niveaux de nicotine sanguins et aiderait, par le fait même, à mieux contrôler les symptômes de sevrage dès les premiers jours de l'arrêt tabagique (Zevin, Jacob et Benowitz, 1998);

- l'utilisation de plus d'un timbre de nicotine à la fois s'est avérée sécuritaire et bien tolérée par les patients fumant plus de 20 cigarettes par jour (Tonnesen et coll., 1999; Dale et coll., 1995; Fredrickson et coll., 1995; Hughes, 1995).

Malgré ces constats, encore à ce jour, il existe peu d'études permettant de confirmer hors de tout doute que la thérapie à dosage élevé de timbres de nicotine offre des avantages à la thérapie standard. Une méta-analyse de six études comparant un dosage élevé de timbres de nicotine (42/44 mg) à un dosage standard (21/22 mg) suggère qu'il pourrait y avoir un léger avantage lié au dosage plus élevé (Silagy et coll., 2006). Selon les auteurs des lignes directrices américaines, le traitement à l'aide de timbres de nicotine à dosage élevé serait légèrement plus efficace que le traitement avec le dosage standard, bien que la différence des taux d'abstinence ne soit pas significative (tableau 1 et 6) (Fiore et coll., 2008). Néanmoins, ceux-ci recommandent d'individualiser le traitement selon le degré de dépendance et le nombre de cigarettes fumées sans toutefois donner des détails précis. Quant aux auteurs des lignes directrices françaises, ils affirment qu'il peut être utile d'associer plusieurs timbres transdermiques fortement dosés en début de traitement chez les fumeurs les plus dépendants (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2003).

Il est intéressant de noter que Hurt et ses collaborateurs emploient un concept similaire à celui du monitoring de médicaments pour fixer la dose de remplacement de nicotine en utilisant la concentration sanguine de cotinine. Comme cette mesure n'est pas souvent disponible en clinique, la dose de remplacement de nicotine pourrait être estimée en se basant sur le nombre de cigarettes fumées par jour, ce nombre étant corrélé aux concentrations de cotinine (Hurt et coll., 2003). Ainsi, selon ces auteurs, un fumeur de 21 à 40 cigarettes par jour pourrait utiliser un dosage de timbre de 21 à 42 mg et un fumeur de plus de 40 cigarettes par jour, un dosage de 42 mg et plus.

Tableau 6 : Efficacité et taux d'abstinence 6 mois après la date d'abandon liés à l'utilisation de différents dosages et durées de timbres de nicotine et de combinaisons de médicaments en comparaison avec le timbre de nicotine de dosage et de durée standard - (Fiore et coll., 2008)

Médicament	Nombre de bras	Estimé du rapport de cotes (Intervalle de confiance 95 %)
Timbre de nicotine (dosage et durée standard)	32	1,0
AIDE PHARMACOLOGIQUE UNIQUE		
Timbre de nicotine à dosage élevé (> 25 mg) (y compris des utilisations de 6 à 14 semaines et de > 14 semaines)	4	1,2 (0,9-1,6)
Timbre de nicotine (> 14 semaines)	6	1,2 (0,8-1,7)
COMBINAISONS DE MÉDICAMENTS		
Timbre de nicotine (> 14 semaines) + gomme de nicotine au besoin (ou vaporisateur nasal ¹ de nicotine)	3	1,9 (1,3-2,7)
Timbre de nicotine + inhalateur de nicotine	2	2,2 (1,3-3,6)
Timbre de nicotine + bupropion SR	3	1,3 (1,0-1,8)

1 Vaporisateur nasal non disponible au Canada

2.5 Recommandations actuelles concernant les combinaisons de médicaments

À ce jour, il existe peu d'études sur l'utilisation de combinaisons de médicaments pour arrêter de fumer. La combinaison la plus étudiée est la prise de timbres de nicotine, en association avec une forme de remplacement de la nicotine qui agit plus rapidement comme la gomme, la pastille, l'inhalateur ou le vaporisateur nasal. Les sept études relevées dans la revue réalisée par Silagy et ses collaborateurs indiquent une hétérogénéité tant dans les types de combinaisons de médicaments étudiés que dans les médicaments de comparaison (Silagy et coll., 2006). De plus, seule l'étude de Blondin, qui compare le timbre de nicotine en association avec le vaporisateur nasal au timbre de nicotine seul, a constaté une augmentation significative des taux d'abandon du tabac après un an avec la combinaison des médicaments (Silagy et coll., 2006). Toutefois, la méta-analyse de ces sept études suggère un avantage modeste, mais significatif des combinaisons de produits de remplacement de la nicotine (rapport de cotes de 1,42; intervalle de confiance 95 % : 1,14 à 1,76). Les auteurs concluent que l'on pourrait envisager ce type de combinaisons de médicaments chez les fumeurs qui n'ont pas réussi à cesser de fumer à l'aide d'un seul produit (Silagy et coll., 2006).

Pour sa part, la méta-analyse réalisée par Fiore et ses collaborateurs au sujet de l'association du timbre avec la gomme ou le vaporisateur nasal, en comparaison du timbre seul, révèle un avantage certain (tableau 6). C'est la raison pour laquelle ces auteurs encouragent l'utilisation combinée de produits de remplacement de la nicotine chez les fumeurs fortement dépendants du tabac ou chez ceux qui ont éprouvé des symptômes de sevrage importants lors de tentatives antérieures (Fiore et coll., 2008). Bien que les doses optimales ne soient pas encore clairement définies, ceux-ci suggèrent d'utiliser le dosage de timbres transdermiques de façon traditionnelle et d'ajouter d'autres produits de remplacement de la nicotine lors de l'apparition des symptômes de sevrage ou lors d'importantes envies de fumer (Fiore et coll., 2008). Tant les auteurs des lignes directrices néo-zélandaises qu'australienne abondent dans le même sens (Ministry of Health, 2007; Australian Government Department of Health and Ageing, 2004). Les auteurs des lignes directrices françaises affirment qu'étant donné l'efficacité majorée de l'association de deux substituts nicotiques, cette combinaison pourrait être recommandée chez les patients fortement dépendants, pourvu que cette association soit effectuée sous le contrôle du médecin (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2003).

Une deuxième combinaison étudiée consiste en l'association du timbre de la nicotine et du bupropion. Publiée en 1999, l'étude de Jorenby et de ses collaborateurs, qui compare l'association du timbre de nicotine et du bupropion au timbre seul ou au placebo, a révélé une efficacité significativement supérieure de la combinaison de médicaments (Silagy et coll., 2006). Toutefois, aucune différence n'a été observée lorsque cette combinaison a été comparée au bupropion seul. Fiore et ses collaborateurs ont eux aussi trouvé une efficacité supérieure de la combinaison timbre de nicotine et bupropion comparativement au timbre seul (Fiore et coll., 2008).

À l'heure actuelle, la combinaison de la varénicline et d'un produit de remplacement de la nicotine n'est pas recommandée en raison des taux élevés d'effets secondaires (nausées, céphalées) (Fiore et coll., 2008).

En terminant, mentionnons qu'autant Silagy, Fiore, que leurs collaborateurs, précisent qu'il est essentiel de mener de plus amples recherches sur l'efficacité des combinaisons de médicaments pour cesser de fumer (Fiore et coll., 2008; Silagy et coll., 2006).

3. Interventions efficaces pour aider les fumeurs aux prises avec un problème de santé mentale à renoncer au tabac

Il a été estimé que 60 % des personnes souffrant de dépression ou de stress post-traumatique font usage de tabac et que c'est le cas chez 65 à 90 % des personnes atteintes de schizophrénie (Fagerström et Aubin, 2009). De plus, les personnes aux prises avec un problème de santé mentale fument un plus grand nombre de cigarettes que les personnes non atteintes (Fagerström et Aubin, 2009). Cette prévalence élevée de l'usage des produits du tabac place les personnes souffrant de problèmes de santé mentale plus à risque d'avoir des maladies liées au tabagisme et de mourir prématurément (Grant et coll. 2004; Ziedonis et coll., 2008) : comparés à la population générale, les patients souffrant de schizophrénie auraient une espérance de vie réduite de 20 % et l'usage du tabac serait le principal facteur de risque lié à cet excès de mortalité (Fagerström et Aubin, 2009).

Un rapport du *National Institute of Mental Health* publié en 2008 affirme qu'une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux pourrait expliquer l'usage élevé du tabagisme chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale (Ziedonis et coll., 2008). Le manque de services en abandon du tabac ferait aussi partie des facteurs explicatifs (Ziedonis et coll., 2008). Ce rapport, ainsi que d'autres études, indique également qu'il est faux de croire que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne désirent pas cesser de fumer ou ne désirent pas obtenir de l'information sur les ressources et services en cessation (Morris et coll., 2009; Ziedonis et coll., 2008). De fait, il semble que ce sont plutôt les professionnels de la santé qui hésitent à aborder la question du tabagisme avec leurs patients : à peine 1 % des patients hospitalisés pour des problèmes psychiatriques voient leur statut tabagique identifié pendant leur séjour (Ziedonis et coll., 2008). Ce non-traitement du tabagisme pourrait s'expliquer par la croyance, largement répandue chez les professionnels en santé mentale, que les patients psychiatriques sont incapables de cesser de fumer et que même une courte abstinence pourrait nuire aux traitements de leur état mental (Hall et Prochaska, 2009). Des études récentes indiquent toutefois que ces craintes seraient non fondées (Hall et Prochaska, 2009; Addington et coll., 1998).

Selon les lignes directrices de pratique clinique sur le traitement de la dépendance au tabac, les cliniciens devraient intégrer l'identification et le traitement du tabagisme à toutes leurs consultations (Fiore et coll., 2008; Ministry of Health, 2007; Australian Government Department of Health and Ageing, 2004; Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, 2003). En particulier, tout clinicien devrait inclure les éléments de base pour amorcer un traitement de la dépendance au tabac chez ses patients fumeurs souffrant de problèmes de santé mentale.

Ces éléments de base se résument par les « 5 A » de la terminologie anglaise (*Ask, Advise, Assess, Assist and Arrange*) :

- demander (*Ask*) au patient s'il consomme ou a consommé des produits du tabac (nombre de cigarettes fumées par jour, âge de l'initiation, etc.);
- conseiller (*Advise*) le patient de cesser de fumer et lui indiquer que cet abandon représente le geste le plus important qu'il peut poser pour sa santé;
- déterminer (*Assess*) la motivation du patient à cesser de fumer;
- aider (*Assist*) le patient qui n'est pas prêt à arrêter de fumer immédiatement en discutant des avantages et des inconvénients psychologiques, physiques et sociaux de l'usage du tabac et des barrières au renoncement au tabac;

- aider (*Assist*) le patient intéressé à cesser de fumer en discutant des difficultés et des situations à risque envisagées lors de l'arrêt, en identifiant les stratégies possibles pour surmonter les obstacles, en discutant des tentatives antérieures comprenant les symptômes de sevrage ressentis et les changements psychiatriques observés, en offrant un soutien lors des consultations, et en lui recommandant une pharmacothérapie adéquate;
- mettre en place (*Arrange*) les dispositions pour faire le suivi lors de la prochaine visite ou diriger le patient vers une ressource en cessation.

Traiter la dépendance au tabac chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale est un défi qui exige, comme pour toute maladie chronique, des interventions répétées et de multiples tentatives. Les techniques motivationnelles appuyées par une aide pharmacologique personnalisée ont démontré une certaine efficacité à faciliter l'arrêt tabagique de cette clientèle (Hitsman et coll., 2009). Pour augmenter les chances de succès, des chercheurs recommandent d'adapter les interventions de cessation au problème de santé mentale spécifique dont souffre le client (Hitsman et coll., 2009).

Les sections 3.1 et 3.2 présentent les recommandations de traitement spécifiques aux fumeurs atteints de schizophrénie et de dépression.

3.1 Fumeurs atteints de schizophrénie

Environ 50 % des fumeurs schizophrènes sont fortement dépendants du tabac, fumant plus de 25 cigarettes par jour. De plus, ils extraient plus de nicotine de chaque cigarette fumée en prenant plus de bouffées par cigarette ou en fumant les filtres et les mégots de cigarettes (Williams et Ziedonis, 2004). Ainsi, pour un même nombre de cigarettes fumées, les personnes atteintes de schizophrénie ont des niveaux de nicotine et de cotinine plus élevés que ceux observés chez la population générale (Ziedonis et coll., 2008; Légaré, 2007).

Depuis plusieurs années, les chercheurs tentent de comprendre cette association entre la schizophrénie et l'usage du tabac et ils s'entendent pour dire que c'est un phénomène complexe. Il est reconnu que les personnes atteintes de schizophrénie souffrent de troubles cognitifs tels que la mémoire de travail, l'attention soutenue et la vitesse psychomotrice. Or, plusieurs études semblent démontrer que la nicotine améliore les fonctions cognitives et motrices bien que les mécanismes à l'origine de ce phénomène ne soient pas encore bien compris (Ziedonis et coll., 2008; Légaré, 2007). Par ailleurs, l'usage du tabac diminue certains effets secondaires, comme les symptômes extrapyramidaux, liés aux médicaments antipsychotiques utilisés dans le traitement de la schizophrénie (Ziedonis et coll., 2008).

Intervention de counseling

Selon Ziedonis et ses collaborateurs, les fumeurs atteints de schizophrénie peuvent réussir à cesser de fumer s'ils ont accès à un traitement psychosocial, à des aides pharmacologiques et à un soutien social (Ziedonis et coll., 2008). Tant les interventions individuelles que de groupe auraient démontré une certaine efficacité (Ziedonis et coll., 2008). Les auteurs des lignes directrices néo-zélandaises mentionnent que des interventions plus intenses (plusieurs sessions) accompagnées de médication seraient avantageuses chez cette population (Ministry of Health, 2007). Morris et ses collaborateurs abondent dans le même sens, car selon eux, les interventions démontrées efficaces pour soutenir l'arrêt tabagique chez les fumeurs dans la population générale ne seraient pas suffisantes chez une population de fumeurs aux prises avec des problèmes de santé mentale (Morris et coll., 2009). C'est pourquoi ils proposent une thérapie cognitivo-comportementale qui inclut une thérapie cognitive (apprendre des stratégies pour

contrôler ses envies de fumer, ses humeurs négatives, etc.), une thérapie comportementale (changer ses habitudes pour éviter les occasions de fumer, obtenir un soutien social, etc.) et une thérapie motivationnelle (aide d'un intervenant pour soutenir la motivation à cesser de fumer et demeurer abstinent). Ces thérapies doivent toutefois être adaptées au problème de santé mentale du client.

Le programme SANE développé en Australie est un exemple de programme de groupe qui a démontré une efficacité chez les fumeurs souffrant de schizophrénie (Strasser, 2001). On trouve dans ce programme de 10 sessions, les principes des techniques cognitivo-comportementales décrites plus haut pour faciliter la réduction, la cessation puis le maintien de l'arrêt tabagique ainsi que des éléments pertinents pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale (développement d'habiletés pour contrer le stress et l'anxiété).

Par ailleurs, plusieurs études indiquent que la combinaison de l'approche cognitivo-comportementale à l'approche pharmacologique serait nécessaire pour optimiser les chances de succès de l'abandon tabagique chez les schizophrènes (Hitsman et coll., 2009).

Approche pharmacologique

Nous disposons de peu d'études sur l'efficacité des aides pharmacologiques chez les fumeurs atteints de schizophrénie (Fagerström et Aubin, 2009) : la plupart des études sont des essais non contrôlés, impliquent un petit nombre de patients et combinent souvent un traitement psychosocial (Ziedonis et coll., 2008). De fait, le groupe Cochrane étudie pour la première fois l'efficacité des interventions tant pharmacologiques que non pharmacologiques sur l'abandon du tabac chez les fumeurs atteints de schizophrénie à l'aide d'essais contrôlés randomisés (Tsoi et Webster, 2008).

Selon la littérature consultée, l'utilisation du timbre de nicotine et du bupropion chez des fumeurs schizophrènes serait sécuritaire, bien tolérée et efficace comparativement au placebo (Fagerström et Aubin, 2009; Ziedonis et coll., 2008).

Deux études récentes menées sur l'utilisation de la combinaison du bupropion et du timbre de nicotine chez des fumeurs schizophrènes non hospitalisés et dont les symptômes psychiatriques étaient sous contrôle, méritent d'être mentionnées (Hitsman et coll., 2009). Dans l'étude à double insu de George et de ses collaborateurs, le groupe témoin (n = 29) recevait une thérapie cognitivo-comportementale, un timbre de nicotine de 21 mg et un placebo pendant 10 semaines tandis que le groupe expérimental (n = 29) recevait du bupropion (300 mg par jour) à la place du placebo (George et coll., 2008). Les taux d'abstinence étaient beaucoup plus élevés dans le groupe recevant les deux médicaments à la fin du traitement (34,5 % contre 10,3 %) et six mois après la date d'abandon (13,8 % contre 0 %). Par ailleurs, l'étude d'Evins et de ses collaborateurs a permis d'évaluer s'il était avantageux d'ajouter du bupropion à un traitement qui comprenait une rencontre hebdomadaire de groupe d'une heure et une combinaison de timbres de nicotine et de gommes de nicotine de 2 mg au besoin (jusqu'à un maximum de 18 mg par jour) (Evins et coll., 2007). Cette étude de 12 semaines était à double insu et comprenait un groupe témoin (n = 26) et un groupe expérimental (n = 25). Les taux d'abstinence étaient plus élevés à la fin du traitement avec l'ajout du bupropion (36 % contre 19 %). Toutefois, les auteurs ont observé des taux de rechute élevés lors du sevrage des médicaments et ils suggèrent de mener de plus amples recherches sur un traitement pharmacologique de plus longue durée et combinant plusieurs médicaments (Evins et coll., 2007).

Il est important de préciser que le succès du traitement de la dépendance au tabac chez les schizophrènes serait lié au type de médicament utilisé pour traiter la psychose. En effet, les antipsychotiques atypiques comme la clozapine seraient associés à des taux de succès plus élevés que les antipsychotiques typiques comme l'halopéridol (Goldberg 2010; Fagerström et Aubin, 2009; Ziedonis et coll., 2008; Williams et Ziedonis, 2004).

Par ailleurs, compte tenu de l'arrivée récente de la varénicline sur le marché, nous ne connaissons pas encore l'efficacité de ce médicament chez la population atteinte de schizophrénie. La prudence est donc de mise étant donné le risque d'effets secondaires rapportés comme les idées suicidaires, les épisodes de manie, etc. (Hitsman et coll., 2009). Toutefois, une étude réalisée auprès de 12 patients suggère que le traitement à l'aide de la varénicline présenterait des effets cognitifs bénéfiques chez les schizophrènes et n'augmenterait pas la psychopathologie ou la dépression tout en favorisant l'abandon tabagique (Smith et coll., 2009).

3.2 Fumeurs atteints de dépression ou ayant des antécédents de dépression

La majorité des fumeurs souffrant de dépression désirent cesser de fumer et environ 25 % accepteraient de recevoir un traitement pour leur tabagisme au cours des 30 jours subséquents (Haug et coll., 2005; Prochaska et coll., 2004; Acton et coll., 2001). Toutefois, plusieurs professionnels de la santé hésitent à soutenir l'arrêt tabagique de leurs patients avec antécédents dépressifs, car ils craignent un risque plus élevé d'épisodes dépressifs suite à l'arrêt tabagique. Cette augmentation d'épisodes dépressifs a effectivement été rapportée dans la littérature scientifique (Covey, Glassman et Stetner, 1997; Borelli et coll., 1996; Covey, Glassman et Stetner, 1990). Cependant, les données actuelles semblent indiquer que l'augmentation de ces épisodes reflète la nature chronique des épisodes dépressifs et qu'elle n'aurait pas de lien avec l'arrêt tabagique (Hall et Prochaska, 2009). Dans une étude récente chez des fumeurs traités en clinique externe pour leur dépression, on n'a trouvé aucune évidence d'augmentation des symptômes dépressifs en lien avec l'arrêt tabagique (Hall, 2006). De plus, aucune différence n'a été trouvée en fonction du type de dépression (événement unique ou épisodes récurrents), de la sévérité de la dépression ou du stade de la dépression (active ou en rémission) (Hall, 2006).

Intervention de counseling

Un des principaux obstacles au traitement du tabagisme chez les fumeurs souffrant de dépression serait leur faible niveau de motivation à cesser de fumer. Une technique prometteuse pour améliorer la motivation à cesser de fumer est la « Contingency Management Technique ». Cette stratégie démontrée efficace dans le traitement de l'alcoolisme et autres drogues utilise le renforcement systématique des comportements souhaités pour soutenir l'abstinence (Ledgerwood, 2008). Toutefois, les meilleurs résultats obtenus jusqu'à présent dans le traitement de la cessation tabagique chez les personnes souffrant de dépression proviennent d'une étude menée par Hall et ses collègues (Hall et coll., 2006). Ces chercheurs ont utilisé le « Stepped-care Approach », un traitement par étapes basé sur l'approche motivationnelle. Tout comme dans les traitements avec la population générale, les étapes de traitement sont établies en fonction des différents stades de motivation vécus par les fumeurs : la réflexion, la préparation, l'arrêt et le maintien. Les étapes de traitement servent à guider les cliniciens dans l'identification d'objectifs de traitement appropriés à l'état de motivation des patients et, à choisir des interventions fondées sur ces objectifs. En reconnaissant l'étape de traitement de chaque personne, les cliniciens peuvent ainsi optimiser les résultats et minimiser les rechutes.

Approche pharmacologique

Tout comme pour les fumeurs atteints de schizophrénie, peu d'études sur l'efficacité des aides pharmacologiques en abandon du tabac ont été menées chez les fumeurs souffrant de dépression, ceux-ci étant fréquemment exclus des études (Fagerström et Aubin, 2009).

Les produits de remplacement de la nicotine sont reconnus pour leurs propriétés antidépresseuses et ils pourraient donc être efficaces pour aider les fumeurs souffrant de dépression à renoncer au tabac (Wilhelm et coll., 2006). Kinnunen et ses collaborateurs ont démontré la supériorité de la gomme de nicotine au placebo dans une étude contrôlée, randomisée, et menée auprès de plus de 600 fumeurs dont le tiers souffrait de dépression, mais qui ne prenait pas de médication psychiatrique. Les taux d'abstinence obtenus à 12 mois chez les participants atteints de dépression étaient de 15,1 % pour la gomme de nicotine et de 5,7 % pour le placebo (Kinnunen et coll., 2008). Notons que tous ces fumeurs recevaient un bref counseling. Par ailleurs, une étude menée par Strasser et ses collègues a comparé l'efficacité du timbre et de la gomme de nicotine chez un groupe de 335 fumeurs qui recevaient un counseling comportemental (Strasser et coll., 2005). Aucune différence n'a été trouvée dans les taux d'abandon entre les deux produits de remplacement de la nicotine (Wilhelm et coll., 2006).

Les chercheurs commencent aussi à s'intéresser à l'utilité de médicaments antidépresseurs pour le traitement de la dépendance au tabac chez les fumeurs atteints de dépression. Une méta-analyse récente de quatre études comparant des médicaments tels que le bupropion et la nortriptyline à un placebo chez des fumeurs ayant souffert de dépression, a démontré que les taux d'abstinence au tabac étaient trois fois plus élevés avec les antidépresseurs (Fiore et coll., 2008).

Finalement, comme la varénicline est très récente sur le marché, il faudra être attentif aux études qui seront menées chez différents sous-groupes de fumeurs comme ceux atteints ou ayant souffert de dépression.

3.3 Interactions des médicaments utilisés en psychiatrie et en cessation tabagique

Les produits contenus dans la fumée de tabac peuvent induire un changement dans le métabolisme d'une variété de médicaments y compris certains médicaments psychotropes. Plusieurs études ont démontré que la fumée de cigarettes pouvait réduire les concentrations plasmatiques de médicaments antipsychotiques d'un facteur d'environ 1,5 (Légaré, 2007). Ainsi, lorsque les fumeurs cessent de fumer, le niveau sanguin de ces médicaments peut augmenter et produire des incidents similaires à ceux liés à la prise de doses trop élevées (Zullino et coll., 2002; Desai, Seabolt et Jann, 2001). Il est primordial d'assurer un suivi et d'ajuster la posologie des médicaments utilisés pour traiter les conditions psychiatriques lorsque les patients diminuent de façon significative leur consommation de tabac ou cessent de fumer.

Voici une liste de médicaments dont l'effet est modifié par la réduction ou l'arrêt tabagique (Tobacco Cessation Leadership Network, 2008) :

Antipsychotiques : Chlorpromazine (Thorazine), Clozapine (Clozaril), Fluphénazine (Permitil), Halopéridol (Haldol), Mésoridazine (Serentil), Olanzapine (Zyprexa), Thiothixène (Navane), Trifluopérazine (Stelazine), Ziprasidone (Geodon)

Antidépresseurs : Amitriptyline (Elavil), Clomipramine (Anafranil), Désipramine (Norpramin), Doxépine (Sinequan), Duloxétine (Cymbalta), Fluvoxamine (Luvox), Imipramine (Tofranil), Nortriptyline (Pamelor), Trazodone (Desyrel)

Stabilisateurs d'humeur : Carbamazépine (Tegretol)

Anxiolytiques : Alprazolam (Xanax), Diazepam (Valium), Lorazepam (Ativan), Oxazepam (Serax)

Autres : Acétaminophène, Caféine, Héparine, Insuline, Rasagiline (Azilect), Riluzole (Rilutek), Ropinirole (Requip), Tacrine, Warfarine

3.4 Flexibilité dans la durée et l'intensité des traitements de cessation tabagique

Plusieurs guides de pratique recommandent d'offrir des interventions de counseling intensives pour aider les fumeurs souffrant de problèmes de santé mentale (Morris et coll., 2009; Tobacco Leadership Network, 2008). Dans la majorité des cas, cette recommandation vise à augmenter la durée des sessions, mais pour les clients qui éprouvent des difficultés fonctionnelles, les chercheurs conseillent plutôt de leur offrir un plus grand nombre de sessions de courte durée et au contenu simplifié.

Le processus d'abandon du tabac peut prendre quelques semaines voire plusieurs mois et années pour une personne atteinte de problèmes de santé mentale alors que la majorité des interventions de cessation tabagique offertes à la population générale sont conçues en fonction d'un arrêt tabagique en une ou deux semaines (Tobacco Cessation Leadership Network, 2008). On suggère donc de procéder par étapes plutôt que de viser immédiatement la cessation complète. Les succès engendrés par la réussite de petites étapes comme la réduction du nombre de cigarettes fumées ou de « mini-arrêts » de quelques jours permettent de développer les habiletés et la confiance nécessaires pour réussir l'arrêt complet chez cette population (Hitsman et coll., 2009). Cette approche s'est avérée efficace pour les personnes qui ont une dépendance élevée à la nicotine, ce qui est souvent le cas des fumeurs atteints de schizophrénie (Ziedonis et coll., 2008). Elle augmenterait le taux de succès des tentatives d'arrêt en plus de diminuer les symptômes de sevrage chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques (Fagerström et Aubin, 2009). Une approche flexible utilisant les principes de l'intervention cognitivo-comportementale serait donc à privilégier. Cette intervention cherchera à développer la motivation et à préparer la personne à cesser de fumer, à développer les habiletés cognitives et comportementales nécessaires pour minimiser les symptômes de sevrage, pour contrôler les fortes envies de fumer et les occasions de rechute et à développer le soutien social nécessaire à l'arrêt.

Il y a quelques années, la durée de traitement pour les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique recommandée par différentes instances était en général de 12 semaines. Toutefois, les recommandations plus récentes sont à l'effet d'individualiser le traitement selon le niveau de dépendance au tabac et d'envisager des durées prolongées de traitement. (Fiore et coll., 2008). Comme nous venons de l'indiquer, pour augmenter les chances de succès en abandon du tabac des fumeurs atteints de problèmes de santé mentale, des interventions cognitivo-comportementales répétées et prolongées sont souvent nécessaires. Il est fort probable qu'ils pourraient également tirer profit d'un traitement pharmacologique d'une durée prolongée ou répétée (plus d'une fois dans la même année).

3.5 Environnement favorable au renoncement au tabac

Depuis quelques années, de nouvelles dispositions de la Loi sur le tabac ont été mises en place pour protéger les non-fumeurs de la fumée de tabac dans l'environnement en restreignant l'usage du tabac dans les lieux publics. Ainsi, au Québec, depuis mai 2006, il est interdit de fumer dans la majorité des lieux publics tels que les centres commerciaux, les bars et restaurants en plus des milieux de travail et des milieux hospitaliers. Toutefois, quelques exceptions sont permises et la Loi sur le tabac permet de fumer dans 40 % des chambres d'un établissement de psychiatrie offrant de l'hébergement, d'un centre d'hébergement de soins de longue durée et dans les centres de

réadaptation ou d'un organisme offrant de l'hébergement aux personnes démunies ou en détresse. De plus, ces établissements peuvent aménager un fumoir fermé et ventilé de façon indépendante pour les personnes hébergées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005).

Un des obstacles à l'implantation des politiques interdisant l'usage du tabac dans les milieux psychiatriques est qu'historiquement la consommation de tabac par les patients de ces établissements était rarement remise en cause par les intervenants et professionnels de la santé œuvrant dans ces milieux. Ceux-ci ont souvent utilisé les cigarettes comme récompenses dans le but de contrôler le comportement des patients et comme moyen de développer une relation thérapeutique avec eux (Hall et Prochaska, 2009; Ziedonis et coll., 2008). De plus, ils estiment que les ressources devraient être dirigées prioritairement aux traitements des maladies mentales et ils n'ont qu'une appréciation limitée des effets du tabagisme sur la santé de leurs patients (Hall et Prochaska, 2009; Ratschen et coll., 2009). Un grand nombre d'entre eux croient que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont incapables de cesser de fumer ou réfractaires à l'abandon du tabac et craignent que l'arrêt tabagique provoque une aggravation des symptômes psychiatriques (Fagerström et Aubin, 2009). Pour ces raisons, la majorité des professionnels acceptent le tabagisme dans les milieux psychiatriques et sont généralement réfractaires à l'introduction de mesures interdisant l'usage du tabac dans leurs établissements.

La littérature scientifique récente démontre bien, cependant, que l'arrêt tabagique produit des résultats importants sur la qualité de vie et la longévité des patients et que l'introduction de mesures interdisant l'usage du tabac en milieu psychiatrique ne produit pas d'effets délétères (Lawn et Pols, 2005; el-Guabely et coll., 2002). En fait, de telles mesures peuvent être introduites avec succès, avec peu ou pas d'impact négatif (Lawn et Campion, 2010; Lawn et Pols, 2005).

Selon une recension d'écrits scientifiques sur les interdictions de fumer en milieu psychiatrique, le personnel des établissements psychiatriques anticipait beaucoup plus de problèmes, comme l'augmentation d'incidents d'agressions et de comportements perturbateurs, que ceux réellement survenus après l'implantation de l'interdiction de fumer (Lawn et Pols, 2005). Toutefois, certains facteurs ont été identifiés comme étant essentiels au succès de la mise en place d'une interdiction de fumer en milieu psychiatrique (Lawn et Pols, 2005) :

- une administration possédant un leadership clair, cohérent et visible;
- un personnel qui soutient la politique antitabac;
- une formation intensive du personnel sur le bien-fondé de la politique antitabac ainsi que sur les interventions en abandon du tabac;
- une planification adéquate de la mise en œuvre de l'interdiction de fumer et une application conséquente des mesures antitabac

Cette recension des écrits indique également que les interdictions de fumer dans les établissements psychiatriques sont efficaces si elles sont simples à comprendre et appliquées de façon uniforme pour tous. De plus, les interdictions totales, qui incluent les édifices et leurs terrains adjacents, sont plus efficaces que des interdictions partielles ou sélectives. Aucune augmentation d'incidents agressifs de la part des patients n'a été rapportée dans 75 % des établissements psychiatriques avec une interdiction partielle de fumer et dans 90 % des établissements avec une interdiction totale. Toutefois, des plaintes et des incidents d'agression verbale sont associés aux interdictions partielles, car ils engendrent des conflits entre le personnel et les patients au sujet des privilèges de fumer. Enfin, offrir des services d'aide au renoncement tabagique (y compris les aides pharmacologiques appropriées) tant aux patients qu'aux membres du personnel serait essentiel lors de l'introduction de l'interdiction de fumer (Lawn et Pols, 2005).

4. Réflexion

Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale fument beaucoup plus et souffrent davantage de maladies liées au tabagisme que les fumeurs dans la population générale (Grant et coll., 2004). Pourtant, dans les milieux de soins psychiatriques, la dépendance tabagique des clients est rarement abordée et peu de personnes souffrant de problèmes de santé mentale se font offrir de l'aide pour cesser de fumer (Fagerström et Aubin, 2009; Ratschen et coll., 2009). L'argument souvent évoqué dans ces institutions est qu'inciter les clients à cesser de fumer leur causerait un stress additionnel qui pourrait mettre en péril le succès du traitement de leur maladie mentale. Plusieurs études démontrent toutefois qu'une maladie mentale n'est pas une contre-indication à l'abandon du tabac ni à la prescription d'une pharmacothérapie pour cesser de fumer (Addington et coll., 1999).

Une des raisons qui expliquerait le peu d'empressement à offrir des services de renoncement au tabac provient d'un manque de soutien administratif et de formation des intervenants à cette problématique. En effet, la majorité des intervenants en santé mentale rapportent avoir des connaissances limitées sur la dépendance au tabac et ne pensent pas avoir les compétences requises pour offrir ce type d'intervention (Ratschen et coll., 2009). La présence de fumeurs parmi le personnel ainsi que la présence de fumeurs dans les institutions psychiatriques pourraient aussi constituer des obstacles à l'offre d'interventions en abandon du tabac auprès des patients hospitalisés.

Une autre barrière provient d'une interprétation des principes des droits et libertés de la personne. Ainsi, dans plusieurs instances, des citoyens ont formé des comités pour protéger les droits des patients et lutter contre l'implantation des interdictions de fumer dans les établissements psychiatriques (Prochaska, Hall et Bero, 2008). Selon eux, empêcher une personne de fumer porterait atteinte à sa liberté. En fait, qu'en est-il des droits de la personne et de l'interdiction de fumer dans les établissements psychiatriques?

Au Québec, les droits inscrits dans la Charte des droits et libertés sont souvent évoqués en ce qui a trait aux interdictions de fumer. La Charte protège les droits et la liberté de la personne et il est vrai que l'interdiction imposée aux fumeurs constitue une atteinte à leurs droits et à leur liberté. Toutefois, la Charte indique que les libertés individuelles doivent donner préséance aux exigences de la santé et du bien-être de la collectivité. La fumée de tabac étant composée de cancérigènes connus, il y a donc primauté du droit à l'intégrité des non-fumeurs sur le droit du fumeur à la liberté de sa personne. C'est ce principe qui sous-tend les politiques d'interdiction de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail implantés au Québec. Mais qu'en est-il des établissements psychiatriques qui servent de lieu de résidence temporaire pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale? Comme nous l'avons mentionné précédemment, la Loi sur le tabac permet de fumer dans 40 % des chambres d'un établissement de psychiatrie offrant de l'hébergement et ces établissements peuvent aménager un fumoir fermé et ventilé de façon indépendante pour les personnes hébergées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Cependant, ces « accommodements » ne protègent ni les patients ni le personnel non-fumeur des effets de la fumée secondaire. Selon des experts de ce domaine : « Les normes de ventilation (ANSI/ASHRAE 62-2001) visent seulement à atteindre un niveau acceptable d'odeur de la fumée ambiante : elles ne sont pas conçues pour limiter les risques pour la santé » (ASHRAE, 2005). La seule façon de complètement éliminer les risques à la santé provenant de l'exposition à la fumée de tabac est d'interdire complètement l'usage du tabac dans les lieux intérieurs.

La dépendance au tabac est une maladie chronique qui requiert de nombreuses tentatives de renoncement au tabac de la part du fumeur : peu de fumeurs réussissent à cesser de fumer lors de leur premier essai. Les chances de succès sont plus élevées lorsque des interventions psychosociales intensives sont combinées à une pharmacothérapie appropriée. Bien que moins d'études aient été menées sur des durées prolongées ou des combinaisons

d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique, les experts mentionnent de plus en plus qu'il est important d'individualiser le traitement selon le niveau de dépendance au tabac et que ces modes de traitement devraient être envisagés. Or, les patients atteints de problèmes de santé mentale sont souvent très dépendants du tabac : selon certaines études, la moitié des fumeurs schizophrènes fument plus de 25 cigarettes par jour. Ils bénéficieraient sûrement d'une médication dont le dosage serait ajusté à leur niveau de nicotine sanguin et dont la durée serait prolongée pour éviter les rechutes. De plus, de récentes études sur l'utilisation d'une combinaison d'aides pharmacologiques chez cette clientèle semblent démontrer une plus grande efficacité. Les professionnels de la santé ont donc l'obligation de soutenir les fumeurs dans chacune de leur tentative d'abandon du tabac en leur proposant les aides pharmacologiques appropriées et en les dirigeant vers les services d'abandon du tabac dans la communauté.

Pour les institutions qui souhaitent offrir de l'aide à leur clientèle fumeuse atteinte de problèmes de santé mentale et hospitalisée, comme l'Institut universitaire de santé mentale du Québec, nous suggérons qu'ils envisagent sérieusement les recommandations suivantes :

- offrir un environnement favorable au renoncement au tabac, c'est-à-dire qui interdirait complètement l'usage du tabac à l'intérieur de l'établissement et qui abolirait les fumeurs existants;
- mettre en place des activités visant à démystifier certaines croyances des professionnels qui sont des freins à l'intervention auprès du patient fumeur;
- mettre en place des mécanismes d'identification du statut tabagique des patients dès leur admission et des mécanismes d'inscription au dossier;
- habiliter les professionnels à offrir une thérapie cognitivo-comportementale en arrêt tabagique et une pharmacothérapie appropriée;
- rendre disponible une thérapie cognitivo-comportementale individuelle ou de groupe adaptée à la maladie mentale dont est atteint le fumeur;
- offrir les diverses aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique pendant l'hospitalisation tout en prenant soin d'éviter les interactions médicamenteuses et de surveiller les effets des médicaments antipsychotiques lorsque la consommation de cigarettes diminue;
- planifier et offrir un suivi aux patients concernant leur tabagisme ou leur abstinence du tabac, y compris la prise d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique lors de leurs visites médicales hors établissement (il est à noter que le remboursement de médicaments pour cesser de fumer pendant 12 semaines consécutives par le RPAMQ n'est pas affecté par la prise de ces mêmes médicaments dans le cadre d'un séjour hospitalier);
- planifier et offrir un suivi par des ressources communautaires spécialisées en abandon du tabac (exemple : les Centres d'abandon du tabagisme).

Finalement, étant donné le peu d'études réalisées auprès de la clientèle fumeuse hospitalisée pour des problèmes de santé mentale, il serait pertinent de réaliser, au Québec, des projets pilotes s'inspirant d'expériences en cours comme celle menée à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (Institut Philippe-Pinel de Montréal, non daté). Ces projets pilotes permettraient, d'une part, d'évaluer l'efficacité d'interventions mises en place pour aider cette clientèle à cesser de fumer et d'autre part, d'identifier les facteurs ayant facilité ou nuit à l'implantation de telles interventions. De plus, il serait particulièrement utile de documenter, sur une période de 12 mois, le nombre et la proportion de patients fumeurs ayant reçu une thérapie cognitivo-comportementale, le nombre et la proportion de fumeurs ayant opté pour

une aide pharmacologique, la durée moyenne de prise d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique, etc. De telles données aideraient à porter un regard mieux informé sur le traitement optimal à offrir à la clientèle fumeuse hospitalisée pour des problèmes de santé mentale et sur la pertinence de demander des changements aux modalités actuelles de remboursement du RPAMQ.

RÉFÉRENCES

- ACTON, G.-S., et autres (2001). *Depression and stages of change for smoking in psychiatric outpatients*. Addictive Behaviors, vol. 26, n° 5, p. 621-631.
- ADDINGTON, J., et autres (1998). *Smoking cessation treatment for persons with schizophrenia*. American Journal of Psychiatry, vol. 155, n° 7, p. 974-976.
- AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (2003). *Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac*. [Recommandations].
- AMERICAN SOCIETY OF HEATING, REFRIGERATING AND AIR-CONDITIONING ENGINEERS (ASHRAE) (2005). *Position Document on Environmental Tobacco Smoke*. [En ligne]. [http://www.ashrae.org/doclib/20058211239_347.pdf] (Consulté le 20 mars 2010).
- ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA (APC) (2009). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. Ottawa : Association des Pharmaciens du Canada.
- AUSTRALIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HEALTH AND AGEING (2004). *Smoking cessation guidelines for Australian general practice*.
- BORRELLI, B., et autres (1996). *Development of major depressive disorder during smoking-cessation treatment*. J. Clin. Psychiatry, n° 57, p. 534-538.
- COVEY, L.-S., A.-H. GLASSMAN et F. STETNER (1990). *Depression and depressive symptoms in smoking cessation*. Compr. Psychiatry, n° 31, p. 350-354.
- COVEY, L.-S., A.-H. GLASSMAN et F. STETNER (1997). *Major depression following smoking cessation*. American Journal of Psychiatry, n° 154, p. 263-265.
- DALE, L., et autres (1995). *High-Dose Nicotine Patch Therapy. Percentage of Replacement and Smoking Cessation*. JAMA, vol. 274, n° 17, p. 1390-1391.
- DESAI, H.-D., J. SEABOLT et M.-W. JANN (2001). *Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective*, CNS Drugs, vol. 15, n° 6, p. 469-494.
- EL-GUEBALY, N., et autres (2002). *Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders*, Psychiatr Serv, n° 53, p. 1166-1170.
- EVINS, A.-E., et autres (2007). *A 12-week double-blind, placebo-controlled study of bupropion sr added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia*. Psychopharmacol, vol. 27, n° 4, p. 380-386.
- EISENBERG, M.-J., et autres (2008). *Pharmacotherapies for smoking cessation: a metaanalysis of randomized controlled trials*, CMAJ, vol. 179, n° 2, p. 135-144.
- FAGERSTRÖM, K. et H.-J. AUBIN (2009). *Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders*, Current Medical Research and Opinions, vol. 25, n° 2, p. 511-518.

- FIORE, M., et autres (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guidelines*, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service, Public Health Service, Guidelines Update 2008, [En ligne]. [<http://www.surgeongeneral.gov/tobacco>] (Consulté le 20 juin 2009).
- FREDRICKSON, P.-A., et autres (1995). *High dose transdermal nicotine therapy for heavy smokers: safety, tolerability and measurement of nicotine and cotinine levels*, *Psychopharmacology*, n° 122, p. 215-222.
- GRANT, B.-F., et autres (2004). *Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions*, *Archives General Psychiatry*, vol. 81, n° 11, p. 1107-1115.
- GEORGE, T.-P., et autres (2008). *A placebo controlled trial of bupropion combined with nicotine patch for smoking cessation in schizophrenia*, *Biol Psychiatry*, vol. 63, n° 11, p. 1092-1096.
- GOLDBERG, J.-O. (2010). *Successful Change in Tobacco Use in Schizophrenia*, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 16, n° 1, p. 30-35.
- HALL, S.-M. (2006). *Treatment of co-morbid smokers*, Presented at NIH Consensus and State-of-the-Science Statements on Tobacco Use: Prevention, Cessation, and Control, June 12-14, Bethesda, MD.
- HALL, S.-M. et J. PROCHASKA (2009). *Treatment of Smokers with Co-Occurring Disorders: Emphasis on Integration in Mental Health and Addiction Treatment Settings*, *Annual Review of Clinical Psychology*, n° 5, p. 409-431.
- HAUG, N.-A., et autres (2005). *Acceptance of Nicotine Dependence Treatment Among Currently Depressed Smokers*, *Nicotine Tob Res*, vol. 7, n° 2, p. 217-224.
- HITSMAN, B., et autres (2009). *Treatment of Tobacco Dependence in Mental Health and Addictive Disorders*. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54, n° 6, p. 368-378.
- HUGHES, J. R. (1995). *Treatment of nicotine dependence: is more better?* *JAMA*, n° 274, p. 1390-1391
- HURT, R. D., et autres (2003). *Pharmacologic interventions for tobacco dependence*, *Principles of Addiction Medicine*, American Society of Addiction Medicine, p. 801-814.
- INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL. *Hôpital sans fumée. Un projet... une réussite!*, [En ligne]. [<http://www.pinel.qc.ca/contentt.aspx?navid=1733&CultureCode=fr-CA>] (Consulté le 19 avril 2010).
- INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC. [En ligne]. [<http://www.institutsmq.qc.ca/>] (Consulté le 10 mars 2010).
- KINNUNEN, T., T. KORHONEN et A.-J. GARVEY (2008). *Role of nicotine gum and pretreatment depressive symptoms in smoking cessation: twelve-month results of a randomized placebo controlled trial*. *Int'l Psychiatry in Medicine*, vol. 38, n° 3, p. 373-89.
- LASSER, K., et autres (2000). *Smoking and Mental Illness: A population-based prevalence study*, *JAMA*, vol. 284, n° 20, p. 2606-2610.

- LAWN, S. et J. CAMPION (2010). *Factors Associated With Success of Smoke-Free Initiatives in Australian Psychiatric Inpatient Units*, *Psychiatric Services*, n° 61, p. 300-305.
- LAWN, S. et R. POLS (2005). *Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research*, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 39, n° 10, p. 866-885.
- LEDGERWOOD, DAVID M. (2008). *Contingency Management for Smoking Cessation: Where Do We Go from Here?*, *Current Drug Abuse Reviews*, vol. 1, n° 3, p. 340-349.
- LÉGARÉ, N. (2007). *Tabagisme et schizophrénie: impacts sur la maladie et son traitement*, *Drogues, Santé et Société*, vol. 4, n° 1, p. 143-178.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2005). *Loi modifiant la Loi sur le tabac. Faits saillants des principales mesures*. [En ligne].
[[http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/dossierpresse.nsf/274b12c2555bd8ba85256dce00553858/444cbadffd9e64c285256f85007167a5/\\$FILE/Faitssaillants.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/dossierpresse.nsf/274b12c2555bd8ba85256dce00553858/444cbadffd9e64c285256f85007167a5/$FILE/Faitssaillants.pdf)] (Consulté le 12 juillet 2009).
- MINISTRY OF HEALTH (2007). *New Zealand smoking cessation guidelines*. Wellington : Ministry of Health.
- MOORE, D., et autres (2009). *Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis*, [En ligne. Site Internet du BMJ].
[http://bmj.com/cgi/content/full/338/apr02_3/b1024] (Consulté le 12 juillet 2009).
- MORRIS, C., et autres (2009). *Smoking cessation for persons with mental illnesses: A toolkit for mental health providers*. Denver, CO: State Tobacco Education and Prevention Partnership, [En ligne].
[http://smokingcessationleadership.ucsf.edu/Downloads/catalogue/MHtoolkitJan_2009.pdf] (Consulté le 12 janvier 2010).
- PROCHASKA, J.-J., et autres (2004). *Depressed smokers and stage of change: implications for treatment interventions*, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 76, n° 2, p. 143-151.
- PROCHASKA, J.-J., S.-M. HALL et L. A. BERO (2008). *Cigarette smoking among individuals with schizophrenia: What role has the tobacco industry played?*, *Schizophr. Bull*, n° 34, p. 555-67.
- PROCHASKA, J.-J., et autres (2008). *Treating tobacco dependence in clinically depressed smokers: effect of smoking cessation on mental health functioning*, *Am. J. Public Health*, n° 98, p. 446-48.
- RATSCHEN, E., et autres (2009). *Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes*, *General Hospital Psychiatry*, 31 (6), p. 576-582.
- SACHS, D. P.L., et N. L. BENOWITZ (1996). *Individualizing medical treatment for tobacco dependence*, *European Respiratory Journal*, 9, p. 629-631.
- SCHNOLL, R. A., et autres (2010). *Effectiveness of extended-duration transdermal nicotine therapy*, *Annals of Internal Medicine*, vol. 152, n° 3, p. 144-152.

- SILAGY, C., et autres (2006). *Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review)*, The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.
- SMITH, R.-C., et autres (2009). *Cognitive and antismoking effects of varenicline in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder*, Schizophrenia Research, vol. 110, n° 1-3, p. 149-155.
- STAPLETON, J.-A., et autres (2007). *Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: a precost comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness*, Addiction, n° 103, p. 146-154.
- STATISTIQUES CANADA (1995). Enquête nationale sur la santé des populations 1994-1995. [Fichier de microdonnées à grande diffusion].
- STATISTIQUES CANADA (2008). Enquête de la santé dans les collectivités canadiennes 2007. [Fichier de microdonnées à grande diffusion].
- STRASSER, K. M. (2001). *Smoking reduction and cessation for people with schizophrenia*, [En ligne]. [<http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/publications/smoke/smoke.pdf>] (Consulté le 1^{er} février 2010).
- STRASSER, A., et autres (2005). *Effects of different nicotine replacement therapies on postcessation psychological responses*, Addict Behav, n° 30, p. 9-17.
- TOBACCO CESSATION LEADERSHIP NETWORK (2008). *Bringing Everyone Along. A resource guide for health professionals.*, [En ligne]. [http://www.tcln.org/pdfs/BEA_Resource_Guide-web.pdf] (Consulté le 1^{er} mars 2010).
- TONNESEN, P., et autres (1999). *Higher dosages nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: Results from the European CEASE trial*, European Anti-Smoking Evaluation, European Respiratory Society, European Respiratory Journal, n° 13, p. 238.
- TSOI, D.-T. et A.-C.WEBSTER (2008). *Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia*. (Protocol), Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.
- TREMBLAY, M., D. COURNOYER et J. O'LOUGHLIN (2009). *Do the determinants of smoking cessation counselling differ across health professional groups?*, Nicotine and Tobacco Research, 11 (11): 1330-1338.
- TREMBLAY, M. et M. BEN AMAR (2007). *Les interventions efficaces pour aider les fumeurs à renoncer au tabac*. Drogues, Santé et Société, vol. 4, n° 1, p. 241-281.
- TREMBLAY, M., Y. PAYETTE et A. MONTREUIL (2009). *Use and reimbursement costs of smoking cessation medication under the Quebec public drug insurance plan*, Revue canadienne de santé publique, vol. 100, n° 6, p. 417-420.
- WILHELM, K., et autres (2006). *Smoking cessation and depression: current knowledge and future directions*, Drug and Alcohol Review, n° 25, p. 97-107.

WILLIAMS, J.-M. et D. ZIEDONIS (2004). *Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction*, Addictive Behaviors, n° 29, p. 1067-1083.

ZIEDONIS, D., et autres (2008). *Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report*, Nicotine Tob Res, vol. 10, n° 12, p. 1691-1715.

ZEVIN, S., P. JACOB 3rd et N.-L. BENOWITZ (1998). *Dose-related cardiovascular and endocrine effects of transdermal nicotine*, Clinical Pharmacology & Therapeutics, n° 64, p. 87-95.

ZULLINO, D.-F., et autres (2002). *Tobacco and cannabis smoking cessation can lead to intoxication with clozapine or olanzapine*, Int Clin Psychopharmacol, vol. 17, n° 3, p. 141-143.