

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal



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



Québec 

Une réalisation du secteur Services préventifs en milieu clinique

Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 1M3

Téléphone : 514 528-2400

www.santepub-mtl.qc.ca

Auteurs

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

Révision

Luigia Ferrazza

Graphisme

Paul Cloutier

La version PDF est disponible sur le site Internet
de la Direction de santé publique
<http://www.santepub-mtl.qc.ca/tabagie/professionnel/index.html>

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-896-5 (version imprimée)

ISBN 978-2-89494-897-2 (version PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Prix : 5 \$

Mot du directeur

Le tabagisme représente la principale cause modifiable de morbidité et de décès prématurés en Amérique. Environ 70 % des fumeurs désirent cesser de fumer et plusieurs d'entre eux se présentent chaque année à différents points de service du système de santé pour des problèmes variés. Chacune de ces visites représente une opportunité pour les professionnels de la santé d'offrir de l'aide en cessation tabagique.

Les professionnels de la santé devraient identifier le statut tabagique de tous leurs patients âgés de neuf ans et plus et offrir aux fumeurs de l'aide afin de les motiver à cesser de fumer.

Cette réalité et le fait que les connaissances et les pratiques concernant le tabagisme ont évolué depuis la publication en 2003 du document *Des professionnels actifs pour contrer le tabagisme* ont nécessité une révision en profondeur de ce dernier.

Des professionnels actifs pour traiter le tabagisme et sa dépendance vous aidera à intégrer à votre pratique quotidienne des interventions de counselling efficaces.

Le directeur de santé publique,



Richard Lessard, M.D.

Le tabagisme au Québec

- ▶ Prévalence de 19 %⁽²⁾ du tabagisme (février à décembre 2008) chez les personnes de 15 ans et plus :
 - ◆ environ 1,2 million de fumeurs au Québec;
 - ◆ le Québec au 4^e rang parmi les provinces canadiennes pour la prévalence du tabagisme.
- ▶ Prévalence de 17 %⁽²⁾ (février à décembre 2008) chez les jeunes de 15 à 19 ans.
- ▶ Prévalence de 31 %⁽²⁾ (février à décembre 2008) chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans.
- ▶ Prévalence de 14,9 %⁽³⁾ (2006) chez les jeunes du secondaire au Québec :
 - ◆ 8,4 % des jeunes sont des fumeurs actuels (ont fumé > 100 cigarettes dans leur vie et ont fumé au cours des 30 derniers jours) – 5,7 % fument quotidiennement et 2,7 % occasionnellement;
 - ◆ 6,5 % des jeunes sont des fumeurs débutants (ont fumé < 100 cigarettes dans leur vie et ont fumé au cours des 30 derniers jours);
 - ◆ en moyenne, les jeunes consomment leur 1^{re} cigarette à 13 ans;
 - ◆ 21,6 % des jeunes ont fumé un cigare ou un cigarillo au cours des 30 jours précédents contre 14,9 % la cigarette.
- ▶ Coûts directs et indirects par année dus au tabagisme en 2002 : 3,9 milliards⁽⁴⁾.



Tabac et santé

- ▶ Un fumeur régulier sur deux meurt d'une maladie liée à son tabagisme :
 - ◆ un fumeur sur deux qui en meurt provient du groupe d'âge de 35 à 69 ans⁽⁵⁾.
- ▶ Un fumeur perd en moyenne dix ans d'espérance de vie par rapport à un non-fumeur⁽⁵⁾.
- ▶ Environ 37 000 Canadiens décèdent chaque année de maladies causées par le tabac⁽⁶⁾ dont 10 414 Québécois en 2002⁽⁷⁾.
- ▶ On attribue à la consommation de tabac^(8,9) :
 - ◆ 85 % des cancers du poumon;
 - ◆ 85 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques;
 - ◆ 30 % de tous les cancers;
 - ◆ 25 à 30 % des maladies cardiovasculaires;
 - ◆ et une liste de plusieurs autres maladies qui s'allongent continuellement.

Fumée secondaire du tabac et santé

- ▶ La fumée qui émane d'une cigarette allumée contient 4 000 composés chimiques incluant 50 agents cancérigènes⁽¹⁰⁾.
- ▶ On associe à l'exposition à la fumée secondaire du tabac (FST) un risque augmenté de⁽¹⁰⁾ :
 - ◆ décès par cardiopathie ischémique;
 - ◆ cancer du poumon;
 - ◆ infections des voies respiratoires inférieures (bronchites, pneumonies) et otites moyennes à répétition chez les enfants de deux ans et moins;
 - ◆ développement de l'asthme et exacerbations plus fréquentes chez les enfants de moins de six ans;
 - ◆ syndrome de la mort subite du nourrisson.
- ▶ 12 % des enfants québécois de moins de 12 ans étaient exposés à la FST à la maison (février à décembre 2008), soit le double de la moyenne canadienne pour la même période⁽²⁾.

La fumée secondaire du tabac s'infiltré partout. La seule façon de ne pas exposer les autres est de fumer à l'extérieur.

Bénéfices de l'abandon du tabac

La cessation tabagique occasionne des bénéfices immédiats pour la santé chez les hommes et les femmes de tout âge⁽⁵⁾.

Bénéfices de l'abandon du tabagisme ⁽⁵⁾	
Âge à l'abandon du tabac (années)	Augmentation de l'espérance de vie (années)
60	+ 3
50	+ 6
40	+ 9
30	+ 10

À tout âge, le taux de mortalité des ex-fumeurs est inférieur à celui des fumeurs du même âge. En général, les risques des maladies associées au tabagisme diminuent dès la cessation et continuent de diminuer à mesure que se prolonge l'abstinence :

- ▶ risque relatif de cancer du poumon^(8,9) :
 - ◆ chez les personnes n'ayant jamais fumé : RR = 1;
 - ◆ chez les fumeurs : RR = 16;
 - ◆ chez les ex-fumeurs depuis 15 ans : RR = 2 - 3
- ▶ risque relatif d'infarctus du myocarde^(8,9,11) :
 - ◆ chez les personnes n'ayant jamais fumé : RR = 1;
 - ◆ chez les fumeurs : RR = 3 - 4;
 - ◆ chez les ex-fumeurs depuis 5 à 10 ans : RR = 1,2
- ▶ risque relatif d'accident vasculaire cérébral⁽¹¹⁾ :
 - ◆ chez les personnes n'ayant jamais fumé : RR = 1;
 - ◆ chez les fumeurs : RR = 3 - 4;
 - ◆ chez les ex-fumeurs depuis 5 à 10 ans : RR = 1,4
- ▶ risque relatif d'avoir un bébé de faible poids à la naissance (< 2 500 g)⁽¹²⁾ :
 - ◆ chez les femmes enceintes qui ne fument pas : RR = 1;
 - ◆ chez les femmes enceintes qui fument : RR = 2;
 - ◆ chez les femmes enceintes qui cessent de fumer avant 16 semaines de grossesse : RR = 1.

Dépendance au tabac^(1, 13-17)

Le tabagisme est maintenant considéré comme une maladie chronique caractérisée par une perte de contrôle de l'utilisation d'une substance psychoactive, la nicotine. Celle-ci atteint les neurones cérébraux dix secondes à peine après l'inhalation d'une bouffée de fumée de cigarette, soit de deux à trois fois plus rapidement que lors de l'administration d'une drogue par voie intraveineuse. Elle se lie aux récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine (AChN) de type $\alpha 4\beta 2$ dans le système dopaminergique mésolimbique et active les récepteurs nicotiniques $\alpha 4\beta 2$ (structures pentamères composées de 2 sous-unités $\alpha 4$ et de 3 sous-unités $\beta 2$) dans l'aire ventrotégmentale (AVT), provoquant ainsi une libération immédiate de dopamine dans le noyau accumbens (NA). On croit que la libération de dopamine est un maillon clé du mécanisme de récompense associé au tabagisme^(1,13).

Le renforcement positif associé à l'inhalation de la fumée de cigarette représente le mode d'administration idéal pour créer une dépendance. Le fumeur d'un paquet de cigarettes par jour répète ainsi le geste « main-bouche » associé à cette stimulation cérébrale quelque 90 000 fois par année. Avec une demi-vie d'environ deux heures, le niveau sanguin de nicotine chute rapidement, produisant une sensation désagréable (symptômes de sevrage). Ce renforcement négatif incite à fumer de nouveau.

La dépendance à la drogue (nicotine 305.10) est définie selon le DSM-IV par la présence de 3 ou plus de 7 critères suivants⁽¹⁵⁾ :

Dépendance à la drogue selon le DSM-IV

- Tolérance (disparition des symptômes : nausée, étourdissement, etc.)
- Perte de contrôle de la quantité ou de la durée d'usage
- Désir persistant, essais infructueux de réduire ou de contrôler l'usage
- Temps considérable consacré aux activités liées à l'usage
- Refoulement social associé au tabagisme
- Utilisation continue malgré les symptômes physiques ou psychologiques
- Symptômes de sevrage durant les périodes d'abstinence

Les études portant sur les aides pharmacologiques à l'abandon du tabac utilisent plutôt l'un des tests de dépendance à la nicotine de Fagerström dont voici la version la plus récente⁽¹⁶⁾. Le moment de la première cigarette après l'éveil et le nombre de cigarettes fumées par jour en moyenne sont les deux questions qui accordent les pointages les plus élevés, et

cumulent six points sur dix de l'échelle de Fagerström. Ces deux questions sont les plus pertinentes du point de vue clinique. D'ailleurs, le temps de la première cigarette après l'éveil est fréquemment utilisé comme un indice de dépendance dans différentes enquêtes épidémiologiques.

Test de Fagerström	
1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?	
Dans les 5 minutes	<input type="checkbox"/> 3
6-30 minutes	<input type="checkbox"/> 2
31-60 minutes	<input type="checkbox"/> 1
Plus de 60 minutes	<input type="checkbox"/> 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (p. ex. cinémas, bibliothèques)	
Oui	<input type="checkbox"/> 1
Non	<input type="checkbox"/> 0
3. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?	
À la première de la journée	<input type="checkbox"/> 1
À une autre	<input type="checkbox"/> 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	
10 ou moins	<input type="checkbox"/> 0
11-20	<input type="checkbox"/> 1
21-30	<input type="checkbox"/> 2
31 ou plus	<input type="checkbox"/> 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	
Oui	<input type="checkbox"/> 1
Non	<input type="checkbox"/> 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	
Oui	<input type="checkbox"/> 1
Non	<input type="checkbox"/> 0
Interprétation : 0-2 non dépendant; 3-6 dépendant; 7-10 très dépendant	
FAGERSTRÖM traduction par les traducteurs officiels de l'OMS; JF ETTER + Conférence Consensus 1998	

Symptômes de sevrage de la nicotine⁽¹⁷⁾

Différentes échelles des symptômes de sevrage sont utilisées pour le suivi des patients dans ces différentes études. Ces symptômes responsables des rechutes s'estompent progressivement. Le tableau suivant présente l'incidence et la durée des différents symptômes de sevrage.

Symptômes de sevrage de la nicotine		
Symptômes	Incidence (%)	Durée
Irritabilité / agressivité	50	< 4 semaines
Dépression	60	< 4 semaines
Agitation	60	< 4 semaines
Difficulté de concentration	60	< 2 semaines
Augmentation de l'appétit	70	< 10 semaines
Sensations ébrieuses / étourdissements	10	< 48 heures
Troubles du sommeil	25	< 1 semaine
Fortes envies de fumer	70	< 2 semaines



Counselling bref pour l'abandon du tabac (1,18-20)

La première étape du counselling est l'identification du statut tabagique de tout patient âgé de neuf ans et plus et son inscription au dossier. Il caractérise l'usage ou non du tabac, plus précisément :

- ▶ non fumeur (personne qui n'a jamais fumé);
- ▶ ex fumeur (important à demander depuis combien de temps);
- ▶ fumeur quotidien (important à demander le nombre de cigarettes par jour);
- ▶ fumeur occasionnel (important à demander le nombre de cigarettes par semaine ou par mois).

Cette information sert à préciser le type de soutien dont le patient aura besoin (voir l'algorithme à la page 11).

Dans le cas de fumeurs ou ex fumeurs il faut déterminer l'étape de changement.



Déterminer l'étape de changement du fumeur et l'objectif de l'intervention en conséquence		
Le patient veut-il cesser de fumer?	Stade de changement	Objectif de l'intervention
■ Non, pas d'ici six mois	Préréflexion	Réaliser un entretien motivationnel afin :
■ Oui, d'ici six mois	Réflexion	<ul style="list-style-type: none"> - d'encourager le fumeur à réfléchir à l'importance de cesser de fumer prochainement pour augmenter sa conviction; - d'aider le fumeur à résoudre son ambivalence en l'encourageant à explorer les avantages et les inconvénients de fumer et de cesser de fumer, utiliser la balance décisionnelle (voir page 9); - d'aider le fumeur à réfléchir à ses inquiétudes face à l'abandon pour augmenter sa confiance.
■ Oui, au cours du prochain mois	Préparation	Aider le patient à se préparer à cesser de fumer. L'encourager à utiliser le journal du fumeur (voir page 12).
■ A cessé depuis moins de six mois	Action	Encourager le patient à demeurer non-fumeur. Aider à prévenir la rechute.
■ A cessé depuis six mois et plus	Maintien	Encourager le patient à demeurer non-fumeur.
■ A recommencé depuis peu	Rechute	Déculpabiliser le fumeur et tenter de le motiver à réessayer de cesser de fumer prochainement.

Utiliser l'entretien motivationnel pour favoriser le changement

La plupart des fumeurs rencontrés par les professionnels de la santé se retrouve au stade de pré réflexion ou de réflexion par rapport à l'abandon du tabagisme. De plus, même les personnes qui sont plus avancées dans le processus d'arrêt tabagique sont susceptibles à un certain moment de devenir hésitantes, et remettre en question leur décision. C'est ce que l'on appelle l'ambivalence, qui est normale et fait partie du changement.

Devant une telle situation, l'utilisation de l'entretien motivationnel s'avère particulièrement utile. Cette approche d'intervention, développée par Miller et Rolnick au début des années 80 auprès des clientèles toxicomanes, se définit comme une méthode directive, centrée sur le client, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence⁽²⁰⁾.

La balance décisionnelle

Une stratégie qui permet de résoudre l'ambivalence est d'explorer la balance décisionnelle avec votre patient, c'est-à-dire aborder les avantages et les inconvénients reliés à la consommation du tabac, et, par le fait même, ceux de la cessation. Cet exercice se traduit par la reconnaissance des inconvénients du statu quo et la reconnaissance des avantages du changement.

Évaluation de l'importance et de la confiance

L'importance accordée à l'arrêt tabagique et la confiance de la personne en sa capacité d'arrêter de fumer sont des éléments clés dans sa démarche de changement. Afin de renforcer le discours-changement émis par le patient et son sentiment lié à son efficacité personnelle, on peut avoir recours aux échelles d'importance et de confiance.

L'échelle d'importance

On peut questionner l'importance du changement à l'aide des questions ouvertes, ou encore l'évaluer quantitativement. « Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie "pas important du tout" et 10 "extrêmement important", à combien évalueriez-vous l'importance dans votre vie d'arrêter de fumer ? »

Pour avoir plus d'information, demander : « Qu'est-ce qui fait que vous vous situez à *ce niveau* (ex. 5) et non à "un ou deux chiffres" plus bas (ex. 3) ? » Ceci permettra à la personne de nommer les avantages pour elle d'arrêter de fumer et ses motivations à considérer le changement de façon positive (c'est-à-dire du discours-changement). Ainsi, on peut apprendre non seulement à quel point arrêter de fumer est important pour la personne mais aussi *pourquoi* est-ce important pour elle.

Il faut se rappeler d'éviter de demander uniquement « pourquoi » le patient se retrouve à ce chiffre, car il risque d'argumenter contre le changement.

L'échelle de confiance

Les mêmes questions peuvent être posées à propos de la confiance dans ses capacités à changer (sentiment d'efficacité personnelle).

« Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie "pas du tout confiant" et 10 "extrêmement confiant", quelle confiance vous accorderiez-vous pour arrêter de fumer ? »

« Qu'est-ce qui fait que vous vous situez à *ce niveau* (ex. 5) et non à "un ou deux chiffres" plus bas (ex. 3) ? »

Cette question encourage la personne à verbaliser sur ce qui l'aidera à arrêter de fumer et ainsi prendre conscience de ses forces et de ses ressources.

Les personnes qui fument peuvent avoir besoin de différents modes d'aide en fonction de leur évaluation sur ces deux échelles. Le fait de poser ces questions va permettre à la personne de considérer l'abandon du tabac sous un autre jour : les bénéfices concrets pour elle et les atouts dont elle dispose.

Finalement, lorsque la personne est prête pour passer à l'action, il peut aussi être utile d'identifier les obstacles au changement, à l'aide des questions du type : « Qu'est-ce qui vous aiderait à vous situer à un niveau plus élevé ? » ou bien « Comment puis-je vous aider à vous situer plus haut sur cette échelle ? »

Ce que vous aimez ? Vos inquiétudes ?

- ▶ Contrôle du stress
- ▶ Support émotif
- ▶ Stimulation
- ▶ Social
- ▶ Contrôle du poids, etc.

Fumer ? Cesser ?



N'aimez pas ? Bienfaits ?

- ▶ Santé
- ▶ Coût
- ▶ Santé des autres
- ▶ Donner un bon exemple
- ▶ Restriction au travail, etc.

Éléments clés pour un counselling tabagique réussi⁽²⁰⁾

- ▶ Débuter l'intervention de *counselling* avec des questions ouvertes, car cela :
 - ◆ établit un climat de confiance avec le patient;
 - ◆ permet d'explorer ses sentiments concernant son tabagisme;
 - ◆ permet d'identifier ses raisons pour cesser de fumer;
 - ◆ permet d'identifier ses stratégies pour y parvenir.
- ▶ Adapter l'intervention à l'étape de changement du patient permettra une progression plus rapide vers le statut de non-fumeur.
- ▶ Exprimer de l'empathie et du respect envers le patient fumeur, car cesser de fumer est extrêmement difficile :
 - ◆ la plupart des fumeurs ont commencé à l'adolescence;
 - ◆ fumer fait partie de leur identité personnelle;
 - ◆ fumer est une habitude physique profondément ancrée;
 - ◆ fumer offre un appui émotif : la cigarette est une amie toujours présente;
 - ◆ fumer est relié à un ensemble de comportements sociaux;
 - ◆ la nicotine engendre une dépendance physique aussi forte que celle causée par l'alcool, la cocaïne ou l'héroïne.
- ▶ Éviter l'argumentation et la confrontation qui :
 - ◆ provoquent généralement de la résistance;
 - ◆ nuisent à la progression du patient vers le statut de non-fumeur.
- ▶ Utiliser certaines techniques de communication qui diminuent la résistance du patient, favorisent une discussion constructive et, finalement, motivent le patient à cesser de fumer :
 - ◆ écouter activement;
 - ◆ refléter /reformuler;
 - ◆ résumer;
 - ◆ recadrer;
 - ◆ mettre l'emphase sur le libre choix;
 - ◆ valoriser : faire ressortir et valoriser les efforts et les ressources du patient.

Rémunération des médecins pour le soutien à l'abandon du tabagisme

Depuis le 1^{er} janvier 2007, un code d'acte permet aux médecins omnipraticiens en cabinet d'être rémunérés pour le soutien médical à l'abandon du tabagisme.

- ▶ Code d'acte 15161.
- ▶ Rémunération une fois par année par patient.
- ▶ Patients visés : fumeurs ou ceux ayant cessé de fumer depuis moins de six mois.
- ▶ Soutien à l'abandon du tabagisme peut être facturé en plus d'un autre examen (sauf thérapie de soutien).
- ▶ Le formulaire *Soutien médical à l'abandon du tabagisme* produit par la FMOQ et le MSSS peut être utilisé comme note au dossier (disponible sur le site Web de la FMOQ)⁽²³⁾.
- ▶ Si le formulaire *Soutien médical à l'abandon du tabagisme* n'est pas utilisé, la note au dossier doit mentionner le statut tabagique, l'étape de changement (la motivation à cesser de fumer) et la conduite proposée.

Soutien médical à l'abandon du tabagisme
chez tout fumeur ou ex-fumeur < 6 mois

1. DEMANDEZ

1.1 HISTOIRE TABAGIQUE

Nombre d'années de tabagisme ?
 Nombre de cigarettes par jour, en moyenne ?
 Première cigarette fumée : _____ minutes après le réveil ?
 Tentative d'arrêt la plus longue ? _____ ou a cessé depuis _____
 - Principale motivation ? _____
 - Méthode utilisée ? _____
 - Cause de la rechute, s'il y a lieu ? _____

Utilisez ces informations pour guider une prochaine tentative d'arrêt.

1.2 STADE DE CHANGEMENT
Avez-vous l'intention d'arrêter de fumer ?

non (pré-réflexion)
 oui, dans :
 ≥ 1 mois (réflexion)
 < 1 mois (préparation)
 a cessé < 6 mois (action ou maintien)

Stades de pré-réflexion ou de réflexion ≥ 1 mois = le patient n'est PAS PRÊT !
 Stade de préparation < 1 mois = le patient est PRÊT !
 Stades d'action ou de maintien Le patient a CESSÉ DE FUMER

1.3 MOTIVATIONS Concernant l'arrêt du tabac, quels sont pour vous :

Les pour de fumer et de cesser ?
 Les contre de fumer et de cesser ?

Les arguments décisifs ?
 Les obstacles anticipés (incluant les symptômes de sevrage) ?

Les bienfaits ressentis ?
 Les inconvénients vécus ?

2. DISCUTEZ

De l'importance d'arrêter le plus tôt possible, en personnalisant le message
 Des dangers de la fumée secondaire
 D'accord pour en rediscuter ?

Félicitez pour la décision
 Des stratégies gagnantes : _____
 D'accord pour fixer une date d'arrêt ?

Félicitez pour les résultats
 De l'abstinence complète visée
 Des stratégies pour les inconvénients vécus : _____
 Si rechute : d'accord pour faire un nouvel essai, avec de nouvelles stratégies ?

3. DONNEZ

Si le patient est d'accord :

Du matériel éducatif
 Du soutien et un R.-V. de relance
 Une référence à une ressource (verso)

Du matériel éducatif
 Des aides pharmacologiques : _____
 Un R.-V. ou appel de relance dans le mois après la date d'arrêt
 Une référence à une ressource (verso)

Au besoin :
 Du matériel éducatif
 Des aides pharmacologiques : _____
 Un R.-V. de relance
 Une référence à une ressource (verso)

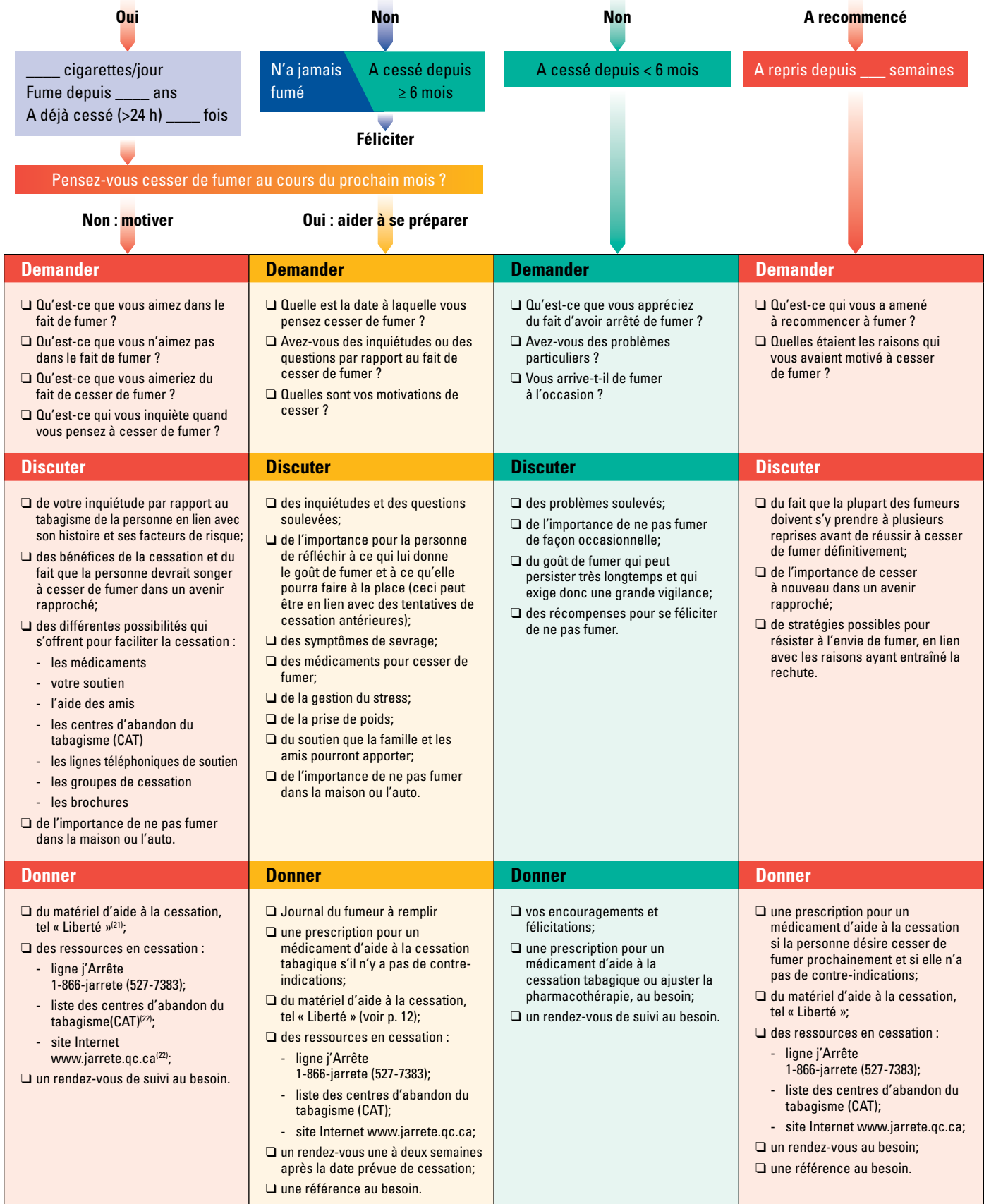
Signature : _____ Date : _____

ARRÊTE RÉFÉRENCIATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

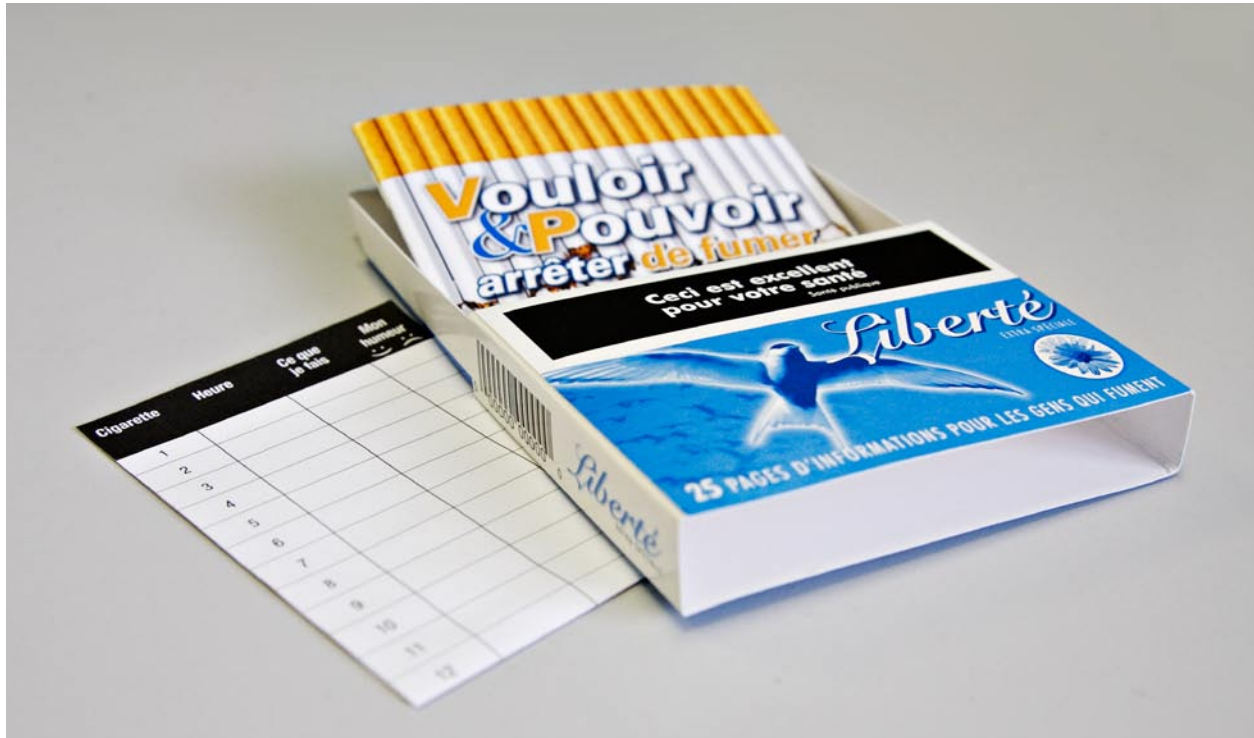
ARRÊTE

Santé et Services sociaux Québec

Counselling tabagique bref ^(1, 18-20) ? Est-ce que vous fumez ?



Matériel d'aide à la cessation



Journal du fumeur					
# de cigarette	Heure	Besoin (1-5)	Ce que je fais	Raison pour fumer	Mon humeur
					☺ ☹ ☠
1	7 h 45	++++	Après mon café	Pour me réveiller	☑
2	8 h 15	+++	En conduisant	Pour endurer le trafic	☑
3	10 h 00	++	Pause café	Plaisant	☑
4	Midi				
5					
... 25					



Pharmacothérapie pour la cessation tabagique^(1,24-30)

- ▶ L'efficacité des médicaments utilisés pour la cessation tabagique, soit la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), le bupropion et la varénicline, a été bien démontrée.
- ▶ Les fumeurs qui utilisent diverses aides pharmacologiques pour cesser de fumer peuvent plus que tripler leurs chances de succès.
- ▶ Les médicaments d'aide à la cessation tabagique devraient être utilisés chez tous les fumeurs qui désirent cesser de fumer et qui n'ont pas de contre-indications.
- ▶ Les principaux facteurs qui devraient guider le choix d'une médication sont : les contre-indications à certains médicaments, les préférences des patients, l'expérience passée des patients avec certaines médications et les caractéristiques personnelles des patients.
- ▶ Les posologies proposées dans ce document proviennent de la mise à jour 2008 des lignes directrices américaines sauf lorsqu'il est mentionné différemment dans le texte⁽¹⁾.

Remboursement des aides pharmacologiques à la cessation tabagique

- ▶ Sur présentation d'une ordonnance (individuelle ou collective) d'un médecin, les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique sont remboursées par le Régime public d'assurance médicaments du Québec et les assurances privées.
- ▶ Les formes actuellement remboursées sont les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN), le bupropion (Zyban) et la varénicline (Champix).
- ▶ Parmi les TRN, seuls les timbres et les gommes sont actuellement couverts (*Nicoderm, Habitrol, Nicorette, Thrive*). Les formes génériques ne sont pas remboursées.
- ▶ Chaque classe de médicaments (TRN, bupropion, varénicline) est couverte durant une période de douze semaines consécutives une fois par année.
- ▶ L'utilisation simultanée de timbres et de gommes de nicotine est admissible pour remboursement si les deux médicaments sont prescrits dès le début du traitement, et si le patient se procure les deux médicaments dès le début du traitement.

Ordonnance collective pour les thérapies de remplacement de la nicotine

- ▶ Depuis septembre 2006, les fumeurs montréalais peuvent avoir accès à une ordonnance collective pour les TRN signée par le directeur de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Depuis octobre 2009, pour se prévaloir de cette ordonnance, le fumeur peut se présenter directement dans une pharmacie communautaire. Il pourra alors être référé dans un centre d'abandon du tabagisme de la région de Montréal ou à la ligne j'Arrête afin d'y recevoir du soutien psychocomportemental et ainsi augmenter ses chances de réussite.



La thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)

- ▶ Contre-indiquée dans les cas suivants :
 - ◆ allergie aux diachylons (pour les timbres);
 - ◆ maladie cutanée généralisée (pour les timbres);
 - ◆ maladie bucco-dentaire sévère (pour les gommes).
- ▶ Contre-indications qui apparaissent dans les monographies, mais qui sont remises en question par de nombreux experts⁽²⁵⁻²⁷⁾ :
 - ◆ infarctus du myocarde depuis 2 semaines ou moins;
 - ◆ angine instable ou sévère;
 - ◆ arythmie sévère;
 - ◆ accident vasculaire cérébral récent;
 - ◆ grossesse ou allaitement;
 - ◆ moins de 18 ans.
- ▶ Pour ces contre-indications, il faut prendre en considération les faits suivants :
 - ◆ Il a été clairement démontré qu'il n'y a pas d'augmentation du risque cardiovasculaire associé à la prise de gommes ou de timbres de nicotine.
 - ◆ La nicotine est néfaste pour le fœtus et le nouveau-né qu'elle provienne du timbre, de la gomme ou de la cigarette. Un soutien intense doit être offert aux femmes enceintes ou qui allaitent afin de les aider à cesser de fumer sans médicament. Pour celles qui sont incapables de cesser de fumer le timbre ou la gomme peuvent être suggérés, car ils ne contiennent pas tous les éléments toxiques de la cigarette et ils favorisent la cessation.
Il est cependant très important de s'assurer que les femmes ne prennent pas plus de nicotine que lorsqu'elles fumaient. Pour ce faire :
 - insister sur l'importance de ne pas fumer;
 - individualiser le traitement en se rappelant que, pendant la grossesse, la consommation de tabac devrait être cessée le plus tôt possible, idéalement pendant le premier trimestre;
 - recommander de préférence la gomme de nicotine, et si le timbre est utilisé, le retirer la nuit.
 - ◆ Les médicaments pour cesser de fumer ne sont pas recommandés chez les personnes de moins de 18 ans, parce que l'efficacité de ces thérapies n'a pas été démontrée chez les jeunes.
Cependant, le timbre ou la gomme peuvent être conseillés aux adolescents qui désirent cesser de fumer, mais qui sont incapables de le faire à cause de leur dépendance à la nicotine.

Recommandations

En mai 2008, la mise à jour du guide de pratique sur le traitement du tabagisme du *U.S. Department of Health and Human Services* stipulait que les aides pharmacologiques ne devraient pas être recommandées chez certains groupes de fumeurs à cause du manque de données probantes d'efficacité : femmes enceintes, utilisateurs de tabac sans fumée, fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour et adolescents⁽¹⁾.

Par contre, en 2005 au Royaume-Uni, les ententes d'homologation pour les TRN ont été modifiées pour permettre un meilleur accès à ces thérapies, et ces contre-indications ont été supprimées⁽²⁵⁾. Ainsi, les TRN peuvent être utilisées chez les fumeurs :

- ▶ souffrant de maladies cardiovasculaires;
- ▶ de 12 à 17 ans;
- ▶ les femmes enceintes;
- ▶ plus d'une thérapie simultanément;
- ▶ jusqu'à 9 mois si nécessaire;
- ▶ en fumant encore, mais pour diminuer la consommation en préparation à un arrêt complet.

Au Canada en 2008, un groupe de travail de l'Association médicale ontarienne recommandait de libéraliser l'utilisation des aides à la cessation tabagique. Le groupe de travail affirmait que la TRN est sécuritaire et qu'elle peut être utilisée par les malades souffrant de maladies cardiovasculaires, les femmes enceintes et les adolescents. Il recommandait que la TRN soit utilisée pour réduire la consommation de cigarettes en espérant l'abandon du tabagisme et de poursuivre le traitement aussi longtemps que nécessaire pour maintenir l'abstinence du tabac⁽²⁶⁾.

Les timbres transdermiques (*Habitrol, Nicoderm, marques génériques*)

- ▶ Le mode d'utilisation suggéré pour les fumeurs de 10 cigarettes/jour ou plus :

Marque de commerce	Traitement	Durée de traitement
Habitrol ou Nicoderm	21 mg/24 h	4 à 6 semaines
	14 mg/24 h	2 à 4 semaines
	7 mg/24 h	2 à 4 semaines

- ▶ Les fabricants de timbre recommandent un traitement de 8 à 12 semaines. Selon les essais cliniques, un traitement d'une durée de 8 semaines serait aussi efficace qu'un traitement de 12 semaines. Par contre, pour les patients qui préfèrent poursuivre leur traitement il n'y a pas de danger à prolonger l'utilisation du timbre au-delà de 12 semaines.

- ▶ Chez les fumeurs de moins de 10 cigarettes/jour désirant utiliser le timbre, il est préférable de commencer la thérapie avec un timbre de dosage inférieur.
- ▶ Le timbre doit être appliqué chaque matin sur une zone sans poil entre le cou et la taille.
- ▶ Pour les patients qui ont de la difficulté à dormir, il peut être nécessaire d'enlever le timbre avant le coucher et d'en mettre un nouveau au réveil.
- ▶ L'effet secondaire le plus souvent rapporté avec les timbres est l'éruption cutanée au site d'application. Cette éruption disparaît généralement dans les 48 heures lorsque les gens changent de site d'application chaque jour. En cas de persistance, un traitement local avec une crème d'hydrocortisone suffit habituellement.

Les gommes (Nicorette, Thrive)

- ▶ L'extraction de la nicotine est variable et dépend du mode de mastication. Les gommes de 2 mg libèrent jusqu'à 50 % de leur contenu en nicotine, alors que les 4 mg libèrent jusqu'à 70 %.
- ▶ Chez les personnes fumant moins de 25 cigarettes par jour, il est conseillé d'utiliser les gommes de 2 mg, alors que les gommes de 4 mg conviennent aux personnes fumant 25 cigarettes par jour et plus.
- ▶ Afin de maintenir des nicotémies optimales, il est préférable de consommer la gomme selon un horaire fixe, par exemple une gomme à chaque heure pour un maximum de 24 gommes par jour.
- ▶ La durée de traitement est d'au moins un à trois mois, 15 à 20 % des patients l'utilisant encore après un an, ce qui est moins risqué que de fumer.
- ▶ Il est important de bien expliquer la technique d'utilisation. La gomme doit être mastiquée deux ou trois fois, puis placée entre la joue et la gencive pendant une minute afin de favoriser l'absorption de la nicotine au niveau de la muqueuse buccale. Ceci doit être répété pendant 30 minutes. Il faut éviter de boire ou de manger 15 minutes avant et pendant la prise de la gomme afin de ne pas nuire à l'absorption de la nicotine.
- ▶ Les effets indésirables souvent mentionnés sont les douleurs buccales, les hoquets, la dyspepsie et les douleurs mandibulaires. Ils disparaissent en général lorsque la personne adopte une bonne technique de mastication.

Réduction de consommation

Une revue qualitative d'études sur la réduction du tabagisme en prévision d'un arrêt définitif démontre que cette stratégie favorise l'abandon du tabagisme⁽²⁸⁾. Santé Canada a approuvé une nouvelle homologation pour la gomme *Nicorette*^{MD} permettant aux fumeurs de diminuer progressivement la quantité de cigarettes qu'ils consomment en utilisant des gommes avant de cesser complètement de fumer⁽²⁴⁾.

- ▶ Au cours des six premières semaines, le fumeur fixe ses objectifs quant au nombre de cigarettes par jour qu'il souhaite éliminer et il détermine la date à laquelle il veut y arriver. La gomme à la nicotine est utilisée au besoin pendant la réduction.
- ▶ Entre la sixième semaine et le quatrième mois, le fumeur réduit sa consommation quotidienne de cigarettes de 50 pour cent, et il continuera à réduire sa consommation jusqu'à ce qu'il se sente prêt à cesser complètement.
- ▶ Entre le quatrième et le sixième mois, le fumeur cesse complètement de fumer et utilise la gomme au besoin pour un maximum de trois mois.

Les pastilles (Thrive, Nicorette)

- ▶ L'extraction de la nicotine à partir des pastilles est quasi totale, une pastille de 1 mg équivalant ainsi à une gomme de 2 mg, et une pastille de 2 mg à une gomme de 4 mg.
- ▶ Les pastilles *Thrive* offertes au Canada en doses de 1 mg et 2 mg n'ont pas fait l'objet de recommandations dans les lignes directrices américaines. Les *Nicorette* sont offertes en 2 mg et 4 mg.
- ▶ Quand le fumeur consomme moins que 20 cigarettes par jour ou que la première cigarette est fumée plus de 30 minutes après le réveil, il est conseillé d'utiliser les pastilles *Thrive* 1 mg ou *Nicorette* 2 mg. Si le fumeur consomme 20 cigarettes et plus par jour ou que la première cigarette est fumée moins de 30 minutes après le réveil les pastilles *Thrive* 2 mg ou *Nicorette* 4 mg sont alors recommandées.
- ▶ La pastille est placée dans la bouche et sucée lentement jusqu'à ce qu'un goût soit ressenti; elle est ensuite gardée entre la joue et la gencive jusqu'à ce que le goût ait disparu. Il faut répéter cette procédure pour une durée d'environ 30 minutes. Il faut éviter de boire ou de manger 15 minutes avant et pendant la prise de la pastille afin de ne pas nuire à l'absorption de la nicotine.
- ▶ Les effets indésirables sont les mêmes que pour les gommes.

L'inhalateur (Nicorette)

- ▶ Bien qu'on le qualifie d'inhalateur, l'absorption de la nicotine se fait au niveau de la muqueuse buccale. Les cartouches de 10 mg libèrent 4 mg de nicotine dans la bouche, ce qui équivaut à une gomme de 4 mg.
- ▶ Il faut éviter de boire ou de manger 15 minutes avant et pendant l'utilisation de l'inhalateur afin de ne pas nuire à l'absorption de la nicotine.
- ▶ Inhaler une cartouche sur une période d'environ 20 minutes.
- ▶ 6 - 16 cartouches par jour sont recommandées durant 12 semaines ou plus si nécessaire, et diminution progressive par la suite.
- ▶ Les effets indésirables souvent mentionnés sont l'irritation de la bouche ou de la gorge, la toux, la rhinite.
- ▶ Contre-indications : hypersensibilité au menthol.
- ▶ Mise en garde de possibilité de bronchospasme en présence d'asthme ou de MPOC.

Le bupropion (Zyban)

Ce médicament favoriserait la cessation tabagique par l'intermédiaire de mécanismes noradrénergiques et dopaminergiques.

Contre-indications⁽²⁴⁾ :

- ▶ troubles convulsifs;
- ▶ prise de bupropion comme antidépresseur (Wellbutrin);
- ▶ utilisation depuis moins de 14 jours d'un antidépresseur de la classe des inhibiteurs de la monoamine-oxydase ou de l'antipsychotique thioridazine;
- ▶ sevrage éthylique brusque;
- ▶ retrait soudain de benzodiazépines ou autres sédatifs;
- ▶ diagnostic ou des antécédents de boulimie ou d'anorexie mentale;
- ▶ allergie au bupropion.

Mise en garde

Il existe un risque de convulsions qui est lié au dosage du bupropion. Le taux de convulsions est d'environ 0,1 % lorsque le médicament est utilisé à des doses ne dépassant pas 300 mg/jour.

Les conditions suivantes accroissent le risque de convulsions et requièrent une grande prudence :

- ▶ antécédents de traumatisme crânien ou de convulsions;
- ▶ tumeur du système nerveux central;
- ▶ atteinte hépatique grave : si le bupropion est administré, procéder avec une extrême prudence et à dose réduite ne dépassant pas 150 mg aux 2 jours;
- ▶ abus d'alcool, dépendance aux opiacés, à la cocaïne ou aux stimulants;
- ▶ prise concomitante de médicaments qui abaissent le seuil convulsif, tels les antipsychotiques, les antidépresseurs, le lithium, l'amantadine, la théophylline, les corticostéroïdes systémiques, les antibiotiques de type quinolone et les antipaludéens;
- ▶ prise de stimulants ou d'anorexigènes en vente libre;
- ▶ prise de millepertuis;
- ▶ diabète traité par des hypoglycémifiants oraux ou par l'insuline.

Précautions

En présence des facteurs suivants, il est recommandé d'être prudent :

- ▶ grossesse : inscrire les femmes enceintes prenant du bupropion à un registre permettant une surveillance de l'évolution des foetus exposés : 1-800-387-7374;
- ▶ allaitement : arrêter l'administration du bupropion;

- ▶ moins de 18 ans : le bupropion peut être conseillé aux jeunes qui désirent cesser de fumer, mais qui sont incapables de le faire à cause de leur dépendance à la nicotine;
- ▶ antécédents récents d'infarctus du myocarde ou de cardiopathie instable;
- ▶ prise concomitante de gommes ou de timbres de nicotine : surveiller la tension artérielle;
- ▶ prise concomitante de bêta-bloquants ou d'antiarythmiques de type 1C : envisager de diminuer la dose de ces médicaments;
- ▶ prise concomitante de lévodopa : utiliser une faible dose de bupropion au départ, puis augmenter graduellement;
- ▶ atteinte rénale : envisager une diminution de la fréquence des doses.

Interactions médicamenteuses

- ▶ les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) sont contre-indiqués;
- ▶ les médicaments métabolisés par le cytochrome P 450 :
 - ◆ les substrats CYP2B6 (stimulation par la carbamazépine, le phénobarbital et la phénytoïne augmentant le métabolisme du bupropion) et
 - ◆ CYP2D6 (inhibition du métabolisme des antidépresseurs de type ISRS, des antipsychotiques des bêta-bloquants et anti-arythmiques par le bupropion) : envisager la réduction de la dose de ces médicaments. Augmentation des effets neuro-psychiques avec l'utilisation de lévodopa et de l'amantadine.

Effets secondaires

Les plus fréquents sont l'insomnie et la sécheresse de la bouche. Afin de diminuer les risques d'insomnie, il est suggéré de prendre la deuxième dose de bupropion quelques heures avant le coucher, tout en maintenant toujours 8 heures d'intervalle entre les deux doses. Si l'insomnie persiste, la dose de bupropion peut être diminuée à 150 mg/jour.

Les effets secondaires entraînant le plus souvent l'abandon du traitement sont les tremblements et les éruptions cutanées.

Posologie

- ▶ bupropion 150 mg/jour pendant les trois premiers jours;
- ▶ bupropion 150 mg, deux fois/jour pendant 7 - 12 semaines avec un intervalle minimal de huit heures entre les doses;
- ▶ le patient devrait cesser de fumer pendant la deuxième semaine de traitement;
- ▶ il n'est pas nécessaire de diminuer progressivement le bupropion à l'arrêt du traitement;
- ▶ Santé Canada a approuvé l'utilisation du bupropion jusqu'à 52 semaines pour les fumeurs sujets à des modifications d'humeur ou qui continuent d'éprouver de fortes envies de fumer.

Combinaison de médicaments

Il est maintenant recommandé d'envisager d'emblée l'emploi concomitant de différents médicaments pour aider à cesser de fumer^(1,25-27) :

- ▶ timbres de 21 mg associés à l'utilisation de gommes de nicotine, de pastilles ou d'inhalateur de nicotine lors des fortes envies de fumer.
- ▶ bupropion et timbres : commencer le traitement avec le bupropion, ajouter le timbre de 21 mg à l'arrêt tabagique, réduire la dose du timbre à 14 mg à la huitième semaine et à 7 mg à la neuvième semaine. Avec cette combinaison de médicaments, il est important de suivre la tension artérielle, car on a noté une légère augmentation de cas d'hypertension lors d'une étude comparative avec un groupe placebo. Cette hypertension disparaissait à l'arrêt de la médication.

La varénicline (Champix)

La varénicline cible les récepteurs nicotiques de sous-type $\alpha 4\beta 2$ des nAChR dans l'aire tegmentale ventrale du cerveau. En tant qu'agoniste partiel, elle cause un relâchement de dopamine au niveau d'axones qui se projettent au niveau du nucleus accumbens, considéré comme le centre de la récompense pour plusieurs drogues, et soulagerait ainsi les symptômes du sevrage nicotinique et atténuerait l'envie de fumer. De plus, elle agit comme antagoniste partiel en empêchant la nicotine de se lier à ces mêmes récepteurs et de produire des effets biologiques^(29,30).

Contre-indications^(24,29,30)

- ▶ moins de 18 ans;
- ▶ grossesse et lactation;
- ▶ insuffisance rénale terminale;
- ▶ allergie.

Mise en garde

- ▶ avertissements en présence de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale;
- ▶ aucune expérience :
 - ◆ épilepsie;
 - ◆ colon irritable et autres problèmes gastro-intestinaux;
 - ◆ chimiothérapie;
 - ◆ maladies cardiaques, MPOC;
- ▶ effet négligeable sur le système du cytochrome P450 :
 - ◆ faible probabilité d'interactions médicamenteuses;
 - ◆ insuffisance rénale sévère : éviter inhibiteurs du TOC2 (triméthoprime, ranitidine, cimétidine, lévofloxacine);
- ▶ efficacité non étudiée avec les autres aides pharmacologiques : TRN et varénicline « pourraient augmenter » les effets adverses.

Effets secondaires

Se manifestent généralement durant les premières semaines du traitement : nausées, vomissements, troubles du sommeil, maux de tête, rêves étranges pénétrants et faible risque de cauchemars, constipation, flatulence. En cessant de fumer il y a également possibilité de⁽³⁰⁾ :

- ▶ risques de détérioration de maladies psychiatriques, particulièrement chez les patients qui en sont déjà atteints;
- ▶ des symptômes d'agitation, d'humeur dépressive ou d'idées suicidaires ont été signalés chez des personnes ayant cessé de fumer avec ou sans l'aide du Champix. On ne sait pas s'ils peuvent être causés par le Champix. Avertir les patients et leurs proches de mentionner ces symptômes s'ils se présentent;
- ▶ risques d'étourdissements et de somnolence, s'assurer de ne pas souffrir de ces symptômes avant de conduire des véhicules motorisés ou d'utiliser de la machinerie dangereuse;
- ▶ modification d'action d'autres médicaments (insuline, théophylline, warfarin).

Posologie

Titrée à la dose recommandée de 1 mg BID	
Jours 1 - 3	0,5 mg die
Jours 4 - 7	0,5 mg BID
Jours 8 - fin du traitement	1,0 mg BID
Durée du traitement	12 semaines

- ▶ Arrêt du tabac 8 à 14 jours après le début du traitement.
- ▶ 12 semaines supplémentaires à considérer chez ceux qui ont réussi.
- ▶ Atteinte rénale grave (*clearance* de la créatinine < 30 ml/min) : dose maximale de 0,5 mg BID.
- ▶ Surveillance de la fonction rénale chez les personnes âgées.



Ressources gratuites dans la communauté

Le *Plan québécois d'abandon du tabagisme* du ministère de la Santé et des Services sociaux vise à diminuer le nombre de fumeurs au Québec en mettant en place différentes stratégies favorisant la cessation.

Les ressources suivantes^(22,31) sont disponibles pour les fumeurs montréalais :

- ▶ 13 centres d'abandon du tabagisme (CAT) offrent de l'aide individuelle pour les fumeurs. 12 CAT sont situés dans des CSSS et l'autre au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). De plus, l'Hôpital de Montréal pour enfants offre du soutien aux adolescents qui désirent cesser de fumer.
- ▶ Une ligne téléphonique de référence et de soutien, la ligne j'Arrête : 1-866-jarrete (527-7383) répond gratuitement aux fumeurs du lundi au vendredi de 8 h à 21 h.



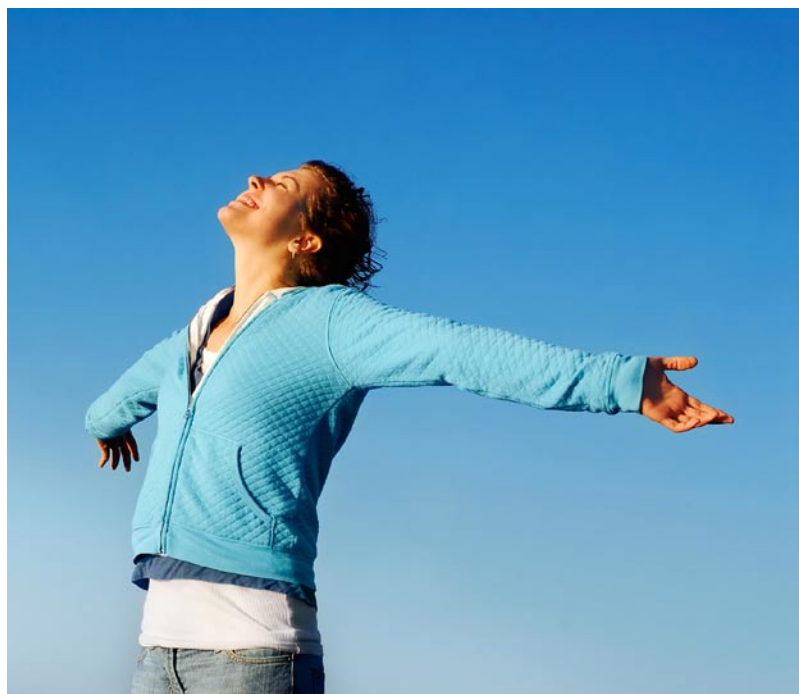
- ▶ Un site Internet gratuit de référence et de soutien www.jarrete.qc.ca.
- ▶ Une quinzaine de groupes de cessation tabagique sont offerts chaque année sur les différents territoires de Montréal ainsi qu'à l'Hôpital général juif.
- ▶ Un groupe de maintien de l'arrêt tabagique est offert à l'année.

La liste des ressources peut être consultée sur le site Internet de la Direction de santé publique :

<http://www.santepub-mtl.qc.ca/tabagie/index.html>
ou sur le site Internet « J'arrête » : <http://www.jarrete.qc.ca/fr/>.

Conclusion

À cause des multiples effets nocifs associés au tabagisme, il est important que les professionnels de la santé identifient le statut tabagique de tous leurs patients âgés de neuf ans et plus, et aident les fumeurs à cesser de fumer. On sait que l'intervention des cliniciens auprès des fumeurs les aide à abandonner leur consommation de tabac. Les professionnels de la santé doivent réaliser que de ne pas discuter de tabagisme avec eux risquent de leur laisser croire qu'ils ne sont pas personnellement exposés aux méfaits du tabac. La recommandation de fumer à l'extérieur pour protéger leurs proches de la fumée secondaire du tabac représente souvent un premier pas permettant d'amorcer une réflexion sur le tabagisme. L'implication des divers professionnels de la santé dans le traitement du tabagisme peut conduire à une diminution importante de sa prévalence dans la population et conséquemment à une amélioration considérable de l'état de santé et de bien-être des fumeurs.



Bibliographie

1. Fiore MC 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. Mai 2008. www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic (accès le plus récent au lien 29 juillet 2009).
2. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada. (ESUTC), février à décembre 2008 Santé Canada. Compilation de tendances par la Société Canadienne du Cancer Janvier 2009 http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2008-fra.php (accès le plus récent au lien 29 juillet 2009).
3. Dubé, Gaëtane et autres (2007). Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 3. Usage du tabac page 43. <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac06.htm> (accès le plus récent au lien 29 juillet 2009).
4. Rehm, J et al. Le coût de l'abus de substances au Canada 2002 : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006. ISBN 1-896323-92-8
5. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519-28.
6. Baliunas D, Patra J, Rehm J, Popova S, Kaiserman M, Taylor B. Mortalité et années potentielles de vie perdues en raison du tabagisme au Canada en 2002 : Conclusions tirées dans l'optique de la prévention et des politiques. *Maladies chroniques au Canada* 2007, vol. 27 (4) : 168-177.
7. Côté D. Le tabac a tué 37 000 Canadiens en 2002. *Info-Tabac* décembre 2007, n° 71.
8. Fiore MC. Cigarette smoking: a clinical guide to assessment and treatment. *The medical clinics of North America* mars 1992, vol. 76 (2).
9. Mitchell BE, Sobel HL et al. The adverse health effects of tobacco and tobacco-related products. *Primary care* sept. 1999, vol. 26 (3).
10. Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic air Contaminant. Part B: Health Effects Assessment for Environmental Tobacco Smoke as Approved by the Scientific Review Panel June 24, 2005. Secretary for Environmental Protection California Environmental Protection Agency Alan C. Lloyd, Ph.D. Director Office of Environmental Health Hazard Assessment Joan E. Denton, Ph.D. <http://www.arb.ca.gov/regact/ets2006/ets2006.htm> (accès le plus récent au lien 29 juillet 2009).
11. Lightwood JM, Glantz SA. Short term economic and health benefits of smoking cessation Myocardial infarction and stroke, *Circulation* 1997; 96: 1089-1096.
12. McArthur C, Knox EG. Smoking in pregnancy: effects of stopping at different stages, *British journal of obstetrics and gynecology*. Juin 1988; 95:551-55.
13. Foulds J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. *Int J Clin Pract* 2006;60:571-576.
14. Santé Canada. Le tabagisme et votre corps : Dépendance et tabagisme. Disponible sur le site : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/addiction-dependance-fra.php> Consulté le 11 novembre 2009.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington (DC): The Association; 1994.
16. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence : a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86(9):1119-27.
17. Jarvis MJ. ABC of smoking cessation: Why people smoke. *BMJ* 2004;328:277-279.
18. Conseil canadien sur le tabagisme et la santé. Guider vos patients vers un avenir sans tabac. 1992.
19. Prochaska JO, Di Clemente CC, et al. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, Septembre 1992; 47 (9).
20. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Pratique de l'entretien motivationnel - Communiquer avec le patient en consultation. Traduction d'Émeric Languénard, Dorothee Lecallier et Philippe Michaud, InterEdition-Dunod, Paris, 2009.
21. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Direction de la santé publique, 1999. Liberté. Bibliothèque nationale du Québec, ISBN : 2-89494-190-0.
22. Site Internet « J'arrête » <http://www.jarrete.qc.ca/fr/> (accès le plus récent au lien 29 juillet 2009).
23. Formulaire Soutien médical à l'abandon du tabagisme produit par la FMOQ <http://www.fmoq.org/Services/Membres/FormulairesDocuments/09TabSoutMed.pdf> (accès le plus récent au lien 29 juillet 2009).

24. CPS 2009. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Association des pharmaciens du Canada. ISBN 978-1-894402-42-2 (édition 2009).
25. Nicotine Replacement Therapy: Guidance for health professionals on changes in the licensing arrangements for nicotine replacement therapy, Ash, London, December 2005. Guidance first issued: 29 December 2005. http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_445.pdf (accès le plus récent au lien 29 juillet 2009).
26. Rethinking Stop-Smoking Medications: myths and facts, Ontario Medical Association, 2008. <http://www.oma.org/Health/tobacco/index.asp> (accès le plus récent au lien 29 juillet 2009).
27. Bader P, McDonald P, Selby P. An algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation: results from a Delphi panel of international experts Tobacco Control 2009;18:34–42. doi:10.1136/tc.2008.025635 <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/full/18/1/34#BIBL> (accès le plus récent au lien 29 juillet 2009).
28. Hughes JR. et Carpenter MJ. Does smoking reduction increase future cessation and decrease disease risk? A qualitative review. Nicotine & Tobacco Research 2006; 8(6):739–749.
29. Varenicline (Champix) for Tobacco Dependence. The Medical Letter • 2006;48(1241/1242) 66-68.
30. Product Monograph. CHAMPIX (varenicline tartrate tablets) 0.5 mg and 1.0 mg varenicline Smoking Cessation Aid. Pfizer Canada Inc. Date of Preparation: May 15, 2008 Submission Control No: 119938 CHAMPIX. Patient Info PART III: CONSUMER INFORMATION PrCHAMPIX® (varenicline tartrate tablets) <http://www.pfizer.ca/english/our%20products/prescription%20pharmaceuticals/default.asp?s=1> (accès le plus récent au lien 29 juillet 2009).
31. Liste des ressources disponibles sur le site Web de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/tabagie/index.html> (accès le plus récent au lien 29 juillet 2009).

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Des professionnels actifs pour traiter le tabagisme et sa dépendance	5 \$	

NUMÉRO D'ISBN (version imprimée)
978-2-89494-896-5

Nom _____

Adresse _____

No Rue App.

Ville Province Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

GARDER
notre monde
ENSANTÉ

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 