Abandon du tabagisme et réduction des effets nocifs liés au tabac

(y compris aux dispositifs électroniques)

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 26 (10), août 2018

INTRODUCTION

Les prestataires de soins primaires peuvent aider les patients à arrêter de fumer. Pour cela, il est important de connaître les données probantes concernant l'efficacité des diverses méthodes visant à atteindre cet objectif. Pour aborder les patients peu disposés à renoncer au tabagisme, il est utile que les prestataires de soins connaissent bien les techniques d'entretien motivationnel propres à les inciter à arrêter de fumer, et peut-être qu'ils maîtrisent une méthode de réduction des effets nocifs du tabac. L'éventail des options en matière d'abandon du tabagisme et de réduction des méfaits du tabac s'est élargi depuis l'apparition de la cigarette électronique. Les patients utilisent peut-être déjà ce type de dispositifs, mais il serait bon de disposer de plus de données pour que les cliniciens soient à l'aise de proposer cette option à leurs patients à des fins d'abandon du tabagisme ou de réduction des méfaits du tabac.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- de comprendre et d'appliquer les données probantes concernant les méthodes susceptibles d'aider les patients à fumer moins ou à arrêter de fumer, ce qui comprend les dispositifs électroniques;
- de conseiller efficacement les patients diversement motivés à arrêter de fumer;
- de mettre en place des soins en cabinet et des systèmes d'assistance à la prise en charge par les prestataires de soins primaires de la réduction des méfaits du tabac et de l'abandon du tabagisme.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 3
Commentaires des histoires de cas 10
Collaborateurs et déclarations 13
Références bibliographiques 14
Annexes 18

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Annie, âgée de 48 ans

Annie, une patiente que vous voyez rarement, se présente pour un examen médical périodique. Alors que vous mettez à jour son historique médical, elle vous informe que son père reçoit actuellement des soins palliatifs pour le cancer du poumon. C'était un fumeur de longue date et il a souffert d'emphysème pendant de nombreuses années. Elle fume depuis l'âge de 17 ans et a consommé au total entre un demi-paquet et un paquet de cigarettes par jour. Elle a essayé d'arrêter il y a quelques années à l'aide des timbres de nicotine, et y est parvenue pendant deux mois. Elle affirme que le stress est manifestement un déclencheur de son tabagisme, et qu'elle fume un paquet par jour depuis que son père est tombé malade. Elle vous indique qu'elle ne souhaite pas arrêter de fumer puisqu'à son avis, les facteurs de stress auxquels elle est soumise actuellement la feraient échouer. Elle pourrait envisager d'arrêter dans quelques mois si la situation venait à changer.

Quels conseils donneriez-vous à Annie aujourd'hui?

Deuxième partie (trois ans plus tard)

Annie revient vous consulter à cause d'une infection virale des voies respiratoires supérieures. Vous l'interrogez sur ses habitudes actuelles de tabagisme et elle vous apprend qu'elle a décidé d'arrêter de fumer il y a deux ans, après le décès de son père; elle y est parvenue pendant sept ou huit mois. Elle a utilisé des timbres de nicotine. Avec le temps, elle a commencé à prendre du poids, ce qu'elle a attribué à l'abandon du tabagisme. Pour éviter de continuer à grossir, elle a recommencé à fumer afin de perdre du poids. Elle reconnaît que l'aspect social de l'acte de fumer avec certains de ses collègues agirait comme un déclencheur de reprise additionnel si elle réessayait d'arrêter de fumer. Elle fume actuellement 15 cigarettes par jour. Elle ne prend aucun médicament sur ordonnance ou en vente libre. Elle est prête à réessayer d'arrêter de fumer, et elle est tout à fait convaincue de pouvoir y arriver.

Quelle est votre stratégie de prise en charge concernant Annie à ce stade?

Son profil intégral de patiente indique qu'Annie a déjà souffert de dépression. Quelle incidence cela peut-il avoir sur vos conseils concernant les avantages et les risques liés aux options thérapeutiques par voie orale?

Troisième partie (six semaines plus tard)

Annie revient pour un suivi. À sa dernière visite, vous avez passé en revue diverses options non pharmacologiques et pharmacologiques pour l'abandon du tabagisme, y compris la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN). Elle a opté pour la varénicline car elle pensait que ce médicament produirait de meilleurs résultats à long terme. Malheureusement, elle a arrêté après une semaine de traitement, car elle « ne pouvait tout simplement pas le tolérer ». Elle a réussi à réduire sa consommation à 10 cigarettes par jour.

Quelques-uns de ses amis ont essayé la cigarette électronique et elle se demande si cela peut l'aider à moins fumer ou même à arrêter. Elle a également fait quelques lectures sur l'hypnose et se demande si cette option lui conviendrait. Elle déclare franchement : « Je veux arrêter de fumer, mais je ne pense pas que j'ai envie de prendre des médicaments. Ces trucs ne marchent pas pour moi et ça m'embrouille le cerveau ».

Que répondriez-vous aux questions d'Annie et comment l'aiderez-vous à progresser dans ses tentatives d'abandon du tabagisme?

Quatrième partie (deux ans plus tard)

Annie vous a consulté plusieurs fois au cours des deux dernières années pour différents problèmes comme la bronchite, le reflux gastro-œsophagien (RGO) et les essoufflements. Vous avez continué de l'inciter à arrêter de fumer et lui avez expliqué que le tabagisme contribuait à plusieurs de ses problèmes médicaux. Elle n'était pas prête à arrêter à sa dernière visite il y a six mois. Cependant, elle est ravie de vous apprendre aujourd'hui qu'elle ne fume plus depuis trois mois. Elle est motivée à ne pas reprendre la cigarette, mais s'inquiète d'échouer vu ses antécédents.

Comment aideriez-vous Annie au stade actuel du processus d'abandon du tabagisme?

Cas numéro 2 : Laurent, âgé de 62 ans

Laurent est votre patient depuis 25 ans. Il vous consulte régulièrement pour son suivi. Ses antécédents comprennent l'hypertension, l'hyperlipidémie, une coronaropathie ayant nécessité une angioplastie il y a six ans, et une arthrose grave à la hanche droite ayant nécessité une arthroplastie totale de la hanche il y a deux ans. Il prend les médicaments suivants : 40 mg de rosuvastatine une fois par jour, 81 mg d'ECASA une fois par jour, 25 mg de métoprolol 2 f.p.j., 10 mg de ramipril 1 f.p.j., et de la nitroglycérine en vaporisation sublinguale au besoin. Il prend aussi 1 000 UI de vitamine D par jour. Son père a fumé pendant très longtemps et a succombé à un cancer de l'œsophage à l'âge de 78 ans. Laurent est marié et a trois enfants. Il est le seul fumeur dans sa famille. Il travaille le plus souvent à l'extérieur comme mécanicien pour les chemins de fer nationaux. Il fume des cigarettes (entre 15 et 30 par jour) depuis l'âge de 14 ans. Toutefois, depuis son angioplastie, il a réduit sa consommation à 10 cigarettes par jour. Il lui est déjà arrivé d'exprimer le souhait d'arrêter de fumer, mais, malgré vos interventions, il n'a jamais été assez motivé pour dépasser le stade de la contemplation. Son cardiologue n'a pas été plus persuasif à ce chapitre. Laurent vous dit aujourd'hui qu'il ne veut pas arrêter de fumer : « J'aime vraiment fumer, Docteur. Je fume moins qu'avant et ça me va comme ça ».

Étant donné que Laurent est au stade de la précontemplation pour ce qui est du renoncement au tabagisme, et eu égard à ses antécédents médicaux, comment aborderiez-vous la prise en charge?

Cas numéro 3 : Vos patients

Lors de la dernière réunion en PGBP, une membre a parlé de la difficulté à intégrer les interventions liées à l'abandon du tabagisme dans son horaire clinique chargé. Elle a fait remarquer que les interventions contre le tabagisme se déroulent souvent dans le cadre de visites motivées par d'autres problèmes, et le temps est compté. Un autre membre a affirmé que, lorsque les journées étaient très occupées ou que les consultations étaient complexes, il oubliait souvent de s'enquérir des habitudes de tabagisme de ses patients. Votre groupe a décidé de réfléchir aux mesures qui pourraient aider concrètement vos patients à fumer moins ou à arrêter de fumer, et de revenir sur ce sujet à la prochaine réunion.

Une autre réunion en PGBP s'est tenue. Quelle stratégie pourrait faciliter les interventions axées sur l'abandon du tabagisme et la réduction des méfaits du tabac auprès de vos patients en soins primaires?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ABANDON DU TABAGISME

1. Chaque jour, 100 Canadiens succombent à des maladies liées au tabagisme[1]. D'après les résultats d'un sondage mené en 2015, près des deux tiers des fumeurs canadiens se disaient disposés à arrêter de fumer et près de la moitié avaient essayé d'arrêter durant l'année précédente. Malgré les statistiques, moins de 5 % arrivent à arrêter à long terme. Les difficultés auxquelles les fumeurs font face comprennent les symptômes de sevrage de la nicotine et les effets psychosociaux du tabagisme (p. ex., humeur, réduction du stress/de l'anxiété, plaisir/satisfaction, cercle social des amis fumeurs[2]).

2. Lorsque les patients arrêtent de fumer avant l'âge de 40 ans, ils peuvent réduire les morbidités et la mortalité prématurées de 90 %[2]. Des études observationnelles indiquent que le risque vasculaire accru lié au tabagisme peut être neutralisé cinq ans après le renoncement au tabac[3-5]. Le groupe de travail de l'United States Preventive Services Task Force (USPSTF) recommande de s'enquérir des habitudes de tabagisme de tous les adultes (y compris les femmes enceintes), de leur conseiller d'arrêter s'ils fument et de leur proposer des interventions comportementales [preuves de niveau élevé][6].

3. Le ratio interventions/bénéfices (RIB) pour la prévention d'un décès lié au tabagisme est compris, d'après les estimations, entre 18 pour le traitement optimal comme la TRN combinée ou l'association d'un médicament sur ordonnance et d'un *counselling* intensif, et 52 pour un traitement minimal tel que des conseils médicaux sommaires ou l'utilisation de médicaments en vente libre. À titre de comparaison, l'auteur de l'étude signale que le RIB pour la prévention d'un décès précoce des suites d'une maladie cardiaque par l'utilisation d'aspirine à vie était de 40, et que le RIB pour la prévention d'un décès précoce chez les femmes dans la soixantaine au moyen de 10 mammographies annuelles était de 377[7].

4. Les lignes directrices concernant l'abandon du tabagisme du Réseau d'action canadien pour la promotion, la diffusion et l'adoption de pratiques de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique (CAN-ADAPTT) recommandent d'utiliser l'algorithme en cinq étapes en soins primaires pour aider les patients à cesser de fumer[8,9] (vous trouverez un algorithme plus détaillé à l'annexe 1) :
   - **S'**enquérir et de se tenir régulièrement au courant des habitudes des patients qui fument; des systèmes de repérage des fumeurs doivent être en place au cabinet [preuves de niveau élevé] (voir aussi Renseignements généraux, point 37).
   - **O**ffrir des conseils concernant le renoncement au tabagisme; faire savoir au patient qu'il sera soutenu dans ses efforts et que l'abandon du tabagisme lui sera bénéfique [preuves de faible niveau].
   - **É**valuer la volonté du patient pour ce qui est d'arrêter de fumer, les obstacles à l'abandon, le degré actuel de dépendance à la nicotine, les tentatives antérieures et le calendrier fixé pour l'abandon [preuves de faible niveau].
   - **A**ider les fumeurs qui souhaitent arrêter; offrir du soutien et des ressources additionnelles (p. ex., orienter pour du *counselling*); aider à anticiper les difficultés; discuter de l'influence du milieu social et des répercussions personnelles si le patient prend du poids [preuves de niveau élevé].
   - **P**lanifier un suivi régulier pour surveiller les progrès, évaluer et réajuster les posologies au besoin [preuves de faible niveau] et orienter le patient vers les ressources adéquates, si possible [preuves de niveau élevé]

5. Un examen Cochrane a permis d'évaluer l'efficacité de la personnalisation des interventions en vue de l'abandon du tabagisme en fonction du stade de changement du patient : précontemplation, contemplation, préparation, action et maintien. Cet examen a permis de conclure que « l'avantage de l'adaptation de l'intervention au stade de changement

du fumeur est incertain[10] ». Les conseils en matière d'abandon du tabagisme ne doivent pas s'adresser qu'aux sujets aux stades de la préparation ou du passage à l'action.

PHARMACOTHÉRAPIE EN VUE DE L'ABANDON DU TABAGISME

6. Il faut proposer une pharmacothérapie appropriée aux patients qui fument au moins 10 cigarettes par jour et qui sont prêts à arrêter. Dans la plupart des cas, une pharmacothérapie est nécessaire pour optimiser les chances de réussite. Actuellement, quatre types de médicaments sont homologués pour l'abandon du tabagisme au Canada : la TRN (timbres, gomme à mâcher, inhalateur, pastille ou vaporisateur oral), le bupropion (antidépresseur atypique), la varénicline (agoniste partiel de la nicotine) et la cytisine (agoniste partiel de la nicotine en vente libre et vendue en ligne)[2,11]. Vous trouverez de plus amples renseignements à l'annexe 3.

7. La pharmacothérapie peut également être proposée aux patients qui fument moins de 10 cigarettes par jour et qui sont prêts à arrêter. La TRN est l'option à l'égard de laquelle il existe le plus de données probantes dans cette population[12,13]. Il a été établi que la varénicline augmentait l'abstinence à long terme, de 8 à 31 % chez les fumeurs légers[13].

8. D'autres médicaments se sont également avérés utiles aux fins de l'abandon du tabagisme :
   - Nortriptyline : ses effets n'ont pas été abondamment étudiés dans ce contexte, mais les données probantes indiquent qu'elle est associée à des taux d'abandon comparables à ceux qui découlent des traitements standard. L'utilisation de la nortriptyline peut être envisagée chez les patients présentant des contre-indications ou des intolérances aux autres traitements de première intention. Les études effectuées concernent des doses initiales de 25 mg, augmentées à 100 mg, instaurées 2 à 4 semaines avant la date d'abandon du tabagisme; le traitement a duré 12 semaines[14].
   - Clonidine : considérée comme un traitement de deuxième intention; peut causer des effets secondaires (p. ex., hypotension, sécheresse buccale, étourdissements, sédation). La dose initiale à prendre à la date d'abandon du tabagisme est de 0,1 mg p.o. deux f.p.j., et peut être augmentée de 0,1 mg/jour jusqu'à un maximum de 0,6 mg par jour[15].

COUNSELLING

9. D'après les résultats d'un examen Cochrane concernant l'incidence du *counselling* individuel sur les tentatives réussies d'abandon du tabagisme, il existe des preuves de niveau élevé en faveur de ce type de consultations (séances d'au moins 10 minutes). Le *counselling* individuel a augmenté la probabilité d'abandon de 40 à 60 % comparativement au soutien minimal[16].

10. Envisager des séances de *counselling*[8] :
    - de courte durée (p. ex., 1 à 3 minutes) et proposées régulièrement, même si l'on sait que des séances plus longues et plus intensives sont préférables (fort lien dose-réponse entre la durée de la séance et la réussite du traitement), avec une durée maximale de 20 minutes[17];
    - effectuer au moins quatre séances;
    - essayer divers formats (p. ex., soutien individuel/en groupe, ligne d'aide téléphonique, auto-assistance, Internet).
    - Combiner les médicaments et le *counselling* : d'après les résultats d'un examen Cochrane, l'ajout d'une pharmacothérapie à une intervention comportementale augmentait les probabilités (70 %-100 %) de renoncement au tabagisme pendant au moins six mois comparativement à un *counselling* bref ou au soutien seul[18]. Les taux d'abandon à long terme sont de l'ordre de 25 à 30 % relativement à cette association[2]. Lorsque le soutien comportemental augmente (p. ex., accès au soutien, contact personnel par téléphone ou en personne) en association avec une pharmacothérapie, la probabilité de réussite de la tentative d'abandon augmente de 10 à 25 %[16,19].
    - Recourir à l'entrevue motivationnelle[8,17] (pour de plus amples renseignements, consulter le module du Programme d'apprentissage en PGBP intitulé « Entrevue motivationnelle », mai 2011).

AUTRES INTERVENTIONS EN VUE DE L'ABANDON DU TABAGISME

Acupuncture

11. L'efficacité de l'acupuncture, de l'acupression, de la thérapie au laser ou de l'électrostimulation par rapport au placebo en tant que stratégie substitutive d'abandon du tabagisme n'est pas confirmée par des preuves solides. Cependant, les auteurs de l'examen Cochrane ont reconnu qu'il serait préférable d'essayer une de ces options plutôt que de ne rien faire, et qu'aucune de ces interventions ne s'est avérée nuisible[20].

Hypnothérapie

12. Il n'a pas été établi que l'hypnothérapie aux fins de l'abandon du tabagisme était supérieure à d'autres options, ou même à l'absence de traitement[21]. Par ailleurs, une méta-analyse concernant l'hypnothérapie et le tabagisme avec conditionnement par aversion (c.-à-d., le jumelage des effets plaisants du tabagisme avec des stimuli déplaisants) n'a pas permis de conclure que cette intervention entraînait des bienfaits significatifs. Cela dit, ces méthodes d'abandon du tabagisme peuvent être des options utiles pour les patients qui ne peuvent pas utiliser de pharmacothérapie, ou qui n'y sont pas enclins, en gardant à l'esprit que les données probantes concernant leur l'efficacité sont encore insuffisantes[22]. Un essai randomisé ayant comparé les effets du *counselling* et de l'hypnose a révélé que les taux d'abandon du tabagisme liés à ces deux méthodes étaient équivalents (environ 30 %) à un an[23].

Activité physique

13. D'après les résultats d'un examen Cochrane concernant les effets des programmes d'exercices sur l'abandon du tabagisme, le niveau de preuves était très faible pour ce qui est de leur utilité[24]. Cependant, les études incluses dans l'examen étaient de petite envergure et, dans plusieurs cas, le programme d'exercices n'a pas été considéré comme assez intense. Des recherches sont en cours relativement à un nouveau programme (Je marche, je cours, j'écrase!) consistant à offrir du soutien en vue de l'abandon du tabagisme et à entraîner en même temps les participants à marcher ou à courir 5 kilomètres (https://www.runtoquit.com)[25].

Dépistage du cancer du poumon

14. Chez les personnes à risque élevé de cancer du poumon, la TDM à faible dose peut aider les fumeurs à renoncer au tabac. Dans le cadre de l'essai pilote relatif au dépistage du cancer du poumon au Royaume-Uni (UKLS), plus de 4 000 participants à risque élevé (50 à 75 ans) ont été affectés aléatoirement au dépistage par TDM ou à l'absence de dépistage (soins habituels). Parmi les fumeurs (n = 1 546), 15 % de ceux soumis au dépistage (contre 10 % dans le groupe de comparaison) avaient arrêté de fumer au moment du suivi (jusqu'à deux ans) (nombre de sujets devant passer un examen d'imagerie pour qu'une personne arrête de fumer : 20). Tous les participants ont reçu des conseils sur l'abandon du tabagisme au début de l'étude. Les effets étaient plus puissants si le dépistage initial était positif[26].

FUMEURS ATTEINTS DE TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

15. Bien que les taux de tabagisme aient considérablement diminué au cours des 50 dernières années dans la population générale des États-Unis (à 18 %), la prévalence du tabagisme a augmenté à 53 % chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves[27]. Les personnes atteintes d'une maladie mentale décèdent souvent plus tôt, et plus de 50 % de ces décès sont attribuables au tabagisme[28]. Pour les fumeurs atteints de troubles de santé mentale, la pharmacothérapie de première intention comprend la varénicline, le bupropion et la TRN (en particulier en association, p. ex., timbre plus gomme à mâcher, pastilles, inhalateur ou vaporisateur nasal), mais on signale également des taux accrus de récidive dans cette population[2,27].

16. D'après les résultats d'un examen systématique et d'une méta-analyse portant sur les fumeurs ayant reçu ou non des diagnostics psychiatriques (N = 10 761 participants), la varénicline n'a pas augmenté le risque de suicides/tentatives de suicide, d'idées suicidaires, de dépression, d'agressivité, d'irritabilité ou de mortalité[29]. Dans le cadre d'une étude comparative randomisée menée auprès de plus de 8 000 personnes présentant ou non des troubles psychiatriques, ni la varénicline ni le bupropion n'ont augmenté le risque d'épisodes neuropsychiatriques comparativement à la TRN ou au placebo[30].

ABANDON DU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE

17. Pour les fumeuses enceintes, l'intervention de première intention est le *counselling* car son efficacité pendant la grossesse est établie. Si le *counselling* échoue, une pharmacothérapie peut être envisagée. D'après l'USPSTF, les preuves à l'appui des avantages/méfaits de la pharmacothérapie contre le tabagisme chez les femmes enceintes sont insuffisantes pour justifier une forte recommandation clinique[6].
    - La TRN peut être envisagée, à condition d'en expliquer les risques et les avantages. Le métabolisme de la nicotine augmente pendant la grossesse, il faudra donc peut-être utiliser des doses plus élevées (p. ex., gomme à mâcher à 4 mg, timbres à 21 mg)[31]. Un soutien social additionnel et peut-être un traitement plus long peuvent être nécessaires[2].
    - L'innocuité du bupropion pendant la grossesse a été évaluée. Bien que cet agent entraîne dans l'absolu une faible

augmentation du risque de troubles cardiovasculaires, les risques associés au tabagisme sont considérés comme plus élevés[32,33].

- Les données concernant l'utilisation de la varénicline pendant la grossesse sont limitées. Ce choix n'est à faire que lorsque les effets nocifs du tabagisme dépassent les dangers possibles du traitement[34].

Points de discussion : TRN pendant la grossesse

- Dans le cadre d'études chez l'animal, la nicotine a été corrélée avec un faible poids à la naissance, des naissances avant terme, des mortinaissances et des atteintes cognitives et pulmonaires; toutefois, nous ne savons pas dans quelle mesure ces données s'appliquent à l'humain.
- Les études concernant la TRN pendant la grossesse n'ont pas fait état d'effets nocifs pour la femme ou le fœtus.
- La TRN ne contient pas les 7 000 substances chimiques présentes dans les cigarettes (dont 300 sont considérées comme toxiques et 52 causent le cancer).
- Il a été établi que le TRN augmentait de 40 % les chances de réussite[31].

PRISE EN CHARGE APRÈS L'ABANDON DU TABAGISME

18. Le goudron contenu dans le tabac peut affecter le métabolisme de certains médicaments et de certaines molécules (tableau sommaire offert sur le site https://ottawamodel.ottawaheart.ca/sites/ottawamodel.ottawaheart.ca/files/omsc_edu/edu_faq/interactionstable_catalyst.pdf); il se peut qu'il faille ajuster les doses après l'abandon du tabagisme[35].
    - Le métabolisme des médicaments suivants augmente en cas de tabagisme : clozapine, flécaïnide, fluvoxamine, méxilétine, olanzapine, propranolol et théophylline. Il est important de surveiller si l'abandon du tabagisme est suivi d'effets secondaires, et de diminuer les doses si nécessaire.
    - Il est arrivé que le RIN augmente à cause du tabagisme pendant le traitement par la warfarine. Il y a lieu de vérifier le RIN dans la semaine suivant l'abandon du tabagisme et d'ajuster les doses en conséquence.
    - Les besoins en insuline peuvent être élevés chez les fumeurs diabétiques; il est important de surveiller les signes d'hypoglycémie après l'abandon.
    - Le métabolisme de la caféine augmente aussi chez les fumeurs; il faut conseiller aux patients de diminuer leur consommation de caféine après avoir arrêté de fumer. Les patients doivent aussi reconnaître les symptômes de toxicité de la caféine, comme l'irritabilité et l'insomnie.

19. Le tabagisme et l'utilisation de la nicotine sont associés à une « consommation accrue d'énergie et à une perte pondérale » en raison de leurs effets métaboliques et endocriniens. Le gain pondéral lié à l'abandon du tabagisme peut aussi être une réaction comportementale, lorsque le sujet substitue l'acte de manger à celui de fumer comme tic oral[36]. Une méta-analyse a permis d'établir que l'abandon du tabagisme était significativement associé à un gain pondéral absolu. Le gain pondéral moyen parmi les personnes qui ont arrêté de fumer est de 4,1 kg sur une période de cinq ans comparativement à celles qui ont continué de fumer. Bien que le gain pondéral puisse être considéré par les patients comme un effet indésirable majeur de l'abandon au tabagisme, l'évitement ou la réduction des conséquences médicales négatives du tabagisme dépassent de loin les risques liés au gain pondéral[37]. L'information concernant la gestion du poids, les conseils alimentaires et la thérapie cognitivo-comportementale n'ont pas entraîné de réductions du gain pondéral à long terme associé à l'abandon du tabagisme. Par contre, les interventions axées sur l'activité physique sont parvenues à réduire le gain pondéral à long terme[38].

20. Des preuves solides justifient de recommander l'activité physique comme moyen de réduire le sevrage et les fortes envies de tabac[24]. Il a été établi qu'une activité d'intensité suffisante atténuait les symptômes tels que les troubles du sommeil, l'anxiété et l'irritabilité[39]. Une réduction des fortes envies de tabac a été observée chez les sujets qui viennent d'arrêter de fumer et qui effectuent 5 à 10 minutes d'exercices d'intensité modérée, ainsi que chez les fumeurs actifs qui effectuent 30 à 40 minutes d'exercice d'intensité modérée à vigoureuse[40].

REDUCTION DES MÉFAITS DU TABAC

21. Les patients peuvent s'imaginer qu'il n'existe que deux options d'abandon du tabagisme d'après les principes classiques : « arrêter de fumer ou mourir[41] ». La réduction des effets nocifs, plutôt que l'abandon total, peut être une option viable pour certains patients. Le gouvernement du Canada envisage de préconiser une stratégie de réduction des méfaits du tabac par l'usage de produits possiblement moins toxiques (p. ex., les produits de vapotage, les nouveaux produits à base de tabac produisant moins d'émanations nuisibles), tout en continuant de promouvoir l'abandon du tabagisme (https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada/apercu-strategie-canadienne-tabac.html).

22. Un examen Cochrane a évalué l'incidence des interventions de réduction des méfaits du tabac afin de déterminer si elles permettaient de diminuer le nombre de cigarettes fumées et si elles avaient un effet sur la santé à long terme. Les données disponibles ont été jugées de faible qualité, mais il a été établi que la TRN avait pour effet de presque doubler les chances de diminuer le nombre de cigarettes de 50 %. Plus de recherches de qualité élevée sont nécessaires pour déterminer les effets sur la santé de la réduction de la consommation de tabac[42].

23. Le tabagisme léger (p. ex., moins de 10 cigarettes par jour) est associé à un risque inférieur de cancer du poumon. Cependant, le lien dose-réponse avec les maladies cardiovasculaires n'est pas linéaire[43]. Les auteurs d'une méta-analyse ont utilisé une modélisation mathématique pour prévoir l'augmentation du risque vasculaire lié au tabagisme. Chez les hommes, les risques associés au fait de fumer une cigarette par jour équivalaient environ à 60 % des risques associés au fait de fumer 20 cigarettes par jour; chez les femmes, cette équivalence était d'environ 40 %. Bien que la réduction du nombre de cigarettes fumées ait fait diminuer le risque associé au tabagisme, les auteurs ont conclu que les risques liés au tabagisme léger étaient supérieurs aux risques anticipés, et que les fumeurs devraient envisager d'arrêter complètement de fumer plutôt que de fumer moins[44].

24. Une technique d'entretien motivationnel (visant à déterminer la pertinence, les bénéfices, les risques, les obstacles et la répétition) peut inciter les fumeurs qui ne veulent pas arrêter de fumer ou réduire la consommation à réfléchir à leurs habitudes tabagiques (tableau 1[45,46]). L'intervention motivationnelle doit être réitérée, si possible, à chaque visite du patient[46]. Il serait important de passer en revue les habitudes de tabagisme des patients 6 à 12 mois plus tard[2,9]. Cette méthode peut également servir à favoriser l'abstinence une fois qu'un patient a arrêté de fumer.

Tableau 1. Recours à la technique d'entretien motivationnel (visant à déterminer la pertinence, les bénéfices, les risques, les obstacles et la répétition) – Patients pas prêts à arrêter de fumer immédiatement[45,46].

Pertinence	Encourager les patients à réfléchir à la pertinence personnelle de l'abandon du tabagisme (conséquences les plus importantes si le tabagisme affecte la santé personnelle, la famille, les dépenses ou la qualité de vie; en cas de tentatives d'abandon antérieures, d'obstacles personnels).
Risques	Encourager les patients à reconnaître les conséquences négatives pertinentes (risques immédiats, risques à long terme, risques environnementaux, p. ex., fumée secondaire) du maintien du tabagisme/de l'utilisation de produits à base de tabac.
Bénéfices	Demander aux patients de reconnaître les avantages possibles de l'abandon du tabagisme qui les concernent personnellement (p. ex., amélioration de la santé ou du goût/de l'odorat; économies; donner un bon exemple à ses enfants; meilleure apparence).
Obstacles	Demander aux patients quels seraient d'après eux les obstacles au renoncement, et leur offrir du *counselling*/une thérapie qui les aide à surmonter ces obstacles (p. ex., symptômes de sevrage, gain pondéral, plaisir, fréquentation d'autres fumeurs).
Répétition	Réévaluer la disposition à renoncer au tabac ultérieurement si le patient n'est toujours pas prêt à arrêter de fumer (p. ex., chaque fois que le patient se présente à la clinique). Il est important que les fumeurs/consommateurs de tabac comprennent que beaucoup de gens font plusieurs tentatives avant de réussir à arrêter de fumer.

25. Une stratégie en quatre étapes allant de la réduction à l'abandon du tabagisme peut également être utile chez les fumeurs qui ne sont pas prêts immédiatement à renoncer au tabac, mais qui peuvent envisager de fumer moins pour réduire le risque de maladie. L'objectif serait d'arrêter de fumer au plus tard d'ici une année[8].
    - 1re étape : (0 à 6 semaines) : Fixer une cible pour le nombre de cigarettes à éliminer par jour et une date pour y parvenir (recommandation : au moins 50 %). Au besoin, utiliser la gomme à mâcher pour contrecarrer les fortes envies de fumer.
    - 2e étape (de 6 semaines à 6 mois) : Continuer de réduire le nombre de cigarettes en vue d'arrêter complètement d'ici 6 mois. Demander conseil à un professionnel de la santé si l'habitude de fumer n'a pas été éliminée après 9 mois.
    - 3e étape (en 9 mois) : Arrêter de fumer et continuer d'utiliser la gomme au besoin pour contrecarrer les fortes envies.
    - 4e étape (en 12 mois) : Réduire la quantité de gomme utilisée, et arrêter complètement dans les trois mois qui suivent l'abandon du tabagisme.

    Vous trouverez présentée à l'annexe 2 une autre approche allant de la réduction à l'abandon du tabagisme.

26. D'après certaines données, il y a lieu de proposer la pharmacothérapie et le *counselling* aux fumeurs qui ne veulent pas arrêter de fumer mais qui peuvent envisager de réduire leur consommation. Les résultats d'un examen systématique et d'une méta-analyse (n = 7 981) ont montré que les taux d'abandon à six mois attribuables à l'association médicament

plus intervention comportementale/*counselling* étaient compris entre 4,2 et 17,5 % , comparativement à 2,6 et 12,2 % sans intervention. La TRN et la varénicline se sont avérées efficaces, mais les preuves quant à l'efficacité du bupropion étaient insuffisantes[47].

DISPOSITIFS ÉLECTRONIQUES

27. Les cigarettes électroniques désignent un ensemble varié de dispositifs alimentés par piles dans lesquels un atomiseur sert à chauffer une solution de propylèneglycol ou de glycérol (généralement considérée comme non toxique[48]) et à libérer un aérosol ressemblant à de la fumée qui est inhalé par l'utilisateur. La solution contient souvent des arômes et, dans certains cas, on y ajoute de la nicotine. La plupart des toxines généralement présentes dans les cigarettes combustibles ne se trouvent pas dans ces solutions[49-52]. Les noms courants des dispositifs électroniques sont le houka électronique, la cigarette électronique jetable, la cigarette électronique rechargeable, le vaporisateur personnel (VP) et l'inhalateur électronique de nicotine (IEN)[48]. Certains appareils sont munis d'un interrupteur manuel qui permet de régler la longueur et la fréquence des inhalations[53]. L'abandon du tabagisme est la raison la plus souvent invoquée pour justifier l'utilisation d'un appareil électronique[50,53,54].

28. De nombreuses questions concernant les appareils électroniques et leur impact physiologique, leurs effets à long terme sur la santé/leur toxicité, leurs effets sur l'environnement (p. ex., les émissions) et les répercussions psychologiques de leur utilisation, restent sans réponse[48,55]. La réglementation des dispositifs électroniques et leur possible incidence pour ce qui est de retarder les efforts de désaccoutumance au tabac, de normaliser le comportement de fumeur et de contourner les politiques antitabac, donnent matière à préoccupation[55-59]. Étant donné que les cigarettes électroniques peuvent être modifiées (ce qui influe sur leur mode d'utilisation et sur le type de vapeurs ou d'aérosol émis), les normes régissant ces produits ne sont pas uniformes.

29. Dans certains pays comme au Brésil, en Norvège et à Singapour, les cigarettes électroniques sont absolument interdites. En Grande-Bretagne, les cigarettes électroniques sont réglementées comme des médicaments en vente libre[49,53]. Au Canada, la Loi sur le tabac et la Loi sur la santé des non-fumeurs ont été modifiées (projet de loi S-5, 28 mai 2018) de manière à mieux prendre en charge les risques et les avantages des produits de vapotage. Les mesures adoptées comprennent : l'interdiction de la vente à toute personne âgée de moins de 18 ans, l'obligation de commercialiser les produits de vapotage contenant de la nicotine dans un emballage à l'épreuve des enfants, l'interdiction de promouvoir des produits de vapotage susceptibles de plaire aux jeunes (p. ex., les produits aromatisés) et l'interdiction de toute forme de publicité sociétale entourant les produits de vapotage (pour plus de renseignements, visiter l'adresse suivante : https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/LegislativeSummaries/PDF/42-1/s5-f.pdf).

30. Les jeunes fumeurs sont plus susceptibles d'utiliser la cigarette électronique que les fumeurs plus âgés, et les hommes le sont plus que les femmes[54]. Dans le cadre d'un sondage transversal canadien mené auprès de jeunes adultes (âgés de 16 à 30 ans, n = 1 188) concernant la prévalence de l'utilisation de la cigarette électronique et les opinions en cette matière, 16 % des sujets ont déclaré avoir essayé la cigarette électronique (près de 35 % des fumeurs actuels, environ 19 % des anciens fumeurs, environ 5 % des non-fumeurs)[60]. Malgré les preuves indiquant que chez les jeunes, le vapotage incite à commencer à fumer, cette étude n'a pas permis de déterminer si le vapotage menait au tabagisme classique ou si des facteurs sous-jacents communs à l'usage de la cigarette électronique et de la cigarette classique étaient en cause[61].

31. Les données concernant l'efficacité de la cigarette électronique comme moyen d'abandon du tabagisme et de réduction des méfaits du tabac sont limitées et contradictoires[62] :
    - L'USPSTF a déclaré que les données probantes étaient insuffisantes pour recommander la cigarette électronique comme moyen de renoncement au tabagisme[63].
    - Chez les fumeurs qui veulent arrêter de fumer, la cigarette électronique contenant de la nicotine a été associée à des taux de réussite équivalents à ceux qui sont attribuables à la TRN (timbres), mais les études comparatives randomisées dont proviennent les résultats sont peu nombreuses[64]. L'utilisation de la cigarette électronique contenant de la nicotine a augmenté les probabilités d'abandon du tabagisme à plus long terme comparativement à la cigarette électronique sans nicotine. La supériorité par rapport au timbre de nicotine n'a pas pu être établie en raison du faible nombre d'études effectuées, mais celles-ci ont été menées avec rigueur. En outre, les cigarettes électroniques contenant de la nicotine ont aidé les fumeurs à diminuer de moitié le nombre de cigarettes fumées (toujours par comparaison avec le timbre). Aucun risque à court terme ou à moyen terme sur la santé (sur une période de deux ans) n'a été établi [preuves de faible niveau][52,64].
    - Parmi les fumeurs qui utilisaient ou avaient déjà utilisé la cigarette électronique comme moyen de renoncement au tabac, la probabilité d'abandon s'est avérée *inférieure* (de 28 %), comparativement à ceux qui n'ont pas utilisé la cigarette électronique (RC : 0,72; IC à 95 % : 0,57 à 0,91)[57], ce qui indique que ces dispositifs peuvent nuire aux efforts de renoncement.

- Un examen systématique a permis d'évaluer l'efficacité des cigarettes électroniques aux fins de la réduction des méfaits du tabac (réduire la consommation de cigarettes d'au moins 50 %). Il semble que les dispositifs électroniques aient aidé les fumeurs ayant du mal à arrêter de fumer à réduire leur consommation de cigarettes comparativement au placebo et à la TRN (timbres). Malheureusement, ces résultats n'ont pas pu être confirmés sur le plan biochimique, ce qui les rend incertains[52].
- Rien ne prouve que l'utilisation des cigarettes électroniques soit associée à des améliorations des résultats cardiovasculaires cliniques (p. ex., les maladies coronariennes, les AVC, les maladies vasculaires périphériques), de l'athérosclérose infraclinique, des résultats intermédiaires liés au cancer, des maladies respiratoires ou des issues défavorables des grossesses[65].

Innocuité et dangers pour la santé des cigarettes électroniques

32. D'après un sondage européen, la perception du public à l'égard de la nocivité de la cigarette électronique a considérablement augmenté, de 27 % en 2012 à plus de 50 % en 2014[55]. Une analyse transversale américaine fait état de résultats similaires. D'après l'étude américaine, il semblait y avoir un lien direct entre l'âge et l'opinion suivant laquelle la cigarette électronique est nocive (p. ex., environ 46 % des sujets de 18 à 34 ans, et environ 70 % des sujets de plus de 75 ans)[58].

33. Un examen systématique a porté sur les dangers pour la santé des cigarettes électroniques contenant des produits chimiques comme la nicotine, le propylèneglycol (1,2-propylèneglycol), le glycérol, le nickel, l'aluminium et le titane. Les auteurs n'ont pas pu tirer de conclusions définitives quant aux effets nocifs du tabac en raison du nombre insuffisant de publications et de la nature hétérogène des données scientifiques[66]. Un autre examen systématique portait sur l'utilisation des inhalateurs électroniques de nicotine (IEN). Malgré les lacunes méthodologiques des études et l'insuffisance des publications, les experts sont d'avis que l'utilisation de ces dispositifs était considérablement moins nuisible que la cigarette[67].

34. L'exposition passive aux vapeurs de cigarette électronique expose les tiers à de nombreux polluants (p. ex., nicotine, particules, carbonyles, composés organiques volatils et éléments traces[68]) « à des concentrations supérieures à la concentration ambiante et possiblement associées à des effets nocifs sur la santé ». Le risque d'effets nocifs sur la santé a été jugé inférieur à celui qui est lié à l'inhalation passive de fumée de cigarette combustible. Aucune des études n'a examiné les effets possibles à long terme et les échantillons étaient de petites tailles. D'autres recherches dans ce domaine sont nécessaires avant de pouvoir tirer quelque conclusion[69].

35. Les cigarettes électroniques peuvent exploser et provoquer des incendies, des brûlures et des blessures par projection[65]. Elles sont souvent assemblées par des fabricants indépendants, d'où des lacunes importantes en matière de contrôle de la qualité des piles et des capacités de recharge sécuritaire[70]. Un examen systématique de 2014 portant sur les cigarettes électroniques a dressé une liste de 466 marques distinctes : aucune n'affichait d'avertissements concernant la surchauffe, l'explosion ou les brûlures thermiques[70]. Bien que le nombre d'incendies signalés ait été faible (~110 au Royaume-Uni, 25 aux États-Unis en 2014), ces cas sont sans doute largement sous-déclarés car ce type d'incidents ne correspond pas aux catégories répertoriées par les services d'incendie[71]. Il est important que les prestataires de soins primaires discutent des dangers possibles de ces dispositifs avec leurs patients[72].

36. Les effets secondaires auto-rapportés de l'usage de la cigarette électronique comprennent la sécheresse, l'irritation ou la sensation de brûlure dans la bouche ou la gorge, la sensation de tête légère, les vomissements, les étourdissements, les maux de tête, la respiration sifflante, la toux et la production de mucosités[60].

Remarque : Pour les fumeurs qui ne peuvent pas ou ne veulent pas arrêter de fumer, le passage à la cigarette électronique peut être un moyen de réduire les méfaits du tabac. Pour optimiser les bienfaits de cette méthode pour la santé, les fumeurs doivent entièrement renoncer à la cigarette classique. Étant donné que l'innocuité à long terme des cigarettes électroniques n'a pas encore été établie, les personnes qui n'utilisent plus que ces dispositifs doivent être encouragées à se fixer un objectif en vue de l'abandon complet de la cigarette électronique [preuves de niveau très faible – opinions d'experts].

SOINS OFFERTS EN CABINET POUR AIDER LES PATIENTS FUMEURS

37. Un examen systématique/une méta-analyse menés au Canada ont porté sur les méthodes fondées sur des données probantes permettant d'augmenter le nombre de traitements visant l'abandon du tabagisme en soins primaires. Les interventions ont été évaluées en fonction de leur incidence sur l'abandon du tabagisme et sur l'efficacité avec laquelle les prestataires de soins présentaient l'algorithme en cinq étapes (Demander, Conseiller, Déterminer, Évaluer, Aider). Malgré

les preuves solides à l'appui des méthodes d'abandon du tabagisme à composantes multiples et de cet algorithme en cinq étapes, les résultats obtenus étaient trop hétérogènes pour pouvoir établir quelles étaient les composantes les plus efficaces. Il est évident que le changement comportemental exige de multiples approches pour porter fruit. Il existe des preuves de niveau modéré à élevé en faveur de l'utilisation d'invites dans les dossiers médicaux électroniques en vue d'améliorer l'administration de l'algorithme en cinq étapes (Demander, Conseiller, Déterminer, Évaluer, Aider). De plus, les incitatifs destinés aux prestataires de soins ont permis d'améliorer la prestation des volets « Demander le statut tabagique » et « Planifier le suivi »; la formation continue en pharmacothérapie a permis d'améliorer le volet « Conseiller »; les listes de vérification ont permis d'améliorer le volet « Aider dans la tentative »[73].

LES ÉLÉMENTS CLÉS

- La pharmacothérapie est le traitement de première intention qui entraîne les meilleures chances de succès dans l'abandon du tabagisme chez les patients qui fument et qui sont prêts à arrêter. L'association d'une pharmacothérapie et d'une thérapie comportementale permet d'augmenter les chances d'abandon.
- La réduction des méfaits du tabac peut être une approche utile pour les fumeurs qui refusent d'arrêter; les dispositifs électroniques de vapotage peuvent être en l'occurrence une option viable.
- Il serait utile d'évaluer les soins et les systèmes existants en cabinet pour assurer une prise en charge optimale des stratégies de réduction des méfaits du tabac et d'abandon du tabagisme.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Annie, âgée de 48 ans

Quels conseils donneriez-vous à Annie aujourd'hui?

Vous pourriez commencer par recourir à la technique d'entretien motivationnel (visant à déterminer la pertinence, les bénéfices, les risques, les obstacles et la répétition) destinée aux fumeurs qui ne sont pas prêts à arrêter. Vous pourriez discuter avec Annie des raisons pour lesquelles elle aime ou n'aime pas fumer, et quels sont, selon elle, les avantages et les inconvénients respectifs du tabagisme et de l'abandon (« risques » et « bénéfices ») (Renseignements généraux, point 24; tableau 1). De cette manière, les raisons en faveur de l'abandon du tabagisme viendraient d'elle-même plutôt que de vous (annexe 2). Il serait bon de compatir au stress vécu par Annie à cause de la maladie de son père, et de reconnaître que ce stress semble être un déclencheur évident de son tabagisme (un « obstacle ») (tableau 1; annexe 2). Vous pourriez aussi chercher à savoir si les économies liées à l'abandon du tabagisme ont de l'importance aux yeux d'Annie. Il pourrait être crucial de l'assurer que vous la soutiendrez quelle que soit sa décision, et que vous serez là pour l'aider quand elle sera prête à arrêter de fumer (Renseignements généraux, point 4).

Vous pourriez lui fournir de l'information sur les services de *counselling* pour l'aider à gérer son stress autrement que par le tabagisme (Renseignements généraux, points 9, 10). Votre personnel de soutien, le cas échéant, pourrait lui offrir des services de *counselling*. Le site Web www.smokershelpline.ca/fr-ca/home présente un plan de réaction d'urgence en ligne et s'adresse aux utilisateurs qui préfèrent communiquer par Internet, par texte, par téléphone ou recourir à des groupes de soutien (Feuillet d'information destiné aux patients).

Deuxième partie (trois ans plus tard)

Quelle est votre stratégie de prise en charge concernant Annie à ce stade?

Vous pourriez féliciter Annie d'avoir déjà arrêté de fumer grâce à une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), et ajouter que cela devrait l'encourager à réessayer (Renseignements généraux, point 4; annexe 3). Il serait bon qu'Annie réfléchisse à sa tentative antérieure et à ce qui été utile ou éprouvant dans cette circonstance. Connaître et anticiper ses déclencheurs, se récompenser de n'avoir pas fumé et faire participer ses amis et sa famille à son plan d'abandon du tabagisme sont autant de moyens utiles pour arrêter de fumer (Renseignements généraux, point 4). Il pourrait être utile de lui fournir des ressources dont elle puisse se prévaloir (Feuillet d'information destiné aux patients).

Vous pourriez lui suggérer de réessayer une TRN puisque celle-ci a déjà été efficace. Il serait également raisonnable de discuter des options thérapeutiques par voie orale (bupropion, varénicline, cytisine) et de passer en revue leurs effets secondaires possibles (annexe 3).

Puisqu'Annie indique qu'elle a recommencé à fumer parce qu'elle redoutait de prendre du poids, vous pourriez l'orienter chez un diététiste qui lui indiquera des stratégies tenant compte des effets du tabagisme sur son métabolisme et de la nécessité de manger différemment lorsqu'une forte envie de fumer se manifeste (Renseignements généraux, points 4, 19; annexe 3). Annie pourrait aussi envisager de faire plus d'activités physiques (marche ou course) pour gérer sa prise de poids et comme moyen de « tromper » les fortes envies de fumer (Renseignements généraux, points 13, 20).

Vous pourriez aussi lui parler de l'importance qu'elle accorde à la dimension sociale du tabagisme et des moyens de gérer la situation lorsque ses collègues sortent fumer (Renseignements généraux, points 1, 4; annexe 2).

Son profil intégral de patiente indique qu'Annie a déjà souffert de dépression. Quelle incidence cela peut-il avoir sur vos conseils concernant les avantages et les risques liés aux options thérapeutiques par voie orale?

Vous pourriez lui signaler que d'après les résultats d'un examen systématique portant sur plus de 10 000 patients, la varénicline n'est pas associée à une aggravation de la dépression ou d'autres problèmes de santé mentale (Renseignements généraux, point 16). Le bupropion serait aussi une bonne option car c'est un antidépresseur, qui n'augmente pas le risque d'épisodes neuropsychiatriques et dont l'utilisation peut l'aider à réduire son gain pondéral lorsqu'elle aura arrêté de fumer (Renseignements généraux, point 16; annexe 3).

Troisième partie (six semaines plus tard)

Que répondriez-vous aux questions d'Annie et comment l'aiderez-vous à progresser dans ses tentatives d'abandon du tabagisme?

Bien qu'il semble qu'Annie ne veuille pas prendre de médicaments, vous pourriez commencer par lui demander ce qu'elle n'a pas toléré lorsqu'elle a utilisé la varénicline (annexe 3). Il se pourrait que la varénicline l'ait rendue irritable, agitée ou nauséeuse, ce qui correspond aux effets secondaires possibles de ce médicament. Ces effets peuvent être pris en charge en réduisant la dose de médicament (annexe 3). Vous pourriez lui expliquer que ces effets peuvent être dus à une consommation accrue de caféine, ce qui arrive souvent chez les personnes qui cessent de fumer, ou bien à une diminution du métabolisme de la caféine (à des niveaux normaux) liée à l'abandon du tabagisme (Renseignements généraux, point 18). Elle pourrait, par exemple, commencer à prendre du café ou du thé décaféiné, ou diminuer sa consommation quotidienne.

Il semble qu'Annie ait pris du poids pendant la TRN. Il vaudrait la peine d'analyser ce fait plus en détail pour savoir si elle l'attribue au médicament ou à un changement comportemental (Renseignements généraux, point 19). Il se pourrait que le recours à une TRN en pastille retarde le gain pondéral (annexe 3). Cela pourrait vous aider à vous faire une idée du problème et à déterminer s'il y a lieu de réessayer.

Vous pourriez aborder le sujet des dispositifs électroniques si vous êtes à l'aise de le faire, et parler du manque de données probantes concernant cette option (Renseignements généraux, points 31-34).

Annie devrait être invitée à recevoir du *counselling* car elle est peut-être disposée à s'y tenir. Vous pourriez lui indiquer que les données disponibles ne justifient pas le recours à d'autres méthodes comme l'hypnose ou la thérapie au laser (Renseignements généraux, points 11, 12), et évoquer la possibilité d'un effet placebo, ainsi que les avantages et inconvénients de telles méthodes.

Quatrième partie (deux ans plus tard)

Comment aideriez-vous Annie au stade actuel du processus d'abandon du tabagisme?

Vous pourriez aider Annie à dresser une petite liste de déclencheurs et de stratégies visant à les contrecarrer et à les gérer (Renseignements généraux, points 4, 24; tableau 1). La féliciter d'avoir arrêté de fumer depuis trois mois pourrait grandement contribuer à renforcer son estime de soi et sa fierté d'y être parvenue (annexe 2). Vous pourriez lui assurer que vous continuerez de l'appuyer dans ses efforts. Comme vous l'avez fait aux visites précédentes, vous pourriez reparler des groupes de soutien en ligne et des forums ouverts aux fumeurs à différents stades du renoncement au tabagisme. Cette méthode pourrait plaire à Annie (Feuillet d'information destiné aux patients).

Il se pourrait que l'angle pécuniaire (p. ex., ce que fumer lui coûte en argent) soit une stratégie importante aux yeux d'Annie (tableau 1; feuillet d'information destiné aux patients). Elle pourrait trouver intéressant de prévoir ce qu'elle ferait de l'argent

(dépenses/investissements) qu'elle consacre normalement aux cigarettes. Vous pourriez également évoquer l'effet de son tabagisme sur les membres de sa famille, que ce soit sur le plan physique ou émotionnel (tableau 1). Compte tenu de sa propre expérience dans le cas de son père, cela pourrait beaucoup la motiver.

Cas numéro 2 : Laurent, âgé de 62 ans

Étant donné que Laurent est au stade de la précontemplation pour ce qui est du renoncement au tabagisme, et eu égard à ses antécédents médicaux, comment aborderiez-vous la prise en charge?

Une méthode de réduction des méfaits du tabagisme pourrait être efficace dans le cas de Laurent, puisqu'il se dit peu enclin à arrêter de fumer. Cette approche pourrait être très différente des autres situations dans lesquelles vous encouragez vos patients à cesser de fumer (Renseignements généraux, points 21-23; annexe 2). Vous pourriez recourir à la technique d'entretien motivationnel visant à déterminer la pertinence, les bénéfices, les risques, les obstacles et la répétition (Renseignements généraux, point 24; tableau 1).

Vous pourriez favoriser la relation médecin-patient en reconnaissant qu'il a réduit sa consommation à 10 cigarettes par jour. Il serait bon de lui rappeler que le tabagisme léger est encore associé à d'importants effets cardiovasculaires et que l'abandon du tabagisme doit être son objectif ultime (Renseignements généraux, points 7, 23).

Le *counselling*, possiblement combiné à une pharmacothérapie, serait une bonne option pour Laurent (Renseignements généraux, point 26).

Si Laurent demande votre avis, vous pourriez lui dire ce que vous pensez des dispositifs électroniques, qui passent pour être probablement moins nuisibles que les cigarettes classiques, tout en lui rappelant que le risque d'effets secondaires à long terme de ces dispositifs est encore inconnu (Renseignements généraux, points 32-36). S'il choisit d'essayer les cigarettes électroniques, il faudrait encourager Laurent à ne plus utiliser que ce type de produits, compte tenu du profil de risque associé au tabagisme même léger (Renseignements généraux, point 23).

Cas numéro 3 : Vos patients

Une autre réunion en PGBP s'est tenue. Quelle stratégie pourrait faciliter les interventions axées sur l'abandon du tabagisme et la réduction des méfaits du tabac auprès de vos patients en soins primaires?

Votre approche en matière d'abandon du tabagisme varierait en fonction de votre cadre de pratique et des ressources dont vous disposez. Les stratégies à composantes multiples sont celles qui sont appuyées par les preuves les plus solides. Vous pourriez envisager diverses méthodes d'approche des patients, par exemple : l'utilisation d'affiches ou la distribution de dépliants à votre cabinet, les appels téléphoniques, l'envoi de courriels ou de lettres aux patients pour favoriser les visites, ou encore, fournir de l'information concernant les ressources pour l'abandon du tabagisme dans la collectivité. L'utilisation d'invites dans un dossier médical électronique peut faciliter l'administration de l'algorithme en cinq étapes (Demander, Conseiller, Déterminer, Évaluer, Aider). Vous pourriez ajouter des indicateurs dans les dossiers des patients ou créer un registre des fumeurs ou des ex-fumeurs, et vous rappeler d'effectuer de brèves interventions même durant les visites qui ne se rapportent pas au tabagisme. Vous pourriez vous adresser à des groupes d'utilisateurs de dossiers médicaux électroniques ou à des pairs animateurs ou encore à votre fournisseur de services de dossiers médicaux électroniques pour vous aider à créer ces indicateurs ou vous indiquer quels autres outils ils ont trouvés utiles. Des listes de vérification pourraient aussi contribuer à structurer les types de conseils fournis aux patients lorsqu'ils ont décidé de cesser de fumer (Renseignements généraux, point 37). Si vous embauchez des débutants, ces derniers pourraient considérablement contribuer à l'élaboration d'initiatives visant à améliorer la qualité des services offerts à vos patients fumeurs.

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **https://www.surveymonkey.com/r/Formulairederetroaction**

Auteure :

Loredana Di Santo, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Maple, Ontario

Réviseurs :

Suzanne Levitz, M.D., CCMF
Médecin de famille – Soins pneumologiques aux patients hospitalisés
Montréal, Québec

Osnat Melamed, M.D., M. Sc.
Médecin de famille
Boursier en sciences cliniques, département de psychiatrie, Université de Toronto
Clinique de la dépendance à la nicotine, Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto, Ontario

Peter Selby, MBBS, CCMF, FCMF, M. Sc.S.,
Membre certifié du conseil de l'ABAM, boursier émérite de l'ASAM
Professeur de médecine familiale et communautaire et de psychiatrie, Dalla Lana School of Public Health Université de Toronto
Médecin-chef adjoint, Éducation | Scientifique clinicien, Dépendances | Directeur, Médecine à la faculté de psychiatrie | CAMH | Département de médecine familiale et communautaire
Toronto, Ontario

Rédactrice médicale en chef :

Haider Saeed, M.D., M. Sc., CCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale/coordonnatrice, Développement des modules :

Dawnelle Hawes, B.A., B. Kin., M. Éd.
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Valerie Ehasoo (Victoria, Colombie-Britannique), Karen Ferguson (Ottawa, Ontario) et Opeyemi Sobowale (Winnipeg, Manitoba) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par Kirstyn Humniski (Winkler, Manitoba), Sylvie Jones (Regina, Saskatchewan) et James Ketch (Kelowna, Colombie-Britannique), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations. Enfin, la Fondation souhaite remercier Roland Halil, qui a agi à titre de consultant dans la préparation de ce module.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Loredana Di Santo, Suzanne Levitz, Osnat Melamed, Peter Selby, Haider Saeed et Dawnelle Hawes n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient. Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en août 2018.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au : https://members.fmpe.org/

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

La Fondation pour l'éducation médicale continue

McMaster University

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicables à la population ciblée); l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint. • Études comparatives randomisées d'envergure et bien conçues. Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.
Modéré	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins), ou lorsque l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance large. • Études comparatives randomisées bien conçues, mais de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées. • Études d'envergure de cohortes. Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction de l'information révélée lors de futures études.
Faible	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limitations/des risques de biais importants ou des variations significatives des résultats entre les études. Les preuves provenant d'études bien conçues dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.
Très faible	• Opinion d'experts • Rapports de cas individuel ou de séries de cas

Sources :

1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network-(SIGN) http://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf

2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm

3) Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines: 3. ,Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011; 64(4):401-406.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Health Canada. Smoking and Mortality. Government of Canada. 2011. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-concerns.
2. Reid RD, Pritchard G, Walker K, Aitken D, Mullen KA, Pipe AL. Managing smoking cessation. CMAJ. 2016;188(17-18):E484-E92. PM:27698200.
3. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB, Bonita R, Belanger AJ. Cigarette smoking as a risk factor for stroke. The Framingham Study. JAMA. 1988;259(7):1025-9. PM:3339799.
4. Conen D, Everett BM, Kurth T, et al. Smoking, smoking cessation, [corrected] and risk for symptomatic peripheral artery disease in women: a cohort study. Ann Intern Med. 2011;154(11):719-26. PM:21646555.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Cardiovascular Diseases. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General.8. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2014:944. Accessed at: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/index.htm.
6. United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Behavioral and pharmacologic treatments to help adults quit smoking: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Annals of Internal Medicine. 2015;163(8):I-40-.
7. Hughes JR. A quantitative estimate of the clinical significance of treating tobacco dependence. Am J Prev Med. 2010;39(3):285-6. PM:20709263.
8. CAN-ADAPTT. Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Toronto, Canada: Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. 2011. www.can-adaptt.net.
9. Larzelere MM, Williams DE. Promoting smoking cessation. Am Fam Physician. 2012;85(6):591-8. PM:22534270.
10. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2010(11):CD004492. PM:21069681.
11. Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016(5):CD006103. PM:27158893.

12. Krupski L, Cummings KM, Hyland A, Carlin-Menter S, Toll BA, Mahoney MC. Nicotine replacement therapy distribution to light daily smokers calling a quitline. Nicotine Tob Res. 2013;15(9):1572-7. PM:23482718.

13. Ebbert JO, Croghan IT, Hurt RT, Schroeder DR, Hays JT. Varenicline for Smoking Cessation in Light Smokers. Nicotine Tob Res. 2016;18(10):2031-5. PM:27117285.

14. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014(1):CD000031. PM:24402784.

15. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2013(5):CD009329. PM:23728690.

16. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017(3). PM:CD001292.

17. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2015(3):CD006936. PM:25726920.

18. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(3). PM:CD008286.

19. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015(10). PM:CD009670.

20. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014(1):CD000009. PM:24459016.

21. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2010(10):CD001008. PM:20927723.

22. Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L, Eisenberg MJ. Alternative Smoking Cessation Aids: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. The American Journal of Medicine.125(6):576-84.

23. Carmody TP, Duncan CL, Solkowitz SN, Huggins J, Simon JA. Hypnosis for Smoking Relapse Prevention: A Randomized Trial. Am J Clin Hypn. 2017;60(2):159-71. PM:28891777.

24. Ussher MH, Taylor AH, Faulkner GEJ. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014(8). PM:CD002295.

25. Faulkner G, Hsin A, Zeglen L. Evaluation of the Run to Quit Program. Final Report. Toronto, ON: University of Toronto, Faculty of Kinesiology & Physical Education, Funded by the Canadian Cancer Society. 2016.

26. Brain K, Carter B, Lifford KJ, et al. Impact of low-dose CT screening on smoking cessation among high-risk participants in the UK Lung Cancer Screening Trial. Thorax. 2017;72(10):912-8. PM:28710339.

27. Evins AE, Cather C, Laffer A. Treatment of Tobacco Use Disorders in Smokers with Serious Mental Illness: Toward Clinical Best Practices. Harvard review of psychiatry. 2015;23(2):90-8. PM:PMC4460830.

28. Callaghan RC, Veldhuizen S, Jeysingh T, et al. Patterns of tobacco-related mortality among individuals diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, or depression. J Psychiatr Res. 2014;48(1):102-10. PM:24139811.

29. Thomas KH, Martin RM, Knipe DW, Higgins JP, Gunnell D. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2015;350:h1109. PM:25767129.

30. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet. 2016;387(10037):2507-20. PM:27116918.

31. Bar-Zeev Y, Lim LL, Bonevski B, Gruppetta M, Gould GS. Nicotine replacement therapy for smoking cessation during pregnancy. Med J Aust. 2018;208(1):46-51. PM:29320660.

32. Hendrick V, Suri R, Gitlin MJ, Ortiz-Portillo E. Bupropion Use During Pregnancy: A Systematic Review. Prim Care Companion CNS Disord. 2017;19(5). PM:28973846.

33. Turner E, Jones M, Vaz LR, Coleman T. Systematic Review and Meta-Analysis to Assess the Safety of Bupropion and Varenicline in Pregnancy. Nicotine & Tobacco Research. 2018:nty055-nty.

34. Cressman AM, Pupco A, Kim E, Koren G, Bozzo P. Smoking cessation therapy during pregnancy. Can Fam Physician. 2012;58(5):525-7. PM:22586193.

35. Nijjar G. Smoking Cessation Pharmacotherapy: Special Populations Pearls. Cardiovascular Disease. Jensen K, Burgess J, Appel S, College of Pharmacy & Nutrition University of Saskatchewan. medSask, YOUR MEDICATION INFORMATION SERVICE,. January 2015. www.medsask.usask.ca.

36. Harris KK, Zopey M, Friedman TC. Metabolic effects of smoking cessation. Nat Rev Endocrinol. 2016;12(5):299-308. PM:26939981.

37. Tian J, Venn A, Otahal P, Gall S. The association between quitting smoking and weight gain: a systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Obes Rev. 2015;16(10):883-901. PM:26114839.

38. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012(1). PM:CD006219.

39. Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. Addiction. 2007;102(4):534-43. PM:17286639.

40. Haasova M, Warren FC, Ussher M, et al. The acute effects of physical activity on cigarette cravings: systematic review and meta-analysis with individual participant data. Addiction. 2013;108(1):26-37. PM:22861822.

41. Rodu B, Godshall WT. Tobacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers. Harm Reduct J. 2006;3:37. PM:17184539.

42. Lindson-Hawley N, Hartmann-Boyce J, Fanshawe TR, Begh R, Farley A, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. Cochrane Database Syst Rev. 2016;10:CD005231. PM:27734465.

43. Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health Effects of Light and Intermittent Smoking: A Review. Circulation. 2010;121(13):1518-22. PM:PMC2865193.

44. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang JL, Milenkovic D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. BMJ. 2018;360:j5855. PM:29367388.

45. Milko T. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. Geneva, CH: WHO Press; 2014. Accessed at: www.who.int/tobacco/en.

46. Patients Not Ready To Make A Quit Attempt Now (The "5 Rs"). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). December, 2012. https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/5rs.html.

47. Wu L, Sun S, He Y, Zeng J. Effect of Smoking Reduction Therapy on Smoking Cessation for Smokers without an Intention to Quit: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(9):10235-53. PM:26308034.

48. Bhatnagar A, Whitsel LP, Ribisl KM, et al. Electronic cigarettes: a policy statement from the American Heart Association. Circulation. 2014;130(16):1418-36. PM:25156991.

49. Heart & Stroke. E-cigarettes in Canada. 2016. http://www.heartandstroke.ca/heart-and-stroke-position-statements.

50. Kalkhoran S, Alvarado N, Vijayaraghavan M, Lum PJ, Yuan P, Satterfield JM. Patterns of and reasons for electronic cigarette use in primary care patients. Journal of General Internal Medicine. 2017.

51. Reid JL, Rynard VL, Czoli CD, Hammond D. Who is using e-cigarettes in Canada? Nationally representative data on the prevalence of e-cigarette use among Canadians. Prev Med. 2015;81:180-3. PM:26348453.

52. McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. Cochrane Database Syst Rev. 2014(12):CD010216. PM:25515689.

53. Grana R, Benowitz N, Glantz SA. E-cigarettes: a scientific review. Circulation. 2014;129(19):1972-86. PM:24821826.

54. Shiplo S, Czoli CD, Hammond D. E-cigarette use in Canada: prevalence and patterns of use in a regulated market. BMJ Open. 2015;5(8).

55. Filippidis FT, Laverty AA, Gerovasili V, Vardavas CI. Two-year trends and predictors of e-cigarette use in 27 European Union member states. Tobacco Control. 2017;26(1):98-104.

56. Lempert LK, Grana R, Glantz SA. The importance of product definitions in US e-cigarette laws and regulations. Tobacco Control. 2016;25(e1):e44-e51.

57. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. Respiratory medicine. 2016;4(2):116-28. PM:PMC4752870.

58. Huerta TR, Walker DM, Mullen D, Johnson TJ, Ford EW. Trends in E-Cigarette Awareness and Perceived Harmfulness in the U.S. Am J Prev Med. 2017;52(3):339-46. PM:27890516.

59. Majeed BA, Weaver SR, Gregory KR, et al. Changing Perceptions of Harm of E-Cigarettes Among U.S. Adults, 2012-2015. Am J Prev Med. 2017;52(3):331-8. PM:28341303.

60. Czoli CD, Hammond D, White CM. Electronic cigarettes in Canada: prevalence of use and perceptions among youth and young adults. Can J Public Health. 2014;105(2):e97-e102. PM:24886856.

61. Hammond D, Reid JL, Cole AG, Leatherdale ST. Electronic cigarette use and smoking initiation among youth: a longitudinal cohort study. CMAJ. 2017;189(43):E1328-E36. PM:29084759.

62. Nickels AS, Warner DO, Jenkins SM, Tilburt J, Hays JT. Beliefs, Practices, and Self-efficacy of US Physicians Regarding Smoking Cessation and Electronic Cigarettes: A National Survey. Nicotine & Tobacco Research. 2017;19(2):197-207.

63. (USPTF) UPSTF. Final Recommendation Statement: Tobacco smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: Behavioral and Pharmacotherapy Interventions. . U.S. Preventive Servvices Task Force. 2016. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org.

64. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016;9:CD010216. PM:27622384.

65. National Academies of Sciences E, and Medicine. Public Health Consequences of E-Cigarettes. Stratton K, Kwan LY, Eaton DL, Washington, DC: The National Academies Press. 2018. www.nap.edu.

66. Zulkifli A, Abidin EZ, Abidin NZ, et al. Electronic cigarettes: a systematic review of available studies on health risk assessment. Rev Environ Health. 2016. PM:27101543.

67. Glasser AM, Collins L, Pearson JL, et al. Overview of Electronic Nicotine Delivery Systems: A Systematic Review. Am J Prev Med. 2017;52(2):e33-e66. PM:27914771.

68. Lee MS, LeBouf RF, Son YS, Koutrakis P, Christiani DC. Nicotine, aerosol particles, carbonyls and volatile organic compounds in tobacco- and menthol-flavored e-cigarettes. Environ Health. 2017;16(1):42. PM:28449666.

69. Hess I, Lachireddy K, Capon A. A systematic review of the health risks from passive exposure to electronic cigarette vapour. Public Health Research & Practice.

70. Zhu S-H, Sun JY, Bonnevie E, et al. Four hundred and sixty brands of e-cigarettes and counting: implications for product regulation. Tobacco Control. 2014;23(suppl 3):iii3-iii9.

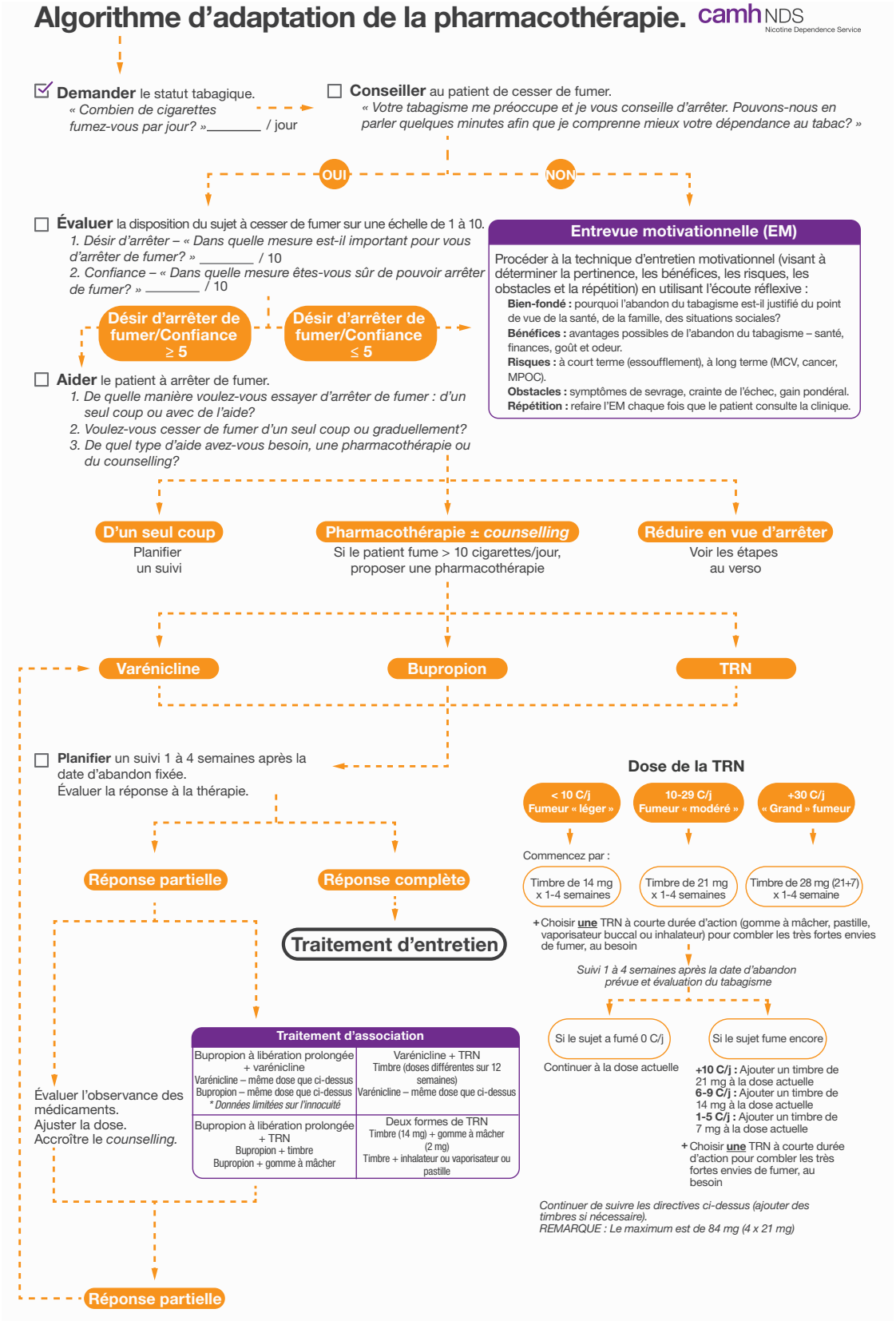
71. Fewtrell J. E-Cigarette Fire Risks and Reported Incidents. NSW (New South Wales) State Government, Fire & Rescue (FRNSW). 30 Jan 2015. D15/9073:

72. Kumetz EA, Hurst ND, Cudnik RJ, Rudinsky SL. Electronic cigarette explosion injuries. The American Journal of Emergency Medicine. 2016;34(11):2252. e1-.e3.

73. Papadakis S, McDonald P, Mullen K-A, Reid R, Skulsky K, Pipe A. Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: A systematic review and meta-analysis. Preventive Medicine. 2010;51(3):199-213.

ANNEXE 1. Algorithme d'adaptation de la pharmacothérapie aux soins primaires

Remarque : Vous trouverez de l'information sur la stratégie « Réduire en vue d'arrêter » à l'annexe 2.



Source : Avec l'autorisation de CAN-ADAPTT. Lignes directrices canadiennes de pratique clinique en matière d'abandon du tabagisme. Toronto, Canada : Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique. (CAN-ADAPTT), Centre de toxicomanie et de santé mentale. 2017. https://www.nicotinedependenceclinic.com/Francais/CANADAPTT/Pages/Home.aspx

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. Réduction des méfaits chez les patients qui ne sont pas prêts à cesser de fumer

Objectif du traitement	Réduction des méfaits par la réduction de la consommation	
	Étapes habituelles	***Suivi***
Réduire en vue d'arrêter	Passer en revue les antécédents de tabagisme détaillés, s'enquérir des habitudes quotidiennes de tabagisme (c.-à-d., dans les 30 minutes suivant le réveil) à chaque visite. Directives écrites concernant la pharmacothérapie, à commencer 2 à 4 semaines avant la date d'abandon prévue. Fixer une date d'abandon dans les quatre semaines suivantes. Se concentrer sur la résolution de problèmes, fixer des objectifs de réduction : p. ex., ≥ 25 % la 1re semaine; ≥ 50 % la 2e semaine; ≥ 75 % avant la date d'abandon prévue. Discuter des obstacles, des embûches et des stratégies d'adaptation précises, p. ex., augmenter l'intervalle entre chaque cigarette, et déterminer les moments où il sera le plus facile et le plus difficile d'appliquer la stratégie. Orienter le sujet vers des ressources de soutien, p. ex., *counselling* (en personne ou en groupe). Documents axés sur l'auto-assistance Rappeler au patient de prendre un rendez-vous de suivi 1 à 2 semaines après la date d'abandon.	Évaluer le statut du tabagisme. Féliciter les sujets qui ont arrêté de fumer. S'enquérir des effets indésirables. Encourager le maintien de la pharmacothérapie. Reconnaître les déclencheurs et s'enquérir de l'efficacité des stratégies d'adaptation. En cas de rechute : en établir les raisons et les objectifs thérapeutiques.
Réduction de la consommation seulement (pas d'intention immédiate d'arrêter)	Orienter le patient vers des ressources de soutien, p. ex., *counselling* (en personne ou en groupe). Documents axés sur l'auto-assistance Expliquer le rôle de la pharmacothérapie dans la réduction du tabagisme. Encourager le patient à fixer un objectif de réduction (p. ex., de 50 %) OU à réduire son tabagisme autant que possible. Lui recommander deux techniques courantes : • Augmenter l'intervalle entre deux cigarettes. • Classer les moments de la journée où il ne doit pas fumer, du plus facile au plus difficile; sauter méthodiquement une cigarette chaque jour en allant du plus facile au plus difficile.	Demander au patient s'il veut arrêter; si son intention a changé (c.-à-d., s'il envisage de cesser de fumer), suivre les étapes de la stratégie « ***Réduire en vue d'arrêter*** » présentées ci-dessus.
Pas enclin à fumer moins ou à arrêter de fumer	Recourir à la technique d'entretien motivationnel (visant à déterminer la pertinence, les bénéfices, les risques, les obstacles et la répétition) [preuves de niveau élevé].	Évaluer le statut du tabagisme. Féliciter les sujets qui ont arrêté de fumer.

Sources :

1) Reid RD, Pritchard G, Walker K, Aitken D, Mullen KA, Pipe AL. Managing smoking cessation. CMAJ. 2016;188(17-18:E484-E92. PM:27698200;

2) Larzelere MM, Williams DE. Promoting smoking cessation. Am Fam Physician. 2012;85(6):591-8. PM:22534270

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

Août 2018

ANNEXE 3. Efficacité de la pharmacothérapie aux fins de l'abandon du tabagisme

Traitement	*Efficacité*	*Prescription/ajustement de la dose*	*Contre-indications (CI)*	*Effets indésirables (EI)*	*Commentaires*
Timbre ***Timbres de 7, 14, 21 mg/jour***	RIB = ~15 pour l'abstinence à 6 mois avec la monothérapie[15]	Commencer 1-4 semaines avant la date prévue d'abandon du tabagisme peut favoriser la réussite. Taux maximal après 6-12 heures. Appliquer un nouveau timbre chaque matin. ≥ **10 cigarettes/jour** 21 mg/jour pendant 6 semaines; 14 mg/jour pendant 2 semaines; 7 mg/jour pendant 2 semaines **< 10 cigarettes/jour OU < 45 kg et/ou maladie coronarienne** 14 mg/jour pendant 6 semaines; 7 mg/jour pendant 2 semaines	Hypersensibilité aux ingrédients Eczéma	Irritations cutanées (32 %) : peuvent être atténuées en laissant l'alcool présent sur la pellicule adhésive s'évaporer pendant 60 secondes avant de l'appliquer sur la peau. Céphalée, 20 %. Insomnie/cauchemars s'il est porté la nuit.	**Dépendance grave :** envisager une dose élevée (> 21 mg/j). **Grossesse :** appliquer pendant 16 heures/jour pour réduire l'exposition du fœtus. Peut être utilisé au besoin.
Gomme à mâcher ***2, 4 g***	Pendant ≥ 6 mois, RR : 0,99 (0,68-1,43)[12]	~1 morceau/h au besoin jusqu'à un max. de 20-24 morceaux Moy. : 10-16/jour Le café et les boissons acides affectent l'absorption. (min. de 15 min d'intervalle) Diminution graduelle adaptée au patient	Problèmes dentaires; syndrome de l'articulation temporomandibulaire; envisager le timbre pour les patients exposés à un risque cardiaque accru.	Toux, irritation à la gorge (légère), nausée/dyspepsie.	Après la mastication, 50 % de la nicotine reste dans les gencives. Recommander la méthode dite « mâcher et poser » : placer la gomme entre la joue et la gencive pendant une minute, puis recommencer à mâcher pour que la nicotine soit rapidement absorbée par la muqueuse buccale. **Grossesse :** peut être privilégiée comme une source de nicotine sur demande plutôt que constante (timbre).
Pastille ***1, 2, 4 mg;*** ***mini-pastille de 4 mg***	Pendant ≥ 6 mois RR : 1,36 (1,17-1,59)[12]	Maximum : 15 pastilles de 2 mg en 24 heures Grands fumeurs : 4 mg; fumeur léger : 2 mg Pastille de 2 mg = gomme à mâcher de 4 mg Personnaliser la dose – calendrier souple Taux maximal après 30 minutes 1 pastille Toutes les 1-2 h pendant 6 semaines; Toutes les 1-4 h pendant 3 semaines; Toutes les 4-8 h pendant 3 semaines; Personnaliser la dose : forte envie au réveil (dans les 30 min) – pastille de 4 mg; 2 mg pour les autres fois	Déconseillée pour les patients présentant un risque accru d'événements cardiaques – envisager le timbre. **NE PAS** mâcher ou avaler	Sensibilité (gencives, dents, gorge); hoquet, brûlures d'estomac/indigestion. Peut retarder le gain pondéral.	Pas d'aliments ni de boisson dans les 15 minutes suivant l'utilisation ou lorsque la gomme est dans la bouche.
Inhalateur ***4 mg (en cartouche de 10 mg)*** ***Vaporisation nasale*** ***Vaporisation de 1 mg***		Le calendrier peut être flexible. 10 inhalations = 1 inhalation de cigarette Absorption maximale après des inhalations fréquentes, continues, brèves Inhalateur : 6-16 (max.) cartouches/jour; Vaporisateur : une dose = 2 x 0,5 mg (par narine); maximum de 5 doses/heure (40 par jour) Diminution graduelle adaptée au patient 6-16 cartouches/jour pendant 12 semaines; diminuer graduellement au cours des 6 à 12 semaines suivantes.	Déconseillé pour les patients présentant un risque accru d'événements cardiaques – envisager le timbre.		Absorption rapide par la muqueuse buccale en cas de fortes envies. Sur ordonnance. Une fois troué, l'inhalateur est fonctionnel pendant 24 heures.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 3. Efficacité de la pharmacothérapie aux fins de l'abandon du tabagisme (suite)

Traitement	*Efficacité*	*Prescription/ajustement de la dose*	*Contre-indications (CI)*	*Effets indésirables (EI)*	*Commentaires*
Bupropion 150, 300 mg XL (une fois par jour) 150 mg à libération prolongée 2 f.p.j.	RIB = ~11 pour l'abstinence à 6 mois[14]	Début lent (1-2 semaines) Commencer ≥ 1 sem. avant la date prévue d'abandon 150 mg à libération prolongée/jour pendant trois jours 150 mg à libération prolongée 2 f.p.j. pendant 7-12 semaines Attendre ≥ 8 heures entre les doses à libération prolongée (réduit le risque de convulsions)	Antécédents personnels ou familiaux de convulsions, risque accru de convulsions, traumatisme à la tête, patients prenant des IMAO (dans les 14 jours précédents).	Près de 30 % abandonnent ce traitement à cause des EI. Insomnie, agitation/tremblements (convulsion), nausées/vomissements; sécheresse buccale.	Utile pour la dépression légère non traitée (sert à traiter la dépression et le tabagisme). Peut être utile pour les troubles liés à la toxicomanie. Pas de risque accru d'événements CV chez les patients prenant des ISRS. Peut aider à endiguer le gain pondéral et les fringales après l'abandon.
Varénicline Comprimés de 0,5 et 1,0 mg	RR : 2,24 (2,06-2,43) Faible dose : RR : 2,08 (1,56-2,78)[2] RIB : 8, à 6 mois[2]	Commencer au moins 2 sem. avant la date prévue d'abandon À prendre avec de l'eau et des aliments 0,5 mg/j, les jours 1 à 3 0,5 mg 2 f.p.j. les jours 4 à 7 On peut augmenter la dose à 1 mg 2 f.p.j. pendant 12 semaines. Après 12 semaines, bien tolérée en cas d'utilisation à long terme[2]	Les antécédents psychiatriques ne sont pas une contre-indication à l'utilisation de la varénicline[17].	Nausée (30 %) : peut être prise en charge en baissant la dose à 0,5 mg 2 f.p.j.; problèmes de sommeil ou rêves anormaux (18 %); dysgueusie; moins d'EI entraînant l'abandon du traitement comparativement au bupropion. Les EI problématiques incluent le risque CV accru et l'insuffisance rénale au stade terminal. Si elle est utilisée avec : TRN – nausées accrues. Avec l'alcool : vulnérabilité accrue à l'intoxication et à l'amnésie.	Efficace pour la dépression stable.
Gélules de cytisine à 1,5 mg	RIB : ~7 vs placebo, RIB : 14 vs TRN à 6 mois	Jours 1-3 : 1 gélule toutes les 2 heures (MAX. 6 gélules/j) Jours 4-12 : 1 gélule toutes les 2,5 heures (MAX 5 gélules/j) Jours 13-16 : 1 gélule toutes les 3 heures (MAX. 4 gélules/j) Jours 17-20 : 1 gélule toutes les 5 heures (MAX. 3 gélules/j) Jours 21-25 : 1-2 gélules/j	L'hypertension, athérosclérose avancée, grossesse, allaitement.	Effets spontanément résolutifs : dyspepsie, nausée, insomnie.	Extrait de la plante *Cytisus laburnum*. Agoniste partiel des récepteurs nicotiniques. Excrété par voie rénale. En vente libre et vendue en ligne (~50 $ pour un traitement de 25 jours).
Pharmacothérapie d'association : ***TRN en timbre + TRN (applications différentes) :*** de 25 % à 30 % plus efficace à long terme qu'une monothérapie individuelle; pour les très fortes envies de fumer (surveiller régulièrement), RR : 1,34 (IC à 95 % : 1,18-1,51) ***TRN + bupropion :*** Effet léger mais significatif quant à l'abandon du tabagisme; aucune hausse des effets indésirables; corrélé avec une tendance vers la hausse de la tension artérielle (hypertension préexistante). Surveiller de près. RR de 1,23 (IC à 95 % : 0,67-2,26) ***TRN + varénicline :*** Plus efficace que la varénicline en monothérapie; pas d'augmentation des effets indésirables. Hausse significative du taux d'abstinence (32,4 %; RC : 1,62, IC à 95 % : 1,18-2,23) ***Varénicline + bupropion :*** Fait augmenter les taux d'abandon à court terme mais **non** à long terme, comparativement à la varénicline en monothérapie : RR : 1,52 (IC à 95 % : 1,22-1,88)					

Sources : 1) Reid RD, Pritchard G, Walker K, Aitken D, Mullen KA, Pipe AL. Managing smoking cessation. CMAJ. 2016;188(17-18):E484-E92; **2)** Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2016(5):CD006103; **3)** Lindson-Hawley N, Hartmann-Boyce J, Fanshawe TR, Begh R, Farley A, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. Cochrane Database Syst Rev. 2016;10:CD005231; **4**) Cahill K, Stevens S, Lancaster T. Pharmacological; treatments for smoking cessation. JAMA. 2014;311(2):193-4; **5)** Nijjar G. Smoking Cessation Pharmacotherapy: Special Populations Pearls. EDs: Jensen K, Burgess J, Appel S, College of Pharmacy & Nutrition University of Saskatchewan. medSask, YOUR MEDICATION INFORMATION SERVICE January 2015. www.medsask.usask.ca ; **6)** Larzelere MM, Williams DE. Promoting smoking cessation. Am Fam Physician. 2012;85(6):591-; **7)** Mills EJ, Thorlund K, Eapen S, Wu P, Prochaska JJ. Cardiovascular events associated with smoking cessation pharmacotherapies: a network meta-analysis. Circulation. 2014;129(1):28-41. PM:24323793; **8)** Thomas KH, Martin RM, Knipe DW, Higgins JP, Gunnell D. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2015;350:h1109. PM:25767129; **9)** Regier L, Jensen B, Chang W. Tobacco/Smoking Cessation: Pharmacotherapy It's never too late to quit. Taylor J, RXFiles. Saskatoon, SK: 2018. www.RxFiles.ca ; **10)** Chang P-H, Chiang C-H, Ho W-C, Wu P-Z, Tsai J-S, Guo F-R. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Public Health. 2015;15:689. PM:PMC4508997; **11)** Nicotine Replacement Therapy, Burpropion and Varenicline for Tobacco Cessation: A Review of Clinical Effectiveness. Canadian Agency for Drugs and Techonolgies in Health. 2016. Report # RC0747 www.cadth.ca; **12)** Ebbert JO, Elrashidi MY, Stead LF. Interventions for smokeless tobacco use cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2015(10):CD004306. PM:26501380.; **13)** Ebbert JO, Croghan IT, Hurt RT, Schroeder DR, Hays JT. Varenicline for Smoking Cessation in Light Smokers. Nicotine Tob Res. 2016;18(10):2031-5. PM:27117285; **14)** Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2014(1):CD000031. PM:24402784; **15)** Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11:CD000146. PM:23152200; **16)** Karnieg T, Wang X. Cytisine for smoking cessation. CMAJ. 2018;190(19):E596. PM:29759967; **17)** Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet. 2016;387(10037):2507-20. PM:27116918

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
Août 2018

FEUILLET D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS. N'hésitez pas à faire une copie de cette page

Abandon du tabagisme

Les bienfaits pour la santé se manifestent peu après avoir fumé votre dernière cigarette :

- En 20 minutes, votre tension artérielle diminue.
- En 8 heures, les taux de monoxyde de carbone dans votre sang atteignent une valeur normale.
- Après 24 heures, le risque de crise cardiaque commence à diminuer.
- Après 2 semaines à 9 mois, vous pouvez respirer plus facilement car l'air peut rentrer dans vos poumons en plus grande quantité.
- Après 1 an, le risque de crise cardiaque et d'AVC lié au tabagisme diminue de 50 %.
- Après 5 ans, le risque d'AVC est le même que celui d'un non-fumeur.
- Après 10 ans, le risque de succomber à un cancer du poumon diminue significativement.
- Après 15 ans, le risque de crise cardiaque est égal à celui d'un non-fumeur.

Que pouvez-vous faire pour cesser de fumer?

Même si vous savez que l'abandon du tabagisme sera bénéfique pour votre santé, il peut être difficile de cesser de fumer. Parlez à votre prestataire de soins primaires afin de savoir quelles options vous conviennent le plus. Les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN), les médicaments et le counselling sont autant de moyens de vous faciliter la tâche.

- ***Thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) :*** *Les TRN sont offertes en vente libre sous forme de timbres cutanés, de gommes à mâcher, de vaporisateurs nasaux, d'inhalateurs et de pastilles. Les TRN contiennent moins de nicotine que les cigarettes. Elles contribuent à réduire les fortes envies de nicotine et les symptômes de sevrage.*

- ***Médicaments :*** Le bupropion (marque Zyban) et la varénicline (marque Champix) sont des comprimés sur ordonnance ne contenant pas de nicotine mais qui se sont avérés utiles aux fins de l'abandon du tabagisme. Il faut commencer à prendre ces deux médicaments une semaine ou deux avant d'essayer d'arrêter de fumer. Il existe aussi un produit de santé naturelle appelé cytisine qui pourrait vous aider à cesser de fumer.

Quels sont les effets indésirables liés à l'abandon du tabagisme?

Votre organisme est accoutumé aux effets de la nicotine, c'est pourquoi vous présenterez des symptômes de sevrage lorsque vous ne fumerez plus. Les symptômes de sevrage varient selon les individus et peuvent comprendre l'irritabilité, la nervosité, la fébrilité ou de la somnolence. Vous pourriez avoir du mal à vous concentrer ou avoir plus faim que d'habitude. Ces symptômes sont généralement pires durant la première semaine qui suit l'arrêt de la consommation, mais il est important de comprendre qu'ils peuvent durer un mois ou plus. Demandez à votre prestataire de soins primaires de vous indiquer les moyens de prendre en charge ces symptômes.

Ressources en ligne

- La Société canadienne du cancer : https://www.smokershelpline.ca/fr-ca/home
  - Information destinée aux fumeurs, plans d'abandon, astuces pour ceux qui ont déjà cessé de fumer, information destinée aux jeunes adultes et application gratuite (Je te laisse - breakitoff.ca).
- Quit Now (en anglais) : www.quitnow.ca
  - Information concernant le calcul du coût du tabagisme, les effets du tabagisme sur le corps, forum en ligne, accompagnement, etc.
- Cheminer sans fumer : https://cheminersansfumer.org/
  - Soutien personnalisé et ressources pour arrêter de fumer offertes aux jeunes adultes de 18 à 29 ans de l'Ontario.
- Site Web de Santé Canada : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac.html
  - Guide pour les non-fumeurs en devenir, processus en cinq étapes, calculateur des dépenses liées au tabagisme et ressources destinées aux jeunes (Vie100Fumer).

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org