

ENSEMBLE, POUR UN AVENIR SANS FUMÉE!

Par **Frédéric Coussa**, B. Pharm., Clinicien associé UdeM
RQESR – 29 avril 2022

DIVULGATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS

► Conférences, formation médicale continue et modération

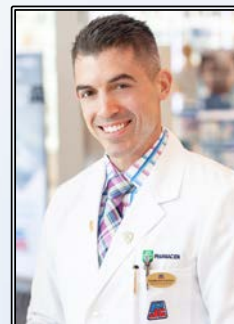
- ✓ Abbott, AbbVie, Astra Zeneca, Bio-K plus, Boehringer Ingelheim, Eli Lilly, GSK, Janssen, Johnson & Johnson, Logistik Pharma, mdBriefCase, Novartis, Pfizer, RQESR et Sodalis Solutions Pharma

► Comités consultatifs

- ✓ Abbvie, Abbott, Le Groupe Jean Coutu, Leo Pharma et Pfizer

► Pharmacien propriétaire

- ✓ Pharmacie affiliée au Groupe Jean Coutu, succursale #371, Quartier Dix30, Brossard (depuis février 2013)



QUESTION QUIZ!

Parmi les valeurs suivantes, laquelle représente le mieux le pourcentage de Canadiens de 12 ans et plus qui fument?

- a) 5 %
- b) 13 %
- c) 18 %
- d) 30 %



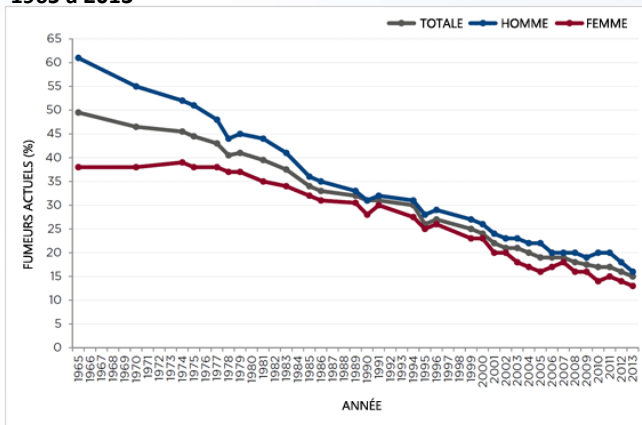
QUESTION QUIZ!

Parmi les valeurs suivantes, laquelle représente le mieux le pourcentage de Canadiens de 12 ans et plus qui fument?

- a) 5 %
- ✓ **b) 13 %**
- c) 18 %
- d) 30 %

Malgré les efforts fournis pour réduire le taux de tabagisme au Canada, près de 5 millions de Canadiens (12,9 % de la population) fument toujours, la plupart tous les jours.

Prévalence du tabagisme au Canada, adultes de 15 ans et plus, 1965 à 2013



Reid JL, Hammond D, Rynard VL, Burkhalter R. Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2015 Edition. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo. Accessible à : <http://www.tobaccoreport.ca>.
 Statistique Canada. Tableau 13-10-0096-01. Caractéristiques de la santé, estimations annuelles. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009601>.

CAS PATIENT : MONSIEUR ANTOINE



- ▶ M. Antoine, un homme de 68 ans, est atteint d'une **MPOC modérée à grave**.
 - Il se présente à la pharmacie suite à une consultation avec son médecin de famille, avec une nouvelle ordonnance pour un plan d'action en raison d'une **EAMPOC** (dyspnée et toux productive depuis plus de 72 heures).
 - À l'accueil, lors de la mise à jour du dossier, il confirme à notre ATP (*bien fièrement!*) qu'il est **toujours fumeur**.
- ▶ Au conseil, lors de la remise du nouveau traitement, il vous informe qu'il fume plus d'un paquet par jour et qu'il n'est pas motivé à arrêter pour le moment...
 - Que faites-vous?

QUELQUES STATISTIQUES FUMANTES...

La composition de la fumée du tabac :

- ▶ Plus de **7 000 substances chimiques!**
 - Monoxyde de carbone
 - Formaldéhyde
 - Arsenic
 - Ammoniac
 - Cyanure
- ▶ 50 substances chimiques reconnues pour causer le **cancer**
- ▶ 1 fumeur développe en moyenne **1 litre** de goudron par année sur ses poumons



Santé Canada. La fumée ambiante : impossible de l'éviter, 2005.
Benowitz. Annu Rev Pharmacol Toxicol 2009;49:57-51.

QUELQUES STATISTIQUES FUMANTES...

Les maladies reliées au tabac

- ▶ **85 % cancer du poumon**
 - 1^{re} cause décès parmi tous les cancers au Canada
- ▶ **85 % MPOC**
 - Emphysème, bronchite chronique et asthmatique, ↑ Sx respiratoires (toux, mucosité, sifflement, respiration difficile, etc.)
- ▶ **30 % tous les cancers**
 - Voies respiratoires, tube digestif supérieur (bouche, pharynx, larynx et œsophage), vessie, estomac, reins et pancréas, col de l'utérus et leucémie
- ▶ **25 à 30 % maladies cardiovasculaires**
 - Crises cardiaques, maladies coronariennes et AVC



1) Rehm J, Baliunas D, Brochu S et al. The cost of substance abuse in Canada. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse, 2006.
 2) Mackay J, Reiksen M, Shafey O. L'Atlas du tabac, deuxième édition, Société américaine de lutte contre le cancer. American Cancer Society; 2006.

QUELQUES STATISTIQUES FUMANTES...

Les effets indésirables du tabagisme

- | | |
|---|---|
| • Yeux : Dégénérescence maculaire, cataractes | • Estomac : Cancer, ulcères |
| • Cheveux : Perte de cheveux | • Pancréas : Cancer |
| • Peau : Vieillessement, rides, infection des plaies | • Vessie et reins : Cancer |
| • Cerveau : AVC | • Artères : Maladie vasculaire périphérique |
| • Bouche et pharynx : Cancer, gingivite | • Os : Ostéoporose |
| • Poumons : Cancer, MPOC, pneumonie | • Hommes : Dysfonction érectile |
| • Cœur : Coronaropathie | • Femmes : Cancer du col de l'utérus, ménopause précoce, règles irrégulières et douloureuses |



1) Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011. [Updated July 2014]. Accessible au : <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/smoking-cessation/>.
 2) The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, 2014 <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/>.

QUELQUES STATISTIQUES FUMANTES...

Bonne nouvelle!

Si vous décidez d'arrêter de fumer, la majorité des torts causés à votre organisme par la fumée de tabac s'estomperont et vous en retirerez de nombreux **bénéfices**!

Alors, **pourquoi continuer à fumer?**



LA DÉPENDANCE AU TABAGISME...

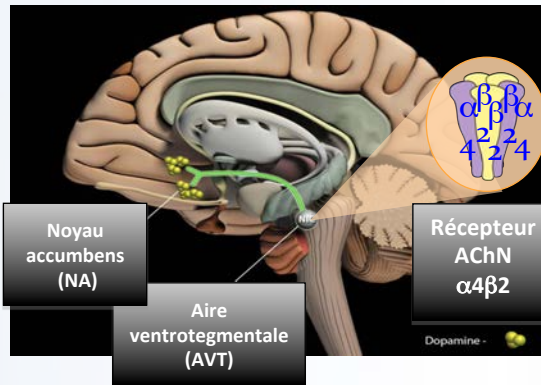
La dépendance, une maladie du cerveau?

- ▶ Fumer ≠ simplement un « choix » ni une « mauvaise habitude »
- ▶ Maladie **primaire et chronique**
 - Exposition chronique nicotine + autres produits chimiques → changements neuroadaptatifs
- ▶ 1 paquet/jour = geste main-bouche près de 90 000 fois/année
- ▶ 54,4 % consomment leur 1^{ère} cigarette < 30 minutes après leur éveil (forte dépendance)



Belsky DW, Moffitt TE, Baker TB, et al. Polygenic risk and the developmental progression to heavy, persistent smoking and nicotine dependence: Evidence from a 4-decade longitudinal study. JAMA Psychiatry 2013;70(5):534-542.

LA DÉPENDANCE AU TABAGISME...



- ▶ **Nicotine** → principale substance responsable de la dépendance au tabac
- ▶ Atteinte rapide du SNC (10 à 16 sec.)
- ▶ **Récepteurs nicotiniques $\alpha 4\beta 2$** : responsable des propriétés gratifiantes de la nicotine
- ▶ La nicotine se compare à l'héroïne, les amphétamines, la cocaïne, etc.

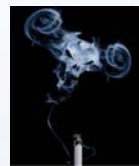
Exposition chronique à la nicotine = désensibilisation récepteurs + régulation à la hausse (effet compensatoire)

Santé Canada. Le tabagisme et votre corps : Dépendance et tabagisme. Accessible sur le site : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/body-corps/nicotine/addiction-dependance/index_f.html.

LA DÉPENDANCE AU TABAGISME...

Incapable d'arrêter, un manque de volonté?

- ▶ La majorité des fumeurs veulent cesser de fumer
 - En fait, près de la moitié d'entre eux font une tentative chaque année
- ▶ Selon un rapport paru récemment sur le tabagisme au Canada :
 - 2 fumeurs sur 3 ont réellement l'intention d'arrêter de fumer au cours des 6 prochains mois
 - Près de 30% des fumeurs envisagent d'arrêter au cours du prochain mois
- ▶ Un fumeur essaie d'arrêter en moyenne 5 à 7 fois avant d'y parvenir
 - Seulement 5 % réussissent à le faire sans aide



Les patients ont une perception favorable des professionnels de la santé qui leur posent des questions sur leur statut tabagique!

Reid JL, Hammond D, Rynard VL, Burkhalter R. Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2015 Edition. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo. Accessible à : <http://www.tobaccoreport.ca>.

OBSTACLES À L'ABANDON DU TABAGISME

Principaux obstacles pour le patient

- Trop tard pour retirer des bénéfices pour la santé...
- Peur de la prise de poids
- Plaisir de fumer!
- Dépendance à la nicotine
- L'habitude de fumer...
- Le manque de soutien et le manque d'accès aux ressources pour aider les fumeurs à renoncer au tabac
- Avoir tout essayé, rien ne fonctionne!
- Peur de trouver la vie ennuyante...
- Fumer pour gérer son stress
- Les milieux de vie pro-tabac
- L'acceptabilité du tabagisme sur les plans social ou culturel
- Mon grand-père n'en est pas mort!



Twyman L, Bonevski B, Paul C, et al. Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: a systematic review of the qualitative and quantitative literature. BMJ Open 2014;4(12).

OBSTACLES À L'ABANDON DU TABAGISME

Principaux obstacles pour le clinicien

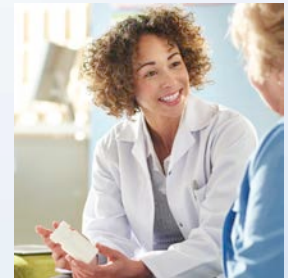
- ▶ Intervenir en cessation tabagique exige trop de temps
- ▶ Ne pas avoir l'expertise nécessaire concernant le renoncement au tabac
- ▶ Discuter de l'abandon du tabagisme est désagréable ou non-productif
- ▶ Se sentir découragé après avoir vécu certains échecs par le passé
- ▶ Entretenir de fausses croyances sur les médicaments pour cesser de fumer
- ▶ Convictions ou fausses croyances :
 - Le tabagisme : « C'est un choix de vie »
 - Les fumeurs : « Ils ne veulent pas cesser de fumer ou ils ne comprennent pas les risques »
 - Les interventions pour le sevrage tabagique : « Elles sont inefficaces »

Gollust SE, Schroeder SA, Warner KE. Helping smokers quit: understanding the barriers to utilization of smoking cessation services. Milbank Q 2008;86(4): 601-627.

OBSTACLES À L'ABANDON DU TABAGISME

Selon le rapport intitulé **Tobacco Use in Canada (2019)**, chez les fumeurs ayant consulté un professionnel de la santé (médecin, dentiste/hygiéniste dentaire ou pharmacien) :

- La recommandation d'arrêter de fumer provenait le plus souvent :
 - D'un médecin (56 %)
 - D'un dentiste/hygiéniste dentaire (31 %)
 - D'un pharmacien (12 %)
- Parmi les patients à qui l'on avait recommandé d'abandonner le tabagisme, l'aide pour cesser de fumer provenait le plus souvent :
 - D'un pharmacien (83 %)
 - D'un médecin (62 %)
 - D'un dentiste/hygiéniste (26 %)



Reid JL, Hammond D, Tariq U, Burkhalter R, Rynard VL, Douglas O. Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2019 Edition. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo.

COMMENT INTERVENIR EN CESSATION TABAGIQUE?

Prodiguer de « Très brefs conseils » ne prend que 30 secondes!

- ▶ Même si les conseils sont brefs et simples, ils augmentent la probabilité qu'un patient parvienne à cesser de fumer et qu'il demeure non-fumeur 12 mois plus tard
- ▶ Comparativement aux situations où les fumeurs ne recevaient aucun conseil, la probabilité d'arrêter de fumer était :
 - 24 % plus élevée si on leur donnait des conseils
 - 68 % plus élevée si on leur offrait des TRN
 - 217 % plus élevée si on leur offrait un soutien comportemental

On peut accroître de 3 à 6 fois les taux d'abandon grâce aux médicaments et à un soutien comportemental approprié!

1) Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011. [Updated July 2014]. Accessible au : <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/smoking-cessation/>.

2) CAN-ADAPTT Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Accessible au : <https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Guideline/Introduction.aspx>.

COMMENT INTERVENIR EN CESSATION TABAGIQUE?

Approche des « 3A »

TRÈS BRIEF CONSEILS SUR LE TABAGISME
30 secondes pour sauver une vie

DEMANDER

NOTER LE STATUT DU PATIENT EN MATIÈRE DE TABAGISME
Le patient est-il un fumeur, un ex-fumeur ou un non-fumeur?

CONSEILLER

LE PATIENT QUANT À LA MEILLEURE FAÇON DE CESSER DE FUMER
La meilleure façon de cesser de fumer est d'avoir recours à un médicament en association avec le soutien d'un spécialiste

AGIR

EN FONCTION DE LA RÉACTION DU PATIENT
Renforcer sa confiance, lui donner de l'information, le diriger vers des ressources et lui prescrire un médicament

LE DIRIGER VERS DES PROGRAMMES DE COUNSELING ANTITABAGIQUE, DES PROGRAMMES SUR INTERNET ET DES LIGNES TÉLÉPHONIQUES DE SOUTIEN, ET LUI PRESCRIRE UNE PHARMACOTHÉRAPIE

Very Brief Advice training module. National Centre for Smoking Cessation and Training. Accessible au : http://www.ncsct.co.uk/publication_very-brief-advice.php.

CAS PATIENT : MONSIEUR ANTOINE



- ▶ M. Antoine, un homme de 68 ans, est atteint d'une **MPOC modérée à grave**.
 - Après avoir terminé son traitement pour son EAMPOC, Antoine se présente de nouveau à la pharmacie pour une **consultation en cessation tabagique**.
 - Il vous avoue avoir discuté avec ses enfants de sa condition médicale et être prêt à discuter des options disponibles pour arrêter de fumer!
- ▶ Lors de la consultation, il vous informe avoir tenté à **2 reprises** d'arrêter de fumer au cours des 5 dernières années. Il vous demande s'il existe une **solution « miracle »** pour écraser pour de bon!
 - Que faites-vous?

Loi 31

Ajouts et modifications de plusieurs activités professionnelles à la **Loi sur la pharmacie** et les règlements en découlant

Ces changements permettent :

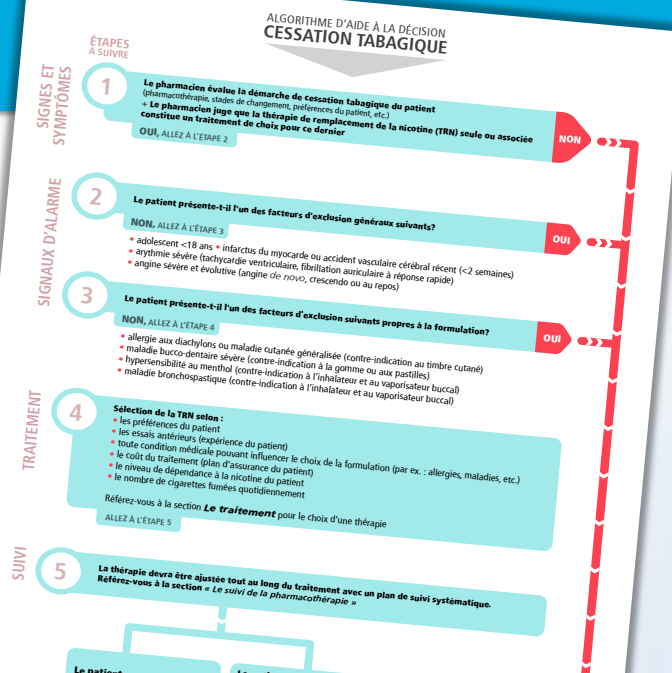
- De donner plus d'**autonomie** au pharmacien dans la prestation de soins pharmaceutiques au patient et de renforcer la collaboration interprofessionnelle;
- De prendre en charge davantage de conditions de santé mineures déjà diagnostiquées ou certaines situations (sans diagnostic);
 - **Possibilité de prescrire TOUS les agents de l'arsenal thérapeutique en cessation tabagique, notamment la varénicline et le bupropion SR;**
- D'optimiser l'usage des ressources en 1^{ère} ligne (par ex. la vaccination);
- De limiter le nombre de communication au médecin traitant (certaines situations précises ou si jugé nécessaire par le pharmacien).

** Adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 17 mars 2020.*

Loi 31



ABCPQ. « Algorithme d'aide à la décision. Cessation tabagique. » [PDF], février 2018, 10 pages. Accessible au : <http://loi41.com/fr/cessation-tabagique>.



ÉVALUER LE NIVEAU DE DÉPENDANCE

Quelles sont les questions clés à poser au patient?

Question 1

À quel moment fumez-vous votre première cigarette du jour?






Si < de 30 minutes après le réveil =
FORTE DÉPENDANCE

Question 2

Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

Si > 20 cigarettes =
FORTE DÉPENDANCE

QUANTITÉS DE NICOTINE DANS LES PRODUITS DU TABAC

PRODUIT		QUANTITÉ DE NICOTINE (MG)
Cigarette		1 à 2 mg ¹
Cigare		100 à 400 mg ¹
Petit cigare (cigarillo)		100 à 200 mg ²
Pipe		Varie en fonction de la quantité de tabac utilisée ³
Chicha/pipe à eau		La fumée inhalée durant 1 séance équivaut environ à 100 cigarettes ⁴

QUELQUES MOTS SUR LE SEVRAGE BRUTAL

« La plupart des fumeurs auront recours à la méthode du sevrage brutal. »

« Habituellement, sans l'aide ou le soutien d'un professionnel de la santé, moins de 2 % des fumeurs abandonnent le tabac et restent non-fumeurs durant un an. »

1) Sutherland, G. Smoking: Can we really make a difference? Heart; May 2003; 89, ii25 – ii27.

2) Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub4.

PHARMACOTHÉRAPIE

Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) :

- ▶ Timbres transdermiques (Nicoderm®, Habitrol®)
- ▶ Gommages (Nicorette®, Thrive®)
- ▶ Pastilles (Nicorette®, Thrive®)
- ▶ Inhalateur (Nicorette®)
- ▶ Vaporisateur (Nicorette®)

Produits non nicotiniques :

- ▶ Chlorhydrate de bupropion (Zyban®)
- ▶ Tartrate de varénicline (Champix®)



PHARMACOTHÉRAPIE

Medications for smoking cessation

Comparison	OR (95% CI)
NRT vs. Placebo	1.84 (1.71 – 1.99)
Bupropion vs. Placebo	1.85 (1.63 – 2.10)
Varenicline vs. Placebo	2.89 (2.40 – 3.48)
NRT + NRT vs. Placebo	2.73 (2.07 – 3.65)
NRT + NRT vs. NRT	1.34 (1.01 – 1.80)
Bupropion + NRT vs. Bupropion	1.24 (1.06 – 1.45)
Varenicline + NRT vs. Varenicline	1.62 (1.18 – 2.23)

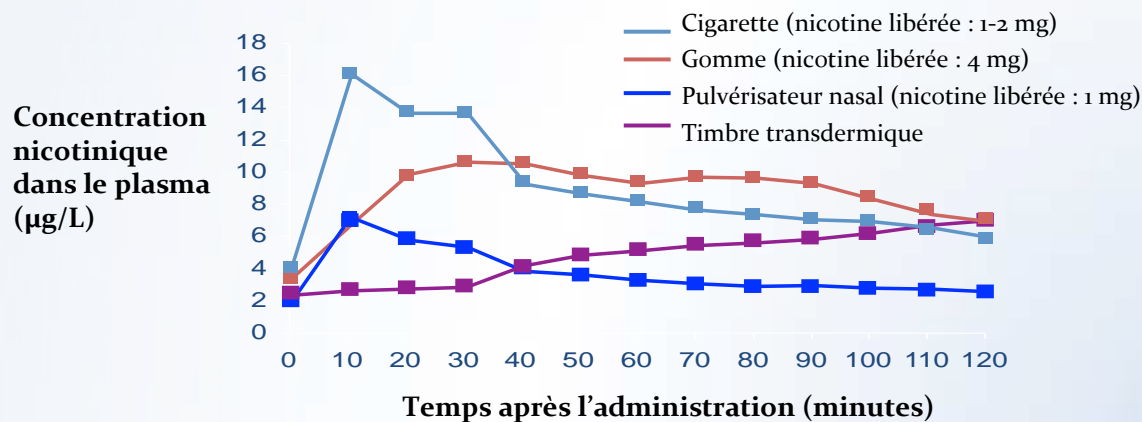
Timing of visits and follow-up

Treatment goal	Initial visit	Follow-up
Quit abruptly on TQD	-4 weeks	Weeks 1, 4, 8, 12
Reduce to quit on TQD	-4 weeks, -1 week	Weeks 1, 4, 8, 12
Reduce amount smoked		Weeks 4 and 26
Not interested in quitting or reducing		Re-assess in 6 months

Gérer la Cessation Tabagique; ne laisser personne derrière. Robert Reid MD, PhD, MBA, Ottawa General, Ottawa

THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE (TRN)

Nicotine libérée par la cigarette vs les TRN



Sweeney CT et al. Combination nicotine replacement therapy for smoking cessation: rationale, efficacy and tolerability. CNS Drugs 2001;15:453-467.

TECHNIQUE « RÉDUIRE POUR ARRÊTER »

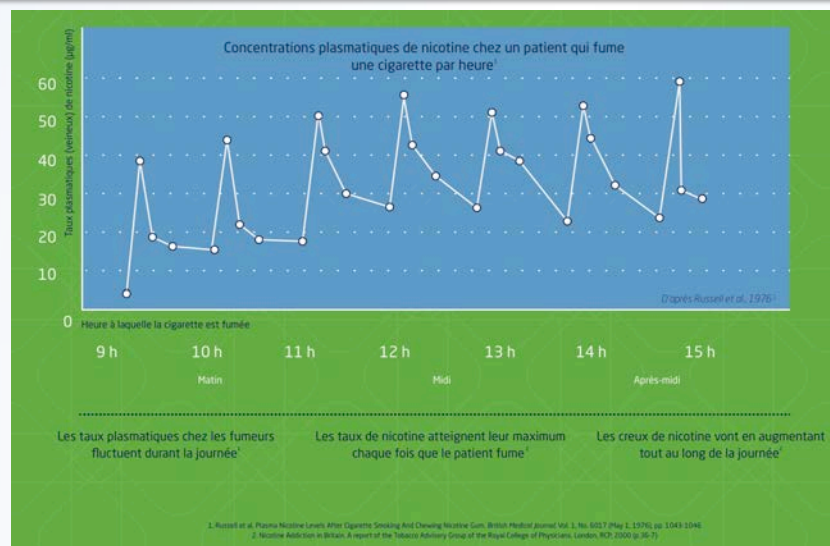
Chez quels patients cette approche est-elle à privilégier?

- ▶ **Fumeurs incapables de renoncer complètement au tabac ou réticents :**
 - Proposer la réduction du nombre de cigarettes fumées comme option
 - Un médicament pour cesser de fumer peut être prescrit pour aider le patient à réduire la quantité de cigarettes qu'il fume, comme approche progressive d'abandon du tabagisme
- ▶ **Diminution du tabagisme lourd (≥ 15 cigarettes/jour)**
 - Peut réduire le risque de cancer du poumon
 - Mais, n'abaisse pas le risque d'infarctus du myocarde, d'hospitalisation pour la MPOC ou de mortalité toutes causes comparativement aux habitudes de tabagisme inchangées chez les grands fumeurs
- ▶ Par conséquent, on peut considérer la réduction tabagique comme une mesure **temporaire** chez les fumeurs qui ne sont pas prêts à cesser de fumer complètement

1) Smoking cessation. Accessible au : <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/411/follow-up.html/>

2) Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004;99(1):29-38.

LE POINT SUR L'EXPOSITION QUOTIDIENNE À LA NICOTINE



SOLUTION → TRAITEMENT D'ASSOCIATION!

La monothérapie ne remplace pas toujours adéquatement les concentrations de nicotine dans le sang du fumeur¹



Le traitement d'association fait augmenter les taux de nicotine lorsque le patient ressent des envies de fumer intenses¹

SOLUTION → TRAITEMENT D'ASSOCIATION!

Algorithme d'aide à la décision ABCPQ – mise à jour février 2018

Résumé des choix de thérapie (les informations détaillées pour chacune des options figurent dans les tableaux suivants)

Thérapie combinée	Option A — thérapie combinée	TRN longue action (timbres)
		Posologie : 7 à 21 mg (ad 42 mg)/16-24 hres Durée de traitement : 8 à 12 semaines + Une TRN à courte durée d'action : gommes : 1 gomme PRN pour 8 à 12 semaines OU pastilles : 1 pastille PRN pour 8 à 12 semaines OU inhalateur : 1 cartouche PRN pour 8 à 12 semaines OU vaporisateur buccal : 1-2 vaporisation PRN pour 8 à 12 semaines OU Combinaison de plusieurs formulations à courte action selon la préférence du patient

ABCPQ. « Algorithme d'aide à la décision. Cessation tabagique. » [PDF], février 2018, 10 pages. Accessible au : <http://loi41.com/fr/cessation-tabagique>.

SOLUTION → TRAITEMENT D'ASSOCIATION!

Algorithme d'aide à la décision ABCPQ – mise à jour février 2018

Option A : thérapie combinée	
Précisions <ul style="list-style-type: none"> Il n'existe pas de règle claire afin de déterminer la dose quotidienne de TRN à courte durée d'action lorsque celle-ci est combinée avec un timbre. Il est préférable selon les experts de laisser le fumeur ajuster la TRN courte action selon ses besoins. Dans ce contexte, la TRN à courte durée d'action devrait être utilisée comme traitement d'appoint lorsque le patient ressent des symptômes de sevrage plus intenses ou pour permettre de se rapprocher du nombre de mg de nicotine que le patient obtenait en fumant. Dans un contexte de thérapie combinée, les gommes et une marque de pastilles sont remboursées par la RAMQ pour une période maximale de 12 semaines consécutives de traitement, à compter de la date d'introduction d'une première TRN, qu'elle ait commencé avec les timbres, les gommes ou les deux. 	
Exemple Fumeur de 35 cigarettes par jour, 3 ^e tentative d'arrêt, mais première tentative avec soutien pharmacologique. Le patient possède une assurance privée.	
Un timbre de 21 mg/24h + 1 vaporisation du vaporisateur buccal PRN	x 4 à 6 semaines
Diminuer graduellement les timbres (14, puis 7 mg) et le nombre de vaporisations requises en PRN	x 4 à 6 semaines

ABCPQ. « Algorithme d'aide à la décision. Cessation tabagique. » [PDF], février 2018, 10 pages. Accessible au : <http://loi41.com/fr/cessation-tabagique>.

CONSEILS AU PATIENT



Quelles sont les étapes pour arrêter de fumer?

1. Se fixer une date pour arrêter complètement → « Technique du calendrier »
2. Se renseigner auprès d'un professionnel de la santé ou un intervenant en cessation tabagique :
 - Stratégie appropriée selon les habitudes de consommation du tabac, la condition de santé et les précédentes tentatives en arrêt tabagique (s'il y a lieu)
3. Éviter la technique du « **sevrage brutal** »
 - Chez les fumeurs incapables de cesser complètement ou réticents → « **Réduire pour arrêter** »
4. Ne pas hésiter à en parler avec nos proches
 - Aller chercher le support des gens autour de nous (famille, amis, collègues, etc.).
5. Entreprendre la stratégie recommandée, respecter le régime posologique et la durée de traitement et demeurer abstinent à long terme!
6. Ne pas oublier qu'un patient ex-fumeur est toujours à **risque de rechute**... idéalement, savoir s'y préparer dès le départ!

CONSEILS AU PATIENT



Symptômes de sevrage à la nicotine

- ▶ **Symptômes physiques :**
 - Toux et congestion, mal de gorge, appétit augmenté, sudation, tremblements, céphalées, étourdissements, constipation
- ▶ **Symptômes psychologiques :**
 - Irritabilité, colère, agitation, difficulté de concentration, insomnie, anxiété
- ▶ Si antécédents de **dépression majeure récurrente** + forte dépendance à la nicotine :
 - Privilégier la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) visant spécifiquement l'humeur dépressive au lieu de la TCC standard

1) Roy JP. La neurobiologie de la dépendance à la nicotine. Actualité Médicale 2001; 22(5) : 32-3.

2) Brown RA, Kahler CW, Niaura R, et al. Cognitive-behavioral treatment for depression in smoking cessation. J Consult Clin Psychol 2001;69(3):471-480.

CONSEILS AU PATIENT

Comment gérer les rechutes?

- ▶ Les tentatives d'abandon du tabagisme sont associées à un **risque élevé** de rechute
 - Sommet 1 à 2 sem. après le début d'une tentative de renoncement au tabac
 - Soutien adéquat au fumeur, tout particulièrement pendant cette période
- ▶ Les tentatives infructueuses pour arrêter de fumer ne doivent pas être perçues comme des échecs, mais **plutôt comme des apprentissages!**
- ▶ On doit rappeler aux fumeurs qui n'ont pas réussi à abandonner le tabagisme que la plupart des gens font de multiples tentatives avant de réussir
- ▶ On doit analyser les circonstances de la rechute et essayer de **nouvelles stratégies**, notamment en changeant de médicament ou en ajoutant un autre médicament

1) Smoking cessation. Accessible au : <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/411/follow-up.html/>

2) Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction 2004;99(1):29-38.

CONSEILS AU PATIENT

Stratégies visant à faire face aux envies de fumer

- ▶ **Retarder :**
 - En cas d'envie irrésistible de fumer, se distraire en trouvant autre chose à faire (p. ex., parler à quelqu'un, aller marcher ou effectuer une tâche)
- ▶ **Éviter :**
 - Réduire/éliminer l'exposition à des personnes/situations qui encouragent le tabagisme ou qui peuvent diminuer les chances de réussir à cesser de fumer
- ▶ **Substituer :**
 - Remplacer la cigarette par autre chose, p. ex., s'adonner à un passe-temps ou faire de l'activité physique
 - Les personnes qui ressentent le besoin de porter quelque chose à la bouche peuvent mâcher de la gomme ou même mâchouiller une paille. Elles peuvent aussi se brosser les dents plusieurs fois par jour, parce que la saveur du dentifrice peut donner mauvais goût aux cigarettes



1) Smoking cessation. Accessible au : <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/411/follow-up.html/>

2) Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004;99(1):29-38.

RESSOURCES DISPONIBLES « PATIENTS »

- ▶ **Ligne téléphonique : 1 866 jarrête (527-7383)**
 - Spécialistes en arrêt tabagique utilisent des méthodes d'intervention éprouvées et répondent aux appels
 - Aide sur mesure et confidentialité
- ▶ **Site Internet : quebecsanstabac.ca ou defitabac.qc.ca**
 - Démarche individualisée pour chacun des internautes
 - Base de données sophistiquée → conserve en mémoire les particularités et les étapes franchies par chaque utilisateur
- ▶ **Centre d'abandon du tabagisme (CAT)**
 - Réseau de près de 150 centres d'abandon du tabagisme (Québec)
 - Rencontre avec des professionnels de la santé en CLSC
 - Programmes d'aide individuelle et programmes de groupe
 - Confidentialité



RESSOURCES DISPONIBLES « PATIENTS »



RESSOURCES DISPONIBLES « PROFESSIONNELS »

- ▶ **Algorithme, pharmacothérapie pour l'abandon tabagique – Pharmaciens canadiens** (Ontario Pharmacists Association) www.psfcnetwork.com
- ▶ ABCPQ. « Algorithme d'aide à la décision. Cessation tabagique. »
- ▶ CAN-ADAPTT smoking cessation guideline
- ▶ Brochure « Arrêter de fumer, prenez le contrôle » (Acti-menu) www.actimenu.ca
- ▶ Brochure « Cette fois-ci pourrait bien être la bonne » www.jecrasepourdebon.ca
- ▶ Guide « Bien manger et être actif » www.cancer.ca
- ▶ National Centre for Smoking Cessation and Training (UK): Very Brief Advice training module
- ▶ The Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health (TEACH) Project
- ▶ Clinical Tobacco Intervention Program

RESSOURCES DISPONIBLES « PROFESSIONNELS »

Traitements de 1^{re} intention

□ Thérapies de remplacement de la nicotine (12 à 24 semaines)

	< 10 cig./jour	10 à 19 cig./jour	20 à 29 cig./jour	30 à 39 cig./jour	40 cig. et +/jour
Timbre	□ Timbre de 7 mg	□ Timbre de 14 mg	□ Timbre de 21 mg	□ Timbres – 28 mg (21 mg + 7 mg)	□ Timbres – 42 mg (21 mg x 2) ou plus*
Si le patient fume sa 1^{re} cigarette < 30 min après le réveil, envisager une dose plus élevée de TRN	□ Timbre de 14 mg	□ Timbre de 21 mg	□ Timbres – 28 mg (21 mg + 7 mg)	□ Timbres – 35 mg (21 mg + 14 mg)	□ _____
Plus**					
TRN à action brève	□ Vaporisateur buccal □ Gomme à 2 mg □ Pastille à 2 mg □ Inhalateur	□ Vaporisateur buccal □ Gomme à 2 mg □ Pastille à 2 mg □ Inhalateur	□ Vaporisateur buccal □ Gomme à 4 mg □ Pastille à 4 mg □ Inhalateur	□ Vaporisateur buccal □ Gomme à 4 mg □ Pastille à 4 mg □ Inhalateur	□ Vaporisateur buccal □ Gomme à 4 mg □ Pastille à 4 mg □ Inhalateur

□ TRN à action brève : Peuvent être utilisées en association – Différents types de TRN peuvent convenir à diverses situations où une envie de fumer se manifeste

□ Le patient peut appliquer le timbre pendant 16 h et le retirer au coucher seulement s'il se plaint de rêves intenses ou d'insomnie

□ 1 cigarette fournit de 1 à 2 mg de nicotine. La posologie des TRN peut varier en fonction des différences dans l'absorption et le métabolisme.

*Maximum de 84 mg par jour (4 timbres de 21 mg)

**Le traitement d'association offre les meilleures probabilités statistiques d'abandon du tabac, mais la monothérapie peut être l'option la plus appropriée pour certains patients.

Si le patient continue de fumer 1 à 4 semaines après la date d'abandon

< 5 cig./jour	6 à 9 cig./jour	10 cig. et +/jour
□ Ajouter un timbre de 7 mg à la dose actuelle	□ Ajouter un timbre de 14 mg à la dose actuelle	□ Ajouter un timbre de 21 mg à la dose actuelle*
□ TRN à action brève pour les envies irrésistibles de fumer, au besoin		

Algorithme, pharmacothérapie pour l'abandon tabagique – Pharmaciens canadiens (Ontario Pharmacists Association) www.psfcnetwork.com

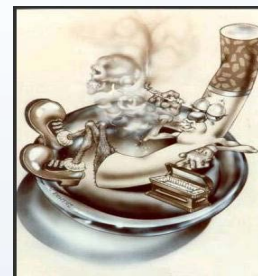
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

- ▶ **Induction CYP P450** par les hydrocarbures polycycliques contenus dans la fumée de cigarette
 - Principalement **CYP 1A2**, mais aussi 1A1, 2E1 et 2D6
 - ↑ **métabolisme** de certains médicaments dont les antipsychotiques (ex : clozapine et olanzapine) et certains antidépresseurs
 - Fumer peut ↓ **jusqu'à 50 %** les concentrations sériques des **antipsychotiques**
 - Recommandation : ↓ dose des médicaments à **index thérapeutique étroit** ≈ 10% par jour x 4 jours après arrêt tabagique
- ▶ ↑ **glucuronoconjugaison**
 - cliniquement significatif si > 20 cigarettes/jour

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Les médicaments à surveiller

- ▶ **Théophylline** (↓ concentrations plasmatiques)
- ▶ **Caféine** (↑ jusqu'à 56% métabolisme via CYP 1A2)
- ▶ **Clozapine** et **olanzapine** (↑ métabolisme via CYP 1A2)
- ▶ **Insuline** (↓ absorption par vasoconstriction périphérique)
- ▶ **Chlorpromazine** (↑ métabolisme hépatique)
- ▶ **Warfarine** (↑ clairance jusqu'à 13 %)
- ▶ Les **bêta-bloquants** (libération cathécholamines par la nicotine ↑ TA et FC)



INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Drug Interactions with Tobacco Smoke

Many interactions between tobacco smoke and medications have been identified. Note that in most cases it is the tobacco smoke—not the nicotine—that causes these drug interactions. Tobacco smoke interacts with medications through pharmacokinetic (PK) and pharmacodynamic (PD) mechanisms. PK interactions affect the absorption, distribution, metabolism, or elimination of other drugs, potentially causing an altered pharmacologic response. The majority of PK interactions with smoking are the result of induction of hepatic cytochrome P450 enzymes (primarily CYP1A2). PD interactions alter the expected response or actions of other drugs. The amount of tobacco smoking needed to have an effect has not been established, and the assumption is that any smoker is susceptible to the same degree of interaction. **The most clinically significant interactions are depicted in the shaded rows.**

Adapted and updated, from Zevin S, Benowitz NL. Drug interactions with tobacco smoking. Clin Pharmacokinet 1999;36:425-438.



Revised 3/6/15

Copyright © 1999-2015 The Regents of the University of California. All rights reserved.

Drug/Class	Mechanism of Interaction and Effects
Pharmacokinetic Interactions	
Alprazolam (Xanax®)	<ul style="list-style-type: none"> Conflicting data on significance, but possible ↓ plasma concentrations (up to 50%); ↓ half-life (35%).
Bendamustine (Treanda®)	<ul style="list-style-type: none"> Metabolized by CYP1A2. Manufacturer recommends using with caution in smokers due to likely ↓ bendamustine concentrations, with ↑ concentrations of its two active metabolites.
Caffeine	<ul style="list-style-type: none"> Metabolism (induction of CYP1A2); ↑ clearance (56%); Caffeine levels likely ↑ after cessation.
Chlorpromazine (Thorazine®)	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Area under the curve (AUC) (36%) and serum concentrations (24%). ↓ Sedation and hypotension possible in smokers; smokers may require ↑ dosages.
Clopidogrel (Plavix®)	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Metabolism (induction of CYP1A2) of clopidogrel to its active metabolite. Clopidogrel's effects are enhanced in smokers (>10 cigarettes/day); significant ↑ platelet inhibition, ↓ platelet aggregation; while improved clinical outcomes have been shown, may also ↑ risk of bleeding.
Clozapine (Clozaril®)	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Metabolism (induction of CYP1A2); ↓ plasma concentrations (18%). ↑ Levels upon cessation may occur; closely monitor drug levels and reduce dose as required to avoid toxicity.
Erlotinib (Tarceva®)	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Clearance (24%); ↓ trough serum concentrations (2-fold).
Flecainide (Tambocor®)	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Clearance (61%); ↓ trough serum concentrations (25%). Smokers may need ↑ dosages.
Fluvoxamine (Luvox®)	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Metabolism (induction of CYP1A2); ↑ clearance (24%); ↓ AUC (31%); ↓ plasma concentrations (32%). Dosage modifications not routinely recommended but smokers may need ↑ dosages.
Haloperidol (Haldol®)	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Clearance (44%); ↓ serum concentrations (70%).
Heparin	<ul style="list-style-type: none"> Mechanism unknown but ↑ clearance and ↓ half-life are observed. Smoking has prothrombotic effects. Smokers may need ↑ dosages due to PK and PD interactions.
Insulin, subcutaneous	<ul style="list-style-type: none"> Possible ↓ insulin absorption secondary to peripheral vasoconstriction; smoking may cause release of endogenous substances that cause insulin resistance. PK & PD interactions likely not clinically significant; smokers may need ↑ dosages.
Irinotecan (Camptosar®)	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Clearance (18%); ↓ serum concentrations of active metabolite, SN-38 (~40%); via induction of glucuronidation; ↓ systemic exposure resulting in lower hematologic toxicity and may reduce efficacy. Smokers may need ↑ dosages.

(continued)

CONCLUSION

Mieux soigner, ensemble!

- ▶ **Un monde sans fumée, ça nous concerne tous!**
 - La plupart des fumeurs veulent cesser de fumer, et même de brefs conseils de la part d'un professionnel de la santé peuvent accroître leurs chances de réussir
- ▶ La méthode « **Très brefs conseils** » prend aussi peu que 30 secondes
 - On peut l'utiliser quand l'occasion se présente, dans le cadre de presque toutes les consultations avec un fumeur
 - C'est offrir aux fumeurs un soutien, et non seulement de l'éducation
- ▶ La meilleure façon de cesser de fumer est le recours à la médication en association avec un soutien comportemental
- ▶ Le choix du traitement et du schéma posologique doit reposer sur le **jugement du PROFESSIONNEL** et les **préférences du PATIENT!**



Questions

