

UNE LEÇON GRATUITE DE FORMATION CONTINUE

 **DONNE DROIT À
1,25 UNITÉ DE FC**

Le Conseil canadien de l'éducation permanente en pharmacie a accordé 1,25 unité de FC à cette leçon. Dossier n° 849-0109. Valide jusqu'au 9 février 2012.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Après avoir suivi cette leçon, le participant sera en mesure de :

1. décrire la prévalence de l'usage du tabac dans la population canadienne en général ainsi que chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques;
2. décrire les problèmes de santé associés à l'usage du tabac;
3. décrire les différentes options thérapeutiques d'aide à l'abandon du tabac : dose, durée du traitement, effets indésirables, interactions médicamenteuses et efficacité.
4. comprendre le rôle que peut jouer le pharmacien pour surveiller et conseiller les personnes atteintes de maladie mentale qui s'efforcent de cesser de fumer.

INSTRUCTIONS

1. Après avoir attentivement lu cette leçon, étudiez chaque question, puis choisissez la réponse qui vous semble correcte. Encerclez la lettre sur la carte-réponse ci-jointe ou répondez en ligne sur www.monportailpharmacie.ca, dans la section FC en ligne, «Autres FC approuvées par le CCEPP».
2. La note minimale pour recevoir les UFC est de 70 % (ou 14 bonnes réponses sur 20). Si vous réussissez, vos UFC seront enregistrées auprès de l'Ordre provincial pertinent. (Remarque: dans certaines provinces, il incombe aux pharmaciens eux-mêmes de notifier l'Ordre.)

COMMENT RÉPONDRE?

- A. Pour connaître vos résultats immédiatement, répondez en ligne sur le site www.monportailpharmacie.ca.
- B. Faites-nous parvenir votre carte-réponse par courrier ou télécopier au 416-764-3937. Votre carte-réponse sera notée et les Éditions Rogers vous enverront vos résultats par la poste dans un délai de six à huit semaines

Cette leçon de FC est publiée par le Groupe des publications d'affaires et professionnelles Rogers Media, One Mount Pleasant Rd., Toronto (Ontario) M4Y 2Y5. Tél. : 416-764-3916 - Téléc. : 416-764-3931. Aucune partie de cette leçon de FC ne peut être reproduite partiellement ou intégralement sans autorisation écrite préalable de l'éditeur. ©2009

LE GROUPE PHARMACIE

QuébecPharmacie 
pharmacy practice 

 **ROGERS™**

Prise en charge du tabagisme chez les personnes atteintes de maladie mentale

Par Ron Pohar, B.Sc. Pharm

AVRIL 2009

L'auteur, les réviseurs experts et Les Éditions Rogers déclarent ne pas être en conflit d'intérêts réel ou potentiel avec le commanditaire de cette leçon de formation continue.

INTRODUCTION

Le tabagisme est une toxicomanie très fréquente dans la population canadienne. En 2007, près de 19 % des Canadiens de plus de 15 ans disaient fumer régulièrement, soit une moyenne d'environ 15,5 cigarettes par jour¹. On estime que plus de 47 000 personnes meurent chaque année au Canada de maladies liées à l'usage du tabac². En plus de la mortalité qui y est associée, le fait de fumer a aussi d'importantes conséquences économiques. On estime que la morbidité associée au tabac coûte un total de 17 milliards \$ par an à l'économie canadienne³.

Mais c'est sans doute chez les personnes atteintes de maladie mentale que les statistiques sont les plus alarmantes, avec des taux de dépendance allant de 50 % à 90 %, les personnes souffrant de troubles psychotiques comme la schizophrénie étant celles chez qui les taux sont les plus élevés^{4,5}. Non seulement ces personnes sont-elles plus susceptibles de fumer, mais elles ont tendance à fumer beaucoup et elles sont aussi moins susceptibles de cesser⁶. En fait, on estime que près de la moitié des cigarettes fumées le sont par des personnes atteintes de

maladie mentale ou de toxicomanie⁴ et que les personnes atteintes de maladie mentale peuvent dépenser jusqu'à 40 % de leur revenu en tabac, au détriment de l'alimentation, du logement et des activités sociales⁷. Par ailleurs, les maladies cardiaques et pulmonaires sont de 30 % à 60 % plus fréquentes chez les malades mentaux que dans le reste de la population⁸.

En dehors des risques bien connus qui sont associés au tabac, le fait de fumer peut être particulièrement préoccupant en ce qui concerne les personnes atteintes de maladie mentale, car cela peut être associé à une perte d'efficacité des anti-psychotiques (à cause de l'augmentation de la clairance de certains substrats) et à une augmentation des risques d'hospitalisation⁹. De plus, certaines études permettent de penser que la plupart des fumeurs atteints d'une maladie mentale n'ont pas conscience des risques réels du tabac ou en sont mal informés³. En étant au courant des complications thérapeutiques et des problèmes qui sont associés au tabagisme et à l'abandon du tabac chez les personnes par ailleurs atteintes d'une maladie mentale, les pharmaciens peuvent fournir un service

LEÇON BÉNÉFICIAIRE D'UNE SUBVENTION À VISÉE ÉDUCATIVE DE :



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

inestimable aux malades mentaux qui fument et qui souhaitent abandonner le tabac ou réduire leur consommation.

ÉTILOGIE, PHYSIOPATHOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Il est important de reconnaître qu'en fait le tabagisme ou la dépendance à la nicotine est en soi un trouble mental chronique marqué par des rechutes qui n'est pas différent des autres toxicomanies, qu'elles soient associées à l'alcool, à la cocaïne, à la marijuana ou aux opiacés¹⁰. Fumer n'est pas simplement un « choix » ni une « mauvaise habitude »³. Les changements neuroadaptatifs qui se produisent dans le cerveau à la suite d'une exposition chronique à la nicotine et aux autres produits chimiques contenus dans la fumée du tabac répondent aux critères permettant de considérer le tabagisme comme une maladie chronique³. La schizophrénie, l'alcoolisme et la dépendance aux drogues, le trouble déficitaire de l'attention, la dépression majeure, le trouble d'anxiété et la maniacodépression sont tous associés au tabagisme⁶. Les raisons pour lesquelles une proportion élevée de personnes atteintes de maladie mentale fument n'ont pas été clairement établies, mais on pense que plusieurs mécanismes sont en cause⁶. On considère, par exemple, que des facteurs tant neurobiologiques que psychologiques contribuent au lien entre le tabagisme et la schizophrénie.

Sur le plan neurobiologique, il y a une interaction neurochimique entre la maladie et la nicotine¹¹. On pense que la nicotine augmente la libération de dopamine dans le cortex frontal¹¹. De faibles niveaux de dopamine dans cette zone sont responsables des symptômes négatifs associés à la maladie¹¹. La nicotine peut donc avoir un effet thérapeutique sur la schizophrénie en réduisant les symptômes négatifs¹². On pense aussi que la nicotine favorise l'action de l'acétylcholine, un neurotransmetteur qui améliore l'attention, la concentration et la mémoire¹². En d'autres termes, vu sous l'angle neurobiologique, fumer est peut-être une forme d'automédication pour les schizophrènes. Du point de vue psychosocial, on pense que la « récompense » que donne le fait de fumer (sensation de détente, plaisir et diminution de l'anxiété et de la dépression) a plus d'importance pour les schizophrènes que pour les autres fumeurs dans la mesure où leurs autres sources de satisfaction et de plaisir peuvent être limitées¹¹.

ÉVALUATION ET PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA PRISE EN CHARGE

Parce que les prestataires de soins de santé partent parfois du principe que les personnes atteintes de maladie mentale n'ont pas la motivation nécessaire pour cesser de fumer¹³, on omet souvent d'intégrer l'abandon du tabac dans leur plan de traitement global⁶. Ce mythe, ainsi qu'un certain nombre d'autres idées fausses qui peuvent contribuer au fait

TABLEAU 1 – Les 10 mythes les plus courants sur l'abandon du tabac chez les personnes atteintes de maladie mentale³

Mythe courant	Commentaires basés sur des données probantes
1. « Il y a des choses plus importantes que l'abandon du tabac dans les soins aux personnes atteintes de maladie mentale. »	Avec un taux de mortalité de 50 %, l'usage du tabac est la principale cause évitable de décès chez les malades mentaux, bien avant le suicide.
2. « Les personnes atteintes de maladie mentale ne peuvent pas cesser de fumer – et ne le veulent pas non plus. »	Elles sont bel et bien désireuses de s'arrêter et, avec un niveau de soutien et d'intervention adéquat, elles peuvent y parvenir comme les autres fumeurs.
3. « L'abandon du tabac va provoquer une rechute de la maladie mentale. »	Avec suffisamment de soutien, l'abandon du tabac n'est pas associé à une récurrence de la maladie mentale. En revanche, l'absence de traitement ou le fait que l'abandon du tabac soit imposé à la personne contre sa volonté peut accroître les risques de conséquences négatives.
4. « La varénicline est directement liée au suicide et on devrait l'éviter chez les malades mentaux. »	Sans traitement, l'abandon du tabac peut provoquer des changements d'humeur, des rêves anormaux, des comportements agressifs, des pensées suicidaires, de l'irritabilité ainsi que des changements de comportement et d'appétit. Mais aucune relation entre l'utilisation de médicaments pour aider à cesser de fumer et le suicide n'a été établie.
5. « Faciliter l'accès au tabac aux personnes qui souffrent de maladie mentale aide à améliorer leur qualité de vie. »	Faciliter l'accès au tabac conduit à une augmentation de la consommation et accroît la difficulté d'accepter les interventions visant à aider les malades à cesser de fumer.
6. « Si les malades mentaux n'ont pas accès au tabac, ils sont impossibles à contrôler et ils deviennent agressifs, ce qui augmente le risque de violence. »	Il n'existe aucune donnée permettant de penser que, avec un niveau de soutien approprié, il y ait une augmentation du niveau de violence, du nombre de patients quittant l'hôpital contre l'avis des médecins, de la nécessité d'utiliser des moyens de coercition physiques ou chimiques ou du risque de violence à l'égard des soignants.
7. « Demander aux malades mentaux de cesser de fumer constitue une violation des droits de l'homme. »	Le droit constitutionnel de fumer n'existe pas et les soignants ont l'obligation éthique de proposer systématiquement des traitements basés sur des données probantes aux fumeurs.
8. « Les personnes atteintes de maladie mentale fumeront tout en portant un timbre de nicotine, ce qui peut provoquer une crise cardiaque. »	Aucun risque cardiovasculaire supplémentaire n'est associé à l'utilisation de médicaments à base de nicotine lorsqu'on absorbe de la nicotine provenant du tabac (en fumant).
9. « On ne peut utiliser les médicaments (comme les thérapies de remplacement de la nicotine, la varénicline et le bupropion) que sur des périodes n'excédant pas deux à trois mois. »	On peut utiliser ces médicaments efficacement et sans risque sur des périodes plus longues si c'est indiqué cliniquement. Le fait de dépasser (avec précaution) les indications de durée inscrites sur l'étiquette de certains traitements semble en fait donner de meilleurs résultats.
10. « Les traitements d'abandon du tabac ne sont pas efficaces. »	Dans le domaine de la prévention de la mortalité, le nombre de personnes devant être traitées qui est associé aux interventions relatives à l'abandon du tabac est de 9, ce qui correspond à un niveau de validité clinique élevé. On considère que le tabagisme se traite au moins aussi bien que d'autres maladies chroniques.

qu'on ne s'attaque pas au tabagisme chez les personnes souffrant de maladie mentale, sont présentés au tableau¹⁵. Il faut savoir que, moyennant quelques modifications pour assurer la sécurité et optimiser les résultats, il est possible d'appliquer les stratégies d'intervention habituelles en matière de cessation tabagique chez les personnes atteintes de maladie mentale³.

Un certain nombre de facteurs doivent être évalués et pris en considération lorsqu'une personne

atteinte de maladie mentale envisage de cesser de fumer. L'un de ces facteurs est la préférence de la personne pour un traitement particulier. Par exemple, optera-t-on pour une thérapie comportementale, un traitement pharmacologique ou les deux, et pour une thérapie de groupe ou une thérapie individuelle¹⁰ ? Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et le degré de la dépendance à la nicotine sont aussi des facteurs importants dont il faut tenir compte dans le choix du traitement et de

TABLEAU 2 – Test de Fagerström de dépendance à la nicotine¹⁵

Question	Choix de réponses	Points
Combien de temps après votre réveil allumez-vous votre première cigarette ?	moins de 5 minutes	3
	de 6 à 30 minutes	2
	de 31 à 60 minutes	1
	plus de 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous priver de fumer dans les lieux où c'est interdit, comme dans les églises, les bibliothèques ou les salles de cinéma ?	Oui	1
	non	0
Quelle est la cigarette à laquelle vous auriez le plus de mal à renoncer ?	La première le matin	1
	Toutes les autres	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	de 11 à 20	1
	de 21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous plus fréquemment au cours des premières heures suivant votre réveil que pendant le reste de la journée ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit la majeure partie de la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total	Somme de toutes les questions	
0-2 Très faible dépendance; 3-4 Faible dépendance; 5 Dépendance moyenne; 6-7 Dépendance élevée; 8-10 Dépendance très élevée		

la dose appropriés¹⁰. Les personnes atteintes d'une maladie mentale sont plus susceptibles d'être dépendantes à la nicotine¹⁴. De ce fait, elles auront probablement besoin d'un traitement intensif, et notamment d'un traitement pharmaceutique, pour obtenir le résultat souhaité¹⁴. Le test de Fagerström est un outil couramment utilisé pour évaluer le degré de dépendance à la nicotine (Tableau 2)¹⁵. Un score de moins de trois correspond à une faible dépendance à la nicotine, tandis qu'un score de six ou plus indique un degré de dépendance élevé¹⁰. Les scores du test de Fagerström permettent de prédire les rechutes et d'identifier les bons candidats à une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) à forte dose^{3,10}. Comme elles ont tendance à être plus dépendantes à la nicotine, les personnes atteintes d'une maladie mentale obtiennent généralement un score plus élevé à ce test^{3,10}.

On peut essayer de cesser de fumer de façon brutale ou progressive¹⁰. Avec les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante, il sera peut-être difficile de fixer une date d'abandon du tabac et, du fait des symptômes de la maladie, ces personnes auront sans doute du mal à tenir leur résolution. Sachant cela, on peut tout de même fixer une date d'abandon du tabac, mais il faut s'attendre à ce que les progrès soient lents et à ce qu'un engagement continu de la personne soit nécessaire pour obtenir les meilleurs résultats possible. Il faut donc se concentrer sur une approche longitudinale et, dans le cas de personnes atteintes de maladie mentale, on considère qu'il est prudent d'adopter une approche flexible et ouverte. Il faut

toutefois évaluer si le moment est venu de faire une tentative, car les symptômes psychiatriques de la personne doivent être stabilisés, aucun changement de médicaments ne doit avoir eu lieu récemment ou ne doit être prévu à court terme et il ne doit y avoir aucun problème urgent à traiter en priorité¹⁰. La stabilisation des symptômes psychiatriques a son importance, car les symptômes de sevrage peuvent gêner l'établissement d'un diagnostic précis et, comme le tabac agit sur le métabolisme de divers médicaments, il peut être difficile d'en stabiliser la dose au cours d'une tentative d'abandon du tabac. Il n'est toutefois pas nécessaire qu'une personne atteinte de maladie mentale soit totalement asymptomatique pour cesser de fumer ou réduire sa consommation de tabac.

PHARMACOTHÉRAPIE

En ce qui concerne la pharmacothérapie, les méthodes d'abandon du tabac chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques ne sont pas différentes de celles qui sont appliquées dans le reste de la population, les TRN, le bupropion et la varénicline étant les principales options (Tableau 3). En général, les méta-analyses d'études cliniques montrent qu'avec n'importe quelle forme de TRN les sujets ont 1,58 fois plus de chances de cesser de fumer qu'avec un placebo ou que sans traitement¹⁶. Les schizophrènes ont tendance à être extrêmement dépendants à la nicotine, car ils fument plus, généralement depuis plus longtemps et ils sont plus à risque de fumer des cigarettes à haute teneur en goudron et des mégots (dans lesquels la nicotine

est extrêmement concentrée)¹¹. Le bupropion, qui multiplie les chances de réussite par près de deux par rapport à un placebo, est aussi une option efficace^{17,18}. Des données provenant de méta-analyses montrent que les personnes qui prennent de la varénicline pour cesser de fumer ont environ de 2,33¹⁹ à 2,41¹⁸ fois plus de chances de réussir que celles qui prennent un placebo. L'efficacité de la varénicline a été comparée à celle du bupropion dans deux méta-analyses qui ont constaté que les sujets qui prenaient de la varénicline avaient de 1,52¹⁹ à 2,18¹⁸ fois plus de chances de cesser de fumer qu'avec le bupropion. La varénicline est à l'étude chez les malades mentaux et les rapports préliminaires permettent de penser que l'innocuité et l'efficacité de cet agoniste partiel sont satisfaisantes dans cette population, et qu'il n'y aurait aucune augmentation des effets neuropsychiatriques indésirables par rapport au bupropion et aux TRN, à l'exception de troubles du sommeil.

Les effets indésirables et les interactions médicamenteuses associés à l'utilisation des TRN, du bupropion et de la varénicline sont énumérés au tableau 4, de même que les mises en garde relatives à l'utilisation du bupropion et de la varénicline, qui peuvent être particulièrement importantes dans le cas de personnes atteintes de maladie mentale. Mais, en dépit de ces mises en garde, il a été démontré que les deux traitements sont généralement efficaces et sécuritaires dans cette population³.

En dehors des interactions médicamenteuses associées aux traitements de désaccoutumance au tabac, les hydrocarbures polycycliques contenus dans la fumée de cigarette peuvent augmenter l'activité de l'enzyme hépatique CYP1A2 et, éventuellement, des enzymes CYP1A1 et CYP2E1. Cet effet inducteur sur les enzymes hépatiques peut accélérer le métabolisme d'un certain nombre de médicaments, dont des antipsychotiques comme la clozapine et l'olanzapine ainsi que certains antidépresseurs¹¹. Fumer peut considérablement abaisser (de jusqu'à 50 %) les concentrations sériques des antipsychotiques^{11,20}. Par conséquent, les doses moyennes d'antipsychotiques nécessaires pour traiter les schizophrènes qui fument sont nettement plus élevées que pour ceux qui ne fument pas²¹. Il est conseillé d'inscrire le fait que la personne fume ou non dans son dossier puisque cela affecte la concentration des médicaments dans le sang. Quand une personne cesse de fumer, l'activité enzymatique décroît et il y a un risque que les concentrations sériques des médicaments s'élèvent dangereusement si on n'en ajuste pas la dose. Compte tenu de la toxicité potentielle des médicaments, il est généralement nécessaire de réduire la dose d'antipsychotique quand les personnes qui en prennent cessent de fumer, particulièrement s'il s'agit de gros fumeurs^{6,11}. C'est un aspect qu'il est important de prendre en considération quand un patient est admis à l'hôpital ou dans un établissement psychiatrique où il est interdit de fumer, car

TABLEAU 3 – Options de traitement pour cesser de fumer^{3,30}

Médicament	Mécanisme d'action	Dosages existants	Posologie recommandée pour la population générale
Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)	Libère de la nicotine pour réduire les symptômes de sevrage associés à l'abandon du tabac		
<i>Gommes à mâcher à base de polacrilex de nicotine</i>		2 mg and 4 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Premier mois : 10 à 12 morceaux par jour* (environ un morceau toutes les heures pour les personnes qui fument un paquet par jour) • Diminuer d'un morceau par jour chaque semaine si les symptômes de sevrage le permettent • Maximum de 20 morceaux par jour
<i>Timbres transdermiques</i>		7 mg, 14 mg, 21 mg toutes les 24 heures	<ul style="list-style-type: none"> • 21 mg/24 heures pendant six semaines, puis 14 mg/24 heures pendant deux semaines et 7 mg/24 heures pendant deux semaines
<i>inhalateur</i>		4 mg par cartouche	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement initial d'au moins 6 cartouches par jour pendant 3 à 6 semaines. • Diminuer graduellement au cours des 6 à 12 semaines suivantes et arrêter lorsque le nombre de cartouches n'est plus que de 1 ou 2 par jour • Maximum de 12 cartouches par jour
<i>Pastilles à sucer</i>		2 mg and 4 mg	<ul style="list-style-type: none"> • De la 1^{re} à la 6^e semaine : laisser fondre une pastille dans la bouche toutes les 1 ou 2 heures (à la fréquence nécessaire pour réduire les symptômes de sevrage) • De la 7^e à la 9^e semaine : une pastille toutes les 2 à 4 heures • De la 10^e à la 12^e semaine : une pastille toutes les 4 à 8 heures • 1 ou 2 pastilles par jour en cas de besoin pressant de fumer • Maximum de 15 pastilles par jour
Bupropion	On ne connaît pas le mécanisme par lequel le bupropion accroît la capacité du fumeur de s'abstenir de fumer, mais on suppose qu'il agit sur les mécanismes noradrénergique ou dopaminergique.	150 mg	<ul style="list-style-type: none"> • 150 mg par jour les 3 premiers jours, puis 150 mg deux fois par jour pendant 12 semaines. (La date de l'abandon du tabac est fixée 1 à 2 semaines après le début du traitement.)
Varénectine	On pense que l'efficacité de la varénectine pour se désaccoutumer du tabac provient du fait qu'elle agit comme un agoniste partiel (soit une activité agoniste de moindre degré que la nicotine) sur les récepteurs nicotiques neuronaux de l'acétylcholine 4β2 tout en prévenant simultanément la liaison nicotinique (action antagoniste).	0,5 mg et 1 mg	<ul style="list-style-type: none"> • 0,5 mg par jour du 1^{er} au 3^e jour; 0,5 mg deux fois par jour du 4^e au 7^e jour, puis 1 mg deux fois par jour pendant 11 semaines. (La date de l'abandon du tabac est fixée entre le 8^e et le 14^e jour.) • Pour les personnes qui ont réussi à cesser de fumer au bout de 12 semaines, on peut envisager de prolonger le traitement pendant 12 semaines supplémentaires. Pour celles qui n'ont pas réussi, il n'existe pas de données permettant de penser qu'une prolongation de 12 semaines peut être efficace.

* Pour obtenir des résultats optimaux, le traitement initial devrait être basé sur le niveau de dépendance à la nicotine de la personne, que l'on peut évaluer à l'aide du test de dépendance à la nicotine de Fagerström. Si le score est de 6 ou moins, il est recommandé d'utiliser des gommes à mâcher de 2 mg. S'il est de 7 ou plus ou si la personne a des envies irrésistibles de fumer avec les gommes de 2 mg, on doit opter pour les gommes de 4 mg.

il est parfois nécessaire d'ajuster la dose du médicament. Il faut aussi savoir que la dose peut devoir être de nouveau ajustée à la hausse si la personne se remet à fumer, car le taux sérique du médicament peut devenir sous-thérapeutique. En général, le degré d'activation des enzymes commence à diminuer dès le jour où la personne cesse de fumer et il se stabilise au bout d'une semaine²². Il est donc recommandé de réduire la dose des médicaments à indice thérapeutique faible d'environ 10 % par jour pendant quatre jours après l'abandon du tabac²². Un article récemment publié a fait une revue complète des interactions médicamenteuses avec le tabac²².

Chez les personnes présentant des problèmes psychiatriques, il peut être nécessaire de prendre des précautions supplémentaires en ce qui concerne la pharmacothérapie. Comme elles sont plus à risque d'être dépendantes à la nicotine que les autres, il y a plus de chances qu'elles aient besoin d'un traitement soutenu, notamment en ce qui concerne le traitement pharmacologique, pour réussir à cesser de fumer¹⁴. Les symptômes de sevrage peuvent aussi être plus problématiques chez les schizophrènes puisque leur consommation de tabac tend à être particulièrement élevée. Il est possible que l'on ne parvienne pas à maîtriser adéquatement les symptômes de sevrage avec les doses

de TRN recommandées dans les monographies de produits. Certaines données permettent de penser qu'un traitement associant des timbres et des gommes à la nicotine ou un inhalateur au besoin peut être plus efficace que l'utilisation de chacun de ces produits pris isolément^{23,24}. Mais comme on ne dispose que d'assez peu de données sur l'innocuité de l'association de différentes formes de TRN, il peut être préférable d'en réserver l'usage aux personnes qui ne réussissent pas à cesser de fumer avec une seule TRN. Comme les mécanismes d'action du bupropion et des TRN sont différents, on peut aussi les associer chez les personnes qui ne parviennent pas à cesser de fumer avec un seul produit.

TABLEAU 4 – Effets indésirables et interactions médicamenteuses³⁰

Médicament	Effets indésirables courants	Interactions médicamenteuses	Mises en garde psychiatriques
Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)			
<i>Gommes à mâcher à base de polacrilex de nicotine</i>	Hoquet, douleur musculaire à la mâchoire, altération de la muqueuse buccale (gingivite, stomatite, irritation de la gorge), distorsion du goût	<ul style="list-style-type: none"> • Il peut être nécessaire d'ajuster la dose de certains médicaments, car l'abandon du tabac avec ou sans TRN peut en modifier la pharmacocinétique. • Il peut être nécessaire d'augmenter la dose des agonistes adrénergiques (p. ex., la phényléphrine). • Il peut être nécessaire de réduire la dose des antipsychotiques (p. ex., olanzapine, clozapine et halopéridol), de l'acétaminophène, de la pentazocine, de la caféine, de l'imipramine, de l'oxazépam, du propranolol, de la théophylline et des agonistes adrénergiques (p. ex., prazosine et labétalol). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune mise en garde identifiée
<i>Timbres transdermiques</i>	Rougeurs, prurit ou brûlures au point d'application, insomnie, rêves anormaux, maux de tête, nausées, dyspepsie		
<i>inhalateur</i>	Toux, irritation de la gorge et rhinite, maux de tête, nausées et dérangement gastrique		
Bupropion	Insomnie, hypomanie, maux de tête, bouche sèche, vision trouble, constipation, transpiration, tremblements, malaises gastro-intestinaux	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut faire preuve de prudence avant d'administrer ce produit en concomitance avec les médicaments métabolisés par l'isoenzyme CYP2D6, tels que certains antidépresseurs, antipsychotiques, bêtabloquants, et les anti-arythmiques de type 1C, et commencer à les prendre à la plus faible dose thérapeutique. • Peut causer de l'hypertension avec les produits de substitution nicotinique. À surveiller. • Il faut être prudent avec les médicaments qui abaissent le seuil épileptogène comme les antipsychotiques, les antidépresseurs, le lithium, l'amantadine, la théophylline, les antibiotiques de type quinolone, les antipaludéens et les stéroïdes systémiques, ainsi que dans les cas de diabète traités par l'insuline, par des hypoglycémifiants oraux ou par des anorexifiants. • Les taux sériques de la cyclophosphamide, de l'ifosfamide et de l'orphénadrine peuvent être augmentés par le bupropion. • La carbamazépine, le phénobarbital et la phénytoïne peuvent activer le métabolisme du bupropion. • Il faut faire preuve de prudence avant d'administrer le produit en concomitance avec la lévodopa ou l'amantadine. • Contre-indiqué avec les inhibiteurs de la monoamine-oxydase. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des essais cliniques et des études de pharmacovigilance relatifs aux enfants comme aux adultes font état de graves effets indésirables se traduisant par de l'agitation (ou un comportement similaire) associée à des épisodes aut destructeurs ou d'agression envers d'autres personnes. • Il est recommandé d'assurer une surveillance clinique rigoureuse des idées suicidaires et de tout autre indicateur d'un risque de comportement suicidaire chez les personnes de tout âge.
Varénicline	Nausées, rêves anormaux, constipation, flatulences et vomissement	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune interaction médicamenteuse pharmacocinétique significative du sur le plan clinique n'a été identifiée, sinon une possibilité d'interaction avec la cimétidine chez les personnes présentant une insuffisance rénale. • Incidence accrue de nausées, de céphalées, de vomissements, d'étourdissements, de dyspepsie et de fatigue avec l'association de varénicline et d'une TRN par rapport à une TRN seule* . 	<ul style="list-style-type: none"> • Des études de pharmacovigilance rapportent quelques rares cas de symptômes neuropsychiatriques graves : humeur dépressive, agitation, hostilité, changement de comportement, idées suicidaires et suicide ainsi qu'aggravation des troubles psychiatriques existants (préalablement diagnostiqués ou non). • Tous les fumeurs qui essaient de cesser de fumer à l'aide de la varénicline, leur famille et leurs soignants devraient être prévenus de la nécessité de surveiller ces symptômes.

* Il faut toutefois remarquer que cette association n'a aucune raison d'être.

Il n'y a en revanche aucune raison d'associer la varénicline à une TRN, car elle a une activité agoniste partielle par rapport à la nicotine³. De plus, cette association pourrait provoquer des réactions indésirables avec la TRN (Tableau 4).

Bien que les médicaments favorisant l'abandon du tabac soient prévus pour traiter les symptômes du sevrage nicotinique (comme l'anxiété, l'irritabilité, l'agitation, la nervosité, la difficulté de se concentrer et les troubles du sommeil), les personnes atteintes de maladie mentale peuvent néanmoins subir une exacerbation de leurs symptômes psychiatriques. Si on ne les traite pas, les symptômes du sevrage nicotinique peuvent imiter ou exacerber les troubles d'anxiété – il est donc important de les traiter adéquatement dans cette population³. De 25 % à 40 % des personnes qui recherchent un traitement pour cesser de fumer ont des antécédents de dépression¹⁴. Dans ce cas, il peut être souhaitable que la personne reprenne son traitement contre la dépression avant d'essayer de cesser de fumer si elle a constaté, lors d'une tentative précédente, que l'abandon du tabac provoquait une intensification ou une rechute de sa dépression¹⁴.

INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES OU COMPORTEMENTALES

On a recours à des interventions psychosociales pour aider les fumeurs à acquérir la capacité de cesser de fumer et résister à la tentation de fumer dans des situations à haut risque¹⁰. Même si la plupart des données sur l'efficacité des interventions psychosociales pour abandonner le tabac n'ont pas été obtenues chez des personnes ayant des problèmes psychiatriques, il est cependant clair qu'elles sont efficaces dans la population générale^{3,10}. Par exemple, les personnes qui se soumettent à des séances de counselling comportemental en tête à tête pour cesser de fumer ont 1,56 fois plus de chances de s'arrêter que celles qui ne reçoivent que le minimum de counselling (pas plus de 10 minutes)²⁵. En général, les thérapies comportementales plus soutenues sont plus efficaces que les thérapies de moindre intensité¹⁰. Il est important de savoir que les thérapies comportementales sont des stratégies efficaces à utiliser conjointement avec la pharmacothérapie, car elles augmentent significativement le taux d'abandon du tabac par rapport à la pharmacothérapie seule¹⁰. Qu'il s'agisse de séances de counselling individuel, en groupe ou par téléphone, toutes ces méthodes d'intervention psychosociale sont efficaces³.

En ce qui concerne les approches comportementales, on peut enseigner certaines stratégies susceptibles d'aider à cesser de fumer telles qu'éviter de se retrouver dans des situations à risque élevé de rechute, substituer d'autres comportements comme la marche ou l'exercice à l'usage du tabac ou apprendre à gérer les déclencheurs¹⁰.

On peut aussi donner des conseils pour les aider les gens à surmonter leurs craintes face à l'abandon

du tabac. La crainte de grossir, de rechuter, du sevrage ou d'une exacerbation des symptômes psychiatriques sont des obstacles courants à l'abandon du tabac¹⁰. Chez les sujets schizophrènes ou dépressifs dont l'état est stable, l'exacerbation des symptômes n'est pas aussi fréquente qu'on le dit et on peut insister sur ce point auprès des personnes concernées¹⁰. On peut aussi atténuer la crainte du sevrage en rappelant que le traitement pharmaceutique va réduire ces symptômes et qu'il existe des stratégies comportementales permettant d'y faire face.

Le soutien social, qu'il provienne du conjoint ou d'une autre personne qui essaie aussi de cesser de fumer, peut aussi augmenter la probabilité de succès d'une tentative¹⁰. Il est toutefois important de souligner que les personnes atteintes de maladie mentale n'ont pas toujours accès à de tels réseaux de soutien¹².

Il a été démontré qu'une brève intervention à cet effet de la part d'un médecin fait augmenter la motivation et double le taux de succès des personnes qui veulent cesser de fumer³. Il est important que les fumeurs entendent les mêmes conseils de la part des autres prestataires de soins de santé, comme leur pharmacien, car le fait de recevoir le même message de plusieurs sources accroît la motivation¹⁰. De la documentation sur l'autothérapie peut aussi aider à accroître la motivation à cesser de fumer et à apprendre comment y parvenir¹⁰.

LE RÔLE DU PHARMACIEN

Une revue systématique de la littérature médicale a conclu que les pharmaciens communautaires qui ont suivi une formation complémentaire sur l'abandon du tabac pouvaient avoir un effet positif sur le taux de cessation tabagique en fournissant conseils et soutien à leurs clients²⁶. Les pharmaciens rencontrent fréquemment des personnes atteintes de problèmes psychiatriques et ils peuvent jouer un rôle important en vérifiant si elles fument et si elles sont prêtes à abandonner le tabac. Le fait d'inscrire dans le dossier d'un client qu'il est un fumeur permet aux pharmaciens de penser à en parler avec lui quand il vient à la pharmacie. À ceux qui ne sont pas prêts à cesser de fumer, les pharmaciens peuvent transmettre des messages visant à leur faire prendre conscience de la nocivité du tabac. Avec ceux qui désirent cesser de fumer, ils peuvent jouer un rôle important en collaborant avec leur médecin pour déterminer si le moment est propice compte tenu de leurs symptômes psychiatriques, en les renseignant sur les produits, en surveillant la façon dont évoluent leurs symptômes de sevrage, en les aidant à établir des stratégies pour résister à l'envie de fumer ainsi qu'en leur indiquant les signes de toxicité médicamenteuse et en surveillant l'apparition. De plus, les pharmaciens peuvent utiliser des outils tels que le test de Fagerström pour évaluer le niveau de dépendance à la nicotine et

choisir le traitement pharmaceutique. Un autre rôle important du pharmacien consiste à attirer l'attention des médecins sur l'éventuelle nécessité de réduire la posologie et sur les interactions médicamenteuses, ainsi que sur les taux sériques des médicaments. Sous cet angle aussi, il est bon d'inscrire dans le dossier du client s'il est fumeur ou non, car, comme le fait de fumer peut affecter le taux sérique des médicaments, le pharmacien pourra plus facilement, en ayant cette information sous la main, en discuter avec le client.

Surveillance

Les lignes directrices de l'American Psychiatric Association conseillent d'assurer une surveillance et un suivi étroits des personnes atteintes de problèmes psychiatriques qui essaient de cesser de fumer¹⁰. Il est recommandé de rencontrer la personne ou de l'appeler dans un délai de un à trois jours après qu'elle a abandonné le tabac et de s'assurer qu'une évaluation psychiatrique des symptômes soit effectuée une ou deux semaines plus tard¹⁰. Il est en effet important, quand on aide des personnes atteintes de maladie mentale qui essaient de cesser de fumer, que leur traitement soit individualisé et que les pharmaciens travaillent en étroite liaison avec leur psychiatre pour assurer une bonne coordination du suivi et du traitement. Le pharmacien peut surveiller si son client ressent des symptômes de sevrage et si des effets indésirables des médicaments se produisent, car le fait de fumer peut amortir les effets indésirables associés à certains agents. Il est également important de prendre en compte l'impact de l'abandon du tabac sur le taux sérique des médicaments, dont il peut être justifié de diminuer la dose dans certains cas. Il faut non seulement être attentif aux signes de toxicité des médicaments, mais il est également important d'en vérifier l'efficacité si on en diminue la dose. Avec certains médicaments (comme la clozapine et l'olanzapine), il est possible de procéder à une pharmacovigilance thérapeutique pour vérifier que le médicament reste dans sa plage d'efficacité thérapeutique²⁷. Bien qu'il ne soit pas expressément recommandé d'assurer une pharmacovigilance thérapeutique systématique de médicaments tels que la clozapine, il peut être utile d'en connaître le taux sérique quand on suspecte une toxicité, quand l'absorption concomitante de nicotine est modifiée et quand la réponse clinique est médiocre²⁸.

Conseil et soutien

On peut augmenter la probabilité de réussite d'une tentative d'abandon du tabac en utilisant adéquatement la pharmacothérapie et en faisant du renforcement positif⁴. Il y a un certain nombre de points sur lesquels il est important que les pharmaciens insistent auprès de leurs clients, car ils peuvent ainsi les aider dans leurs tentatives. Ils devraient commencer par souligner que la plupart des fumeurs

font plusieurs tentatives (de cinq à sept) avant de réussir à arrêter de fumer et que c'est en persistant dans leurs efforts que la moitié des fumeurs finissent par abandonner le tabac¹⁰. Il est également important d'informer les fumeurs qu'il est courant de faire une rechute au début d'une tentative d'abandon du tabac, mais que le fait d'être resté abstiné pendant trois mois réduit significativement ce risque¹⁰. Les pharmaciens peuvent également prévenir leurs clients que les symptômes de sevrage durent généralement un minimum de quatre semaines, mais qu'il existe des médicaments pour les soulager, et les informer de la nature de ces symptômes (humeur dépressive, insomnie, irritabilité, frustration ou colère, anxiété, difficulté à se concentrer, agitation, diminution du rythme cardiaque, augmentation de l'appétit ou prise de poids) pour qu'ils soient mieux préparés à y faire face et à comprendre la nécessité d'ajuster la dose de leurs médicaments. Si les techniques de renforcement positif spécifiques vous intéressent, vous trouverez plus d'information sur les entrevues de motivation dans le site www.motivationalinterviewing.org.

EN RÉSUMÉ

Parmi les personnes atteintes de maladie mentale, le taux de fumeurs est près du double de celui de la population générale, ce qui contribue à une mortalité précoce dans ce groupe. Et lorsque ces personnes essaient de cesser de fumer, il leur est souvent plus difficile de le faire que pour les autres^{6,11,29}. Bien que le choix de traitements que l'on peut proposer aux personnes atteintes de schizophrénie ou de dépression ne soit pas vraiment différent de

celui qui est offert aux autres fumeurs, les pharmaciens doivent garder à l'esprit un certain nombre de considérations particulières quand ils conseillent ces personnes, leurs soignants et leur médecin sur l'abandon du tabac.

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2007. Accessible sur le site http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2007-fra.php. Visité le 6 novembre 2008.
2. Makomaski Iling EM, Kaiserman MJ. Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998. *Can J Public Health*, 2004;95(1):38-44.
3. Eis C, Kunyk D. (2008). Management of tobacco addiction in patients with mental illness. Accessible sur le site <http://www.smokingcessationrounds.ca/crus/140-013%20French.pdf>. Visité le 6 novembre 2008.
4. Williams JM, Ziedonis D. Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav*, 2004;29(6):1067-83.
5. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE et coll. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 1986;143(8):993-7.
6. Patkar AA, Vergara MJ, Batra V et coll. Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. *Psychiatry*, 2003;66(3):183-99.
7. Kisely S, Campbell LA. Use of smoking cessation therapies in individuals with psychiatric illness: an update for prescribers. *CNS Drugs*, 2008;22(4):263-73.
8. McCloughen A. The association between schizophrenia and cigarette smoking: a review of the literature and implications for mental health nursing practice. *Int J Ment Health Nurs*, 2003;12(2):119-29.
9. Desai H, Seabolt J, Jann M. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs*, 2001;15(6):469-94.
10. American Psychiatric Association. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders*. Deuxième édition. Accessible sur le site : http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/loadGuidelinePdf.aspx?file=SUD2ePG_04-28-06. Visité le 6 novembre 2008.
11. Lyon ER. A review of the effects of nicotine on schizophrenia and antipsychotic medications. *Psychiatr Serv*, 1999;50(10):1346-50.
12. McChargue DE, Gulliver SB, Hitsman B. Would smokers with schizophrenia benefit from a more flexible approach to smoking treatment? *Addiction*, 2002;97(7):785-93.
13. El-Guebaly N, Cathcart J, Currie S et coll. Smoking cessation approaches for persons with mental illness or addictive disorders. *Psychiatr Serv*, 2002;53(9):1166-70.

14. Fiore M, Bailey W, Cohen S et coll. (2000). Treating tobacco use and dependence. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services.
15. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC et coll. The Fagerstrom Test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 1991;86(9):1119-27.
16. Stead LF, Perera R, Bullen C et coll. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art.No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.
17. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art.No.: CD000031. DOI:10.1002/14651858.CD000031.Pub3.
18. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D et coll. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Canadian Medical Association Journal*, 2008;179(2):135-144.
19. Cahill K, Stead L, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art.No.: CD006103. DOI:10.1002/14651858.CD006103.Pub3.
20. Salokangas RK, Saarijarvi S, Taiminen T et coll. Effect of smoking on neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr Res*, 1997;23(1):55-60.
21. Ziedonis D, Kosten TR, Glazer W et coll. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 1994;45:204-6.
22. Kroon LA. Drug interactions with smoking. *Am J Health Syst Pharm*, 2007;64(18):17-1921.
23. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Health Education Authority. *Thorax*, 2000;55(12):987-99.
24. Nolan RP. Smoking Cessation. In: Gray J, éd. *Therapeutic Choices*. Ottawa, Ontario: Canadian Pharmacists Association; 2003:451-7.
25. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art.No.: CD001292. DOI:10.1002/14651858.CD001292.Pub2.
26. Sinclair H, Bond C, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art.No.: CD003698. DOI: 10.1002/14651858.CD003698.pub2.
27. Hienke C, Dragicevic A, Grunder G et coll. Therapeutic monitoring of new antipsychotic drugs. *Ther Drug Monit*, 2004;26(2):156-60.
28. Greenwood-Smith C, Lubman D, Castle D. Serum clozapine levels: a review of their clinical utility. *Journal of Psychopharmacology*, 2003;17(2):234-8.
29. Ziedonis DM, George TP. Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophr Bull*, 1997;23(2):247-54.
30. e-CPS: *Compendium of pharmaceuticals and specialties* [base de données en ligne]. Canadian Pharmacists Association: Ottawa (2008).

QUESTIONS - Répondez en ligne sur www.monportailpharmacie.ca, dans la section FC en ligne, «Autres FC approuvées par le CCEPP»

1. Quel pourcentage de Canadiens de plus de 15 ans fument ?

- a) 15 %
- b) 19 %
- c) 25 %
- d) 50 %

2. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos de la consommation de tabac des personnes atteintes de maladie mentale ?

- a) La proportion de fumeurs est moins importante chez les personnes atteintes de psychoses comme la schizophrénie que chez celles qui sont atteintes d'autres maladies mentales.
- b) Les personnes atteintes de maladie mentale ont plus de chances de réussir à cesser de fumer que les autres.
- c) Les personnes atteintes de maladie mentale sont plus à risque de mourir de maladies associées au tabac que la population générale.

3. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos du tabagisme ?

- a) Le tabagisme n'est pas une véritable dépendance; il s'agit simplement d'une mauvaise habitude.
- b) Le trouble déficitaire de l'attention est associé à la consommation de tabac.
- c) Le tabagisme n'est pas une maladie chronique.

4. La plupart des fumeurs qui sont atteints de maladie mentale sont conscients des véritables dangers du tabac, mais ils choisissent de les ignorer.

- a) Vrai
- b) Faux

5. En général, les fumeurs qui sont atteints de maladie mentale ne désirent pas cesser de fumer.

- a) Vrai
- b) Faux

6. Lequel des énoncés suivants est vrai en ce qui concerne les stratégies d'abandon du tabac chez les personnes atteintes de maladie mentale ?

- a) Les stratégies courantes d'abandon du tabac sont inefficaces dans cette population.
- b) Les personnes atteintes de maladie mentale sont moins à risque d'être dépendantes à la nicotine et il y a donc peu de chances que les thérapies de remplacement de la nicotine soient efficaces dans leur cas.
- c) La préférence d'une personne pour un traitement donné est un élément qu'il est important de prendre en compte pour déterminer la stratégie à appliquer.

7. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos des interventions psychosociales visant à favoriser l'abandon du tabac ?

- a) Les personnes atteintes de maladie mentale n'ont pas toujours accès à un niveau adéquat de soutien social.
- b) On ne devrait recourir aux interventions psychosociales que si la pharmacothérapie a échoué.
- c) La plupart des interventions psychosociales visant à favoriser l'abandon du tabac ont tendance à être inefficaces.

8. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos de la fumée du tabac ?

- a) Les hydrocarbures polycycliques contenus dans la fumée de cigarette peuvent inhiber les enzymes hépatiques.
- b) L'inhibition des enzymes hépatiques par les hydrocarbures polycycliques peut augmenter le taux sérique de clozapine.
- c) Il peut être nécessaire de réduire la dose de clozapine chez les personnes qui cessent de fumer.

9. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos de la consommation de tabac des schizophrènes ?

- a) La dépendance à la nicotine tend à être faible dans cette population.
- b) Cette population risque de ne pas réussir à maîtriser adéquatement les symptômes de sevrage en suivant la posologie recommandée par les fabricants de produits de remplacement de la nicotine.
- c) La dose moyenne d'antipsychotique nécessaire pour traiter un fumeur schizophrène est plus faible que pour un schizophrène qui ne fume pas.

10. La plupart des fumeurs ont besoin de cinq à sept tentatives pour réussir à cesser de fumer.

- a) Vrai
- b) Faux

11. Les symptômes du sevrage nicotinique comprennent :

- a) une humeur dépressive
- b) de la difficulté à se concentrer
- c) une diminution du rythme cardiaque
- d) Tous ces symptômes

12. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos du sevrage nicotinique ?

- a) Les symptômes du sevrage nicotinique peuvent être difficiles à maîtriser chez les schizophrènes.
- b) Les symptômes durent environ une semaine.
- c) De faibles doses de produits de remplacement de la nicotine permettent généralement de bien maîtriser les symptômes du sevrage nicotinique des schizophrènes.

13. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos de la varénicline ?

- a) La date de l'abandon du tabac doit être fixée trois jours après le début de la prise de la varénicline.
- b) La varénicline est plus efficace quand on l'associe à une thérapie de remplacement de la nicotine.
- c) On peut envisager une prolongation de 12 semaines du traitement par la varénicline pour les personnes qui ont réussi à cesser de fumer à la fin des 12 premières semaines de traitement.

14. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos du bupropion ?

- a) On doit commencer à prendre le bupropion à la dose de 150 mg deux fois par jour.
- b) Le bupropion peut abaisser le seuil épileptogène.
- c) Aucune interaction pharmacocinétique entre le bupropion et d'autres médicaments n'a été observée.

15. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos des thérapies de remplacement de la nicotine ?

- a) On ne devrait jamais combiner différents types de thérapies de remplacement de la nicotine.
- b) Les gommes à la nicotine peuvent perturber le goût.
- c) On doit poursuivre la thérapie de remplacement de la nicotine pendant environ six mois, puis en diminuer progressivement la dose.

16. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos de la varénicline ?

- a) Il n'est recommandé de prendre la varénicline que pendant un maximum de 12 semaines.
- b) Les nausées sont un effet indésirable courant de la varénicline.
- c) Il existe un grand nombre d'interactions importantes sur le plan clinique entre la varénicline et d'autres médicaments.

17. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos de l'abandon du tabac chez les schizophrènes ?

- a) L'association de plusieurs thérapies de remplacement de la nicotine peut être nécessaire chez les schizophrènes, car ils tendent à avoir une forte dépendance à la nicotine.
- b) Les symptômes de sevrage sont moins problématiques chez les schizophrènes, car ils ont tendance à être de gros fumeurs.
- c) Les schizophrènes réussissent généralement à cesser de fumer même sans l'aide de la pharmacothérapie.

18. Lequel des conseils suivants est important pour les personnes atteintes de maladie mentale qui essaient de cesser de fumer ?

- a) La plupart réussissent à cesser de fumer après une ou deux tentatives.
- b) Les symptômes de sevrage devraient disparaître au bout d'une semaine.
- c) Un suivi par le psychiatre est recommandé une ou deux semaines après la tentative d'abandonner le tabac.

19. Lequel ou lesquels des facteurs suivants faut-il surveiller lors d'une tentative d'abandon du tabac ?

- a) Le taux sérique de clozapine, si on craint qu'il ne devienne toxique chez une personne qui tente de cesser de fumer.
- b) L'exacerbation des symptômes psychiatriques.
- c) La gravité des problèmes psychiatriques.
- d) Tous ces facteurs.

20. Lequel des énoncés suivants est vrai ?

- a) Le taux d'abandon du tabac obtenu grâce à la pharmacothérapie peut être augmenté par des interventions psychosociales.
- b) Les personnes atteintes de maladie mentale ont tendance à réussir plus facilement à cesser de fumer, car elles bénéficient de plus de soutien social et de soins psychiatriques spécialisés.
- c) Ce que l'on considère comme des obstacles à l'abandon du tabac n'a aucune influence sur les tentatives pour cesser de fumer.

COMITÉ DE RÉDACTION Prise en charge du tabagisme chez les personnes atteintes de maladie mentale

À propos de l'auteur

Ron Pohar offre des services de pharmacie clinique à des personnes atteintes de toute une gamme de troubles psychiatriques et leur propose un programme d'abandon du tabac. Il a suivi une formation sur les dépendances et l'abandon du tabac, et il est également expert réviseur sur ce sujet.

Nous remercions tout particulièrement le Dr Charl Els, psychiatre spécialisé en toxicomanie et médecin examinateur, pour avoir assuré la révision clinique de cet article et pour ses commentaires.

Révision

Toutes les leçons sont révisées par des pharmaciens pour assurer la précision, l'intégralité et la pertinence du contenu conformément à l'exercice actuel de la pharmacie.

Cette leçon sera valide jusqu'au 9 février 2012. D'ici là, les données sur l'addiction au tabac chez les personnes atteintes de maladies mentales pourront avoir évolué. Il reviendra aux lecteurs de déterminer les aspects de ce sujet qui sont toujours d'actualité.

Gestionnaire de projets

Sheila McGovern, Toronto (Ontario)

Pour tout renseignement concernant la notation de la FC, veuillez communiquer avec Mayra Ramos (tél. : 416-764-3879; téléc. : 416-764-3937; courriel : mayra.ramos@rci.rogers.com). Ce document ne peut être reproduit, en tout ou en partie, sans l'autorisation écrite de l'éditeur. ©2009



Pour répondre en ligne à cette leçon de formation continue

Si vous avez déjà ouvert une session dans notre programme de FC en ligne, veuillez revenir à la page «Leçons disponibles en ligne» et cliquez sur «Lien vers les questions» correspondant à cette leçon de FC.

Si vous n'avez pas encore ouvert une session, mais que vous êtes inscrit à notre programme de FC en ligne, veuillez cliquer ici :

<http://ce.pharmacygateway.com/Pharmacie/login/index.asp>

Si vous ne vous êtes pas encore inscrit à notre programme de FC en ligne et si vous désirez répondre aux questions en ligne, veuillez cliquer ici :

<http://ce.pharmacygateway.com/Pharmacie/login/adduser.asp>

Pour toute question, veuillez communiquer avec :

Mayra Ramos

Formation continue de *Pharmacy Practice*, de *Pharmacy Post*, des FC de Novopharm, d'autres FC approuvées par le CCEPP, de Tech Talk (anglais) ou Coin Technipharm (français).

Fax : (416) 764-3937

Courriel : mayra.ramos@rci.rogers.com

Francine Beauchamp

Formation continue pour *Québec Pharmacie* et *L'actualité pharmaceutique*

Fax : (514) 843-2183

Courriel : francine.beauchamp@rci.rogers.com