

Les interventions de renoncement au tabac chez les fumeurs présentant des troubles mentaux ou des troubles liés à l'utilisation de substances

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

Les interventions de renoncement au tabac chez les fumeurs présentant des troubles mentaux ou des troubles liés l'utilisation de substances

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

Direction du développement des individus et des communautés

Août 2020

AUTEURS

Sébastien O'Neill
Michèle Tremblay
Développement des individus et des communautés

MISE EN PAGE

Sophie Michel
Développement des individus et des communautés

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier les personnes suivantes qui, à titre de réviseurs, ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale de cette publication, et n'ont donc pas révisé, ni endossé le contenu final :

Emily Rose Hamilton-Leavitt
Annie Montreuil
Johanne Laguë
Développement des individus et des communautés

Christophe Hyunh
Institut universitaire sur les dépendances; Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Ann Royer
Université Laval

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas de conflits d'intérêts.

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

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2020
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-87323-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

Table des matières

Liste des tableaux	III
Liste des acronymes	V
Messages clés	1
Sommaire	3
1 Introduction	7
2 Mise en contexte	9
2.1 Mesures de renoncement au tabac implantées au Québec	9
2.2 Croyances quant à l'intervention de renoncement au tabac	9
3 Méthodologie	11
3.1 Processus de recherche documentaire.....	11
3.1.1 Concepts et mots-clés.....	11
3.1.2 Critères d'inclusion	11
3.1.3 Critères d'exclusion	12
3.1.4 Processus de recherche et de sélection	12
3.2 Méthode d'analyse des écrits scientifiques	13
3.2.1 Extraction des données et informations pertinentes.....	13
3.2.2 Évaluation de la qualité des documents issus de la littérature scientifique	13
3.3 Méthode de recension de la littérature grise	14
3.4 Révision par les pairs.....	14
4 Efficacité des interventions de renoncement au tabac	15
4.1 Clientèle présentant un trouble mental.....	15
4.2 Clientèle présentant un trouble lié à l'utilisation de substances	23
4.3 Clientèle présentant un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances.....	27
4.3.1 La cigarette électronique	27
5 Lignes directrices nationales	29
5.1 National Institute for Health and Excellence (NICE) – Grande-Bretagne – 2013 et 2014	29
5.2 European Network for Smoking and Tobacco Prevention- Europe – 2018.....	29
5.3 Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) – États-Unis – 2018 et 2019	30
5.4 CAN-ADAPTT – Canada – 2011.....	30
6 Quelques expériences québécoises	31
6.1 Clientèle affectée par un trouble mental.....	31
6.2 Clientèle souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances	32
7 Discussion	33
7.1 Principaux constats	33
7.2 Perspectives d'action pour le Québec	34
7.2.1 Adapter l'offre de services de renoncement au tabac	34
7.2.2 S'inspirer d'expériences fructueuses	36
7.2.3 Tirer profit de la loi québécoise et des environnements sans fumée.....	36

8 Conclusion	39
9 Références	41
Annexe 1 Grilles d'extraction des recensions systématiques.....	47

Liste des tableaux

Tableau 1	Liste des mots-clés par concept	11
Tableau 2	Description des recensions d'écrits traitant des interventions de renoncement au tabac chez des individus aux prises avec un trouble mental	21
Tableau 3	Description des recensions d'écrits traitant des interventions de renoncement au tabac chez des individus atteints de troubles liés à l'utilisation de substances	26
Tableau 4	Description de la recension d'écrits traitant des interventions de renoncement au tabac chez des individus atteints de troubles mentaux ou de troubles liés à l'utilisation de substances.....	28
Tableau 5	Van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers O. <i>Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression</i> . <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2013, Issue 8.	49
Tableau 6	Pearsall R, Smith DJ, Geddes JR. (2019) Pharmacological and behavioural interventions to promote smoking cessation in adults with schizophrenia and bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. <i>British medical Journal Open</i> , 9 (11).	52
Tableau 7	Jahagirdar, D. et Kaunelis, D. (2017). <i>Smoking Cessation Interventions for Patients with Severe Mental Illnesses : A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines</i> . Ottawa, ON : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.	55
Tableau 8	Ahmed S, Virani S, Kotapati VP, Bachu R, Adnan M, Khan AM, Zubair A, Begum G, Kumar J, Qureshi M and Ahmed R (2018) Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Schizophrenia: A Meta-Analysis. <i>Front. Psychiatry</i> 9:428.	61
Tableau 9	Schwindt, R., Hudmon, K. S., Knisely, M., Davis, L. et Pike, C. (2017). Impact of tobacco quitlines on smoking cessation in persons with mental illness: A systematic review. <i>Journal of Drug Education</i> , 47(1-2):68-81.....	63
Tableau 10	Thurgood SL, McNeill A, Clark-Cater D, Brose LS (2016) A systematic review of smoking cessation interventions for adults in substance abuse treatment or recovery. <i>Nicotine and Tobacco Research</i> , 18(5): 993-1001.	65
Tableau 11	Apollonio, D., Phillips, R., Bero, L. (2016) Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (11): 1-64.....	69
Tableau 12	Hefner K, Valentine G, Sofuoglu M. (2017). Electronic cigarettes and mental illness: Reviewing the evidence for help and harm among those with psychiatric and substance use disorders. <i>The American journal on addiction</i> , 26: 306-315.....	73

Liste des acronymes

ACMTS :	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
AGREE :	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument
AMSTAR :	Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews
CAMH :	Center for Addiction and Mental Health
CAN-ADAPTT :	Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment
CAT :	Centre d'abandon du tabagisme
CADTH:	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
CIM :	Classification internationale des maladies
DSM :	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAGLES :	Evaluating Adverse Events in a Global Smoking Cessation Study
ERC :	Essai randomisé contrôlé
GRADE :	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
IPP:	Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel
INESSS :	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
MSSS:	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NICE :	National Institute for Health and Care Excellence
OMS:	Organisation mondiale de la santé
SAMHSA:	Substance Abuse and Mental Health Service Administration
SMAT:	Service de messagerie texte pour arrêter le tabac
TRN:	Thérapie de remplacement de la nicotine

Messages clés

Le Québec a connu un important recul du tabagisme au cours des 25 dernières années, mais près de 1,3 million de Québécois âgés de 18 ans et plus affirmaient faire usage de la cigarette en 2015-16, ce qui représente 19 % de la population adulte du Québec. On observe de grandes disparités au sein de groupes particuliers. C'est le cas des personnes affectées par un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances. Ainsi, chez les Québécois affectés par un trouble mental, la prévalence du tabagisme atteint presque le double de celle de la population générale.

Ces inégalités en matière de tabagisme se traduisent en des inégalités pour ce qui est de la morbidité et de la mortalité prématurée. Ainsi, aux États-Unis, plus de 200 000 des 520 000 décès attribuables au tabagisme surviendraient chez des fumeurs atteints de troubles mentaux. Ceux-ci décèderaient en moyenne 25 ans plus tôt de maladies cardiovasculaires, de maladies pulmonaires et de diabète, des maladies associées à l'usage du tabac. Cette synthèse des connaissances a donc été entreprise pour identifier les mesures et les interventions de renoncement au tabac efficaces ou prometteuses susceptibles de réduire l'usage du tabac chez cette clientèle.

Voici les principaux constats tirés de l'examen de la littérature scientifique :

- Chez les fumeurs souffrant ou ayant souffert de dépression, le soutien cognitivo-comportemental comportant des composantes spécifiques à la dépression augmente le taux de renoncement au tabac; le bupropion serait efficace chez les fumeurs avec des antécédents de dépression.
- Chez les fumeurs aux prises avec un trouble mental grave (schizophrénie, troubles psychotiques, trouble bipolaire ou syndrome de stress posttraumatique), les trois classes de médicaments d'aide à l'arrêt tabagique sont efficaces à trois mois : thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), bupropion et varénicline. La varénicline serait efficace à long terme.
- Quant aux personnes avec un trouble lié à l'utilisation de substances, autant de l'alcool que des autres drogues, la TRN est une médication qui augmente le taux de renoncement au tabac alors que le bupropion et la varénicline ne seraient pas efficaces. Le counseling associé à une TRN est également une intervention qui aiderait cette clientèle à cesser de fumer, mais le counseling seul ne serait pas efficace.

À la lumière de ces observations et suite à l'examen des recommandations des lignes directrices nationales disponibles, voici quelques pistes d'action qui pourraient être envisagées au Québec :

- Adapter l'offre actuelle de services de renoncement au tabac : augmenter le nombre de sessions de counseling, ajouter aux interventions des composantes spécifiques à la dépression chez la clientèle souffrant de dépression, proposer une pharmacothérapie qui tient compte du diagnostic établi, surveiller étroitement les symptômes psychiatriques et la médication lors d'une tentative de renoncement au tabac.
- S'inspirer des expériences québécoises fructueuses et tirer profit de l'opportunité de la mise en place de politiques d'environnements sans fumée dans les établissements de santé et de services sociaux pour offrir des services de soutien au renoncement au tabac à toutes les personnes atteintes de troubles mentaux ou de troubles liés à l'utilisation de substances qui font usage du tabac.

Sommaire

Contexte

Malgré un important recul du tabagisme au cours des 25 dernières années, près de 1,3 million de Québécois âgés de 18 ans et plus affirmaient faire un usage quotidien ou occasionnel de la cigarette en 2015-16, ce qui représente 19 % de la population adulte du Québec. Par contre, on observe de grandes disparités au sein de groupes particuliers. C'est le cas des personnes affectées par un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances. Selon des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015-2016, 32 % des adultes québécois rapportant un trouble mental, que ce soit un trouble de l'humeur (dépression, trouble bipolaire, manie ou dysthymie) ou un trouble d'anxiété (phobie, trouble obsessionnel compulsif ou trouble panique), fument la cigarette chaque jour ou à l'occasion, comparativement à 18 % chez ceux ne souffrant pas de tels troubles (Lasnier & O'Neill, 2020).

Ces inégalités en matière de tabagisme se traduisent en des inégalités en ce qui concerne la morbidité et la mortalité prématurée. Ainsi, aux États-Unis, plus de 200 000 des 520 000 décès attribuables au tabagisme surviendraient chez des fumeurs atteints de troubles mentaux. Ceux-ci décèderaient en moyenne 25 ans plus tôt de maladies cardiovasculaires, de maladies pulmonaires et de diabète, des maladies associées à l'usage du tabac, comparativement à 10 ans pour l'ensemble des fumeurs.

Malgré ces données consternantes, la motivation à renoncer au tabac de ces groupes de fumeurs est élevée, et même comparable à celle de la population générale faisant usage du tabac et ne souffrant pas de ces troubles. Comment faire alors, pour que cette motivation se traduise en une tentative d'arrêt tabagique et en une abstinence à long terme? Existe-t-il des mesures et des interventions d'abandon du tabac efficaces ou prometteuses pour cette clientèle? Cette synthèse des connaissances vise à répondre à ces questions.

Méthodologie

Suite à une analyse de faisabilité réalisée en 2019, il a été décidé avec le ministère de la Santé et des Services sociaux d'effectuer uniquement une revue des recensions d'écrits systématiques. Des 37 publications ayant satisfait aux critères d'inclusion, sept ont finalement été retenues. Une huitième publication, repérée à l'automne 2019, quelques mois après la stratégie de recherche menée durant l'été, a été incluse.

Une recherche de la littérature grise a aussi été effectuée et des écrits provenant d'organismes de renom en santé publique ont été sélectionnés et ont permis de dégager les principales recommandations de ces organisations en termes de renoncement au tabac pour les clientèles aux prises avec un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances.

Principaux constats

Voici les principaux constats qui se dégagent de la littérature consultée :

- Selon une recension Cochrane publiée en 2013 ayant recensé 49 études menées chez des fumeurs souffrant ou ayant souffert de dépression :
 - le soutien cognitivo-comportemental comportant des composantes spécifiques à la dépression augmente le taux de renoncement au tabac;
 - le bupropion serait efficace chez les fumeurs avec des antécédents de dépression.

- Une recension portant sur l'efficacité des interventions de renoncement au tabac chez des fumeurs aux prises avec un trouble mental grave (schizophrénie, troubles psychotiques, trouble bipolaire et syndrome de stress posttraumatique) a été publiée en 2017 par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Celle-ci indique que les trois classes de médicaments d'aide à l'arrêt tabagique sont efficaces chez cette clientèle : TRN, bupropion et varénicline. Selon une autre recension, publiée cette fois en 2019, la varénicline est plus efficace que le placebo trois et six mois après la date d'arrêt, chez des fumeurs aux prises avec un trouble mental sévère (schizophrénie, trouble psychotique de type schizophrénie, troubles schizoaffectifs, trouble bipolaire). Le bupropion et la TRN seraient efficaces, mais pas au-delà de trois mois.
- Deux recensions systématiques portant sur les interventions de renoncement au tabac chez des personnes aux prises avec des troubles liés à l'utilisation de substances arrivent à des constats similaires :
 - La TRN est une médication qui augmente les taux de renoncement alors que le bupropion et la varénicline ne seraient pas efficaces chez cette clientèle;
 - Le counseling associé à une TRN est également une intervention qui aiderait cette clientèle à cesser de fumer, mais le counseling seul ne serait pas efficace;
 - Le renoncement au tabac ne nuirait pas au traitement du trouble lié à l'utilisation de substances.
- Par ailleurs, les lignes directrices d'Europe, de la Grande-Bretagne, des États-Unis et du Canada convergent quant à leurs recommandations d'interventions auprès des fumeurs aux prises avec un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances :
 - Offrir une combinaison de counseling et de pharmacothérapie;
 - Effectuer une surveillance des symptômes psychiatriques;
 - Surveiller et ajuster la posologie des médicaments utilisés en psychiatrie pour éviter un surdosage.

Mesures de renoncement au tabac implantées au Québec

Depuis le début des années 2000, le Québec a favorisé l'implantation de nombreux services en vue de soutenir les fumeurs dans leur démarche de renoncement au tabac (Tremblay & Roy, 2013). Ainsi, plus de 150 centres d'abandon du tabagisme (CAT) ont été mis en place à la grandeur du Québec; la ligne téléphonique et le site internet j'Arrête ont vu le jour; le *Service de messagerie texte pour arrêter le tabac* (SMAT) a aussi été implanté. Les professionnels de la santé ont été mobilisés à intervenir auprès de leur clientèle fumeuse et un acte de counseling préventif sur le renoncement au tabac a été instauré pour les médecins de famille, acte qui est maintenant intégré à ceux relatifs à la visite de prise en charge et au suivi du patient inscrit. Aussi, des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique ont été ajoutées à la liste des médicaments remboursés par le régime public d'assurance médicaments du Québec, réduisant de façon substantielle le coût encouru pour les fumeurs désirant les utiliser.

Des données datant de 2014-2015 indiquent qu'environ 34 % des clients ayant fait appel à la ligne téléphonique j'Arrête étaient aux prises avec un trouble mental pouvant influencer leur démarche de renoncement au tabac. Les problèmes les plus souvent rapportés sont l'anxiété (15 %) et la dépression (13 %); 4 % des clients mentionnaient être affectés de bipolarité, 2 % de schizophrénie et 4 % de toxicomanie. Quant à l'utilisation des services offerts dans les CAT, en 2010, 2 % des clients affirmaient souffrir de bipolarité, 1 % de schizophrénie et 2 % de toxicomanie (Montreuil, 2012). Or, selon des données de 2014-2015, 8 % des Québécois âgés de 18-64 ans souffraient de troubles

anxio-dépressifs et 0,5 % de troubles schizophréniques. Ainsi, les personnes aux prises avec un trouble mental seraient surreprésentées au sein des utilisateurs des services de renoncement au tabac.

Perspectives d'action pour le Québec

À la lumière de la littérature scientifique recensée, des lignes directrices nationales et des services québécois d'abandon du tabagisme, voici quelques perspectives d'actions qui pourraient être envisagées au Québec :

- Adapter l'offre actuelle de services de renoncement au tabac pour cette clientèle : offrir du counseling intensif de plusieurs sessions; ajouter aux interventions des composantes spécifiques à la dépression chez la clientèle souffrant de dépression; proposer une pharmacothérapie qui tient compte du diagnostic établi; surveiller étroitement les symptômes psychiatriques et la médication;
- S'inspirer d'expériences québécoises fructueuses. Par exemple, il y a près de 15 ans, l'Institut Philippe Pinel a démontré qu'il est possible de rendre son établissement complètement sans fumée et d'aider sa clientèle hébergée pour des troubles mentaux graves à faire face aux symptômes de sevrage du tabac. Ils ont procédé par étapes et ont impliqué l'ensemble des parties prenantes : membres de la direction, employés et patients. Aussi, la réalisation d'un projet pilote de traitement de la dépendance au tabac dans un milieu de thérapie des dépendances à l'alcool et aux drogues à Saint-Hyacinthe a été jugée suffisamment concluante pour que l'on intègre le traitement du tabagisme dans les interventions offertes à la clientèle;
- Tirer profit de l'opportunité de la mise en place de politiques d'environnements sans fumée dans les établissements de santé et de services sociaux pour offrir des services de soutien au renoncement au tabac à toutes les personnes atteintes de troubles mentaux ou de troubles liés à l'utilisation de substances qui font usage du tabac.

1 Introduction

Au Québec, près de 13 000 Québécois et Québécoises décèdent chaque année de maladies liées à l'usage du tabac (Dobrescu et collab., 2017). Malgré un important recul du tabagisme au cours des 25 dernières années, près de 1,3 million de Québécois âgés de 18 ans et plus affirmaient faire un usage quotidien ou occasionnel de la cigarette en 2015-16, ce qui représente 19 % de la population adulte du Québec (Statistique Canada, 2017). On observe de grandes disparités au sein de groupes particuliers. C'est le cas des personnes affectées par un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances. Selon des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015-2016, 32 % des adultes québécois rapportant un trouble mental, que ce soit un trouble de l'humeur (dépression, trouble bipolaire ou dysthymie) ou un trouble d'anxiété (phobie, trouble obsessionnel compulsif ou trouble panique), fument la cigarette chaque jour ou à l'occasion, comparativement à 18 % chez ceux ne souffrant pas de tels troubles (Lasnier & O'Neill, 2020).

Les troubles mentaux sont habituellement divisés en deux catégories, soit les troubles mentaux modérés et les troubles mentaux graves. Les troubles modérés répondent généralement aux critères d'une classification diagnostique reconnue (DSM, CIM) et « (...) sont suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'une personne et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Les plus courants sont la dépression majeure, les autres troubles dépressifs, de même que les troubles anxieux (O'Neill et Lapalme, 2016). Les troubles mentaux graves répondent également aux critères d'une classification diagnostique, mais contrairement aux troubles modérés, où les personnes peuvent tout de même mener leurs activités quotidiennes, ils interfèrent « (...) de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production du travail » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005). Ces troubles regroupent les troubles schizophréniques, les troubles bipolaires, les troubles psychotiques, les troubles de personnalité et les autres formes de troubles persistants et sévères (O'Neill & Lapalme, 2016).

Les troubles liés à l'utilisation de substances impliquent un diagnostic d'abus ou de dépendance à une ou plusieurs substances (alcool ou autres drogues) reconnu par une classification diagnostique telle que le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (O'Neill et Lapalme, 2016).

Certaines publications portant sur le tabagisme et les troubles mentaux, ou les troubles liés à l'utilisation de substances font état de données troublantes :

- Les taux d'usage du tabac seraient particulièrement élevés chez les personnes atteintes de schizophrénie, de trouble bipolaire ou de stress posttraumatique (Prochaska et collab., 2017);
- La dépression est deux fois plus fréquente chez les personnes qui fument que chez les non-fumeurs et elle serait quatre fois plus fréquente chez les grands consommateurs de tabac (Prochaska et collab., 2017);
- Les personnes souffrant de troubles mentaux fument davantage de cigarettes, les fument davantage jusqu'au filtre, ont une plus grande dépendance, ressentent plus de symptômes de sevrage et ont des taux de renoncement au tabac plus faibles (Prochaska et collab., 2017; Schroeder et Morris, 2010);
- La prévalence du tabagisme serait de deux à quatre fois plus élevée chez les personnes aux prises avec un trouble lié à l'utilisation de substances que dans la population générale (McKelvey et collab., 2017);

- Selon plusieurs études, 70 à 80 % des personnes en traitement pour un trouble lié à l'utilisation de substances font usage du tabac (Knudsen, 2017);
- On estime qu'aux États-Unis, les personnes atteintes de troubles mentaux ou de troubles liés à l'utilisation de substances consomment près de la moitié des cigarettes vendues alors qu'elles représentent à peine plus de 20 % de la population (Schroeder et Morris, 2010).

Ces inégalités en matière de tabagisme se traduisent en des inégalités en ce qui concerne la morbidité et la mortalité prématurée. Ainsi, aux États-Unis, plus de 200 000 des 520 000 décès attribuables au tabagisme surviendraient chez des fumeurs atteints de troubles mentaux (Prochaska et collab., 2017). Ceux-ci décèderaient en moyenne 25 ans plus tôt de maladies cardiovasculaires, de maladies pulmonaires et de diabète, des maladies associées à l'usage du tabac (Schroeder et Morris, 2010) comparativement à 10 ans pour l'ensemble des fumeurs. Des constats semblables en termes d'années de vie perdues ont été rapportés en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Canada (Prochaska et collab., 2017).

Malgré ces données consternantes, la motivation à renoncer au tabac de ces groupes de fumeurs est élevée, et même comparable à celle de la population générale faisant usage du tabac et ne souffrant pas de ces troubles (Prochaska et collab., 2017). Comment faire alors, pour que cette motivation se traduise en une tentative d'arrêt tabagique et en une abstinence à long terme? Existe-t-il des mesures et des interventions d'abandon du tabac efficaces ou prometteuses pour cette clientèle? Et comment les implanter au Québec? Cette synthèse des connaissances vise à répondre à ces questions afin de soutenir les fumeurs présentant un trouble mental et/ou lié à l'utilisation de substances dans une démarche de renoncement au tabac.

La première partie de cette synthèse des connaissances présente une brève mise en contexte : mesures de renoncement au tabac implantées au Québec et croyances des professionnels de la santé qui constituent des barrières à l'intervention. Le document se poursuit avec la méthodologie adoptée pour la présente synthèse. S'en suit une présentation des données issues des écrits scientifiques, des lignes directrices des organismes de santé publique et de quelques expériences québécoises. Finalement, la discussion reprend les principaux constats issus de cette recension des écrits et présente certains éléments de réflexion pour bonifier l'offre de services et les mesures en place au Québec.

2 Mise en contexte

2.1 Mesures de renoncement au tabac implantées au Québec

Depuis le début des années 2000, le Québec a favorisé l'implantation de nombreux services en vue de soutenir les fumeurs dans leur démarche de renoncement au tabac (Tremblay & Roy, 2013). Ainsi, plus de 150 centres d'abandon du tabagisme (CAT) ont été mis en place à la grandeur du Québec; la ligne téléphonique et le site internet j'Arrête ont vu le jour; le *Service de messagerie texte pour arrêter le tabac* (SMAT) a aussi été implanté. Les professionnels de la santé ont été mobilisés à intervenir auprès de leur clientèle fumeuse et un acte de counseling préventif sur le renoncement au tabac a été instauré pour les médecins de famille, acte qui est maintenant intégré à ceux relatifs à la visite de prise en charge et au suivi du patient inscrit. Aussi, des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique ont été ajoutées à la liste des médicaments remboursés par le régime public d'assurance médicaments du Québec, réduisant de façon substantielle le coût encouru pour les fumeurs désirant les utiliser.

En plus de ces services et outils de soutien devenus disponibles pour les fumeurs, le gouvernement québécois a financé la tenue de plusieurs campagnes médiatiques annuelles ayant une bonne notoriété. Plusieurs d'entre elles font appel à des témoignages hautement émotifs sur les effets néfastes de l'usage du tabac et sur l'importance de renoncer au tabac (Bergeron & Tremblay, 2018). Deux lois ont été adoptées en 2005 et en 2015 limitant de plus en plus le nombre d'endroits où il est permis de fumer, offrant ainsi au fumeur une raison supplémentaire et une opportunité pour cesser de fumer. Enfin, quatre hausses de taxes sur les produits du tabac vendus au Québec, réduisant l'accessibilité financière, sont survenues entre décembre 2003 et juin 2014. Les prix actuels demeurent cependant les plus bas au pays.

Des données datant de 2014-2015 indiquent qu'environ 34 % des clients ayant fait appel à la ligne téléphonique j'Arrête étaient aux prises avec un trouble mental pouvant influencer leur démarche de renoncement au tabac (Stich & Lasnier, 2018). Les problèmes les plus souvent rapportés sont l'anxiété (15 %) et la dépression (13 %); 4 % des clients mentionnaient être affectés de bipolarité, 2 % de schizophrénie et 4 % de toxicomanie (Stich & Lasnier, 2018). Quant à l'utilisation des services offerts dans les CAT, en 2010, 2 % des clients affirmaient souffrir de bipolarité, 1 % de schizophrénie et 2 % de toxicomanie (Montreuil, 2012). Or, selon des données de 2014-2015, 8 % des Québécois âgés de 18-64 ans souffraient de troubles anxio-dépressifs et 0,5 % de troubles schizophréniques (Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec, 2016). Ainsi, les personnes aux prises avec un trouble mental seraient surreprésentées au sein des utilisateurs des services de renoncement au tabac.

2.2 Croyances quant à l'intervention de renoncement au tabac

Il existe plusieurs croyances véhiculées parmi les professionnels de la santé qui constituent des barrières à l'intervention de renoncement au tabac, une de celles-ci étant que les fumeurs aux prises avec un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances ne souhaitent pas cesser de fumer. Or, ceux-ci souhaitent renoncer au tabac au même titre que les fumeurs non affectés par ces problèmes de santé (Knudsen, 2017; Morris et collab., 2009; Prochaska, 2011; Ziedonis et collab., 2008). Plusieurs sont intéressés par les services de renoncement au tabac et favorables à recevoir une intervention d'arrêt tabagique de la part d'intervenants qui les soutiennent lors de leur traitement lié à l'utilisation de substances (Knudsen, 2017).

Une autre croyance bien ancrée est que le traitement de la dépendance au tabac peut aggraver la condition de santé mentale ou mettre en péril le traitement lié à l'utilisation de substances. Or, plusieurs études ont démontré que ce n'est pas le cas (Appolonio et collab., 2016; Thurgood et collab., 2016; Prochaska & al, 2017; Knudsen, 2017; Jahagirdar et Kaunelis, 2017). Selon une méta analyse de 26 études, le renoncement au tabac serait associé à une diminution de l'anxiété, de la dépression et du stress, et ce, autant chez les personnes aux prises avec un trouble mental que celles non affectées (Taylor et collab., 2014). Par ailleurs, des chercheurs ont observé, lors d'une méta analyse de 19 essais randomisés contrôlés, que les interventions de renoncement au tabac étaient associées à une augmentation de 25 % des chances d'abstinence à long terme d'alcool ou de drogues chez des fumeurs traités pour un trouble lié à l'utilisation de substances (Prochaska et collab., 2004). Une recension d'études plus récentes publiée en 2017 abonde dans le même sens (McKelvey et collab., 2017). Ainsi, des 24 études retenues pour déterminer l'impact du renoncement au tabac ou d'interventions d'arrêt tabagique sur l'usage de substances d'adultes ou d'adolescents, une seule a obtenu des résultats négatifs. Onze études ont rapporté des résultats positifs, c'est-à-dire que l'usage de substances a diminué. Dans quatre études, l'usage de substances n'avait pas changé (résultats nuls), alors que, dans huit études, les résultats étaient soit positifs, soit nuls.

Dans une publication sur le tabagisme et les troubles mentaux, Prochaska et ses collègues font état des résultats d'une méta analyse récente de 38 études menées auprès de professionnels de santé mentale (Prochaska et collab., 2017). Elle révèle que 45 % des participants avaient des attitudes permissives face à l'usage du tabac et que 41 % avaient des attitudes négatives face au renoncement au tabac. De telles attitudes sont possiblement le fruit d'une culture qui prévalait jusqu'à récemment dans les établissements offrant des services de santé mentale. À titre d'exemple, selon une étude menée en Angleterre en 2003, 53 % du personnel clinique en psychiatrie estimait que de fumer avec les patients était thérapeutique, et 22 %, que des cigarettes devaient être remises aux patients comme faisant partie du traitement (Prochaska et collab., 2017). Pour sa part, Knudsen rapporte que les attitudes des cliniciens évoluent favorablement (Knudsen, 2017). Ainsi, à peine 16 % des 2200 conseillers interrogés en 2010 affirmaient que de traiter le tabagisme nuirait au traitement de troubles liés à l'utilisation de substances. Nous ne disposons malheureusement pas de données québécoises à cet effet.

3 Méthodologie

3.1 Processus de recherche documentaire

3.1.1 CONCEPTS ET MOTS-CLÉS

Suite à une analyse de faisabilité réalisée par le premier auteur de cette recension (O'Neill, 2019), il a été décidé avec le demandeur, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), d'effectuer uniquement une revue des recensions d'écrits systématiques. Il s'agit d'une revue de type systématisée, donc qui intègre la plupart des étapes d'une revue systématique classique.

La première étape a consisté à identifier les publications pertinentes en fonction de concepts et de mots-clés associés. Les mots-clés et la stratégie de recherche ont été déterminés avec l'aide d'une bibliothécaire spécialisée de l'INSPQ.

Tableau 1 Liste des mots-clés par concept

Concept	Description	Mots-clés associés
Population	Adultes âgés de 18 ans ou plus ayant un trouble mental grave ou modéré ou un trouble lié à l'utilisation de substances.	<i>mental health issues, mental disorders, mental illness; addiction, drug problems, drug use, drug abuse, drinking problems, alcoholism, substance use, substance abuse; substance disorders</i>
Interventions et pratiques	Toutes formes d'interventions visant le renoncement au tabac ou la réduction de la consommation.	<i>intervention, best practice, strategy, approach, policy, program</i>
Résultats	Efficacité des interventions.	<i>tobacco cessation, smoking cessation, stopping smoking, quitting smoking.</i>

En second lieu, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués afin de mieux cerner la problématique à l'étude.

3.1.2 CRITÈRES D'INCLUSION

- Population : adultes aux prises avec un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances, sans discernement sur le type et la gravité des troubles.
- Intervention(s) : interventions portant sur le renoncement au tabac; interventions portant sur la réduction de la consommation de tabac.
- Résultats : résultats d'efficacité quant à des interventions ou programmes de renoncement au tabac.
- Contexte : contexte similaire à celui du Québec (Canada, États-Unis, Australie, France, Nouvelle-Zélande, Grande-Bretagne ou autres pays comparables).
- Type de publication :
 - Recensions d'écrits systématiques révisées par les pairs (avec ou sans méta-analyses).
 - Littérature grise : rapports de recherche, d'intervention, d'implantation ou d'évaluation; lignes directrices.

3.1.3 CRITÈRES D'EXCLUSION

- Publications antérieures à 2013¹.
- Publications dans une langue autre que le français ou l'anglais.
- Interventions ne faisant pas de distinction entre la clientèle générale et celle aux prises avec des troubles mentaux et/ou liés à l'utilisation de substances.
- Études économétriques ou analyses coûts-avantages.
- Publications pour lesquelles la question du tabagisme n'est pas abordée ou pour lesquelles les effets évalués ne sont pas en lien avec le tabagisme.

3.1.4 PROCESSUS DE RECHERCHE ET DE SÉLECTION

Les références ont d'abord été repérées à partir de la plateforme EBSCOhost pour ensuite être importées dans le logiciel de traitement bibliographique *Zotero*. Un premier tri fait par le premier auteur de cette synthèse, basé sur les titres des documents, a ensuite permis l'exclusion de 614 des 643 documents repérés pour un total de 29 articles.

Pour s'assurer de l'exhaustivité de la recherche bibliographique, une deuxième recherche a été effectuée à l'aide de la plateforme OVIDsp en utilisant une stratégie de recherche similaire à celle employée pour EBSCOhost. Sept-cent-quatre-vingt-neuf références ont alors été repérées, desquelles 34 ont été retenues suite à un premier tri fait par le premier auteur en utilisant les titres seulement. De ces trente-quatre, huit nouvelles références ont été retenues en retirant celles préalablement repérées avec la recherche EBSCOhost. À noter que les recherches effectuées avec EBSCOhost et OVIDsp ont été réalisées en mai 2019.

Les résumés des 37 publications dérivés des deux stratégies de recherche ont subséquemment été évalués par les deux auteurs de cette synthèse. Dix des trente-sept articles ont été retenus pour faire l'objet d'une évaluation en lecture complète. Cela a permis d'exclure trois documents, portant le total final à sept recensions : deux réalisées auprès de fumeurs ayant un trouble lié à l'utilisation de substances, quatre ciblant les fumeurs atteints de troubles mentaux et une sur l'usage de la cigarette électronique chez des fumeurs avec un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances. Une huitième publication répondant aux critères d'inclusion, publiée à l'automne 2019, quelques mois après la stratégie de recherche menée à l'été 2019, a aussi été incluse. Les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion, et de contrôle de qualité, y ont été appliqués.

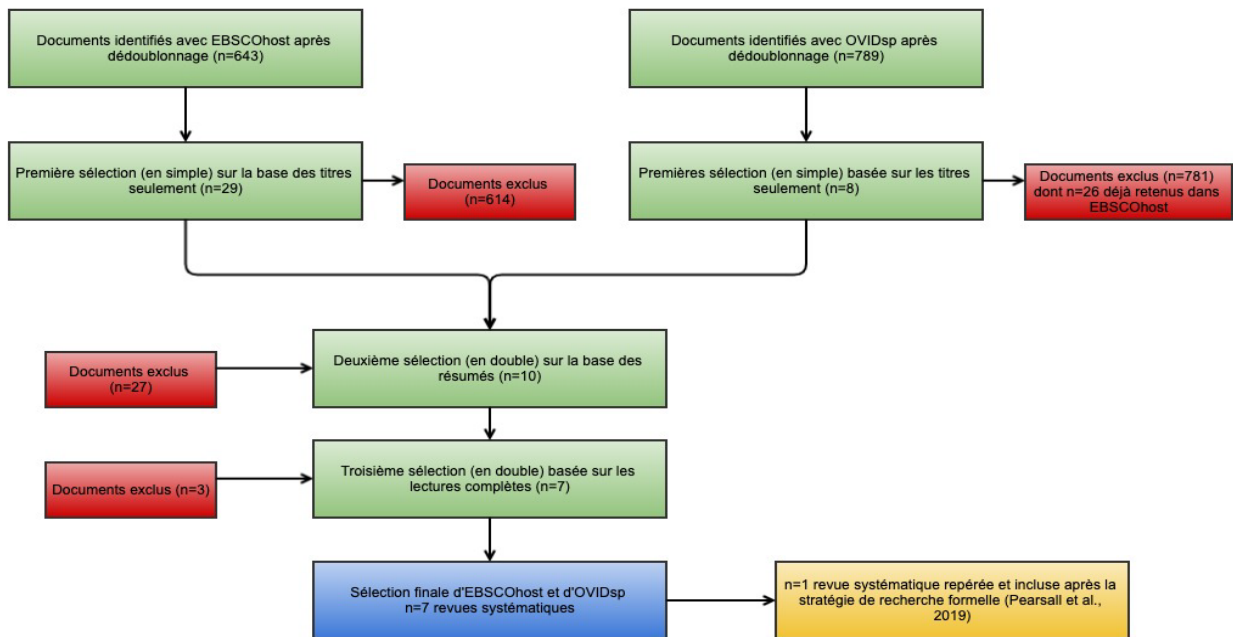
Les principales raisons d'exclusions sont les suivantes :

- La recension ne porte pas sur les interventions de renoncement ni de réduction de la consommation de tabac;
- La recension ne contient pas de mesures permettant d'évaluer l'efficacité de l'intervention ou des interventions;
- La recension s'attarde seulement à l'impact du renoncement au tabac sur la condition de santé mentale des individus à l'étude, ou sur l'abstinence ou la réduction de la consommation d'une ou de plusieurs substances psychoactives;

¹ Étant donné l'évolution rapide de la problématique du renoncement au tabac chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux ou des troubles liés à l'utilisation de substances et de l'abondance de littérature sur ce sujet, il a été décidé de se limiter aux publications des cinq dernières années, incluant celles de 2013.

- La recension rapporte uniquement les pratiques organisationnelles d'une ou de plusieurs institutions en matière de renoncement au tabac, mais ne présente pas les résultats d'interventions effectuées auprès d'individus atteints d'un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances.

Figure 1 Diagramme de la recherche documentaire de la littérature scientifique



3.2 Méthode d'analyse des écrits scientifiques

3.2.1 EXTRACTION DES DONNÉES ET INFORMATIONS PERTINENTES

Les données pertinentes des publications retenues ont été extraites par les deux auteurs à l'aide d'une grille compilant, pour chacune des publications, des informations générales (auteurs, année de publication), les objectifs, des informations relatives à la méthode (devis, effets mesurés, analyses), à l'intervention (contexte de dispensation, professionnels impliqués dans la dispensation, population ciblée) ainsi que les résultats obtenus. Les tableaux contenant ces informations ont été remplis pour l'ensemble des écrits retenus et sont présentés à l'annexe 1.

3.2.2 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES DOCUMENTS ISSUS DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Afin de porter un jugement sur la qualité des publications retenues, une procédure d'évaluation de leur qualité a été effectuée par le premier auteur à l'aide de la grille AMSTAR (*Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews*). Cette grille est utilisée pour déterminer la qualité méthodologique des recensions d'écrits systématiques. La cote de qualité de chacun des documents est présentée dans les tableaux retrouvés dans la section des résultats.

3.3 Méthode de recension de la littérature grise

Une recherche de la littérature grise a été effectuée à l'aide du moteur de recherche Google. Des écrits provenant d'organismes de renom en santé publique ont ainsi été sélectionnés. Les recommandations portant sur le renoncement au tabac pour les clientèles aux prises avec un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances ont été extraites.

3.4 Révision par les pairs

Cette synthèse des connaissances a fait l'objet d'un processus de révision par les pairs afin d'obtenir une rétroaction sur la qualité scientifique et la justesse du contenu. Trois professionnelles travaillant à l'INSPQ et deux réviseurs externes ont été sollicités à offrir leurs commentaires sur la présentation du contexte de la publication, l'approche méthodologique utilisée, les enjeux éthiques, la portée et les conclusions. Les auteurs ont inscrit dans un tableau les commentaires reçus de la part des cinq réviseurs de même que le traitement qui en a été fait dans la version finale du document.

4 Efficacité des interventions de renoncement au tabac

4.1 Clientèle présentant un trouble mental

Cinq recensions d'écrits portant sur les interventions de renoncement au tabac destinées aux clientèles présentant un trouble mental ont été retenues pour cette synthèse; elles ont été publiées entre 2013 et 2019 (Ahmed et collab., 2018; Schwindt et collab., 2017; van der Meer et collab., 2013). Parmi celles-ci, deux recensions ont examiné l'efficacité d'une variété d'interventions : la première chez des personnes atteintes de dépression (Van der Meer et collab., 2013) et la seconde, chez des fumeurs souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire (Pearsall et collab., 2019). Deux publications ont porté sur la pharmacothérapie : une sur l'ensemble des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique pour les personnes aux prises avec un trouble mental grave (Jahagirdar et Kaunelis, 2017) et l'autre, sur la varénicline uniquement (Ahmed et collab., 2018). Finalement, la cinquième recension a étudié l'efficacité des lignes téléphoniques (Schwindt et collab., 2017).

Interventions de renoncement au tabac chez des fumeurs aux prises avec une dépression ou un trouble mental grave (Van der Meer et collab., 2013)

Van der Meer et ses collègues ont documenté l'efficacité d'interventions de renoncement au tabac chez des fumeurs aux prises avec une dépression ou des antécédents de dépression (Van der Meer et collab., 2013). Les auteurs ont examiné des essais randomisés contrôlés comportant un suivi minimal de six mois après la date d'arrêt, menés chez des adultes fumeurs souffrant ou ayant souffert de dépression majeure (selon les critères du DSM-IV) ou de symptômes de dépression (selon des échelles de dépression comportant plusieurs items ou un seul item). Quarante-neuf études publiées entre 1999 et 2010 ont été retenues (à noter qu'une étude peut se retrouver dans plus d'une catégorie) :

- 13 études portant sur des interventions psychosociales de gestion des émotions avec des composantes spécifiques à la dépression chez des fumeurs souffrant de dépression (n = 1 949) et 14 études chez des fumeurs avec des antécédents de dépression (n = 1554);
- 10 études sur des interventions psychosociales sans composantes spécifiques à la dépression chez des fumeurs souffrant de dépression, et cinq études chez des fumeurs avec des antécédents de dépression;
- 8 études sur des antidépresseurs chez des fumeurs souffrant de dépression (n = 517) et 11 études chez des fumeurs avec des antécédents de dépression (n = 836);
- 5 études sur la TRN dont quatre chez des fumeurs avec des antécédents de dépression;
- 3 études sur une pharmacothérapie autre que la TRN ou les antidépresseurs;
- 5 études sur d'autres types d'interventions.

Il est à noter que certaines études se retrouvent dans plus d'une catégorie. Des méta-analyses ont été réalisées lorsque les études ne comportaient pas d'hétérogénéité.

Chez les fumeurs souffrant de dépression, l'ajout de composantes de gestion des émotions spécifiques à la dépression à une intervention standard de renoncement au tabac augmente les chances de cesser de fumer (RR 1,47, 95 % IC 1,13-1,92). C'est le cas également chez ceux qui ont

des antécédents de dépression (RR 1,41, 95 % IC 1,13-1,77). Dans la plupart de ces études, l'intervention consistait en un soutien cognitivo-comportemental de plusieurs sessions.

Les interventions psychosociales sans composantes spécifiques à la dépression examinées se présentaient sous diverses formes : counseling téléphonique, counseling de groupe, site internet autodidacte, etc. Étant donné leur hétérogénéité, les chercheurs ont réalisé une seule méta-analyse de deux études chez des fumeurs souffrant de dépression : la comparaison du counseling téléphonique et d'un livret autodidacte; aucune différence d'efficacité n'a été détectée entre les deux interventions.

Selon les études portant sur les antidépresseurs, le bupropion serait plus efficace que le placebo chez les fumeurs avec des antécédents de dépression, mais pas chez ceux souffrant d'une dépression actuelle. Cependant, la qualité des preuves soutenant cette affirmation est considérée comme faible en raison du nombre limité d'études. Il n'y a pas assez d'études pour statuer sur l'efficacité d'autres antidépresseurs comme la fluoxétine, la paroxétine, la nortriptyline, la seligiline ou la sertraline. Selon les auteurs, l'analyse des études sur la TRN indique que la gomme de nicotine serait plus efficace que le placebo, bien que la différence ne soit pas significative, tant chez les fumeurs souffrant de dépression (RR 2,64, 95 % IC 0,93-7,45) que chez ceux avec antécédents de dépression (RR 1,17, 95 % IC 0,85-1,60).

Les auteurs de cette recension Cochrane concluent que l'ajout de composantes de gestion des émotions spécifiques à la dépression à une intervention standard de renoncement au tabac augmente le taux de renoncement chez les fumeurs souffrant ou ayant souffert de dépression. Quant au bupropion, il augmenterait le taux d'abandon seulement chez les fumeurs avec des antécédents de dépression.

Pearsall et collab., 2019

Bien qu'elle n'ait pas été répertoriée lors de la recherche d'articles pour cette synthèse des connaissances, car publiée en novembre 2019², nous tenons tout de même à rapporter les principaux constats de cette publication (Pearsall et collab., 2019). Celle-ci porte sur l'efficacité et l'innocuité d'approches pharmacologiques et comportementales de renoncement au tabac chez des personnes aux prises avec un trouble mental grave (schizophrénie, psychose de type schizophrénie, troubles schizoaffectifs, ou trouble bipolaire). Pearsall et ses collègues ont retenu 28 essais randomisés contrôlés publiés entre 2000 et 2016, dont l'objectif était d'évaluer l'abstinence tabagique :

- 8 études ont porté sur le bupropion;
- 7 études sur la varénicline;
- 3 études sur la TRN;
- 2 études sur une combinaison de bupropion et de TRN;
- 4 études sur des approches comportementales;
- 4 études sur d'autres médicaments et d'autres approches.

La majorité ces études ont été menées chez des fumeurs souffrant de schizophrénie et seulement cinq études, chez des personnes souffrant de trouble bipolaire.

² La recherche d'articles scientifiques a été effectuée en mai 2019.

Une méta-analyse de six études ayant comparé le bupropion au placebo indique une efficacité supérieure à trois mois ($n = 235$, RR 3,96, 95 % IC 1,86-8,40), mais pas à six mois. Le bupropion à un dosage de 300 mg/jour serait efficace à trois mois alors que ce n'est pas le cas pour un dosage de 150 mg/jour. Ce médicament serait efficace chez les fumeurs atteints de schizophrénie.

Selon une méta-analyse de quatre études, la varénicline est plus efficace chez les personnes atteintes d'un trouble mental grave à trois mois que le placebo ($n = 288$, RR 3,56, 95 % IC 1,82-6,96), les taux d'abstinence de tabac étant de 24,8 % versus 7,3 %. C'est aussi le cas à six mois avec des taux d'abstinence de 13,8 % versus 4,2 %.

Une seule étude ($n = 298$) a comparé la TRN au placebo; celle-ci est plus efficace à trois mois (RR 2,74, 95 % IC 1,1-6,81), mais pas à six mois ni à douze mois (Baker et collab., 2006). Une étude a comparé un haut dosage de TRN à un faible dosage et n'a pas trouvé de différences d'effets à trois mois (Chen et collab., 2013).

Selon une méta-analyse de deux études ($n = 110$), la combinaison de bupropion et de TRN est plus efficace que le placebo à trois mois (RR 2,88, 95 % IC 1,23-6,73) et à six mois (RR 3,86, 95 % IC 1,01-14,80).

Tant le bupropion que la varénicline n'auraient pas d'effets sur les symptômes liés à la dépression ou l'anxiété. Toutefois, la varénicline causerait des nausées et des vomissements. Aucun effet secondaire notable n'est rapporté avec la TRN.

Enfin, les interventions comportementales n'ont pas fait l'objet de méta-analyses étant donné l'hétérogénéité tant des interventions que des conditions de comparaison. Les auteurs effectuent toutefois une description narrative des résultats de ces études et affirment que les interventions examinées n'ont pas eu d'effets notables.

Les auteurs concluent à l'efficacité à long terme de la varénicline comme outil d'aide à l'arrêt tabagique chez les fumeurs souffrant de schizophrénie ou de trouble bipolaire, et au manque de preuves quant à l'efficacité du bupropion et de la TRN au-delà de trois mois. Ils soutiennent l'importance de mener davantage d'études rigoureuses chez cette clientèle étant donné que les études sur le bupropion et la varénicline sont de très faible qualité.

Aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique chez des fumeurs atteints d'un trouble mental grave (Jahagirdar et Kaunelis, 2017)

Jahagirdar et Kaunelis se sont intéressés aux adultes fumeurs atteints d'un trouble mental grave : schizophrénie, troubles schizoaffectifs, troubles psychotiques, trouble bipolaire et syndrome de stress posttraumatique (Jahagirdar et Kaunelis, 2017). Le but de cette revue rapide, publiée par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), est de mettre de l'avant les données probantes sur l'efficacité de la pharmacothérapie chez cette clientèle : TRN, varénicline, bupropion, combinaison de médicaments. Vingt-trois publications datant de 2008 à 2017 ont été retenues suite au processus de sélection :

- 8 recensions systématiques;
- 6 essais randomisés contrôlés;
- 8 études non randomisées;
- 1 guide de pratique.

La qualité des publications recensées a été évaluée par les auteurs à l'aide des grilles AMSTAR (recensions systématiques), Downs & Black (études primaires) et AGREE II (guide de pratique). Il est à noter que cette publication consacre une place égale aux recensions systématiques et aux études primaires (randomisées et non randomisées), autant dans la section des résultats qu'au niveau de l'analyse, et ce, malgré le fait que les revues systématiques sélectionnées recensent à elles seules une quantité importante d'études primaires.

Les huit recensions systématiques ont été publiées entre 2009 et 2017 et le nombre d'études primaires examinées varie de 7 à 34. Quatre recensions ont porté sur l'efficacité des trois classes d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique (TRN, bupropion et varénicline) (Bennett et collab., 2013; Peckham et collab., 2017; Roberts et collab., 2016; Tsoi DT et collab., 2013) deux sur la varénicline (Kishi & Iwata, 2015; Wu et collab., 2016), une sur le bupropion (Tsoi et collab., 2010) et une sur la TRN et le bupropion (Ferron et collab., 2009).

Parmi les recensions systématiques analysées, Bennet et ses collègues ont démontré que la TRN combinée à une intervention psychosociale pouvait réduire la consommation de tabac, augmenter le taux de renoncement au tabac et favoriser le maintien de l'abstinence (Bennet et al., 2013). Deux autres recensions ayant étudié la TRN n'ont pu se prononcer en raison d'échantillons trop petits ou de l'insuffisance de détails pouvant conduire à une interprétation adéquate (Ferron et collab., 2009; Tsoi et collab., 2013).

Selon quatre des cinq recensions systématiques avec méta-analyses ayant examiné l'efficacité de la varénicline, les probabilités d'abstinence ou de renoncement au tabac sont plus élevées avec ce médicament comparativement au placebo (Roberts et collab., 2016; Wu et collab., 2016; Tsoi et collab., 2013; Peckham et collab., 2017). C'est également le cas pour trois des quatre recensions ayant étudié le bupropion (Tsoi et collab., 2010; Roberts et collab., 2016; Tsoi et collab., 2013). Les études ayant rapporté les symptômes psychiatriques des participants n'ont pas dénoté de changements avec la prise d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique.

Trois études primaires randomisées ont porté sur la TRN (Chen et collab., 2013; Dennis et collab., 2016; Stockings et collab., 2014). Dennis et ses collègues n'ont trouvé aucune différence entre le groupe expérimental et le groupe témoin par rapport à l'abstinence ponctuelle de tabac mesurée à six semaines et six mois chez une population aux prises avec un syndrome de stress posttraumatique. Chen et son équipe n'ont pas obtenu de résultats significatifs quant à l'abstinence ponctuelle de sept jours ni au nombre de cigarettes fumées, chez des fumeurs hospitalisés atteints de schizophrénie. Enfin, Stockings et ses collaborateurs ont observé une augmentation significative des tentatives de renoncement et des probabilités de réduire de moitié la consommation de cigarettes chez des fumeurs souffrant de psychose ou de schizophrénie. Cependant, aucun effet quant à l'abstinence ponctuelle au suivi de six mois n'a été observé.

Deux études randomisées ont comparé la varénicline au placebo (Evins et collab., 2017; Jeon et collab., 2016). Dans une étude portant sur la réduction de l'usage de la cigarette, Jeon et ses collègues n'ont pas observé, au suivi de huit semaines, de différences significatives entre le groupe expérimental et le groupe témoin quant au nombre de cigarettes fumées, aux symptômes de sevrage ni aux fortes envies de fumer. Evins et ses collègues ont trouvé que les personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles bipolaires assignées à un traitement de maintien à l'aide de varénicline avaient, après 12 semaines de traitement, des taux d'abstinence continue de quatre semaines égaux à ceux d'individus sans trouble mental utilisant le même traitement (OR 1,68, 95 % IC 0,53- 5,32).

Pour ce qui est de la varénicline comparée à la TRN, toujours en ce qui concerne les études randomisées, Garcilla-Portilla et ses collègues n'ont pas trouvé de différences pour ce qui est de l'abstinence ponctuelle de sept jours ni du nombre de cigarettes fumées par jour chez des fumeurs aux prises avec un trouble bipolaire ou une schizophrénie (Garcia-Portilla et collab., 2016). Par contre, Stapleton et ses collègues ont observé à huit semaines des taux d'abstinence plus élevés avec la varénicline qu'avec la TRN chez des fumeurs souffrant de dépression, trouble bipolaire ou psychose (OR 2,88; 95 % IC 1,09-7,63) (Stapleton et collab., 2008).

Les quatre études de cohortes comparant les résultats avant et après l'utilisation de la varénicline ont relevé des effets généralement positifs pour le médicament en ce qui concerne le nombre de cigarettes fumées par jour (Castle et collab., 2012), et l'abstinence mesurée à 12 semaines (Cather et collab., 2017; Pachas et collab., 2012; Raich et collab., 2016). Enfin, une étude a trouvé que le bupropion en association avec la TRN avait des effets positifs sur l'abstinence ponctuelle à six mois, sur le nombre de cigarettes fumées par jour, de même que sur le niveau de monoxyde de carbone expiré, et ce, en comparaison avec le traitement habituel utilisant une association de thérapie cognitivo-comportementale et de médicaments en vente libre (Brody et collab., 2017).

Le guide de pratique publié par NICE en 2014 recommande de considérer la TRN ou la varénicline pour les personnes aux prises avec une psychose ou une schizophrénie. Le bupropion est aussi conseillé, mais seulement chez les individus atteints de schizophrénie (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Le guide recommande également d'offrir de la TRN aux patients hospitalisés pour un trouble mental, même si ceux-ci ne désirent pas, dans l'immédiat, arrêter de fumer. Enfin, on suggère aux cliniciens d'informer leurs patients des risques accrus de symptômes neuropsychiatriques liés au bupropion et à la varénicline en plus d'assurer une surveillance étroite des patients au cours des deux ou trois premières semaines d'utilisation de ces médicaments.

Les auteurs concluent que les trois aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique étudiées, soit la TRN, le bupropion et la varénicline seraient plus efficaces que le placebo chez des fumeurs vivant avec un trouble mental grave. La varénicline et le bupropion seraient possiblement plus efficaces que la TRN et l'ajout de soutien comportemental pourrait augmenter les chances de succès. Les auteurs n'ont pas trouvé de preuves indiquant que cette clientèle serait davantage affectée par les effets secondaires liés à ces médicaments. Également, ils n'ont pas observé d'aggravation des symptômes psychiatriques.

Ahmed et collab., 2018

Ahmed et ses collègues ont examiné l'efficacité de la varénicline comme aide pharmacologique à l'arrêt tabagique chez des individus atteints de schizophrénie ou de troubles schizoaffectifs (Ahmed et collab., 2018). Quatre essais randomisés contrôlés publiés entre 2011 et 2016 et totalisant 239 participants, majoritairement des hommes dans la quarantaine, ont été retenus. Dans les quatre études, des doses variables de varénicline étaient administrées à un groupe expérimental tandis que le groupe témoin recevait un placebo. Les participants recevaient de la varénicline durant 12 semaines dans deux études (Weiner et collab., 2012; Williams et collab., 2012) alors dans les deux autres études, la durée du traitement était de huit semaines (Hong et collab., 2011; Jeon et collab., 2016). La qualité des quatre études retenues, jugée selon l'outil de détection des biais Cochrane, est généralement satisfaisante, mis à part la présence d'un possible biais de sélection à propos de la conception des séquences aléatoires utilisées pour répartir les groupes expérimentaux et témoins.

Une méta-analyse des deux études ayant évalué l'impact de la varénicline sur les taux d'abstinence a établi que son utilisation augmentait significativement les taux de renoncement au tabac (Williams et collab., 2012; Weiner et collab., 2011). Par ailleurs, trois études démontrent que les participants ayant

fait usage de la varénicline diminuaient leur nombre de cigarettes fumées par jour comparativement au groupe témoin (Williams et collab. 2012; Jeon et collab., 2016; Hong & al, 2011). Cette observation est confirmée par une baisse du monoxyde de carbone expiré dans deux de ces études (Jeon et collab., 2016; Hong et collab., 2011).

La varénicline constitue donc, selon les auteurs, un médicament efficace pour les personnes atteintes de schizophrénie désirant renoncer au tabac. Un examen attentif des effets secondaires pouvant être provoqués par la varénicline a démontré qu'il s'agissait d'un médicament bien toléré et pouvant être utilisé en toute sécurité par les fumeurs aux prises avec une schizophrénie. Les participants étaient toutefois dans un état cliniquement stable lors de la prise de varénicline.

Lignes téléphoniques

Schwindt et ses collaborateurs se sont intéressés à l'efficacité des lignes téléphoniques d'abandon du tabac chez des adultes diagnostiqués avec un trouble mental (Schwindt et collab., 2017). Quatre études primaires comptant 1412 participants, dont les suivis variaient de deux à douze mois, ont été retenues : trois essais randomisés contrôlés (Morris et collab., 2011; Rogers et collab., 2016; van der Meer et collab., 2010) et une étude quasi expérimentale (Segan et collab., 2011). Notons que l'étude de Van der Meer publiée en 2010 se retrouve dans la recension de Van der Meer et collaborateurs publiée en 2013 décrite précédemment.

Van der Meer et ses collègues ont observé des taux d'abstinence plus élevés chez des fumeurs avec des antécédents de dépression majeure recevant un module additionnel de gestion de l'humeur, comparativement aux participants du groupe témoin ayant accès au counseling téléphonique seul. Ainsi, les taux de renoncement autorapportés étaient de 30 % à six mois et de 24 % à 12 mois comparativement à 22 % et 14 % pour le groupe témoin. Les participants des deux groupes recevaient des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique.

Morris et ses collègues ont démontré que l'ajout de dix sessions de counseling de groupe à une ligne téléphonique d'arrêt a permis aux participants recevant des services de santé mentale d'augmenter leurs chances de réduire leur consommation de tabac de 50 % comparativement au groupe témoin. Les taux de renoncement au tabac à six mois étaient cependant identiques dans les deux groupes. La TRN était fournie gratuitement à tous les participants de l'étude pendant 12 semaines.

Rogers et ses collègues ont étudié l'efficacité de l'ajout de dix appels de counseling spécialisé utilisant l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie de résolution de problèmes chez des vétérans américains. Ils ont constaté que l'ajout de ce counseling spécialisé à la ligne téléphonique menait à davantage de tentatives de renoncement de 24 heures et d'abstinence autorapportée de trente jours à six mois en comparaison avec le counseling téléphonique seul. De plus, les participants à l'intervention étaient plus susceptibles d'utiliser une TRN, bien que cette différence ne soit pas significative.

Enfin, Segan et ses collègues ont rapporté les effets d'une approche collaborative basée sur une ligne d'arrêt qui intègre l'intervention d'un médecin traitant, d'un conseiller d'abandon et du patient lui-même. Soixante-douze pour cent des participants ont fait une tentative de renoncement au tabac. Au suivi de six mois, 33 % des participants rapportaient ne pas fumer, et 20 % s'étaient complètement abstenus de fumer durant cette période de six mois. Les participants engagés dans l'approche collaborative de renoncement étaient aussi plus susceptibles de faire une tentative de renoncement au tabac que ceux n'y ayant pas participé. De la pharmacothérapie était remise aux participants par le médecin traitant.

Les auteurs de la recension d'écrits affirment que le counseling téléphonique adapté est plus susceptible d'apporter des résultats positifs que le counseling habituellement offert par les lignes téléphoniques traditionnelles. Ainsi, les personnes affectées par un trouble mental répondraient possiblement mieux à une approche multimodale basée sur des interventions de renoncement spécifiquement adaptées à leurs besoins.

Tableau 2 Description des recensions d'écrits traitant des interventions de renoncement au tabac chez des individus aux prises avec un trouble mental

Auteurs, année, nombre (n) d'études primaires	Critères de sélection (PICOTS) ³ des études primaires incluses dans la recension d'écrits	Évaluation de qualité AMSTAR (cote)
<p>Van der Meer et collab., 2013 n = 49</p>	<p>P : Adultes fumeurs souffrant ou ayant souffert de dépression majeure selon les critères du DSM-IV ou de symptômes de dépression.</p> <p>I : Intervention psychosociale, antidépresseurs, TRN, autres médicaments, ou une combinaison de la pharmacothérapie et de l'intervention psychosociale.</p> <p>C : Placebo, counseling habituel de renoncement au tabac.</p> <p>O : Au moins six mois après la date d'arrêt, abstinence continue préférablement à abstinence ponctuelle de tabac, validée biochimiquement préférablement à autorapportée.</p> <p>T : Entre 1999 et 2010.</p> <p>S : ERC de langue anglaise; portée internationale.</p>	<p>9/11 Haute qualité</p>
<p>Pearsall et collab., 2019 n = 28</p>	<p>P : Adultes fumeurs atteints de schizophrénie, de psychose de type schizophrénie, de troubles schizoaffectifs ou de trouble bipolaire.</p> <p>I : Bupropion, varénicline, TRN, combinaison de bupropion et de TRN, intervention comportementale.</p> <p>C : Placebo, traitement habituel.</p> <p>O : Trois ou six mois après la date d'arrêt, abstinence continue préférablement à abstinence ponctuelle de tabac, validée biochimiquement préférablement à autorapportée.</p> <p>T : Entre 2000 et 2016.</p> <p>S : ERC de langue anglaise, portée internationale.</p>	<p>7/11 Qualité modérée</p>

³ PICOTS : P = population; I = intervention; C = comparateur; O = *outcomes* (résultats); T = *timing* (années des publications étudiées); S = *setting* (contexte).

Tableau 3 Description des recensions d'écrits traitant des interventions de renoncement au tabac chez des individus aux prises avec un trouble mental (suite)

Auteurs, année, nombre (n) d'études primaires	Critères de sélection (PICOTS) ⁴ des études primaires incluses dans la recension d'écrits	Évaluation de qualité AMSTAR (cote)
<p>Jahagirdar et Kaunelis, 2017 n = 23</p>	<p>P : Adultes fumeurs atteints de schizophrénie, de troubles schizoaffectifs, de troubles psychotiques, de trouble bipolaire ou de stress posttraumatique.</p> <p>I : TRN, varénicline, bupropion, combinaison de médicaments.</p> <p>C : Placebo, traitement habituel, autre forme de médication.</p> <p>O : Abstinence ou réduction de la consommation de tabac, effets indésirables dus aux médicaments (varénicline et bupropion).</p> <p>T : Entre 2008 et 2017.</p> <p>S : Huit recensions systématiques, 14 études primaires, et un guide de pratique de langue anglaise; portée internationale.</p>	<p>6/9 Qualité modérée⁵</p>
<p>Ahmed et collab., 2018 n = 4</p>	<p>P : Adultes fumeurs atteints de schizophrénie, de troubles schizoaffectifs.</p> <p>I : Varénicline.</p> <p>C : Placebo.</p> <p>O : Consommation de cigarettes, monoxyde de carbone expiré, abstinence de tabac, effets indésirables.</p> <p>T : Entre 2011 et 2016.</p> <p>S : ERC de langue anglaise, portée internationale.</p>	<p>5/11 Qualité modérée</p>
<p>Schwindt et collab., 2017 n = 4</p>	<p>P : Adultes fumeurs avec un diagnostic de trouble mental selon le DSM-IV ou DSM-5.</p> <p>I : Ligne téléphonique d'aide au renoncement au tabac combinée à diverses formes de counseling (groupe, spécialisé).</p> <p>C : Ligne téléphonique de renoncement habituelle.</p> <p>O : Taux de renoncement au tabac autorapporté, réduction de la consommation de tabac, tentatives de renoncement.</p> <p>T : Entre 2010 et 2016.</p> <p>S : Études primaires de langue anglaise.</p>	<p>3/11 Faible qualité</p>

⁴ PICOTS : P = population; I = intervention; C = comparateur; O = *outcomes* (résultats); T = *timing* (années des publications étudiées); S = *setting* (contexte).

⁵ Certains critères AMSTAR n'ont pu être appliqués intégralement à cette évaluation de la qualité étant donné qu'il s'agit d'une revue de revues et non d'une recension systématique conventionnelle.

4.2 Clientèle présentant un trouble lié à l'utilisation de substances

Deux recensions d'écrits portant sur les interventions de renoncement au tabac chez des clientèles présentant un trouble lié à l'utilisation de substances ont été publiées en 2016 (Apollonio D. et collab., 2016; Thurgood et collab., 2016). La publication de Thurgood rapporte les résultats de 17 essais randomisés contrôlés qui se retrouvent tous dans celle d'Apollonio qui, pour sa part, a retenu, 35 études. La raison de cette divergence s'explique par la différence quant aux critères de sélection appliqués aux études primaires. Thurgood et ses collègues ont retenu uniquement les études réalisées auprès des fumeurs âgés de 18 ans ou plus, dont les résultats étaient validés biochimiquement. De leur côté, Apollonio et son équipe ont inclus à la fois les résultats confirmés biochimiquement et autorapportés chez des individus âgés de 15 ans et plus.

Interventions de renoncement au tabac et pharmacothérapie (Thurgood et collab., 2016)

Thurgood et ses collègues ont retenu 17 essais contrôlés randomisés lors de l'analyse de l'efficacité d'interventions de renoncement au tabac destinées aux adultes traités ou traités récemment pour un trouble d'abus d'alcool ou de drogues, que ce soit en externe ou en milieu fermé (Thurgood et collab., 2016). Ces études devaient comporter un suivi minimal de six mois, un groupe témoin (placebo ou soins courants) et une confirmation biochimique de l'abstinence de tabac. Le nombre de participants des études retenues varie de 64 à 383 et l'âge moyen, de 34 à 50 ans; le nombre moyen de cigarettes fumées par jour varie de 16 à 32. Les participants de 12 des 17 études étaient traités en externe. Dans huit études, les patients étaient traités pour un trouble d'abus d'alcool seulement, dans quatre études, pour un trouble d'abus de drogues seulement, et dans cinq études, pour un trouble d'alcool et de drogues.

Neuf des dix-sept études rapportent des effets significatifs d'interventions : cinq études aux suivis de six ou douze mois et quatre études sur des suivis à court terme (moins de six mois). Les huit autres études n'obtiennent aucun effet.

Des cinq études ayant rapporté une efficacité à six mois, deux études ont porté sur la TRN. La première étude menée chez des fumeurs traités en externe pour une dépendance à l'alcool, sans histoire d'abus d'alcool au cours des 30 jours précédents, a démontré que le timbre de nicotine utilisé pendant 10 semaines est plus efficace que le timbre placebo à quatre mois (28 % c. 11 %) et à six mois (24 % c. 6 %) (Hugues et collab., 2003). La seconde étude a comparé l'efficacité d'une combinaison de 16 semaines de thérapie cognitivo-comportementale et de 12 semaines de timbres et de gommes de nicotine chez des fumeurs au début de leur traitement en externe pour un trouble d'abus d'alcool, à celle d'une intervention similaire, mais avec des gommes placebo. À 12 mois, l'intervention comportant des gommes de nicotine est plus efficace (Cooney et collab., 2009).

Une étude a démontré que le soutien comportemental est efficace chez des fumeurs dépendants à l'alcool et/ou à la cocaïne nouvellement traités en milieu fermé (Burling et collab., 2001). Le soutien faisait partie d'une intervention à composantes multiples comprenant cinq semaines de traitement avant la date d'arrêt, quatre semaines après la date d'abandon, des séances individuelles quotidiennes de counseling, l'offre de renforcement positif soit financier ou matériel, et la prévention des rechutes. Cette intervention a été comparée à 1) une condition où l'on ajoutait une intervention visant à prévenir la rechute de toutes les substances et à 2) des soins courants. Les participants des trois conditions recevaient des timbres de nicotine. Les taux d'abstinence continue à six et douze mois observés sont plus élevés dans les deux conditions d'intervention que dans la condition des soins courants.

Selon deux études, la combinaison du soutien comportemental et de la médication est efficace. Les taux d'abstinence ponctuelle à trois et six mois sont plus élevés chez des fumeurs traités en externe pour une dépendance à l'alcool et soumis à une intervention consistant en 16 séances individuelles de thérapie cognitivo-comportementale, 16 semaines de timbres de nicotine et 26 semaines de pastilles de nicotine que chez des fumeurs recevant des soins habituels qui comportaient une orientation vers une clinique de renoncement au tabac (Carmody et collab., 2012). Toutefois, les taux d'abstinence sont similaires à 12 mois. Une deuxième étude a comparé les taux d'abstinence ponctuelle à trois et six mois chez des fumeurs traités en externe pour une dépendance aux stimulants (cocaïne et métamphétamine) (Winhusen et collab., 2013). Un groupe de participants était traité pour leur tabagisme à l'aide de 10 semaines de counseling individuel hebdomadaire, de bupropion, d'inhalateur de nicotine et de renforcement positif, alors que le groupe témoin recevait des soins habituels sans intervention spécifique à l'arrêt tabagique. Les chercheurs ont observé des taux d'arrêt tabagique plus élevés chez les fumeurs soumis à l'intervention.

Thurgood et ses collègues décrivent également les quatre interventions ayant obtenu des effets à court terme seulement, c'est-à-dire à moins de six mois, soit :

- une intervention de renforcement positif chez des fumeurs traités en externe à la méthadone et recevant des timbres de nicotine durant 12 semaines;
- huit semaines de timbres de nicotine combinées à neuf sessions de counseling de groupe chez des fumeurs traités en externe pour une dépendance à l'alcool ou aux drogues;
- une intervention intensive consistant en trois sessions individuelles de 60 minutes et huit semaines de timbres de nicotine chez des fumeurs traités en externe pour une dépendance à l'alcool;
- une combinaison de counseling et de gommes de nicotine ou une combinaison de counseling et d'activité physique chez des fumeurs avec un historique de dépendance à l'alcool, mais abstinent de l'alcool et de drogues depuis quatre ans en moyenne.

Enfin, sept interventions n'ont pas eu d'effets significatifs selon huit études. C'est le cas du counseling, de la thérapie cognitivo-comportementale, de l'entretien motivationnel, de la TRN, du bupropion (deux études), de la varénicline et d'une intervention motivationnelle brève combinée à des timbres de nicotine.

Les auteurs de cette recension systématique concluent que les interventions faisant appel à la TRN, au soutien comportemental et à une combinaison de soutien comportemental et de médication sont prometteuses chez les fumeurs souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances. De plus, selon les études examinées, les traitements de renoncement au tabac n'auraient pas d'effets négatifs sur le traitement de l'usage de substances. Cependant, ils précisent que ces constats devront être confirmés par un plus grand nombre d'études de haute qualité.

Apollonio et collab., 2016

Apollonio et ses collègues ont évalué si les interventions de renoncement au tabac sont associées à l'abstinence de tabac chez des individus âgés de 15 ans ou plus en traitement ou en rémission pour un trouble d'abus d'alcool ou de drogues (Apollonio et collab., 2016). Pour ce faire, les résultats issus d'essais randomisés contrôlés examinant l'abstinence de tabac ponctuelle autorapportée ou validée biochimiquement ont été analysés par les auteurs en utilisant le point de suivi le plus long disponible, entre 6 semaines et 18 mois. Après une recherche systématique, 34 études majoritairement américaines publiées entre 1991 et 2015 ont été retenues par les auteurs :

- 11 études sur le counseling (n = 1759);
- 11 études sur la pharmacothérapie (n = 1808);
- 12 études sur une combinaison de counseling et de pharmacothérapie (n = 2229).

Les 34 études retenues ont été utilisées pour effectuer des méta-analyses. Selon les auteurs, la qualité de la preuve recueillie est considérée comme faible; l'outil GRADE a été mis à profit pour en venir à ce constat.

Parmi les résultats intéressants, on note que la TRN est significativement associée à l'abstinence de tabac comparativement à un placebo ou au traitement habituel (RR 7,74, 95 % IC 3,00-19,94). Ce n'est pas le cas pour les autres médicaments comme le bupropion ou la varénicline ni pour les combinaisons de TRN et d'autres médicaments.

On constate également que le counseling combiné à la TRN est plus efficace qu'un placebo ou un traitement habituel (RR 1,74, 95 % IC 1,39 -2,18). Ce résultat est basé sur une méta-analyse totalisant 12 études : dans 11 études, le counseling était combiné à une forme de TRN et dans une étude du counseling, une TRN et du bupropion étaient offerts aux participants.

Quant aux interventions de counseling seules, elles ne seraient pas associées à une augmentation de l'abstinence du tabac, lorsque comparées au traitement habituel (RR 1,33, 95 % IC 0,90 -1,95). Ce résultat est basé sur une méta-analyse totalisant 11 études et 1759 individus. L'intensité des interventions de counseling examinées était très variable d'une étude à l'autre : d'une seule consultation de counseling de 10 à 15 minutes à douze séances de counseling de groupe de 60 minutes. Parmi les autres formes de counseling, on note une séance de 30 minutes d'entrevue motivationnelle, une séance individuelle de counseling et un encouragement à se joindre à des sessions de groupe, cinq séances de thérapie cognitivo-comportementale spécifiquement conçues pour le renoncement, une thérapie axée sur l'abandon du tabac dans le cadre de huit séances de counseling de groupe de deux heures, des sessions d'entrevue motivationnelle avec incitatifs ou coupons récompense, et finalement, quatre séances d'entrevue motivationnelle combinées à de la formation sur les aptitudes.

Malgré la faible qualité des études analysées, les auteurs concluent que l'on devrait incorporer la pharmacothérapie aux interventions de renoncement au tabac offertes aux personnes aux prises avec un trouble lié à l'utilisation de substances, qu'elles soient en traitement ou en rémission, si l'on souhaite les aider à s'affranchir de leur dépendance au tabac. La TRN, ou encore la combinaison du counseling à la TRN, augmente le taux d'abstinence du tabac sans influencer négativement les taux d'abstinence de l'alcool ou de drogues.

Tableau 3 Description des recensions d'écrits traitant des interventions de renoncement au tabac chez des individus atteints de troubles liés à l'utilisation de substances

Auteurs, année, nombre (n) d'études primaires	Critères de sélection (PICOTS) ⁶ des études primaires incluses dans la recension d'écrits	Évaluation de qualité AMSTAR (cote)
<p>Thurgood et collab., 2016 n = 17</p>	<p>P : Adultes fumeurs traités ou traités récemment pour un trouble d'abus de drogues ou d'alcool, en externe ou en milieu fermé.</p> <p>I : Pharmacothérapie, approches non pharmacologiques, dans tout type de milieu, et selon tout mode de dispensation.</p> <p>C : Traitement habituel ou placebo.</p> <p>O : À 6 ou 12 mois, abstinence continue de tabac ou abstinence ponctuelle de tabac de sept jours auto rapportée et validée biochimiquement; abstinence de substances auto rapportée.</p> <p>T : Entre 2001 et 2014.</p> <p>S : ERC de langue anglaise; portée internationale.</p>	<p>5/11 Qualité modérée</p>
<p>Apollonio et collab., 2016 n = 35</p>	<p>P : Individus de 15 ans ou plus en traitement ou en rémission pour un trouble d'abus d'alcool ou de drogues.</p> <p>I : Counseling, pharmacothérapie, combinaison de counseling et de pharmacothérapie.</p> <p>C : Traitement habituel, placebo, thérapie retardée ou des niveaux inférieurs de traitement.</p> <p>O : Abstinence ponctuelle de tabac auto rapportée ou validée biochimiquement, abstinence ponctuelle de l'alcool ou d'une ou d'autres drogues autorapportée ou validée biochimiquement.</p> <p>T : Entre 1991 et 2015.</p> <p>S : ERC et ERC avec procédures aléatoires pour ce qui est du lieu de traitement, de langue anglaise; portée internationale.</p>	<p>10/11 Haute qualité</p>

⁶ PICOTS : P = population; I = intervention; C = comparateur; O = *outcomes* (résultats); T = *timing* (années des publications étudiées); S = *setting* (contexte).

4.3 Clientèle présentant un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances

4.3.1 LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

En 2017, Hefner et ses collègues ont publié une recension d'écrits portant sur l'utilisation de la cigarette électronique par des personnes atteintes de troubles mentaux ou des troubles liés à l'utilisation de substances (Hefner et collab., 2017). Les auteurs ont retenu neuf études publiées entre 2013 et 2016, dont trois comportant un très petit nombre de participants. Quatre de ces études étaient transversales, deux étaient des études d'observation, une était un essai ouvert non contrôlé (*open trial*), et deux autres écrits portaient sur des analyses secondaires d'essais cliniques sur le renoncement au tabac.

Selon plusieurs de ces publications, la prévalence d'utilisation de la cigarette électronique est plus élevée chez les personnes affectées par un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances que dans la population générale (Cummins et collab., 2014; Hefner et collab., 2016; Peters et collab., 2015; Stein et collab., 2015). Le double usage cigarette électronique/cigarette de combustion est également plus prévalent chez ces deux groupes (Cummins et collab., 2014; Hefner et collab., 2016).

Quelques études seulement ont évalué l'efficacité de la cigarette électronique comme outil d'aide à l'arrêt tabagique chez des personnes atteintes de troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances. Un essai clinique randomisé portant sur la TRN, mené auprès de 956 adultes hospitalisés pour un trouble mental sévère (dépression unipolaire ou bipolaire, psychose non affective, ou autres) et dont les deux tiers souffraient également de troubles liés à l'utilisation de substances, indique que l'utilisation de la cigarette électronique ne serait pas associée à une réduction du tabagisme de plus de 50 %, ni à une abstinence du tabac (Prochaska & Grana, 2014).

En Nouvelle-Zélande, 657 adultes fumeurs motivés à cesser de fumer, dont 13 % rapportant utiliser une médication pour un trouble mental, ont été assignés aléatoirement à recevoir un timbre de nicotine de 21 mg, une cigarette électronique de 16 mg de nicotine ou une cigarette électronique sans nicotine (O'Brien et collab., 2015). Un soutien téléphonique de faible intensité était offert à tous. Parmi les participants aux prises avec un trouble mental, 74 % utilisaient une médication pour la dépression tandis que 28 % faisaient usage d'antipsychotiques. Au suivi de six mois, les taux de renoncement au tabac (validés par une mesure du monoxyde de carbone expiré) à l'aide de la cigarette électronique de 16 mg de nicotine étaient identiques chez les personnes avec un trouble mental (5 %) et chez les personnes sans (7 %). La réduction du nombre moyen de cigarettes fumées à l'aide de la cigarette électronique était aussi semblable dans les deux groupes (9,9 c. 9,4). Lors d'une comparaison avec le timbre de nicotine chez les personnes affectées par un trouble mental, la cigarette électronique de 16 mg de nicotine s'est avérée plus efficace quant à la réduction du nombre de cigarettes fumées et quant à l'observance au traitement et à son acceptabilité après six mois. Cependant, aucune différence n'a été notée entre les deux traitements par rapport au renoncement au tabac (O'Brien et collab., 2015).

Selon les études retenues dans cette recension systématique, les effets secondaires associés à la cigarette électronique sont minimes, et son utilisation n'affecte pas les symptômes psychiatriques. Les personnes affectées par un trouble mental croient que les cigarettes électroniques sont moins néfastes que les cigarettes de combustion et qu'elles peuvent aider à réduire ou cesser l'usage du tabac. Les auteurs concluent en affirmant que, comme pour la population générale, davantage de recherche est nécessaire pour évaluer l'efficacité de la cigarette électronique sur l'usage du tabac et les effets sur la santé (Hefner et collab., 2017).

Tableau 4 Description de la recension d'écrits traitant des interventions de renoncement au tabac chez des individus atteints de troubles mentaux ou de troubles liés à l'utilisation de substances

Auteurs, année, nombre (n) d'études primaires	Critères de sélection (PICOTS) ⁷ des études primaires incluses dans la recension d'écrits	Évaluation de qualité AMSTAR (cote)
<p>Hefner et collab., 2017 n = 9</p>	<p>P : Adultes avec un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances.</p> <p>I : Cigarette électronique.</p> <p>C : Timbre de nicotine et cigarette électronique sans nicotine (1 étude).</p> <p>O : Usage de cigarette électronique et de cigarette de combustion.</p> <p>T : Entre 2013 et 2016.</p> <p>S : Études primaires de langue anglaise.</p>	<p>1/11</p> <p>Faible qualité</p>

⁷ PICOTS : P = population; I = intervention; C = comparateur; O = *outcomes* (résultats); T = *timing* (années des publications étudiées); S = *setting* (contexte).

5 Lignes directrices nationales

Plusieurs organismes nationaux ont publié des lignes directrices sur le renoncement au tabac à l'intention des cliniciens de leurs pays qui rencontrent sur une base quotidienne des fumeurs aux prises avec une dépendance au tabac. On y retrouve des recommandations en fonction de certaines clientèles, dont celles affectées par un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances.

5.1 National Institute for Health and Excellence (NICE) — Grande-Bretagne — 2013 et 2014

NICE a publié en 2013 des lignes directrices destinées aux professionnels de la santé et des services sociaux britanniques visant à aider les fumeurs à renoncer au tabac lorsqu'ils font appel entre autres à des services de santé mentale (National Institute for Health and Care Excellence, 2013). Par ailleurs, des lignes directrices ont été diffusées en 2014 par le même organisme, cette fois sur la prévention et le traitement de la psychose et de la schizophrénie chez les adultes (National Institute for Health and Care Excellence, 2014). On y retrouve des recommandations sur l'aide à l'arrêt tabagique. Voici les recommandations issues de ces deux documents :

- Offrir de l'information à propos des types de soutien comportemental intensif disponibles; le soutien intensif correspond en général à des rencontres en face à face avec un conseiller spécialisé, individuelles ou de groupe, hebdomadaires pendant au moins les quatre premières semaines suivant l'abandon du tabac; ce type de soutien comprend des discussions sur les objectifs poursuivis, les défis et barrières, les stratégies et les outils d'aide, dont la pharmacothérapie (NICE, 2013);
- Offrir de l'aide au renoncement au tabac aux individus aux prises avec une psychose ou une schizophrénie, même si les tentatives précédentes se sont soldées par un échec (NICE, 2014);
- Recommander et offrir une aide pharmacologique : TRN (habituellement une combinaison de timbres et de TRN à courte durée d'action comme la gomme, la pastille ou l'inhalateur), bupropion (seulement chez les personnes atteintes de schizophrénie [NICE, 2014]), ou varénicline [NICE, 2013; NICE, 2014]);
- S'assurer que des cliniciens qualifiés ajustent le dosage des médicaments utilisés pour les troubles mentaux, particulièrement s'il s'agit de clozapine ou d'olanzapine.

5.2 European Network for Smoking and Tobacco Prevention- Europe — 2018

Le réseau européen pour la prévention du tabagisme a publié en 2018 des lignes directrices détaillées pour le traitement de la dépendance au tabac (European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2018). En se basant principalement sur des recensions Cochrane (Van der Meer et collab., 2013; Tsoi et collab., 2013), les auteurs recommandent d'offrir le même traitement aux personnes atteintes d'un trouble mental sévère que celui offert à la population générale, tel que le counseling et la pharmacothérapie. Ils suggèrent aussi de prolonger la période de traitement et d'effectuer une surveillance étroite des symptômes psychiatriques.

5.3 Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) – États-Unis – 2018 et 2019

L'organisme américain SAMHSA a publié deux guides pour les cliniciens qui souhaitent accompagner les fumeurs affectés par un trouble mental et ceux aux prises avec un trouble lié à l'utilisation de substances (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018, 2019). On y retrouve des recommandations similaires pour ces deux clientèles, dont certaines sont basées sur les lignes directrices américaines de renoncement au tabac publiées par Fiore et ses collègues (2008) :

- Offrir une combinaison de counseling et de pharmacothérapie;
- En ce qui concerne le counseling, trois modes sont recommandés : individuel, en groupe, par téléphone. L'efficacité du counseling est directement tributaire de l'intensité à laquelle celui-ci est dispensé. Les services d'arrêt par messagerie texte, de même que certaines applications interactives, sont aussi mis de l'avant par SAMHSA;
- Le counseling de type « résolution de problèmes » ou encore celui basé sur l'apprentissage d'habiletés peut être utilisé par les cliniciens en discutant de la dangerosité de la cigarette, des situations à risque de déclencher des envies de fumer et des stratégies pour y remédier;
- Également, il est crucial, chez les cliniciens, de démontrer de l'empathie en plus d'avoir une attitude positive, encourageante et sensible au défi d'envergure que représente une démarche de renoncement au tabac. Le clinicien doit faire preuve de compréhension, particulièrement si l'individu présente des signes d'ambivalence quant aux bienfaits de s'engager dans une démarche de renoncement. La relation entre l'individu et le clinicien doit être comprise comme un partenariat axé vers la réussite, même si celle-ci ne survient pas dès la première tentative;
- Recommander l'utilisation de la TRN (timbres, gommes, pastilles, inhalateur et vaporisateur nasal), de la varénicline ou du bupropion.

5.4 CAN-ADAPTT – Canada – 2011

Des lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme, pilotées par un médecin chercheur du centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto (CAMH), ont été publiées par CAN-ADAPTT (2011). On y retrouve des recommandations pour les personnes atteintes de troubles mentaux et/ou de troubles liés à l'utilisation de substances :

- Offrir des services de counseling et un traitement pharmacologique;
- Durant la réduction de la consommation de tabac ou lors du renoncement au tabac, surveiller l'état psychiatrique du patient/client de même que la posologie des médicaments comme la clozapine et l'olanzapine et ajuster le dosage au besoin.

On mentionne aussi que cette clientèle pourrait avoir besoin de doses de TRN plus élevées et que la pharmacothérapie pourrait être nécessaire sur une plus longue durée.

6 Quelques expériences québécoises

Deux expériences d'interventions menées auprès de fumeurs québécois affectés par un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances ont fait l'objet de publications. Nous les rapportons dans cette section. Par ailleurs, nous avons pris contact par courriel avec les directions de santé publique du Québec pour identifier des interventions en cours ou passées qui n'auraient pas été publiées, mais aucune nouvelle intervention n'a été portée à notre attention.

6.1 Clientèle affectée par un trouble mental

Depuis 2005, l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (IPP), spécialisé dans le traitement de personnes atteintes d'un trouble mental grave associé à des comportements violents et dangereux, est un établissement sans fumée, autant pour le personnel que pour les patients. Il s'agit du premier hôpital psychiatrique québécois à se doter d'une telle démarche. En effet, les préjugés entourant les droits des patients fumeurs évoluant dans un milieu résidentiel ont longtemps retardé l'application de mesures visant à améliorer leur santé et celle du personnel traitant.

De nombreuses appréhensions, dont l'augmentation des gestes violents et de la délinquance, furent prises en considération lors de l'élaboration du projet. Une année fut nécessaire pour mobiliser et sensibiliser l'ensemble des unités de l'établissement. L'implantation « de l'hôpital sans fumée » s'est réalisée en trois étapes :

- Implantation, au printemps 2004, d'un projet pilote dans l'unité d'admission-réadmission-expertises psychiatriques;
- Sensibilisation du personnel par le biais d'activités diverses, dont un kiosque d'information de la direction de santé publique de Montréal, des présentations du directeur général sur hôpital sans fumée, un programme de soutien aux employés désirant renoncer au tabac et la transformation des aires communes en lieux sans fumée;
- Diffusion et implantation du projet auprès de l'ensemble de l'Institut.

L'élaboration du projet s'est faite en collaboration avec les membres de la direction, les employés et les patients. Cela a permis une adhésion de l'ensemble des parties prenantes dès le début de l'implantation.

À propos des retombées post-implantation, l'Institut a constaté une diminution de l'utilisation de la clozapine d'environ 20 % chez les fumeurs qui renoncent au tabac, ce qui s'est traduit par une réduction des effets secondaires liés à ce médicament et par une économie en ce qui concerne le budget alloué aux médicaments. Une diminution de l'utilisation des bronchodilatateurs a aussi été constatée, de même qu'une augmentation générale de l'activité physique chez les patients ayant renoncé au tabac. Qui plus est, la fréquence des gestes violents n'a pas augmenté. Enfin, les modestes sommes d'argent reçues mensuellement par les patients, généralement bénéficiaires de l'aide sociale, ne sont plus affectées entièrement à l'achat de cigarettes. Le projet, récipiendaire du Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux en 2006, est toujours en vigueur aujourd'hui et a inspiré des démarches similaires dans d'autres établissements (Bernier, s. d.).

Pour sa part, l'Institut universitaire de santé mentale de Québec adhère à l'approche de l'OMS « Hôpital promoteur de la santé » en « s'engageant à favoriser l'amélioration de la santé globale (mentale et physique) des usagers et du personnel par la promotion de bonnes habitudes de vie et

d'un milieu de travail sain » (Royer & Tremblay, 2010). Ainsi, l'aide au renoncement au tabac est offerte tant aux usagers qu'au personnel.

6.2 Clientèle souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances

Il y a une dizaine d'années, Royer et Cantinotti publiaient les résultats d'une évaluation d'une intervention sur le tabagisme menée en milieu de thérapie sur les dépendances à l'alcool et aux drogues (Royer et collab., 2009). Le programme « J'tabac maintenant » a été implanté à la maison l'Alcôve à Saint-Hyacinthe, un organisme communautaire qui a pour mission de « (...) maintenir et opérer un centre de thérapie avec ou sans hébergement selon le principe du mouvement AA pour les personnes alcooliques, toxicomanes et souffrant d'autres dépendances » (Royer, Cantinotti, et Caya, 2009, p.140). Le programme s'est déroulé sur une période de treize semaines, trois semaines en centre résidentiel et dix semaines de suivi à l'externe. Il comprend :

- une brève intervention lors de l'admission au centre ainsi qu'une invitation à participer au programme;
- six rencontres individuelles avec un intervenant attitré et un atelier de groupe lors des 21 jours d'hébergement;
- un journal de bord, des documents écrits, audio et vidéo, et une offre de timbres de nicotine;
- lors du traitement à l'externe, dix rencontres de groupe hebdomadaires suivies de lettres et de contacts téléphoniques (Royer et collab., 2009).

Les objectifs de l'évaluation étaient de documenter l'intérêt de la clientèle envers le programme et de mesurer les effets sur la consommation de tabac. Pour ce faire, les chercheurs ont utilisé un devis quasi expérimental prospectif avec questionnaire. Ils ont recruté des participants à un centre de traitement des dépendances semblable à la maison l'Alcôve n'offrant aucune intervention sur le tabagisme. Le profil des clientèles des deux centres était similaire : les taux de tabagisme étaient de plus de 85 %; le nombre moyen d'années de tabagisme était de près de 20 ans; les trois quarts avaient déjà tenté de renoncer au tabac; et les niveaux de dépendance à l'alcool et aux drogues étaient similaires. Au total, 62 % des fumeurs de la maison l'Alcôve ont participé au suivi individuel intensif du programme offert durant l'hébergement; 80 % d'entre eux rapportent avoir fixé une date d'arrêt et 62 % auraient cessé de fumer à un moment ou l'autre durant les trois semaines de thérapie à l'interne. En comparaison, seuls 4 % des clients du centre témoin ont arrêté de fumer durant leur séjour. Le programme a entraîné également une baisse de la consommation quotidienne de cigarettes, de 21 cigarettes au début du traitement à 14 cigarettes à trois semaines; cette diminution de la consommation s'est maintenue au cours des 12 mois suivants. Aucun changement de la consommation n'a été observé dans le groupe témoin (Royer et collab., 2009).

La consultation récente du site internet de la maison l'Alcôve révèle que des services de renoncement au tabac sont toujours offerts à la clientèle. Cependant, malgré ces résultats prometteurs, la maison l'Alcôve demeure un des seuls centres de thérapies sur les dépendances au Québec à offrir des services de renoncement au tabac à sa clientèle.

7 Discussion

Malgré une diminution de la prévalence de l'usage du tabac au Québec au cours des dernières décennies, certains groupes de la population demeurent plus vulnérables, notamment les individus atteints d'un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances.

La littérature explorée dans le cadre de cette synthèse des connaissances a permis d'identifier des interventions démontrées efficaces qui pourraient être intégrées dans la pratique des intervenants et cliniciens travaillant avec ces clientèles.

7.1 Principaux constats

Voici les principaux constats qui se dégagent de la littérature scientifique consultée :

- Selon une recension Cochrane publiée en 2013 et ayant recensé 49 études menées chez des fumeurs souffrant ou ayant souffert de dépression :
 - Le soutien cognitivo-comportemental comportant des composantes spécifiques à la dépression augmente le taux de renoncement au tabac;
 - Le bupropion serait efficace chez les fumeurs avec des antécédents de dépression (Van der Meer et collab., 2013).
- Une recension portant sur l'efficacité des interventions de renoncement au tabac chez des fumeurs aux prises avec un trouble mental grave (schizophrénie, troubles psychotiques, trouble bipolaire et syndrome de stress posttraumatique) a été publiée en 2017 par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (Jahagirdar et Kaunelis, 2017). Celle-ci indique que les trois classes de médicaments d'aide à l'arrêt tabagique sont efficaces chez cette clientèle : TRN, bupropion et varénicline. Selon une autre recension, publiée cette fois en 2019, la varénicline est plus efficace que le placebo trois et six mois après la date d'arrêt, chez des fumeurs aux prises avec un trouble mental sévère (schizophrénie, trouble psychotique de type schizophrénie, troubles schizoaffectifs, trouble bipolaire) (Pearsall et collab., 2019). Le bupropion et la TRN seraient efficaces, mais pas au-delà de trois mois. Pour sa part, la recension d'Ahmed conclut à l'efficacité de la varénicline chez les personnes atteintes de schizophrénie (Ahmed et collab., 2018);
- Les deux recensions systématiques portant sur les interventions de renoncement au tabac chez des personnes aux prises avec des troubles liés à l'utilisation de substances (Apollonio et collab., 2016; Thurgood et collab., 2016) arrivent à des constats similaires :
 - La TRN est une médication qui augmente les taux de renoncement alors que le bupropion et la varénicline ne seraient pas efficaces chez cette clientèle;
 - Le counseling associé à une TRN est également une intervention qui aiderait cette clientèle à cesser de fumer, mais le counseling seul ne serait pas efficace;
 - Le renoncement au tabac ne nuirait pas au traitement du trouble lié à l'utilisation de substances.

Il est à noter que la plupart des interventions jugées efficaces ont été menées chez des fumeurs traités en milieu externe bien que certaines ont eu lieu chez des fumeurs en milieu d'hébergement.

- Les lignes directrices d'Europe, de la Grande-Bretagne, des États-Unis et du Canada convergent quant à leurs recommandations d'interventions auprès des fumeurs aux prises avec un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances :
 - Offrir une combinaison de counseling et de pharmacothérapie;
 - Effectuer une surveillance des symptômes psychiatriques;
 - Surveiller et ajuster la posologie des médicaments utilisés en psychiatrie pour éviter un surdosage.
- La qualité méthodologique des recensions analysées demeure très variable, allant de faible à élevée, et incite à interpréter ces constats avec précaution. Ceci est particulièrement le cas des recensions de Schwindt et collaborateurs et de Hefner et ses collègues, qui ont toutes deux été jugées comme de faible qualité, tant sur le plan de la rigueur employée pour les recherches d'études primaires que pour la manière dont les résultats scientifiques ont été interprétés (Schwindt et collab., 2017; Hefner et collab. 2017). Trois des sept recensions ont été jugées de qualité modérée (Thurgood et collab., 2016; Jahagirdar & Kaunelis, 2017; Ahmed et collab., 2018) et les deux recensions réalisées par l'organisme Cochrane sont de haute qualité (Van der Meer et collab., 2013; Apollonio et collab., 2016);
- Par ailleurs, les documents retenus pour cette synthèse comportent certaines limites, notamment le fait qu'une partie des données des études primaires comprises dans les recensions d'écrits utilisées est autorapportée, ce qui augmente les chances de biais quant à la validité des observations mentionnées. De même, la réalisation d'une recension des revues systématiques implique que l'on doit se fier à l'interprétation et l'analyse des études primaires effectuées par les auteurs des recensions d'écrits.

7.2 Perspectives d'action pour le Québec

Voici quelques éléments de réflexion qui émergent de la littérature consultée afin de favoriser des tentatives de renoncement au tabac couronnées de succès chez les fumeurs affectés par un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances. Ces éléments sont discutés au regard des services offerts au Québec.

7.2.1 ADAPTER L'OFFRE DE SERVICES DE RENONCEMENT AU TABAC

L'analyse des écrits scientifiques démontre que le counseling accompagné de pharmacothérapie est efficace pour le renoncement au tabac chez les personnes aux prises avec une dépression, un trouble mental grave ou un trouble lié à l'utilisation de substances.

Dans les études, le counseling consistait généralement en une thérapie cognitivo-comportementale intensive de plusieurs sessions. Selon les lignes directrices consultées, deux composantes de l'intervention seraient particulièrement efficaces :

- l'identification des difficultés qui se présenteront lorsque le fumeur cessera de fumer et des stratégies à utiliser pour demeurer abstinents;
- le soutien offert par le clinicien lors de la consultation.

En ce qui concerne les fumeurs souffrant ou ayant souffert de dépression, la recension de Van der Meer conclut à une efficacité supérieure des interventions comportant des composantes spécifiques à la dépression : gestion des émotions, identification des valeurs et des buts dans la vie, mise en place d'activités visant à promouvoir un style de vie positif, thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression (Van der Meer et collab., 2013).

Aux États-Unis, il y a une dizaine d'années, des curriculum sur le renoncement au tabac ont été développés spécifiquement pour répondre aux besoins des professionnels œuvrant auprès de la clientèle affectée par un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances (Schroeder et Morris, 2010). Consulter ces curriculum en vue de les adapter pour le Québec et de les intégrer au sein des services d'abandon du tabac déjà offerts, comme les centres d'abandon du tabagisme ou la ligne téléphonique j'Arrête, pourrait être une avenue à explorer. Ce serait d'autant plus pertinent que cette clientèle est déjà surreprésentée parmi les utilisateurs de ces services.

Quant à la pharmacothérapie étudiée, il semble que leur efficacité varie selon le diagnostic établi. Ainsi, chez les personnes ayant souffert de dépression, le bupropion serait efficace, alors que chez celles aux prises avec un trouble mental grave, les trois classes d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique augmenteraient les taux de renoncement comparativement au placebo. Toutefois, la varénicline serait efficace à long terme, alors que le bupropion et la TRN ne le seraient pas au-delà de trois mois. La TRN serait particulièrement utile chez les fumeurs avec un trouble lié à l'utilisation de substances. Il est à noter que les lignes directrices ne font pas toujours de distinction quant aux médicaments à recommander selon le diagnostic, et qu'elles évoquent la possibilité d'un traitement pharmacologique prolongé.

Au Québec, la Régie de l'assurance maladie couvre, une fois par année, un maximum de 12 semaines consécutives de chacune des trois catégories d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique : TRN, bupropion et varénicline. Il est possible de prolonger de 12 semaines supplémentaires la couverture de la varénicline. Dans un état des connaissances sur la pertinence clinique et l'efficacité de hautes doses de timbres de nicotine publié en 2019 par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), les auteurs concluent que dans une optique d'augmenter l'accès au service de couverture des aides pharmacologiques « la possibilité de couvrir plus d'un essai par période de 12 mois pourrait être évaluée afin notamment d'aider et d'inciter les personnes qui rechutent à retenter un arrêt tabagique » (Prémont & Rochefort, 2019). Aussi, il serait pertinent d'examiner la possibilité de prolonger la couverture de la TRN et du bupropion au-delà des 12 semaines actuellement couvertes.

Deux éléments font l'unanimité dans la littérature examinée, le premier étant l'importance de surveiller les symptômes psychiatriques chez les fumeurs qui renoncent au tabac. Bien que l'on ait craint, il y a quelques années, que le bupropion et la varénicline ne causent des effets neuropsychiatriques plus importants que la TRN chez des patients aux prises avec un trouble mental, l'étude *Evaluating Adverse Events in a Global Smoking Cessation Study*, mieux connue comme l'étude EAGLES, menée auprès de plus 8000 participants dans 16 pays a démontré que ce n'est pas le cas (Anthenelli et collab., 2016). On recommande également de surveiller et d'ajuster la posologie des médicaments utilisés en psychiatrie pour éviter un surdosage. En effet, plusieurs études ont démontré que la fumée de tabac pouvait accélérer le métabolisme de médicaments antipsychotiques tels que la clozapine ou l'olanzapine. Ainsi, lorsque les fumeurs cessent de fumer, la concentration de ces médicaments dans le sang peut augmenter (Prochaska, 2010).

7.2.2 S'INSPIRER D'EXPÉRIENCES FRUCTUEUSES

Quelques expériences menées au Québec sont particulièrement inspirantes. Ainsi, il y a près de 15 ans, l'Institut Philippe Pinel a démontré qu'il est possible de rendre son établissement complètement sans fumée et d'aider sa clientèle hébergée pour des troubles mentaux graves à faire face aux symptômes de sevrage du tabac (Bernier, s. d.). Ils ont procédé par étapes et ont impliqué l'ensemble des parties prenantes : membres de la direction, employés et patients. Plusieurs établissements de Montréal qui comprennent des pavillons ou des unités psychiatriques ont également fermé leurs fumoirs depuis quelques années, notamment l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, le centre hospitalier de St. Mary, le pavillon Albert Prévost de l'hôpital Sacré-Cœur, le Centre universitaire de santé McGill et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (anciennement Louis-H. Lafontaine) (Montreuil et collab., 2015).

La réalisation d'un projet pilote de traitement de la dépendance au tabac dans un milieu de thérapie des dépendances à l'alcool et aux drogues à Saint-Hyacinthe a été jugée suffisamment concluante pour que l'on intègre le traitement du tabagisme dans les interventions offertes à la clientèle. Son directeur écrivait en 2009 : J'arr... nous jugeons que l'intégration de la cessation tabagique à nos activités thérapeutiques bonifie l'ensemble de nos services. Nous sommes également d'avis que le traitement du tabagisme deviendra progressivement un élément incontournable dans le traitement des dépendances » (Royer, Cantinotti et Caya, 2009, p.143).

7.2.3 TIRER PROFIT DE LA LOI QUÉBÉCOISE ET DES ENVIRONNEMENTS SANS FUMÉE

En vertu de la loi québécoise concernant la lutte contre le tabagisme adoptée en 2015, les établissements de santé et de services sociaux se devaient d'adopter une politique visant la création d'espaces sans fumée. Alors que certains centres d'hébergement offrent déjà un environnement 100 % sans fumée, d'autres installations en sont à planifier la fermeture des fumoirs et des chambres fumeurs de leur établissement. Une publication récente a identifié plusieurs conditions gagnantes et barrières que peuvent rencontrer les établissements dispensant des soins aux usagers hébergés atteints de troubles mentaux (O'Neill, 2019). On y retrouve quelques conditions dont il est important de tenir compte lors de la fermeture des fumoirs et des chambres fumeurs :

- Offrir aux usagers touchés par la fermeture des fumoirs des rencontres d'information expliquant clairement les changements, les dates butoirs et les options disponibles, notamment l'accès à la TRN;
- Convertir les fumoirs à d'autres usages, une fois ceux-ci fermés;
- Profiter de la fermeture des fumoirs pour démystifier la croyance selon laquelle la cigarette est un outil de marchandage pour prévenir et résoudre des situations difficiles (O'Neill, 2019).

Par ailleurs, on doit profiter de l'opportunité que représente un établissement de santé complètement sans fumée pour offrir un soutien à toutes les personnes qui font usage du tabac. On retrouve dans une autre publication de 2019 portant sur la systématisation des interventions en établissement de santé auprès des personnes faisant usage de tabac, un examen de la littérature sur les démarches de systématisation, des expériences québécoises et d'un modèle utilisé dans plusieurs établissements de santé québécois, canadiens et étrangers (Tremblay, Jutras et Noreau, 2019). Étant donné le sevrage imposé aux personnes hospitalisées faisant usage du tabac, la recherche d'écrits a porté sur ce type d'établissements de santé.

Voici un extrait de cette publication : « De ces travaux, on retient qu'il existe un consensus quant aux interventions à offrir en milieu hospitalier aux personnes dont le statut tabagique aura été préalablement consigné au dossier. Ainsi, toutes les personnes qui fument devraient se voir offrir, pendant le séjour à l'hôpital, un counseling et une pharmacothérapie afin de contrôler les symptômes de sevrage et de favoriser une tentative de renoncement au tabac. De plus, lors du congé de l'hôpital, un suivi d'une durée minimale d'un mois devrait être proposé pour soutenir l'abstinence à plus long terme. Plusieurs conditions gagnantes ont aussi été identifiées :

- L'engagement et le soutien de la direction de l'établissement;
- Un soutien financier récurrent;
- L'institutionnalisation d'une mesure d'identification du statut tabagique dans les procédures de l'hôpital et une standardisation des tâches dévolues au programme dans tout l'hôpital;
- La disponibilité d'outils facilitant l'intervention et la prescription d'une pharmacothérapie;
- La collaboration des médecins et des professionnels, et une communication interdisciplinaire efficace;
- Un suivi au congé de l'hôpital et une orientation vers une ressource spécialisée en abandon du tabac;
- Une collecte de données avec un système de rappel automatisé ou son équivalent, en vue de repérer, parmi les personnes ayant obtenu leur congé de l'hôpital, celles qui ont besoin de soutien et de mesurer les effets de la systématisation des interventions » (Tremblay, Jutras et Noreau, 2019).

Ces mesures sont susceptibles de profiter aux personnes vivant avec un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances, comme aux autres personnes faisant usage de tabac.

8 Conclusion

Malgré l'important recul du tabagisme au Québec au cours des deux dernières décennies, quelques groupes de la population font encore usage du tabac en proportion très élevée. C'est notamment le cas des personnes aux prises avec un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances dont la prévalence du tabagisme est près du double de celle observée dans le reste de la population adulte québécoise.

La création de politiques d'environnements sans fumée et l'implantation graduelle de la systématisation des interventions de renoncement au tabac au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec vont permettre à un plus grand nombre de fumeurs atteints d'un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances de bénéficier de soutien lors d'une démarche de renoncement au tabac. Pour offrir un maximum de chances de réussite, ces mesures doivent être conjuguées à des interventions adaptées à leurs besoins, en plus d'être accessibles en temps opportun par les diverses portes d'entrée du réseau. La littérature explorée dans le cadre de cette synthèse des connaissances permet de faire un pas dans cette direction.

Cette synthèse a également permis de mettre en lumière les besoins interventionnels de ces groupes de population en matière de renoncement au tabac à travers le prisme de la littérature scientifique, des recommandations des grands organismes de santé publique et des expériences québécoises. Ainsi, il est important d'adapter l'offre de services de renoncement au tabac pour cette clientèle : offrir du counseling intensif de plusieurs sessions, ajouter aux interventions des composantes spécifiques à la dépression chez la clientèle souffrant de dépression, proposer une pharmacothérapie qui tient compte du diagnostic établi, surveiller étroitement les symptômes psychiatriques et la médication.

Enfin, les expériences québécoises positives d'intégration de services de renoncement au tabac au sein des services offerts aux clientèles souffrant de troubles mentaux ou liés à l'utilisation de substances sont particulièrement inspirantes pour tous les organismes œuvrant auprès de ces personnes.

9 Références

- Ahmed, S., Virani, S., Kotapati, V. P., Bachu, R., Adnan, M., Khan, A. M., Zubair, A., Begum, G., Kumar, J., Qureshi, M., & Ahmed, R. (2018). Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Schizophrenia : A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 428. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00428>
- Anthenelli, R. M., Benowitz, N. L., West, R., St Aubin, L., McRae, T., Lawrence, D., Ascher, J., Russ, C., Krishen, A., & Evins, A. E. (2016). 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 (London, England)*, 387(10037), 2507-2520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30272-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30272-0)
- Apollonio D., Philipps R., & Bero L. (2016). Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(11), CD010274. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010274.pub2>
- Bennett, M. E., Wilson, A. L., Genderson, M., & Saperstein, A. M. (2013). Smoking cessation in people with schizophrenia. *Current Drug Abuse Reviews*, 6(3), 180-190. <https://doi.org/10.2174/18744737112059990011>
- Bergeron, P., & Tremblay, M. (2018). *Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique*. Institut national de santé publique du Québec.
- Bernier, M. (s. d.). *Hôpital sans fumée. Un projet... Une réussite!* Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Brody, A. L., Zorick, T., Hubert, R., Hellemann, G. S., Balali, S., Kawasaki, S. S., Garcia, L. Y., Enoki, R., Abraham, P., Young, P., & McCreary, C. (2017). Combination Extended Smoking Cessation Treatment Plus Home Visits for Smokers with Schizophrenia : A Randomized Controlled Trial. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 19(1), 68-76. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw190>
- CAN-ADAPTT. (2011). *Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline : Summary Statements*. Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health.
- Castle, D., Baker, A. L., Richmond, R., Fila, S. L., Harris, D., & Pirola-Merlo, A. J. (2012). Varenicline plus healthy lifestyle intervention for smoking cessation in psychotic disorders. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 24(4), 285-291.
- Cather, C., Pachas, G. N., Cieslak, K. M., & Evins, A. E. (2017). Achieving Smoking Cessation in Individuals with Schizophrenia : Special Considerations. *CNS Drugs*, 31(6), 471-481. <https://doi.org/10.1007/s40263-017-0438-8>
- Chen, H.-K., Lan, T.-H., & Wu, B.-J. (2013). A double-blind randomized clinical trial of different doses of transdermal nicotine patch for smoking reduction and cessation in long-term hospitalized schizophrenic patients. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 263(1), 75-82. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0338-3>
- Cummins, S. E., Zhu, S.-H., Tedeschi, G. J., Gamst, A. C., & Myers, M. G. (2014). Use of e-cigarettes by individuals with mental health conditions. *Tobacco Control*, 23 Suppl 3, iii48-iii53. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051511>

- Dennis, P. A., Kimbrel, N. A., Dedert, E. A., Beckham, J. C., Dennis, M. F. et Calhoun, P. S. (2016). Supplemental nicotine preloading for smoking cessation in posttraumatic stress disorder : Results from a randomized controlled trial. *Addictive Behaviors*, 59, 24-29. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.03.004>
- Dobrescu, A., Bhandari, A., Sutherland, G. et Dihh, T. (2017). *The Costs of Tobacco Use in Canada, 2012*. The Conference Board of Canada.
- European Network for Smoking and Tobacco Prevention. (2018). *Guidelines for treating tobacco dependence*. European Network for Smoking and Tobacco Prevention.
- Evins, A. E., Hoepfner, S. S., Schoenfeld, D. A., Hoepfner, B. B., Cather, C., Pachas, G. N., Cieslak, K. M. et Maravic, M. C. (2017). Maintenance pharmacotherapy normalizes the relapse curve in recently abstinent tobacco smokers with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 183, 124-129. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.11.018>
- Ferron, J. C., Alterman, A. I., McHugo, G. J., Brunette, M. F. et Drake, R. E. (2009). A review of research on smoking cessation interventions for adults with schizophrenia spectrum disorders. *Mental Health and Substance Use*, 2(1), 64-79. <https://doi.org/10.1080/17523280802593327>
- Fiore, M. C. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence : 2008 Update*. US Department of Health and Human Services.
- Garcia-Portilla, M. P., Garcia-Alvarez, L., Sarramea, F., Galvan, G., Diaz-Mesa, E., Bobes-Bascaran, T., Al-Halabi, S., Elizagarate, E., Iglesias, C., Saiz Martínez, P. A. et Bobes, J. (2016). It is feasible and effective to help patients with severe mental disorders to quit smoking : An ecological pragmatic clinical trial with transdermal nicotine patches and varenicline. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 272-280. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.011>
- Hefner, K., Rosenheck, R., Merrel, J., Coffman, M., Valentine, G. et Sofuoglu, M. (2016). E-cigarette Use in Veterans Seeking Mental Health and/or Substance Use Services. *Journal of Dual Diagnosis*, 12(2), 109-117. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1172895>
- Hefner, K., Valentine, G. et Sofuoglu, M. (2017). Electronic cigarettes and mental illness : Reviewing the evidence for help and harm among those with psychiatric and substance use disorders. *The American Journal on Addictions*, 26(4), 306-315. <https://doi.org/10.1111/ajad.12504>
- Hong, L. E., Thaker, G. K., McMahon, R. P., Summerfelt, A., Rachbeisel, J., Fuller, R. L., Wonodi, I., Buchanan, R. W., Myers, C., Heishman, S. J., Yang, J. et Nye, A. (2011). Effects of moderate-dose treatment with varenicline on neurobiological and cognitive biomarkers in smokers and nonsmokers with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(12), 1195-1206. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.83>
- Jeon, D.-W., Shim, J.-C., Kong, B.-G., Moon, J.-J., Seo, Y.-S., Kim, S.-J., Oh, M.-K. et Jung, D.-U. (2016). Adjunctive varenicline treatment for smoking reduction in patients with schizophrenia : A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 206-211. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.08.016>
- Kishi, T. et Iwata, N. (2015). Varenicline for smoking cessation in people with schizophrenia : Systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 265(3), 259-268.
- Knudsen, H. K. (2017). Implementation of smoking cessation treatment in substance use disorder treatment settings : A review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(2), 215-225. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1183019>

- Lasnier, B. et O'Neill, S. (2020). *Disparités entre les travailleurs du Québec en matière d'usage de la cigarette et d'exposition à la fumée de tabac sur le lieu de travail – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Institut national de santé publique du Québec.
- McKelvey, K., Thrul, J. et Ramo, D. (2017). Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes : An updated and narrative review. *Addictive Behaviors*, 65, 161-170. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.10.012>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Montreuil, A. (2012). *Portrait de la clientèle des centres d'abandon du tabagisme*. Institut national de santé publique du Québec.
- Montreuil, A., Tremblay, M. et Gamache, L. (2015). *Projet de loi 44 : Loi concernant la lutte contre le tabagisme. Mémoire déposé à la commission de la santé et des services sociaux*. Institut national de santé publique du Québec.
- Morris, C. D., May, M. G., Devine, K., Smith, S., DeHay, T. et Mahalik, J. (2011). Multiple perspectives on tobacco use among youth and young adults with mental health disorders and addictions. *American Journal of Health Promotion*, 25(5, Suppl), S31-S37. <https://doi.org/10.4278/ajhp.100610-QUAL-179>
- Morris, C. D., Waxmonsky, J. A., May, M. G. et Giese, A. A. (2009). What do persons with mental illnesses need to quit smoking ? Mental health consumer and provider perspectives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(4), 276-284. <https://doi.org/10.2975/32.4.2009.276.284>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Smoking : Acute, maternity and mental health services*. National Institute for Health and Care Excellence.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults : Prevention and management*. National Institute for Health and Care Excellence.
- O'Brien, B., Knight-West, O., Walker, N., Parag, V. et Bullen, C. (2015). E-cigarettes versus NRT for smoking reduction or cessation in people with mental illness : Secondary analysis of data from the ASCEND trial. *Tobacco Induced Diseases*, 13(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12971-015-0030-2>
- O'Neill, S. et Lapalme, M. (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Pachas, G. N., Cather, C., Pratt, S. A., Hoepfner, B., Nino, J., Carlini, S. V., Achtyes, E. D., Lando, H., Mueser, K. T., Rigotti, N. A., Goff, D. C. et Evins, A. E. (2012). Varenicline for Smoking Cessation in Schizophrenia : Safety and Effectiveness in a 12-Week, Open-Label Trial. *Journal of Dual Diagnosis*, 8(2), 117-125. <https://doi.org/10.1080/15504263.2012.663675>
- Peckham, E., Brabyn, S., Cook, L., Tew, G. et Gilbody, S. (2017). Smoking cessation in severe mental ill health : What works ? An updated systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1), 252-252. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1419-7>
- Peters, E. N., Harrell, P. T., Hendricks, P. S., O'Grady, K. E., Pickworth, W. B. et Voci, F. J. (2015). Electronic cigarettes in adults in outpatient substance use treatment : Awareness, perceptions, use, and reasons for use. *The American Journal On Addictions*, 24(3), 233-239. <https://doi.org/10.1111/ajad.12206>

- Prémont, A. et Rochefort, D. (2019). *Stratégies de cessation tabagique*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Prochaska, J. J. (2011). Smoking and Mental Illness—Breaking the Link. *New England Journal of Medicine*, 365(3), 196-198. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1105248>
- Prochaska, J. J., Das, S. et Young-Wolff, K. C. (2017). Smoking, Mental Illness, and Public Health. *Annual Review of Public Health*, 38, 165-185. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044618>
- Prochaska, J. J., Delucchi, K. et Hall, S. M. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1144-1156. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1144>
- Prochaska, J. J. et Grana, R. A. (2014). E-cigarette use among smokers with serious mental illness. *Plos One*, 9(11), e113013-e113013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113013>
- Raich, A., Ballbè, M., Nieva, G., Cano, M., Fernández, T., Bruguera, E. et Fernández, E. (2016). Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Psychiatric and Addicts Patients. *Substance Use & Misuse*, 51(5), 649-657. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1133646>
- Roberts, E., Evins, A. E., McNeill, A. et Robson, D. (2016). Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for smoking cessation in adults with serious mental illness : A systematic review and network meta-analysis. *Addiction*, 111(4), 599-612. <https://doi.org/10.1111/add.13236>
- Rogers, E. S., Smelson, D. A., Gillespie, C. C., Elbel, B., Poole, S., Hagedorn, H. J., Kalman, D., Krebs, P., Fang, Y., Wang, B. et Sherman, S. E. (2016). Telephone Smoking-Cessation Counseling for Smokers in Mental Health Clinics : A Patient-Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(4), 518-527. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.10.004>
- Royer, A., Cantinotti, M. et Caya, M. (2009). Intervenir sur le tabagisme en milieu de thérapie sur les dépendances à l'alcool et aux drogues. In *Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent — À l'heure de l'intégration des pratiques*. PUL.
- Royer, A. et Tremblay, M. (2010). *Les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique. Recommandations actuelles pour les fumeurs souffrant de schizophrénie ou de dépression*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique.
- Schwindt, R., Hudmon, K. S., Knisely, M., Davis, L. et Pike, C. (2017). Impact of tobacco quitlines on smoking cessation in persons with mental illness : A systematic review. *Journal of Drug Education*, 47(1-2), 68-81. <https://doi.org/10.1177/0047237918762104>
- Segan, C. J., Borland, R., Wilhelm, K. A., Bhar, S. S., Hannan, A. T., Dunt, D. R. et Ferretter, I. T. (2011). Helping smokers with depression to quit smoking : Collaborative care with Quitline. *The Medical Journal of Australia*, 195(3), S7-11.
- Stapleton, J. A., Watson, L., Spirling, L. I., Smith, R., Milbrandt, A., Ratcliffe, M. et Sutherland, G. (2008). Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence : A pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction*, 103(1), 146-154. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02083.x>

- Stein, M. D., Caviness, C. M., Grimone, K., Audet, D., Borges, A. et Anderson, B. J. (2015). E-cigarette knowledge, attitudes, and use in opioid dependent smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 52, 73-77.. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.11.002>
- Stich, C. et Lasnier, B. (2018). *Évaluation du Service de messagerie texte pour arrêter le tabac (SMAT) en 2015-2016*. Institut national de santé publique du Québec.
- Stockings, E. A. L., Bowman, J. A., Baker, A. L., Terry, M., Clancy, R., Wye, P. M., Knight, J., Moore, L. H., Adams, M. F., Colyvas, K. et Wiggers, J. H. (2014). Impact of a postdischarge smoking cessation intervention for smokers admitted to an inpatient psychiatric facility : A randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal Of The Society For Research On Nicotine And Tobacco*, 16(11), 1417-1428. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu097>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). *Implementing Tobacco Cessation Programs in Substance Use Disorder Treatment Settings : A Quick Guide for Program Directors and Clinicians*. Smoking Cessation for Individuals with Serious Mental Illness.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *Implementing Tobacco Cessation Treatment for Individuals with Serious Mental Illness*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Taylor, A. H., Thompson, T. P., Greaves, C. J., Taylor, R. S., Green, C., Warren, F. C., Kandiyali, R., Aveyard, P., Ayres, R., Byng, R., Campbell, J. L., Ussher, M. H., Michie, S. et West, R. (2014). A pilot randomised trial to assess the methods and procedures for evaluating the clinical effectiveness and cost-effectiveness of Exercise Assisted Reduction then Stop (EARS) among disadvantaged smokers. *Health Technology Assessment*, 18(8), 1-324. <https://doi.org/10.3310/hta18040>
- Thurgood, S. L., McNeill, A., Clark-Carter, D. et Brose, L. S. (2016). A systematic review of smoking cessation interventions for adults in substance abuse treatment or recovery. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(5), 993-1001. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntv127>
- Tremblay, M. et Roy, J. M. (2013). *Plan québécois d'abandon du tabagisme — État de situation après 10 ans d'implantation*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Tsoi, D. T., Porwal, M. et Webster, A. C. (2010). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 6, CD007253. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007253.pub2>
- Tsoi DT, Porwal M et Webster AC. (2013). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- van der Meer, R. M., Willemsen, M. C., Smit, F. et Cuijpers, P. (2013). Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 8, CD006102.. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006102.pub2>
- van der Meer, R. M., Willemsen, M. C., Smit, F., Cuijpers, P. et Schippers, G. M. (2010). Effectiveness of a mood management component as an adjunct to a telephone counselling smoking cessation intervention for smokers with a past major depression : A pragmatic randomized controlled trial. *Addiction*, 105(11), 1991-1999. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03057.x>
- Weiner, E., Ball, P., Buchholz, A. S., Gold, J. M., Evins, A. E., McMahon, R. P. et Buchanan, R. W. (2012). Bupropion sustained release added to group support for smoking cessation in schizophrenia : A new randomized trial and a meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(1), 95-102. psych. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06143gre>

- Williams, J. M., Anthenelli, R. M., Morris, C. D., Treadow, J., Thompson, J. R., Yunis, C. et George, T. P. (2012). A randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(5), 654-660. psych. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m07522>
- Wu, Q., Gilbody, S., Peckham, E., Brabyn, S. et Parrott, S. (2016). Varenicline for smoking cessation and reduction in people with severe mental illnesses : Systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111(9), 1554-1567. <https://doi.org/10.1111/add.13415>
- Ziedonis, D., Hitsman, B., Beckham, J. C., Zvolensky, M., Adler, L. E., Audrain-McGovern, J., Breslau, N., Brown, R. A., George, T. P., Williams, J., Calhoun, P. S. et Riley, W. T. (2008). Tobacco use and cessation in psychiatric disorders : National Institute of Mental Health report. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 10(12), 1691-1715. <https://doi.org/10.1080/14622200802443569>

Annexe 1

Grilles d'extraction des recensions systématiques

Tableau 5 Van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers O. *Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8.

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/ effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
<p>Documenter l'efficacité d'interventions de renoncement au tabac, avec ou sans composantes de gestion des émotions spécifiques à la dépression, chez des fumeurs souffrant d'une dépression ou ayant souffert de dépression.</p>	<p>Intervention : Intervention psychosociale, pharmacothérapie ou une combinaison des deux types d'intervention.</p> <p>Clientèle visée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adultes fumeurs souffrant de dépression majeure (selon les critères du DSM-IV) ou de symptômes de dépression (selon les échelles de dépression comportant plusieurs items ou un seul item); ▪ Adultes fumeurs avec antécédents de dépression majeure (selon les critères du DSM-IV) ou de symptômes de dépression (selon les échelles de dépression comportant plusieurs items ou un seul item). 	<p>Devis : Essais contrôlés randomisés comportant un suivi minimal de six mois après la date d'arrêt.</p> <p>Effets mesurés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abstinence continue préférablement à abstinence ponctuelle de tabac; validée biochimiquement préférablement à autorapportée; ▪ Les participants dont on a perdu la trace au suivi sont considérés comme fumeurs. <p>Analyse de la qualité des études à l'aide de l'outil d'évaluation des biais <i>Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions et de l'outil Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)</i>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chez les fumeurs souffrant de dépression, l'ajout de composantes de gestion des émotions spécifiques à la dépression à une intervention standard de renoncement au tabac augmente les chances de cesser de fumer (11 études, n = 1844, RR 1,47, IC 1,13-1,92); dans la plupart des études, l'intervention consistait en un soutien cognitivo-comportemental de plusieurs sessions. ▪ Chez les fumeurs avec antécédents de dépression, l'ajout de composantes de gestion des émotions spécifiques à la dépression à une intervention standard de renoncement au tabac augmente les chances de cesser de fumer (13 études, n = 1496, RR 1,41, IC 1,13-1,77); dans la plupart des études, l'intervention consistait en un soutien cognitivo-comportemental de plusieurs sessions. ▪ Chez les fumeurs souffrant de dépression, le bupropion est plus efficace que le placebo, bien que la différence ne soit pas significative (5 études, n = 410, RR 1,37, IC 0,83-2,27). ▪ Chez les fumeurs avec antécédents de dépression, le bupropion est plus efficace que le placebo (4 études, n = 404, RR 2,04, IC 1,31-3,18). ▪ Il n'y a pas assez d'études pour statuer sur l'efficacité d'autres antidépresseurs comme la fluoxétine, la paroxétine, la nortriptyline, la seligiline ou la sertraline. 	<p>Force rapportée par les auteurs : Analyse de l'efficacité des interventions selon le fait que les participants souffrent ou ont souffert de dépression.</p> <p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le nombre limité d'essais contrôlés randomisés; ▪ le fait que les antécédents de dépression majeure soient rapportés de façon dichotomique, ne permettant pas de distinguer le nombre d'épisodes de dépression; ▪ une hétérogénéité des participants classifiés comme « déprimés » étant donné que les diagnostics à l'aide d'échelles comportant un seul item ou plusieurs items ont été regroupés. <p>Aucun conflit d'intérêts connu.</p>

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/ effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
		<p>Analyses : Méta analyses réalisées lorsque possible (homogénéité des études).</p> <p>Études recensées : 49 études publiées entre 1999 et 2010; une étude peut se retrouver dans plusieurs catégories :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 13 études portant sur des interventions psychosociales de gestion des émotions avec des composantes spécifiques à la dépression chez des fumeurs souffrant actuellement de dépression (n = 1 949) ■ 14 études, chez des fumeurs avec antécédents de dépression (n = 1554); ■ 8 études portant sur des antidépresseurs chez des fumeurs souffrant de dépression (n = 517) ■ 11 études, chez des fumeurs avec antécédents de dépression (n = 836); ■ 10 études portant sur des interventions psychosociales sans composantes spécifiques à la dépression chez des fumeurs souffrant de dépression 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les études portant sur des interventions psychosociales sans composantes spécifiques à la dépression sont hétérogènes. Une seule méta analyse de deux études chez les fumeurs souffrant de dépression a été réalisée : la comparaison du counseling téléphonique et d'un livret autodidacte, et aucun effet n'a été détecté. ■ On retrouve parmi les interventions examinées : le counseling de groupe (2 études), un site internet (2 études), le counseling téléphonique (2 études), le counseling téléphonique et un outil autodidacte (2 études), le counseling individuel et le counseling téléphonique (1 étude), le counseling individuel, counseling téléphonique et un outil autodidacte (1 étude). ■ Dans toutes les études sauf deux, le soutien comportemental était offert sur plusieurs sessions. ■ Chez les fumeurs avec antécédents de dépression, les interventions examinées sont : le counseling de groupe, un site internet, le counseling individuel, le counseling individuel et le counseling téléphonique, et le counseling téléphonique et un outil autodidacte. ■ La TRN sous forme de gomme de nicotine est plus efficace que le placebo, bien que la différence ne soit pas significative, tant chez les fumeurs souffrant de dépression (1 étude, n = 196, RR 2,64, IC 0,93-7,45) que chez ceux avec antécédents de dépression (3 études, n = 432, RR 1,17, IC 0,85-1,60). 	

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/ effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 études, chez des fumeurs avec des antécédents de dépression; ▪ 5 études sur la TRN; ▪ 3 études sur une pharmacothérapie autre que la TRN ou les antidépresseurs; ▪ 5 études sur d'autres types d'interventions. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfin, les études portant sur les autres médicaments que la TRN ou les antidépresseurs ou sur les autres interventions étant hétérogènes, aucune méta analyse n'a été réalisée. ▪ Les auteurs de cette recension concluent que l'ajout de composantes de gestion des émotions spécifiques à la dépression à une intervention standard de renoncement au tabac augmente le taux de renoncement au tabac chez les fumeurs souffrant ou ayant souffert de dépression. Quant au bupropion, il augmenterait le taux d'abandon seulement chez les fumeurs avec antécédents de dépression. 	

Tableau 6 Pearsall R, Smith DJ, Geddes JR. (2019) Pharmacological and behavioural interventions to promote smoking cessation in adults with schizophrenia and bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *British medical Journal Open*, 9 (11).

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/ effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
<p>Documenter l'efficacité et l'innocuité d'interventions de renoncement au tabac chez des personnes avec un trouble mental sévère.</p>	<p>Intervention : Pharmacothérapie et approches comportementales.</p> <p>Clientèle visée : Adultes fumeurs souffrant de schizophrénie, de psychose de type schizophrénie, de troubles schizoaffectifs, ou de trouble bipolaire.</p> <p>Des 28 études retenues dans la recension :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le nombre de participants varie de 3 à 298; ▪ la proportion d'hommes varie de 32 % à 93 %; ▪ la moyenne d'âge varie de 37 ans à 57 ans; ▪ la proportion de personnes blanches varie de 22 % à 100 %. 	<p>Devis : Essais contrôlés randomisés.</p> <p>Effets mesurés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abstinence de tabac à trois et à six mois; ▪ Abstinence continue préférable à abstinence ponctuelle; ▪ Validée biochimiquement préférable à autorapportée ▪ Effets secondaires liés aux médicaments, changement de l'état mental, de l'état cognitif ou du fonctionnement général. <p>Analyse : Méta-analyses et synthèse narrative.</p> <p>Analyse de la qualité des études : À l'aide de l'outil d'évaluation des biais Cochrane.</p> <p>Le système GRADE a aussi été utilisé.</p> <p>Études recensées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 28 études publiées entre 2000 et 2016; 	<p>Le bupropion serait efficace à trois mois, mais pas à six mois.</p> <p>Une méta-analyse de six études ayant comparé le bupropion (dosages de 150 mg ou 300 mg regroupés) au placebo indique une efficacité supérieure à trois mois (n = 235, RR 3,96, IC 95 % 1,86-8,40). À six mois, l'effet n'est pas significatif (n d'études = 3, n = 104, RR 2,22, IC 95 % 0,52-9,47).</p> <p>Le bupropion à un dosage de 300 mg/jour aurait de plus grandes chances d'être efficace à trois mois alors que ce n'est pas le cas pour un dosage de 150 mg/jour.</p> <p>Le bupropion serait efficace à trois mois chez les fumeurs atteints de schizophrénie.</p> <p>La varénicline serait efficace à trois et à six mois.</p> <p>Selon une méta-analyse de quatre études, la varénicline est plus efficace à trois mois que le placebo (n = 288, RR 3,56, IC 95 % 1,82-6,96) chez les personnes atteintes d'un trouble mental grave. C'est aussi le cas à six mois (n d'études = 2, n = 188, RR 3,69, IC 95 % 1,06-12,6). À trois mois, la varénicline est efficace chez les personnes atteintes de schizophrénie ou de trouble bipolaire.</p> <p>La TRN serait efficace à trois mois, mais pas à six mois.</p>	<p>Force(s) rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune. <p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le petit nombre d'études contrôlées randomisées de faible qualité. <p>Aucun conflit d'intérêts déclaré par deux des trois auteurs.</p> <p>Le troisième auteur a déclaré avoir reçu diverses subventions de recherche de même que des médicaments de la part de compagnies pharmaceutiques pour la réalisation d'études.</p>

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/ effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
		<ul style="list-style-type: none"> ■ 24 études ont été menées chez des fumeurs souffrant de schizophrénie et 5 chez des personnes souffrant de trouble bipolaire; ■ 8 études ont porté sur le bupropion; ■ 7 études sur la varénicline; ■ 2 études sur une combinaison de bupropion et de TRN; ■ 3 études sur la TRN; ■ 4 études sur la thérapie comportementale. 	<p>Une seule étude (n = 298) a comparé la TRN au placebo; celle-ci est plus efficace à trois mois (RR 2,74, IC 95 % 1,1-6,81), mais pas à six mois (RR 2,74, IC 95 % 0,74-10,12) ni à 12 mois (RR 5,14, IC 95 % 0,61-43,33) (Baker et collab., 2006).</p> <p>Une étude a comparé un haut dosage à un faible dosage de TRN et n'a pas trouvé de différences d'effets à trois mois (Chen et collab., 2013).</p> <p>Une combinaison de bupropion et de TRN serait efficace à trois mois et six mois.</p> <p>Selon une méta-analyse de deux études (n = 110), la combinaison de bupropion et de TRN est plus efficace que le placebo à trois mois (RR 2,88, IC 95 % 1,23-6,73) et à six mois (RR 3,86, IC 95 % 1,01-14,80).</p> <p>Les interventions comportementales n'ont pas fait l'objet de méta-analyses étant donné l'hétérogénéité tant des interventions que des conditions de comparaison. Les auteurs font une description narrative des résultats des études et concluent que les interventions examinées ont eu peu d'effets.</p> <p>Les auteurs ont aussi examiné les effets secondaires liés aux médicaments utilisés.</p> <p>Le bupropion et la varénicline n'auraient pas d'effets sur les symptômes liés à la dépression ou l'anxiété.</p> <p>La varénicline causerait des nausées et des vomissements.</p> <p>Aucun effet secondaire notable n'est rapporté avec la TRN.</p>	

Les interventions de renoncement au tabac chez les fumeurs présentant des troubles mentaux ou des troubles liés à l'utilisation de substances

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/ effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
			<p>La qualité des méta-analyses évaluée à l'aide de GRADE indique que les études sur le bupropion et la varénicline sont de très faible qualité.</p> <p>Les auteurs discutent de différences observées à l'égard de deux revues systématiques stipulant que le bupropion est plus efficace que le placebo au suivi de six mois. Cette différence vient du fait que, contrairement à Tsoi et collab., 2013 et Peckham et collab., 2017, Pearsall et ses collègues n'ont pas inclus dans leur méta-analyse des interventions combinant à la fois la TRN et le bupropion.</p> <p>Ils concluent à l'efficacité de la varénicline à trois et à six mois et au manque de preuves quant à l'efficacité du bupropion et de la TRN au-delà de trois mois.</p>	

Tableau 7 Jahagirdar, D. et Kaunelis, D. (2017). Smoking Cessation Interventions for Patients with Severe Mental Illnesses : A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. Ottawa, ON : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/ effets mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Force(s) et limite(s)/ Conflits d'intérêts
<ul style="list-style-type: none"> ■ Documenter l'efficacité des interventions de renoncement au tabac chez les individus atteints de troubles mentaux graves. ■ Documenter les données sous-tendant les interventions de renoncement au tabac destinées à cette clientèle retrouvées dans les lignes directrices. 	<p>Intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ TRN ■ varénicline; ■ bupropion; ■ combinaison de médicaments d'aide à l'arrêt tabagique. <p>Clientèle visée Adultes fumeurs atteints d'un trouble mental grave :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Schizophrénie, ■ Troubles schizoaffectifs, ■ Troubles psychotiques, ■ Troubles bipolaires et stress posttraumatique. 	<p>Devis Revue rapide; synthèse de connaissances systématique incluant les études primaires (essais contrôlés randomisés ou non), les recensions systématiques et les guides de pratique.</p> <p>Effets mesurés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Efficacité clinique en ce qui concerne l'abstinence ou la réduction de la consommation de tabac ■ Effets secondaires des médicaments (varénicline et bupropion). <p>Analyse de la qualité des études :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ AMSTAR pour les recensions systématiques; ■ AGREE II pour les guides de pratique; ■ <i>Downs and Black</i> pour les études primaires. <p>Études recensées : 23 documents publiés entre 2008 et 2017 ont été retenus suite au processus de sélection :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 8 recensions systématiques; 	<p>Résultats issus des recensions systématiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bennet (2013) a montré que la TRN accompagnée d'une intervention psychosociale pouvait réduire la consommation de tabac, augmenter les taux de renoncement et favoriser l'abstinence; les taux d'abandon du tabac varient de 23 % à 66 %. Quant aux deux autres recensions (Ferron et collab., 2009; Tsoi et collab., 2013) portant sur la TRN, les auteurs n'ont pas pu se prononcer, l'une des recensions ne donnant pas suffisamment de détails, et l'autre comportant un trop petit nombre d'études. ■ Quatre des cinq méta-analyses étudiant la varénicline (Roberts et collab., 2016; Wu et collab., 2016; Tsoi et collab., 2013; Peckham et collab., 2017) ont montré des probabilités plus élevées d'abstinence ou d'abandon du tabac avec ce médicament comparativement au placebo. ■ Trois des quatre revues étudiant le bupropion (Tsoi et collab., 2010; Roberts et collab., 2016; Tsoi et collab., 2013) ont montré des probabilités plus élevées d'abstinence ou de renoncement au tabac comparativement au placebo. Cependant, le taux d'arrêt tabagique relié à une association de bupropion et de TRN n'est pas différent de celui obtenu avec une association de placebo et de 	<p>Force(s) rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aucune. <p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ La plupart des études utilisées dans la revue rapide étaient de faible qualité. ■ Les échantillons utilisés dans les études sélectionnées étaient généralement restreints. ■ Manque de constance et de clarté dans les études primaires à propos de la définition du tabagisme, des interventions et des comparateurs utilisés. ■ Difficulté de généraliser les résultats à la population générale étant donné la population très ciblée. ■ La plupart des études ont mesuré l'abstinence ponctuelle après sept jours, ce qui ne

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/ effets mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Force(s) et limite(s)/ Conflits d'intérêts
		<ul style="list-style-type: none"> ■ 6 essais randomisés contrôlés : <ul style="list-style-type: none"> ■ 4 à double insu; ■ 1 <i>open label</i>⁸; ■ 1 utilisant une analyse secondaire d'un essai à double insu; ■ 8 études non randomisées; ■ 1 guide de pratique. 	<p>TRN (Roberts et collab., 2016). Enfin, Bennet et ses collègues (2013) ont trouvé que le taux d'arrêt tabagique en lien avec le bupropion varie de 0 à 66 %, mais ne semble pas encourager le maintien de l'abstinence une fois celle-ci obtenue.</p> <p>Résultats issus des études primaires Études randomisées</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Trois études randomisées évaluant la TRN (Stockings et collab., 2014; Chen et collab., 2013; Dennis et collab., 2016) arrivent à des conclusions différentes. L'une de ces études, menée chez des fumeurs souffrant de stress posttraumatique et recevant deux semaines de timbres de nicotine de 21 mg avant la date d'arrêt de même que six semaines de timbres de 21 mg après la date d'arrêt (Dennis et collab., 2016) n'a pas trouvé de différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin quant au moment de la rechute et quant à l'abstinence ponctuelle mesurée à six semaines et à six mois. Les deux autres études ont été menées chez des patients hébergés. L'étude de Chen (2013) menée auprès de fumeurs atteints de schizophrénie n'a pas trouvé de résultats significatifs quant à l'abstinence ponctuelle de sept jours, au nombre de cigarettes fumées, au niveau de CO expiré et aux fortes envies de fumer. L'étude de Stockings (2014) a trouvé une augmentation de presque trois fois des chances d'une tentative d'arrêt et de plus 	<p>constitue pas une mesure aussi robuste que l'abstinence continue. Une seule étude primaire (Chen et collab., 2013) avait un suivi à six mois, mais les effets de l'intervention n'étaient pas discernables après ce moment.</p> <p>Conflits d'intérêts : Subvention reçue par CADTH de la part du gouvernement fédéral du Canada, et de l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Québec.</p>

⁸ *Open label* réfère au fait que les patients et les intervenants étaient au courant de l'intervention et des procédures avant le début de celle-ci.

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/ effets mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Force(s) et limite(s)/ Conflits d'intérêts
			<p>de cinq fois des probabilités d'une réduction de la consommation de cigarettes de 50 %; aussi, il y a eu une diminution de la dépendance à la nicotine. Toutefois, aucun effet sur l'abstinence ponctuelle au suivi de six mois n'a été observé. L'étude a été réalisée auprès de fumeurs schizophréniques ou psychotiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les deux études randomisées (Evins et collab., 2017; Jeon et collab., 2016) ont comparé la varénicline au placebo. Evins et ses collègues ont comparé l'effet de la varénicline au placebo chez des fumeurs atteints de trouble bipolaire ou de schizophrénie et qui étaient abstinents du tabac depuis 12 semaines avant le début de l'étude et chez des fumeurs non atteints de ces maladies. Les patients atteints de troubles mentaux et prenant un placebo avaient plus de risques de rechuter et de rechuter plus rapidement que les fumeurs non atteints de ces maladies. Par contre, aucune différence entre ces deux groupes n'a été observée lors de la prise de varénicline. Jeon et ses collègues n'ont pas observé, au suivi de huit semaines, de différences significatives entre le groupe expérimental et le groupe témoin quant au nombre de cigarettes fumées, aux symptômes de sevrage ni aux fortes envies de fumer. 	

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/ effets mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Force(s) et limite(s)/ Conflits d'intérêts
			<p>Études non randomisées</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Deux études non randomisées (Garcia-Portilla et collab., 2016; Stapleton et collab., 2008) comparant la varénicline à la TRN ont obtenu des résultats contradictoires. La première des deux (Garcia-Portilla et collab., 2016), réalisée avec des fumeurs atteints de schizophrénie ou de trouble bipolaire, n'a pas trouvé de différence significative entre les deux médications (abstinence ponctuelle de sept jours, réduction du nombre de cigarettes de plus de 50 %, baisse du CO expiré). L'autre étude (Stapleton et collab., 2008), réalisée avec des fumeurs souffrant de dépression, de trouble bipolaire ou de psychose, a montré une augmentation des probabilités d'avoir une abstinence continue de deux semaines au suivi de huit semaines pour la varénicline. Dans les deux études, les effets secondaires étaient davantage prévalents pour la varénicline que pour la TRN. ■ Les quatre études de cohortes comparant les résultats avant et après l'utilisation de la varénicline ont relevé des effets généralement positifs pour le médicament en ce qui concerne le nombre de cigarettes fumées par jour (Castle et collab., 2012), et de l'abstinence mesurée à 12 semaines (Cather, Pachas, Cieslak et Evins, 2017; Pachas et collab., 2012; Raich et collab., 2016). 	

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/ effets mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Force(s) et limite(s)/ Conflits d'intérêts
			<ul style="list-style-type: none"> ■ Deux études (Brody et collab., 2017; Loreto et collab., 2017) ont trouvé que le bupropion en association avec la TRN avait des effets positifs. Dans la première de ces études menées auprès de fumeurs souffrant de schizophrénie, on observe une diminution du nombre de cigarettes fumées par jour, du CO expiré, et une hausse de l'abstinence ponctuelle de sept jours à six mois (avec visites à domicile). Dans l'autre étude, l'abstinence ponctuelle de sept jours serait légèrement augmentée pour la combinaison du bupropion et du timbre de nicotine comparativement au timbre seul. <p>Résultats issus du guide de pratique</p> <p>Le guide du NICE (2014) recensé recommande de considérer la varénicline ou la TRN pour les personnes psychotiques ou schizophréniques, de même que le bupropion pour les personnes schizophréniques seulement.</p> <p>Aussi, le guide recommande d'offrir la TRN aux patients hospitalisés pour un trouble mental même si ceux-ci ne désirent pas, dans l'immédiat, arrêter de fumer. Enfin, le NICE suggère d'informer les patients des risques accrus de symptômes neuropsychiatriques reliés au bupropion et à la varénicline et d'assurer une surveillance étroite des patients au cours des deux-trois premières semaines d'utilisation. Il est important aussi d'être conscient de l'impact d'une réduction du nombre de cigarettes fumées sur le métabolisme de certains médicaments comme la clozapine et l'olanzapine.</p>	

Les interventions de renoncement au tabac chez les fumeurs présentant des troubles mentaux ou des troubles liés à l'utilisation de substances

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/ effets mesurés/analyses	Résultats/Conditions de succès	Force(s) et limite(s)/ Conflits d'intérêts
			<p>Conclusion</p> <p>Les auteurs concluent que les trois interventions étudiées, soit la TRN, la varénicline et le bupropion, ont démontré des effets cliniques significatifs par rapport au taux de renoncement au tabac comparativement au traitement habituel ou au placebo. La varénicline et le bupropion seraient possiblement plus efficaces que la TRN et l'ajout de soutien comportemental pourrait augmenter les chances de succès. Les auteurs n'ont pas trouvé de preuves indiquant que cette clientèle serait davantage affectée par les effets secondaires liés aux médicaments d'aide à l'arrêt tabagique. Également, ils n'ont pas observé d'aggravation des symptômes psychiatriques lors de l'utilisation de ces médicaments.</p>	

Tableau 8 Ahmed S, Virani S, Kotapati VP, Bachu R, Adnan M, Khan AM, Zubair A, Begum G, Kumar J, Qureshi M and Ahmed R (2018) Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Front. Psychiatry* 9:428.

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Force(s) et limite(s) Conflits d'intérêts
<p>Examiner l'efficacité de la varénicline sur le renoncement au tabac chez les individus atteints de schizophrénie, de même que les effets indésirables liés à cette médication.</p>	<p>Intervention : Varénicline</p> <p>Clientèle visée : Adultes atteints de schizophrénie et d'autres formes de troubles en lien avec la schizophrénie (<i>schizophreniform, schizoaffective, or delusional disorder</i>).</p>	<p>Devis : Essais randomisés contrôlés et (ERC)</p> <p>Effets mesurés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impact de la varénicline sur la consommation de cigarettes (méta-analyse). ▪ Impact de la varénicline sur le monoxyde de carbone expiré (méta-analyse). ▪ Impact de la varénicline sur l'abstinence de tabac (méta-analyse). ▪ Effets indésirables causés par la varénicline (synthèse narrative des 4 articles sélectionnés). <p>Analyse de la qualité des études faite à partir de l'outil Cochrane pour évaluer les risques de biais potentiels au sein des études primaires recensées.</p> <p>Analyses : Méta-analyses des études primaires sélectionnées en fonction des résultats.</p> <p>Études recensées : Quatre essais randomisés contrôlés publiés entre 2011 et 2016 et totalisant 239 participants dont 191 ayant complété les études et les suivis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La méta-analyse de deux études (Williams et collab., 2012; Weiner et collab., 2011) a montré que les patients schizophréniques ayant pris de la varénicline (n = 87) avaient des taux d'abstinence significativement plus élevés que les individus ayant reçu un placebo (n = 47). Log odds ratio 1,81; 95 % IC = 0,41, 3,20; (p < 0,05). ▪ Une méta-analyse de trois études (Williams et collab., 2012; Jeon et collab., 2016; Hong et collab., 2011) étudiant l'impact de la varénicline sur le nombre de cigarettes fumées par jour a démontré une baisse significative de cette mesure comparativement aux individus ayant reçu un placebo (n = 134 exp. vs n = 94 ctrl). Différence de moyenne normalisée = 0,89; 95 % IC = 0,57, 1,22 (p < 0,001). ▪ Par rapport au niveau de monoxyde de carbone, une méta-analyse effectuée sur deux études (Jeon et collab., 2016; Hong et collab., 2011) a démontré que la varénicline réduisait significativement le niveau de monoxyde de carbone chez les patients schizophréniques (n = 49 exp. vs n = 51 ctrl). Différence de moyenne normalisée = 0,50 (p < 0,05); 95 % IC = 0,06, 0,94. ▪ Les résultats obtenus par Ahmed et ses collègues vont dans le même sens que la plupart des recensions portant sur la 	<p>Forces rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sélection d'études primaires traitant uniquement de l'efficacité et de la sécurité de la varénicline chez les individus atteints de schizophrénie. ▪ Utilisation de l'outil d'évaluation de la qualité Cochrane. ▪ Utilisation de cinq banques de données pour s'assurer de l'exhaustivité de la recherche. <p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Petit nombre de patients dans l'ensemble des études primaires retenues. ▪ Risque de biais quant à la sélection des patients dans l'ensemble des ERC sélectionnés.

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Force(s) et limite(s) Conflits d'intérêts
		<ul style="list-style-type: none"> ■ Williams et collab., 2012 : 127 (84 exp. c. 43 ctrl) individus atteints de schizophrénie ou de troubles schizoaffectifs. 12 semaines de traitement. Doses de varénicline : 0,5 mg × 3 j, 1 mg × 4 j, 1 mg/j par la suite. Majoritairement des hommes dans la quarantaine. ■ Jeon et collab., 2016 : 60 (30 exp. c. 30 ctrl) atteints de schizophrénie. 8 semaines de traitement. Doses de varénicline : 0,5 mg × 3 j, 1 mg × 4 j, 1 mg/jour par la suite. Majoritairement des hommes dans la quarantaine. ■ Hong et collab., 2011 : 43 (20 exp. c. 23 ctrl) individus atteints de schizophrénie ou de troubles schizoaffectifs. 8 semaines de traitement. Doses de varénicline en mg : 0,5 mg pendant 1 semaine et 1 mg pendant 7 semaines. 60 % d'hommes dans la quarantaine. ■ Weiner et collab., : 9 (4 exp. c. 5 ctrl) individus atteints de schizophrénie ou de troubles schizoaffectifs. 12 semaines de traitement. 84 doses de varénicline. Pas d'informations sur le sexe et le genre des participants. 	<p>varénicline et le renoncement au tabac chez les personnes souffrant de schizophrénie, sauf pour une, soit celle de Kishi et ses collègues (2015). Ahmed et ses collègues discutent des résultats obtenus par Kishi et son équipe afin de comprendre pourquoi ils diffèrent de ceux normalement retrouvés dans ce type d'études. La différence serait due au fait que Kishi et son équipe ont inclus, dans leur recension d'écrits, des études incluant des patients atteints de schizophrénie n'ayant pas l'intention de renoncer au tabac. Cela pourrait avoir pour effet de biaiser l'interprétation des résultats et d'amener les auteurs à conclure que la varénicline n'était pas efficace pour le renoncement chez les schizophrènes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de méta-analyse faite selon les sous-groupes ou de méta régressions réalisées. ■ Pas de méta-analyse pré/post. <p>Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Tableau 9 Schwindt, R., Hudmon, K. S., Knisely, M., Davis, L. et Pike, C. (2017). Impact of tobacco quitlines on smoking cessation in persons with mental illness: A systematic review. *Journal of Drug Education*, 47(1-2):68-81.

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrire l'état des connaissances quant à l'utilisation des lignes téléphoniques d'aide au renoncement au tabac par les personnes avec un trouble de santé mentale. ■ Évaluer l'efficacité et l'efficience des lignes téléphoniques d'aide au renoncement au tabac. 	<p>Intervention : Lignes téléphoniques d'aide au renoncement au tabac combinées à du counseling. Le counseling pouvait se faire en groupe ou individuellement, de même qu'en personne ou au téléphone. De l'information d'aide au renoncement était aussi distribuée dans certaines interventions. Une intervention avait aussi une composante de gestion de l'humeur (<i>mood management</i>). Toutes les interventions comportaient une forme de TRN.</p> <p>Clientèle visée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ N total de participants dans les quatre études : 1412. ■ Adultes de 18 et plus avec un diagnostic psychiatrique DSM-IV ou DSM-V. 	<p>Devis :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Revue systématique sans méta-analyse. <p>Effets mesurés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Taux d'abstinence à 30 et 60 jours autorapportés. ■ Réduction de la consommation de tabac. ■ Tentatives de renoncement. <p>Analyse de la qualité des études :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aucune analyse de qualité effectuée. <p>Analyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Synthèse narrative des études, l'hétérogénéité ne permettant pas de réaliser de méta-analyse. <p>Études recensées : Quatre études primaires retenues publiées entre 2010 et 2016. Les études provenaient des États-Unis, de l'Australie de même que de la Hollande.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Trois études randomisées contrôlées : deux études sur l'efficacité des lignes d'arrêt téléphoniques et une sur l'efficacité de l'addition d'un module de gestion de l'humeur 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aux suivis de six et douze mois, van der Meer et ses collègues (2010) ont observé des taux d'abstinence plus élevés chez des fumeurs avec des antécédents de dépression majeure recevant un module additionnel de gestion de l'humeur, aux suivis de six mois (30,5 %) et de douze mois (24 %). Cela, en comparaison avec le groupe contrôle qui n'avait droit qu'à la ligne téléphonique d'arrêt sans module additionnel (six mois 22 % et douze mois 14 %) (n total de l'étude = 485). ■ Rogers et collab. (2016) ont montré que l'ajout de 10 appels de counseling spécialisé utilisant l'entretien motivationnel, la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie de résolution de problèmes menait à davantage de tentatives de renoncement de 24 heures et d'abstinence de 30 jours à 6 mois chez des vétérans que le counseling téléphonique seul. De plus, les participants à l'intervention étaient plus susceptibles d'utiliser les timbres de nicotine, quoiqu'il s'agisse d'une tendance plutôt qu'une différence significative (54 % vs 49 %) (n total de l'étude = 577). ■ Morris et ses collègues (2011) ont montré que l'ajout de 10 sessions de counseling de groupe dispensées dans la communauté à une ligne téléphonique d'arrêt a permis aux participants 	<p>Force(s) rapportées par les auteurs : Aucune.</p> <p>Limite(s) rapportées par les auteurs : Aucune.</p> <p>Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trois des quatre études primaires ont une majorité de participantes femmes blanches, sauf pour celle de Rogers, 2016 (vétérans de l'armée américaine). 	<ul style="list-style-type: none"> à une ligne téléphonique existante. ▪ Une étude quasi expérimentale évaluant l'adoption d'un programme de renoncement basé sur une ligne téléphonique d'arrêt incluant un module de gestion de la dépression avec un médecin. 	<p>d'augmenter leur chance de réduire leur consommation de tabac de 50 comparativement au groupe contrôle attiré à la ligne téléphonique. Cependant, les taux de renoncement à six mois étaient identiques dans les deux groupes. (n à total de l'étude = 123).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Segan et collab. (2011) ont rapporté que les participants à qui l'on avait offert de l'assistance vocale en lien avec un partenariat entre le médecin traitant, le conseiller d'abandon et le patient lui-même faisaient plus de tentatives de renoncement par rapport au groupe contrôle (n total de l'étude = 227). Au suivi de six mois, 33 % des participants rapportaient ne pas fumer, et 20 % étaient complètement abstinents. Les participants recevaient également une référence leur permettant de consulter leur médecin afin d'obtenir des aides pharmacologiques au renoncement et de l'aide dans la gestion de ceux-ci. ▪ Les auteurs concluent que comparativement aux lignes téléphoniques d'arrêt conventionnelles, les lignes téléphoniques d'arrêt incorporant des modules additionnels personnalisés se sont avérées plus efficaces. Les personnes atteintes d'un trouble mental tel que défini par les critères de cette recension semblent donc plus réceptives à une approche personnalisée multimodale incluant la ligne téléphonique. 	

Tableau 10 Thurgood SL, McNeill A, Clark-Cater D, Brose LS (2016) A systematic review of smoking cessation interventions for adults in substance abuse treatment or recovery. *Nicotine and Tobacco Research*, 18(5): 993-1001.

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
<ul style="list-style-type: none"> ■ Documenter l'efficacité d'interventions de renoncement au tabac chez des personnes avec un trouble lié à l'utilisation de substances. ■ Documenter l'impact d'interventions de renoncement au tabac sur le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances. 	<p>Intervention : Pharmacothérapie et approches non pharmacologiques dans tout type de milieu, et selon tout mode de dispensation.</p> <p>Clientèle visée : Adultes fumeurs traités ou traités récemment pour un trouble lié à l'utilisation de substances (drogues ou alcool), que ce soit en externe ou en milieu fermé.</p> <p>Des 17 études retenues dans la recension :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ le nombre de participants varie de 64 à 383; ■ 4 études comportent une proportion d'hommes ≤ à 55 %; ■ la moyenne d'âge varie de 34 ans à 50 ans; ■ l'origine ethnique de même que le statut socioéconomique ne sont pas rapportés; 	<p>Devis : Essais contrôlés randomisés publiés depuis 1990, comportant un suivi minimal de six mois, un groupe témoin (placebo ou soins courants) et une confirmation biochimique de l'abstinence de tabac.</p> <p>Effets mesurés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ abstinence continue de tabac autorapportée et validée biochimiquement à six ou douze mois (4 études); ■ abstinence ponctuelle de tabac de sept jours autorapporté et validée biochimiquement à six ou douze mois (15 études); ■ abstinence de substances autorapportées à six ou douze mois. <p>Analyse de la qualité des études À l'aide de l'outil d'évaluation des biais utilisé par les auteurs de revues Cochrane.</p> <p>Analyse : Synthèse narrative des études, l'hétérogénéité ne permettant pas de réaliser de méta analyse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cinq des dix-sept études retenues rapportent des effets significatifs d'interventions à six ou douze mois, alors que quatre études rapportent des effets seulement à court terme et que huit autres n'obtiennent aucun effet; ■ La TRN est efficace selon deux études : <ul style="list-style-type: none"> ■ Hugues et collab., 2003 : chez des fumeurs traités en externe pour une dépendance à l'alcool sans histoire d'abus d'alcool au cours des 30 jours précédents, le timbre de nicotine utilisé pendant 10 semaines (21 mg x 6 semaines, 14 mg x 2 semaines, 7 mg x 2 semaines et placebo x 2 semaines) est plus efficace à quatre mois (28 % c. 11 %) et à six mois (24 % c. 6 %) que le timbre placebo durant 12 semaines; dans les deux conditions, on offrait 6 sessions de counseling de groupe de 1 heure et 3 sessions individuelles de 15 minutes; ■ Cooney et collab., 2009 : une combinaison de 16 semaines de thérapie cognitivo-comportementale et de 12 semaines de timbres et de gommes de nicotine de 2 mg est plus efficace à 12 mois que la combinaison de 16 semaines de thérapie cognitivo-comportementale et de 12 semaines de timbres de nicotine et de gommes placebo chez des fumeurs au début de leur traitement en externe pour trouble d'abus d'alcool. ■ Selon une étude, celle de Burling et collègues, 2001 : le soutien comportemental est 	<p>Forces rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ le fait de n'avoir retenu que des essais contrôlés randomisés; ■ l'utilisation par les auteurs d'une grille d'évaluation de la qualité des études. <p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ le faible nombre d'études recensées; ■ les faiblesses des méthodes et des façons de rapporter les résultats par les auteurs de certaines études retenues. <p>Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ le nombre moyen de cigarettes fumées par jour varie de 16 à 32; ▪ les participants de 12 études étaient traités en externe; ▪ dans 8 études les patients étaient traités pour un trouble d'abus d'alcool seulement, dans 5 études, pour un trouble d'alcool et de drogues et dans 4 études, pour un trouble d'abus de drogues seulement. 	<p>Études recensées : 17 études retenues publiées entre 2001 et 2014.</p>	<p>efficace chez des fumeurs dépendants à l'alcool et/ou à la cocaïne nouvellement traités en milieu fermé; le soutien faisait partie d'une intervention à composantes multiples comprenant cinq semaines de traitement avant la date d'arrêt, quatre semaines de counseling après la date d'abandon, des séances individuelles quotidiennes de counseling, l'offre de renforcement positif soit financier ou matériel (<i>contingency management</i>), et la prévention des rechutes; cette intervention a été comparée à 1) une condition où l'on ajoutait une intervention visant à prévenir la rechute de toutes les substances (<i>generalization training</i>) et à 2) des soins habituels. Les participants des trois conditions (expérimentale et témoins) recevaient des timbres de nicotine. Les taux d'abstinence continue à six et douze mois sont plus élevés dans les deux conditions d'intervention que dans la condition des soins habituels.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La combinaison du soutien comportemental et de la médication est efficace selon deux études : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Carmody et collab., 2012 : les taux d'abstinence ponctuelle à trois et six mois sont plus élevés chez des fumeurs traités en externe pour une dépendance à l'alcool (abstinents depuis au moins sept jours) et soumis à une intervention consistant en 16 séances individuelles de thérapie cognitivo-comportementale, 16 semaines de timbre de nicotine et 26 semaines de pastilles de nicotine que chez des fumeurs recevant des soins habituels qui comportaient une orientation vers une clinique d'abandon du tabac; cependant 	

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
			<p>les taux d'abstinence sont similaires à 12 mois;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Winhusen et collab., 2013 : les taux d'abstinence ponctuelle à 3 et 6 mois sont plus élevés chez des fumeurs traités en externe pour une dépendance aux stimulants (cocaïne et métamphétamine) et pour leur tabagisme que chez ceux recevant des soins habituels sans intervention spécifique à l'arrêt tabagique (sessions hebdomadaires de 10 minutes); l'intervention consistait en une combinaison de counseling individuel hebdomadaire, de bupropion, d'inhalateur de nicotine et de renforcement positif (<i>contingency management</i>) durant 10 semaines. ▪ Parmi les quatre interventions ayant obtenu des effets à court terme seulement, notons : <ul style="list-style-type: none"> ▪ une intervention de renforcement positif chez des fumeurs traités en externe à la méthadone et recevant des timbres de nicotine durant 12 semaines; ▪ Huit semaines de timbres de nicotine combinés à neuf sessions de counseling de groupe chez des fumeurs traités en externe pour une dépendance à l'alcool ou aux drogues; ▪ une intervention intensive consistant en trois sessions individuelles de 60 minutes et huit semaines de timbres de nicotine chez des fumeurs traités en externe pour une dépendance à l'alcool; ▪ une combinaison de counseling et de gomme de nicotine ou une combinaison de counseling et d'activité physique chez des fumeurs avec un historique de dépendance 	

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
			<p>à l'alcool, mais abstinents de l'alcool et de drogues depuis 4 ans en moyenne.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Plusieurs interventions n'ont obtenu aucun résultat : <ul style="list-style-type: none"> ■ Counseling (1 étude); ■ Thérapie cognitivo-comportementale (1 étude); ■ Entretien motivationnel (1 étude); ■ Trn (1 étude); ■ Bupropion (2 études); ■ Varénicline (1 étude); ■ Intervention motivationnelle brève combinée à des timbres de nicotine. ■ Des dix études ayant rapporté les effets des interventions en abandon du tabac sur l'usage de substances, deux ont obtenu des résultats : <ul style="list-style-type: none"> ■ les taux d'abstinence d'alcool et de drogues à six et à douze mois sont plus élevés chez des fumeurs traités en externe pour une dépendance à l'alcool et n'ayant pas été soumis à une intervention visant à prévenir la rechute de toutes les substances (<i>generalization training</i>); ■ les taux d'abstinence aux drogues et à l'alcool sont plus élevés chez les fumeurs traités à la méthadone les semaines durant lesquels ils sont abstinents du tabac. ■ Aucune des études ne suggère que les traitements de renoncement au tabac ont des effets négatifs sur le traitement de l'usage de substances. 	

Tableau 11 Apollonio, D., Phillips, R., Bero, L. (2016) Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11): 1-64.

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
<p>Évaluer si les interventions de renoncement au tabac sont associées à une abstinence de tabac chez les personnes en traitement ou en rémission d'un trouble d'abus d'alcool ou de drogues.</p>	<p>Intervention : Interventions de renoncement au tabac :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ counseling; ▪ pharmacothérapie; ▪ combinaison de counseling et de pharmacothérapie. <p>Clientèle visée : Individus de 15 ans ou plus en traitement ou en rémission pour un trouble lié à l'utilisation de substances (alcool ou autres drogues).</p>	<p>Devis : Revue systématique avec méta-analyses utilisant des essais randomisés contrôlés et (ERC) et ERC avec procédures aléatoires au niveau de la clinique ou du lieu de traitement (cluster ERC).</p> <p>Effets mesurés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abstinence de tabac ponctuelle autorapportée ou validée biochimiquement (à l'aide du CO expiré ou de la cotinine urinaire, ou les deux) avec la période de suivi la plus longue disponible dans l'étude (de 6 semaines à 18 mois). ▪ Abstinence ponctuelle de l'alcool ou d'une ou d'autres drogues autorapportée ou validée biochimiquement avec la période de suivi la plus longue disponible dans l'étude. <p>Analyse de la qualité des études :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les interventions de counseling, lorsque comparées au traitement habituel, ne sont pas significativement associées à l'abstinence de tabac (RR 1,33, 95 % IC 0,90 to 1.95). Ce résultat est basé sur une méta-analyse totalisant 11 études et 1759 individus. La qualité des preuves est considérée comme faible par les auteurs en partie en raison de la grande hétérogénéité des interventions analysées. De ces onze études : <ul style="list-style-type: none"> ▪ deux offraient une seule consultation de counseling durant de 10 à 15 minutes (Bobo 1996; Bobo 1998); ▪ une dispensait une séance de 30 minutes d'entrevue motivationnelle (Breland 2014); ▪ une offrait 15 minutes de counseling quotidiennement (Burling 1991); ▪ une offrait une séance individuelle de counseling et encourageait les participants à se joindre à des sessions de groupe (Gariti 2002); ▪ Mueller (2012) dispensait cinq séances de thérapie cognitivo-comportementale spécifiquement conçues pour le renoncement; ▪ Patten (1998) offrait de la thérapie axée sur le renoncement dans le cadre de huit séances de counseling de groupe de deux heures; ▪ les deux études de Rohsenow (2014, 2015) proposaient de sessions d'entrevue motivationnelle avec des <i>boosters</i> ou des coupons incitatifs; 	<p>Force(s) rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune. <p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le fait de ne pouvoir mesurer les effets d'interventions offertes par plusieurs professionnels de la santé. ▪ La qualité de l'évidence recueillie est faible, principalement due au risque de biais causé par des résultats non constants causés par l'hétérogénéité des interventions et le risque de biais de publication. <p>Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs</p>

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
		<p>Faite à partir de l'outil GRADE (aussi pour qualifier la qualité de la preuve).</p> <p>Analyses : Méta analyses faites quand les études ne présentaient pas d'hétérogénéité (34 études sur 35).</p> <p>Études recensées : 35 essais randomisés contrôlés, dont deux faits en groupe (cluster RCT), publiés entre 1991 et 2015; et une en cours portant sur la varénicline n'a pas été incluse dans les analyses; 30 proviennent des États-Unis, 1 du Brésil, 1 de l'Iran, 1 de la Suisse et 1 de l'Espagne.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 11 études sur le counseling avec groupes témoin utilisant le traitement habituel (qui pouvait inclure de la pharmacothérapie). ■ 11 études sur la pharmacothérapie avec groupes témoins utilisant le traitement habituel (qui pouvait inclure du counseling ou d'autres formes de pharmacothérapie). ■ 12 études sur une combinaison du counseling et de la pharmacothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Shoptaw (2002) offrait 12 séances de counseling de groupe de 60 minutes et des timbres de nicotine; ■ Stein (2006) fournissait quatre séances d'entrevue motivationnelle combinées avec de la formation sur les aptitudes. ■ La pharmacothérapie utilisée dans un but de renoncement au tabac est significativement associée à l'abstinence de tabac comparativement à un placebo ou au traitement habituel (RR 1,88, 95 % CI 1,37 to 2,57). Ce résultat est basé sur une méta-analyse totalisant 11 études et 1808 individus. Les analyses ayant porté seulement sur la TRN ont obtenu des effets significatifs (RR 7,74, 95 % CI 3,00 to 19,94, trois études, 635 participants) alors que ce n'est pas le cas avec les autres médicaments ni avec une combinaison de médicaments et de TRN (RR. 1,25, 95 % CI 0,89 to 1,77, huit études, 1173 participants) : ■ Heydari (2013) et Hughes (2003) proposaient des timbres de nicotine et de la gomme de nicotine; ■ Cooney (2009) proposait de la gomme de nicotine en plus de timbres de nicotine; ■ Deux études offraient seulement du bupropion (Hays 2009; Karam-Hage 2011); ■ Deux études offraient du bupropion en plus des soins habituels et des timbres de nicotine (Grant 2007; Kalman 2011); ■ Mooney (2008) proposait aux participants du bupropion, de la buprenorphine et du counseling; ■ Nahvi (2014) offrait seulement de la varénicline; 	

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
		<p>(TRN dans 11 études et TRN + bupropion dans une étude) avec groupes témoins utilisant le traitement habituel (pas de spécification par rapport aux points de suivis préférés).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 12 études chez des participants en traitement et 22, chez des participants en rémission. ■ 17 études chez des personnes aux prises avec un trouble d'abus d'alcool et 17 chez des individus présentant un trouble d'abus de drogues. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stein (2013) proposait de la varénicline dans l'un des deux bras d'intervention, et des timbres de nicotine combinés à de la nicotine au besoin dans l'autre; ■ Baltieri (2009) du offrait du naltrexone ou du topiamate. ■ Le counseling combiné à la pharmacothérapie est significativement associé à l'abstinence de tabac comparativement à un placebo ou au traitement habituel (ou les deux ensemble) (RR 1,74, 95 % CI 1,39 to 2,18). Ce résultat est basé sur une méta-analyse totalisant 12 études et 2229 individus. Les résultats de cette analyse sont de basse qualité étant donné le risque de biais l'hétérogénéité clinique due à la nature des interventions étudiées. Onze des douze études offraient du counseling combiné avec une forme de TRN et une étude offrait du counseling en combinaison avec de la TRN et du bupropion. ■ Le fait d'offrir une thérapie de renoncement au tabac en comparaison à un placebo ou au traitement habituel est significativement associé à l'abstinence de tabac au point de suivi le plus long autant chez les individus en traitement (RR 1,99, 95 % CI 1,59 to 2,50) que chez ceux en rémission (RR 1,42, 95 % CI 1,11 to 1,82). Ces résultats sont basés sur 12 études totalisant 2134 individus pour les individus en traitement et sur 22 études et 3662 individus pour ceux en rémission. ■ Le fait d'offrir une thérapie de renoncement au tabac en comparaison à un placebo ou au traitement habituel est significativement associé à l'abstinence de tabac chez les individus aux prises avec un trouble d'abus 	

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
			<p>d'alcool (RR 1,57, 95 % CI 1,27 to 1,95) de même que chez les individus avec un trouble d'abus d'autres drogues ou de substances combinées (RR 1,85, 95 % CI 1,43 to 2,40). Ces résultats sont basés sur 17 études totalisant 2467 personnes aux prises avec un trouble d'abus d'alcool et sur 17 études comptant 3329 individus présentant un trouble d'abus de drogues ou de substances combinées. À noter que lorsque les études primaires dont les suivis étaient de moins de six mois chez des personnes en rémission de troubles d'abus d'alcool ou d'autres drogues sont exclues de cette analyse, l'effet n'est pas significatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ En ce qui concerne les résultats secondaires, le fait d'offrir une thérapie de renoncement au tabac chez les participants en traitement ou en rémission n'est pas associé significativement avec un changement dans les taux d'abstinence à l'alcool ou à d'autres substances (RR 0,97, 95 % CI 0,91 to 1,03). Ce résultat est basé sur 11 études totalisant 2231 individus. ■ Les auteurs concluent que les interventions de renoncement au tabac utilisant la pharmacothérapie ou combinant le counseling à la pharmacothérapie augmentent les taux d'abstinence au tabac sans influencer négativement les taux d'abstinence d'alcool ou d'autres substances. Les interventions se sont également montrées efficaces tant chez les personnes en traitement que chez celles en rémission. 	

Tableau 12 Hefner K, Valentine G, Sofuoglu M. (2017). Electronic cigarettes and mental illness: Reviewing the evidence for help and harm among those with psychiatric and substance use disorders. *The American journal on addiction*, 26: 306-315.

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
<p>Décrire l'état des connaissances quant à l'attrait, l'usage et le potentiel d'aide et/ou de méfaits de la cigarette électronique chez les adultes aux prises avec un trouble mental.</p>	<p>Intervention : Cigarette électronique.</p> <p>Clientèle visée : Adultes avec un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ autorapporté (au moins 1 trouble psychiatrique et/ou lié à l'utilisation de substances); ▪ avec des résultats d'une évaluation psychométrique et/ou l'utilisation d'une médication psychiatrique. <p>Parmi les six études comportant plus de 20 participants, sur les neuf études retenues :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le nombre de participants varie de 188 à 9950; ▪ les proportions de femmes et d'hommes sont similaires dans quatre études; la proportion 	<p>Devis : Enquêtes ou études d'observation publiées en anglais.</p> <p>Effets mesurés : Usage de cigarette électronique et de cigarette de combustion.</p> <p>Analyse : Synthèse narrative des études, l'hétérogénéité ne permettant pas de réaliser de méta analyse.</p> <p>Études recensées : Neuf études retenues publiées entre 2013 et 2016 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quatre études transversales; ▪ Deux études d'observation dans lesquelles les participants recevaient des cigarettes électroniques à volonté; ▪ Un essai ouvert non contrôlé sur les cigarettes électroniques (<i>open trial</i>); 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon une enquête populationnelle menée auprès de 9950 adultes américains en 2012, l'usage de la cigarette électronique (essai à vie, usage actuel, intention de l'utiliser dans le futur) est plus élevé chez les personnes avec un trouble mental (dépression, anxiété, autres) que chez celles non affectées par une telle condition; le double usage de cigarette électronique et de cigarette de combustion est aussi plus prévalent chez les personnes affectées par un trouble mental (Cummins et collab., 2014). ▪ Une prévalence élevée de l'usage de la cigarette électronique a aussi été notée chez 315 patients recevant des soins pour une dépendance aux opioïdes dans des cliniques de méthadone et de buprénorphine; les principales motivations pour faire usage de la cigarette électronique sont la curiosité et la tentative de renoncement au tabac (Stein et collab., 2015). ▪ La prévalence d'utilisation de la cigarette électronique est élevée chez 198 patients traités en externe pour un trouble lié à l'utilisation de substances; cependant, la prévalence de l'usage est moins élevée chez les personnes abusant de l'alcool que chez celles abusant d'autres drogues; l'arrêt ou la réduction de l'usage du tabac sont les principales raisons ayant motivé l'utilisation de la cigarette électronique (Peters et collab., 2015). ▪ L'usage de la cigarette électronique est également plus prévalent chez un groupe de 188 vétérans militaires avec des troubles mentaux et/ou liés à l'utilisation de substances que chez la population générale (il est à noter qu'une grande proportion des vétérans sont affectés à la fois par un trouble 	<p>Force(s) rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune. <p>Limites rapportées par les auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trois des neuf études retenues comportent un faible nombre de participants (12, 14, 19); ▪ Dans plusieurs études, le trouble mental est autorapporté parmi quelques catégories de diagnostic proposé; ▪ L'usage de la cigarette électronique est autorapporté; ▪ Certaines études ne rapportent pas le double usage cigarette de combustion/cigarette électronique; ▪ L'usage de substances est parfois dichotomisé entre alcool et autres drogues et donc il manque

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
	<p>d'hommes est de 70 % dans 1 étude, et de 92 % dans une autre étude;</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'origine ethnique de même que le statut socioéconomique ne sont pas rapportés. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Deux analyses secondaires d'essais cliniques portant sur le renoncement au tabac, dont 1 essai contrôlé randomisé; <p>Les trois études comportant moins de 20 participants ne sont pas rapportées dans ce tableau.</p>	<p>mental et par un trouble lié à l'utilisation de substances); les auteurs ont observé que l'usage de la cigarette électronique était plus prévalent chez les vétérans aux prises avec seulement une maladie psychiatrique (stress posttraumatique, trouble bipolaire, dépression, anxiété, schizophrénie) que chez celles affectées seulement par un trouble lié à l'utilisation de substances; la majorité des utilisateurs de la cigarette électronique ont rapporté un double usage avec la cigarette de combustion; l'acceptation sociale serait une des raisons motivant les fumeurs à utiliser la cigarette électronique; enfin, l'utilisation de la cigarette électronique ne serait pas associée au renoncement au tabac (Hefner et collab., 2016).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Un essai clinique randomisé portant sur la TRN, mené auprès de 956 adultes hospitalisés pour une maladie mentale sévère (dépression unipolaire ou bipolaire, psychose non affective, ou autres), et dont les deux tiers souffraient également de troubles liés à l'utilisation de substances, indique que l'utilisation de la cigarette électronique ne serait pas associée à une réduction du tabagisme de plus de 50 % ni à une abstinence du tabac (Prochaska et Grana, 2014). ■ En Nouvelle-Zélande, 657 fumeurs motivés à cesser de fumer, dont 13 % rapportant utiliser une médication pour un trouble mental, ont été assignés aléatoirement à recevoir un timbre de nicotine de 21 mg, une cigarette électronique de 16 mg de nicotine ou une cigarette électronique de 0 mg de nicotine; un soutien téléphonique de faible intensité était offert; 74 % des participants aux prises avec un trouble mental utilisaient une médication pour la dépression, et 28 % une médication pour la psychose; à six mois, les taux de renoncement au tabac (validés par une mesure du monoxyde de carbone expiré) à l'aide de la cigarette 	<p>d'informations sur des substances spécifiques;</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ très peu d'études primaires évaluant l'efficacité de l'usage de la cigarette électronique sur la réduction ou l'abandon du tabac ont été retenues dans cette recension. <p>Aucun conflit d'intérêts déclaré par les auteurs.</p>

Objectifs	Intervention(s)/ Population	Méthodologie : devis des études primaires/effets mesurés/analyses	Résultats/ Conditions de succès	Forces et limites/ Conflits d'intérêts
			<p>électronique de 16 mg de nicotine sont identiques chez les personnes avec (5 %) ou sans troubles mentaux (7 %); c'est aussi le cas pour la réduction du nombre moyen de cigarettes fumées (9,9 c. 9,4); lors d'une comparaison avec le timbre de nicotine, la cigarette électronique de 16 mg de nicotine chez les personnes avec un trouble mental s'est avérée plus efficace quant à la réduction du nombre de cigarettes fumées et quant à l'observance au traitement et à son acceptabilité; cependant, à six mois, aucune différence quant au renoncement au tabac n'a été notée entre les deux traitements (O'Brien et collab., 2015).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les auteurs de la recension concluent que les personnes aux prises avec un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances font usage de la cigarette électronique en plus grande proportion que la population générale. Le double usage cigarette électronique/cigarette de combustion est aussi plus prévalent chez ces groupes. Selon les études recensées, les effets secondaires associés à la cigarette électronique sont minimes, et leur utilisation n'affecte pas les symptômes psychiatriques. Les chercheurs ont aussi noté que les personnes affectées par un trouble mental croient que les cigarettes électroniques sont moins néfastes que les cigarettes de combustion et qu'elles peuvent aider à réduire ou cesser l'usage du tabac. Cependant, comme pour la population générale, davantage de recherche est nécessaire pour évaluer l'efficacité à long terme de la cigarette électronique sur l'usage du tabac et sur la santé. 	

www.inspq.qc.ca