

*Version  
de mars 2007*

*Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers  
La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*

Version de mars 2007

*Ligne directrice sur les pratiques  
exemplaires en soins infirmiers*  
*Bâtir l'avenir des soins infirmiers*

*La cessation **du tabagisme** :  
intégration dans la pratique quotidienne  
des soins infirmiers*



**RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario

PROGRAMME DES LIGNES DIRECTRICES SUR LES  
PRATIQUES EXEMPLAIRES EN SOINS INFIRMIERS



*Mot de bienvenue de Doris Grinspun*  
*Directrice générale Association*  
*des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario*

C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) diffuse la nouvelle version de ces Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien.

Nous remercions infiniment le grand nombre d'établissements et de personnes qui ont permis à l'AIIAO de concrétiser sa vision des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPESI). Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, qui a reconnu l'expertise de l'AIIAO pour mener à bien ce projet, contribue un financement s'échelonnant sur plusieurs années. Tazim Virani, directrice du projet des LDPESI, grâce à sa détermination sans borne et ses compétences, fait progresser le projet encore plus rapidement et plus intensément qu'on ne l'avait imaginé. La communauté des infirmières, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers, partage ses connaissances et son temps, ce qui est essentiel à la création et à l'évaluation de chaque Ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme à l'appel d'offres et ouvrent leurs établissements pour mettre à l'essai le projet des LDPESI.

C'est maintenant que se présente le véritable test de cet extraordinaire cheminement : les infirmières utiliseront-elles les Lignes directrices dans leur travail quotidien?

La mise en place réussie de ces LDPESI nécessite un effort conjugué de la part de quatre groupes : les infirmières elles-mêmes, d'autres collègues du secteur de la santé, les infirmières qui enseignent en milieu universitaire et en milieu de travail, de même que les employeurs. Après avoir assimilé ces Lignes directrices avec leurs têtes et leurs coeurs, les infirmières, de même que les étudiantes en soins infirmiers, informées et averties, auront besoin d'un milieu de travail sain et accueillant pour les aider à mettre en pratique ces Lignes directrices.

Nous vous demandons de partager cette LDPESI, ainsi que d'autres Lignes directrices, avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous voulons être sûrs que les Ontariennes et les Ontariens reçoivent les meilleurs soins possibles, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

L'AIIAO continuera de travailler assidûment à l'élaboration et à l'évaluation des futures Lignes directrices. Nous vous souhaitons une mise en place des plus réussies!

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph.D. (doctorante)  
Directrice exécutive  
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

## *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*

### Équipe du programme :

**Tazim Virani**, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph.D. (doctorante)  
Directrice du programme

**Heather McConnell**, inf. aut., B.Sc.Inf., M.A. (Ed.)  
Gestionnaire du programme

**Samantha Mayo**, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Soins inf.  
Coordonnatrice du programme

**Janet Chee**, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Soins inf.  
Coordonnatrice du programme

**Julie Burris**  
Adjointe du programme

**Jill-Marie Burke**, B.A.  
Relations publiques et communications

**Elizabeth Chiu**, B.Sc.(spéc.), M.C.P.  
Adjointe du programme

**Meagan Cleary**, B.A.  
Adjointe du programme

**Carrie Scott**  
Adjointe du programme

**Citlali Villa Singh**  
Adjointe du programme

**Keith Powell, B.A., AIT**  
Éditeur Web

Afin de faciliter la lecture des textes, le terme « infirmière » est utilisé. Il est entendu que cette désignation n'est nullement restrictive et englobe les infirmiers.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario  
Projet des Lignes directrices sur les pratiques  
exemplaires en soins infirmiers  
158, rue Pearl  
Toronto (Ontario) M5H 1L3  
Site Web : [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices)

## Membres du groupe de révision (2006-2007)

**Janet Nevala, inf. aut., B.Sc.Inf.**

**Chef d'équipe**

*Coordonnatrice, Centre de formation  
et de consultation  
Ottawa (Ontario)*

**Carol Bossenberry, inf. aut., B.Sc.Inf., TTS**

*Coordonnatrice des efforts de prévention  
du tabagisme  
Comté d'Oxford, Département de la  
santé publique et des soins d'urgence  
Woodstock (Ontario)*

**Jennifer Hart, MPA**

*Directrice du programme CTI  
Ontario Medical Association  
Toronto (Ontario)*

**Sherrie Hertz, B.Sc.Pharm., R.Ph.**

*Directrice des programmes de pharmacie  
Ontario Pharmacists' Association  
Don Mills (Ontario)*

**Sharon Lawler, inf. aut., B.A., M.Ed.**

*Directrice adjointe et gestionnaire  
Programme Leave the Pack Behind  
Département de santé communautaire  
Brock University  
St. Catharines (Ontario)*

**Joan Mitchell, inf. aut. (pratique avancée)**

*Infirmière praticienne en soins de première ligne  
Centre de médecine familiale de Byron  
London (Ontario)*

**Annette Railton, inf. aut., B.Sc.Inf.**

*Réseau hospitalier, de Niagara, hôpital Welland  
Welland (Ontario)*

**Annette Schultz, inf. aut., Ph.D.**

*Professeure adjointe en prévention du cancer  
Recherche en soins infirmiers du cancer  
Faculté des sciences infirmières, université du  
Manitoba  
Winnipeg (Manitoba)*

*Les membres du groupe de révision des  
Lignes directrices ont effectué des déclarations  
d'intérêt et de confidentialité. Pour obtenir  
plus de renseignements, veuillez vous adresser  
à l'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario.*

*L'AIIAO souhaite remercier Dawn Kingston, inf.  
aut., B.Sc., M.Sc., Ph.D. (doctorante),  
pour son travail d'évaluation de la qualité  
de la littérature spécialisée et la préparation  
des tableaux de données probantes.*

*L'AIIAO souhaite également remercier  
Bonnie Quinlan, inf. aut., pour sa contribution  
à la présente Ligne directrice à titre de réviseure.*

## Contributeurs de la version initiale de la Ligne directrice Membres du groupe d'élaboration (2003)

**Janet Nevala, inf. aut., B.Sc.Inf.**

**Chef d'équipe**

*Coordonnatrice, Centre de formation  
et de consultation*

*Stratégie antitabac de l'Ontario*

*a/s Ville d'Ottawa*

*Ottawa (Ontario)*

**Carol Bossenberry, inf. aut., B.Sc.Inf.**

*Coordonnatrice des efforts de prévention  
du tabagisme*

*Comté d'Oxford, Département de la  
santé publique et des soins d'urgence*

*Woodstock (Ontario)*

**Debbie Cooke, inf. aut., B.A.**

*Infirmière en prévention et en réadaptation  
cardiaque*

*Conseillère en cessation du tabagisme*

*Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa*

*Prévention et réadaptation cardiaque*

*Ottawa (Ontario)*

**Nancy Edwards, inf. aut., Ph.D.**

*Professeure, École des sciences infirmières*

*Directrice, Centre de recherche sur la santé  
communautaire*

*Université d'Ottawa*

*Ottawa (Ontario)*

**Sharon Lawler, inf. aut., B.A., M.Ed.**

*Directrice du programme « Leave The Pack  
Behind »*

*Département de santé communautaire*

*Brock University*

*St. Catharines (Ontario)*

**Heather Logan\*, inf. aut., B.Sc.Inf., M.Sc.S.(c)**

*Directrice des politiques de lutte contre le cancer  
Société canadienne du cancer*

*Institut national du cancer du Canada*

*Toronto (Ontario)*

**Joan Mitchell, inf. aut. (pratique avancée)**

*Infirmière praticienne en soins de première ligne*

*Centre d'accès aux soins communautaires  
de London et Middlesex*

*London (Ontario)*

**Shirley Saasto-Stopyra\*, inf. aut., ISP**

*Représentante de l'AIIO (section 014)*

*Infirmière en santé publique*

*Programme de santé familiale*

*Thunder Bay District Health Unit*

*Thunder Bay (Ontario)*

**Josephine Santos, inf. aut., M.Soins inf.**

*Aide à la mise en place et coordonnatrice  
de projet*

*Projet des Lignes directrices sur les pratiques  
exemplaires en soins infirmiers*

*Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario*

*Toronto (Ontario)*

**Louise Walker\*, B.A., B.Sc.**

*Coordonnatrice provinciale,*

*Téléassistance pour fumeurs*

*Société canadienne du cancer*

*Division de l'Ontario*

*Hamilton (Ontario)*

*\*Ont contribué à l'élaboration initiale  
de la Ligne directrice.*

## Remerciements

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes et les groupes suivants pour leur contribution à la révision de ces Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers et pour leurs commentaires précieux lors de l'élaboration de la version initiale de ce document (2001-2003) :

Monique Bouvier	Centre de toxicomanie et de santé mentale, Hammond (Ontario)
Wendy Burgoyne	Algoma Best Start, Wawa (Ontario)
Ruth Busija-Lowe	Infirmière autorisée (retraîtée), Woodstock (Ontario)
Donald Déry	Agent de projet sur le tabagisme, Ville d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
Dre Roberta Ferrence	Directrice, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Toronto (Ontario)
Sherrie Hertz	Gestionnaire de programme, Intervention clinique contre le tabagisme, Spécialiste de l'information sur les médicaments, Ontario Pharmacists' Association, North York (Ontario)
Simon Hoad	Planificateur de la promotion de la santé, Thunder Bay District Health Unit, Thunder Bay (Ontario)
Colleen Kearns	Infirmière en santé publique, Prévention du tabagisme prénatal, Ville d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
Cheryl Kee	Infirmière praticienne en soins actifs – cardiologie, London Health Sciences Centre, London (Ontario)
Dana Martin	Infirmière autorisée, Gane Yohs Health Centre, Ohsweken (Ontario)
Elizabeth Martin	Directrice de l'exploitation, Woodingford Lodge, Woodstock (Ontario)
Dr Paul W. McDonald	Directeur, Centre for Applied Health Research, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario)
Dr William McLeish	Oxford Interagency Council on Smoking and Health, Woodstock (Ontario)
Phil Onafrychuk	Infirmier en santé du travail, Timberjack Inc., Woodstock (Ontario), Association pour la santé et l'éducation physique de l'Ontario, Toronto (Ontario)
Dr Andrew Pipe	Directeur du programme de cessation du tabagisme, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
Nancy Pogson	Infirmière en santé publique, Kitchener (Ontario)
Lorraine Repo	Coordonnatrice, Bébés en santé, enfants en santé, Thunder Bay District Health Unit, Thunder Bay (Ontario)
Linda Ritchie	Présidente, Département des sciences infirmières, Brock University, St. Catharines (Ontario)
Sherryl Smith	Coordonnatrice de la promotion de la santé, Centre de santé communautaire, Somerset Ouest, Ottawa (Ontario)
Tracey E. Taylor	Gestionnaire de programme, Healthy Lifestyles and Disease Prevention Branch, Social and Public Health Services Department, Ville de Hamilton, Hamilton (Ontario)

## *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

Des remerciements particuliers sont adressés à

[Barbara Willson](#), inf. aut., M.Sc., et [Anne Tait](#), inf. aut., B.Sc.Inf.,

qui ont agi à titre de coordonnatrices de projet au début de l'élaboration des Lignes directrices.

L'AIIAO désire également remercier le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto (Ontario) pour le rôle qu'il a joué dans la mise à l'essai de des Lignes directrices.

Établissements où s'est déroulée la mise à l'essai

- Fondation de la recherche sur la toxicomanie
- Institut psychiatrique Clarke
- Institut Donwood
- Queen Street Mental Health Centre

De plus, L'AIIAO tient à souligner le leadership et le dévouement des chercheuses qui ont dirigé l'étape d'évaluation du Projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers en 2002-2003. L'équipe d'évaluation comprenait à cette époque les membres suivants :

Chercheuses principales :

[Nancy Edwards](#), inf. aut., Ph.D., [Barbara Davies](#), inf. aut., Ph.D. –  
Université d'Ottawa

Équipe d'évaluation :

[Maureen Dobbins](#), inf. aut., Ph.D., [Jenny Ploeg](#), inf. aut., Ph.D., [Jennifer Skelly](#),  
inf. aut., Ph.D. – Université McMaster  
[Patricia Griffin](#), inf. aut., Ph.D. – Université d'Ottawa

Équipe du projet :

[Barbara Helliwell](#), B.A.(spéc.); [Marilynn Kuhn](#), M.G.S.S.; [Diana Ehlers](#),  
M.A.(TS), M.A.(Dém.); [Christy-Ann Drouin](#), B.A.A.; [Sabrina Farmer](#), B.A.;  
[Mandy Fisher](#), B.Soins inf., M.Sc. (candidate); [Lian Kitts](#), inf. aut.;  
[Elana Ptack](#), B.A. – Université d'Ottawa



# *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*

## **Déclin de responsabilité**

Ces Lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne s'appliquent qu'à la pratique des soins infirmiers et ne prennent pas en compte les implications financières. Les infirmières ne sont pas tenues d'appliquer ces Lignes directrices et son utilisation doit être souple afin qu'elles correspondent aux désirs du patient et de sa famille, ainsi qu'aux situations particulières. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni l'AIIAO ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces Lignes directrices et ils n'acceptent aucune responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document. Toute référence, tout au long du document, à des produits pharmaceutiques spécifiques n'est mentionnée qu'en tant qu'exemple et ne signifie aucunement que nous endossons l'un ou l'autre de ces produits.

## **Droit d'auteur**

**Ces Lignes directrices ont été initialement publiées pour la première fois en 2003 par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Ce document a été revu en mars 2007.**

À l'exception des portions de ce documents pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, en entier seulement, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales sans nécessiter le consentement ou la permission de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, à condition qu'une citation ou qu'une référence apparaisse dans le travail copié, tel qu'indiqué ci-dessous :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*. Version revue. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto, Canada, 2007.

## Comment utiliser ce document

Ces **Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers** sont un document détaillé comportant les ressources nécessaires au soutien de la pratique des soins infirmiers basée sur des données probantes. Le document doit être révisé et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou de l'endroit où les soins sont prodigués, ainsi que des besoins et des désirs du client. Les Lignes directrices ne doivent pas être appliquées comme un « livre de recettes » mais utilisées en tant qu'outil pour aider à la prise de décisions en ce qui concerne les soins individualisés prodigués au client, et pour s'assurer que les structures et les soutiens adéquats sont en place pour prodiguer les meilleurs soins possibles.

Les infirmières, les autres professionnels des soins de santé, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de règlements, de procédures, de protocoles, de programmes de formation, d'outils de documentation et d'évaluation, etc. On recommande d'utiliser les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme un outil de référence. Il n'est pas nécessaire, ni même pratique, de remettre une copie de l'intégralité des Lignes directrices à chaque infirmière. Les infirmières qui offrent des soins directs au client pourront tirer profit d'un examen des recommandations, des données probantes qui appuient ces recommandations et du processus qui a été utilisé pour élaborer les Lignes directrices.

Toutefois, il est fortement recommandé que les pratiques infirmières dans les établissements et les milieux où les soins sont prodigués adaptent ces Lignes directrices dans des formats qui seront faciles à utiliser dans le cadre du travail quotidien. Ces Lignes directrices suggèrent des formats pour de telles adaptations particulières et taillées sur mesure.

Les établissements qui désirent utiliser les Lignes directrices peuvent décider de le faire de plusieurs façons :

- Évaluer les pratiques actuelles en matière de soins de santé et de soins infirmiers grâce aux recommandations présentées dans les Lignes directrices.
- Définir les recommandations qui permettront de répondre à des besoins reconnus ou de combler des lacunes dans les services offerts.
- Élaborer de manière méthodique un plan visant à mettre en place les recommandations grâce aux outils et aux ressources connexes.

L'AIIAO désire connaître la façon dont vous avez mis en place ces Lignes directrices. Veuillez communiquer avec nous pour communiquer votre expérience. Des ressources seront mises à la disposition des utilisateurs par le truchement du site Web de l'AIIAO afin d'aider les personnes et les établissements à mettre en place les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

## *Table des matières*

Sommaire des recommandations.....	10
Interprétation des données probantes.....	12
Responsabilité quant à l'élaboration des Lignes directrices.....	12
Intention et champ d'activité.....	13
Raison d'être des Lignes directrices sur la cessation du tabagisme.....	14
Principes directeurs et hypothèses de travail sur la cessation du tabagisme.....	15
Processus d'élaboration initiale (2001).....	16
Processus de révision (2006-2007).....	18
Définitions.....	20
Contexte.....	21
Comment aider les gens à cesser de fumer.....	23
Recommandations relatives à la pratique professionnelle.....	24
Recommandations relatives à la formation.....	36
Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements.....	37
Évaluation et surveillance.....	41
Conseils pour la mise en place.....	44
Processus de mise à jour et d'examen des Lignes directrices.....	46
Références bibliographiques.....	47
Bibliographie.....	52

Annexe A : Stratégie de recherche des données probantes existantes .....	61
Annexe B : Glossaire .....	64
Annexe C : Les risques du tabagisme pour la santé .....	68
Annexe D : Les avantages de la cessation du tabagisme .....	74
Annexe E : Les étapes du modèle de changement .....	76
Annexe F : Déceler la réceptivité de votre client à cesser de fumer .....	78
Annexe G : Entrevue motivationnelle .....	79
Annexe H : Protocole « Demander, conseiller, aider et organiser le suivi » .....	84
Annexe I : Test du POURQUOI .....	86
Annexe J : Test Fagerstrom pour l'évaluation de la dépendance à la nicotine (version révisée) .....	88
Annexe K : Intervention infirmière intensive .....	89
Annexe L : Comparaison entre médicaments de première intention pour cesser de fumer .....	90
Annexe M : Stratégies visant à éviter les rechutes .....	93
Annexe N : Liste de ressources disponibles pour cesser de fumer .....	94
Annexe O : Description de la Trousse .....	97



## Sommaire des recommandations

	RECOMMANDATIONS	*FORCE DE LA PREUVE
Recommandations relatives à la pratique professionnelle	1.0 À l'aide du protocole « demander, conseiller, aider et organiser le suivi », les infirmières mettent en place une intervention minimale de cessation du tabagisme pour l'ensemble des clients.	A
	2.0 Les infirmières lancent une intervention approfondie de cessation du tabagisme (d'une durée supérieure à 10 minutes) lorsque leurs connaissances et le temps dont elles disposent leur permettent de s'engager dans une consultation plus poussée.	A
	3.0 Les infirmières savent que les consommateurs de produits du tabac peuvent faire plusieurs rechutes avant d'en arriver à l'abstinence et elles doivent impliquer plusieurs fois le client dans la démarche de cessation du tabagisme.	B
	4.0 Les infirmières doivent être au fait des ressources en matière de cessation du tabagisme qui existent au sein de la communauté pour les besoins de l'orientation et du suivi.	C
	5.0 Les infirmières mettent en place une intervention de cessation du tabagisme en portant une attention particulière au sexe, ainsi qu'aux questions relatives à l'ethnicité et à l'âge; elles conçoivent des stratégies adaptées aux divers besoins de la clientèle.	C
	6.0 Les infirmières mettent en place, dans la mesure du possible, une intervention approfondie auprès des femmes enceintes et de celles qui ont accouché.	A
	7.0 Les infirmières encouragent les fumeurs et les non-fumeurs à faire de leur résidence un environnement sans fumée, afin de les protéger eux-mêmes, de même que leurs enfants et leur famille, contre l'exposition à la fumée de tabac ambiante.	A
Recommandations relatives à la formation	8.0 Tous les programmes d'études en soins infirmiers devraient comporter un volet qui traite de la consommation de produits du tabac, des risques pour la santé qui en découlent et des interventions en matière de cessation du tabagisme.	C
Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements	9.0 Les établissements et les administrations régionales de la santé considèrent la cessation du tabagisme comme une partie intégrante de la pratique des infirmières et, de ce fait, ils intègrent diverses possibilités de perfectionnement professionnel afin de soutenir les infirmières dans l'acquisition efficace de compétences en matière d'intervention et de consultation ayant trait à la cessation du tabagisme.  Tous les programmes d'orientation hospitalière des établissements doivent comprendre une formation sur l'utilisation de brèves interventions de cessation du tabagisme, ainsi que des renseignements sur la pharmacothérapie appuyant les fumeurs hospitalisés.	B

## Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

RECOMMANDATIONS	*FORCE DE LA PREUVE
<p><b>10.0</b> Les infirmières cherchent des occasions de participer activement à la promotion de services efficaces en matière de cessation du tabagisme, y compris celle des « médicaments pour arrêter de fumer ».</p>	C
<p><b>11.0</b> Les infirmières cherchent des occasions de participer activement à la promotion d'espaces sans fumée et à la protection contre la fumée de tabac ambiante.</p>	C
<p><b>12.0</b> On ne peut mettre en œuvre avec succès des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers qu'en présence d'une planification et de ressources adéquates, ainsi que d'une aide adéquate à la mise en place et d'un soutien approprié au niveau de l'établissement et de l'administration. Les établissements peuvent décider d'élaborer un plan de mise en place qui englobe les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une évaluation du niveau de préparation de l'établissement et des obstacles à la formation;</li> <li>■ Une participation de tous les membres (que ce soit dans des fonctions d'accompagnement direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place;</li> <li>■ L'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse le soutien nécessaire au processus de formation et de mise en place et la présence de possibilités continues de dialogue et de formation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires;</li> <li>■ Des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'établissement dans le cadre de la mise en place des Lignes directrices.</li> </ul> <p>À cet égard, l'AllAO (par l'entremise d'un groupe d'étude composé d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) a élaboré la <i>Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique</i>, qui est fondée sur des données probantes, des perspectives théoriques et un consensus. La Trousse est recommandée comme instrument d'orientation pour la mise en place de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de l'AllAO intitulée <i>La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers</i>.</p>	C

\* Pour connaître les détails relatifs à l'interprétation des données probantes, consulter la page 12.

## *Interprétation des données probantes*

**Lors de sa publication initiale**, cette Ligne directrice de l'AIIAO était une synthèse de plusieurs Lignes directrices. À cette époque, afin d'informer pleinement le lecteur, aucun effort n'a été épargné pour conserver les niveaux de force des preuves d'origine citées dans les documents de base. Aucune modification n'avait été apportée dans la formulation des documents de base comprenant des recommandations fondées sur des essais randomisés ou des études de recherche. Dans les cas où un document de base contenait un élément de preuve dont le niveau de force était celui des « avis d'experts », la formulation pouvait être modifiée pour y ajouter la notation du groupe de concertation de l'AIIAO (2003). Dans cette nouvelle version de la Ligne directrice, le groupe a attribué à chaque recommandation une note de A, B ou C pour indiquer la force de la preuve étayant cette recommandation.

Dans le cadre du processus de révision, d'autres documents de la littérature spécialisée ont été examinés et utilisés afin de mettre à jour les recommandations et les discussions sur les données probantes. Au fur et à mesure que ces documents étaient pris en compte, les indices de force des données probantes ont été actualisés afin de tenir compte de tel ou tel domaine.

### Force de la preuve

**FORCE DE LA PREUVE A** : La documentation des recommandations pertinentes doit contenir au moins deux essais randomisés dont la qualité et l'uniformité globales sont élevées et qui portent spécifiquement sur les recommandations.

**FORCE DE LA PREUVE B** : Nécessite des études cliniques bien menées; aucun essai randomisé portant sur le sujet des recommandations n'est toutefois requis.

**FORCE DE LA PREUVE C** : Nécessite des données probantes tirées de rapports ou d'avis d'un comité d'experts et/ou des données probantes fondées sur l'expérience clinique d'autorités reconnues. Indique l'absence d'études de bonne qualité pouvant être directement mises en application.

## *Responsabilité quant à l'élaboration de la Ligne directrice*

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a entrepris, avec l'aide financière du gouvernement de l'Ontario, un projet d'élaboration, de mise à l'essai, d'évaluation et de diffusion de Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers s'échelonnant sur plusieurs années. Cette Ligne directrice avait été initialement élaborée — et a ultérieurement été revue — par un groupe d'infirmières et de chercheurs réunis par l'AIIAO, groupe qui a mené ses travaux d'une manière indépendante du gouvernement de l'Ontario.

## *Intention et champ d'activité*

**Cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires** a pour but d'orienter les infirmières dans le cadre de leur travail quotidien dans l'ensemble des secteurs des soins de santé, tant en établissement qu'au sein de la communauté. Cette Ligne directrice n'offre pas d'interventions approfondies à l'intention de clientèles particulières comme celle des jeunes, bien qu'il soit également possible d'appliquer les recommandations à ce groupe.

Cette Ligne directrice contient des recommandations à l'intention des infirmières autorisées (inf. aut.) et des infirmières auxiliaires autorisées (inf. aux. aut.). On reconnaît toutefois que les compétences individuelles des infirmières varient d'une catégorie professionnelle à l'autre (inf. aut. et inf. aux. aut.) et qu'elles sont fondées sur les connaissances, les compétences, les attitudes et le jugement, qui se perfectionnent au fil du temps grâce à l'expérience et à la formation.

Les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des énoncés élaborés de façon méthodique destinés à aider les infirmières et les clients à prendre des décisions relativement à des soins de santé adéquats (Field & Lohr, 1990). Cette Ligne directrice porte sur quatre sphères pour la cessation du tabagisme :

1. Des recommandations relatives à la pratique professionnelle, qui s'adressent aux infirmières et visent la pratique des soins infirmiers.
2. Des recommandations relatives à la formation, qui portent sur les compétences nécessaires pour exercer la profession.
3. Des recommandations relatives à l'établissement et aux règlements, qui s'adressent à l'établissement et au lieu de pratique et ont pour but de faciliter la pratique des soins infirmiers.
4. Des critères d'évaluation et de surveillance.

Bien que cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires renferme des recommandations à l'intention des infirmières autorisées (inf. aut.) et des infirmières praticiennes autorisées (inf. aux. aut.), le groupe d'élaboration de la Ligne directrice reconnaît que la promotion de la cessation du tabagisme peut bénéficier de la participation de fournisseurs de soins de santé de disciplines variées. Par conséquent, d'autres prestataires de soins de santé peuvent eux aussi se servir de cette Ligne directrice.



## Raison d'être d'une Ligne directrice sur la cessation du tabagisme

À l'échelle mondiale, les efforts déployés pour réduire la consommation de produits du tabac et l'exposition à la fumée de tabac ambiante connaissent une intensification. Les efforts du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux pour réglementer la publicité et l'emballage, et restreindre l'accès des mineurs aux produits du tabac en haussant le prix des cigarettes par le biais de taxes, ainsi qu'en imposant des restrictions sur l'exposition à la fumée de tabac ambiante dans les endroits publics, en sont d'excellents exemples. Le mouvement visant à réduire la consommation de produits du tabac a pris de l'ampleur grâce aux connaissances sur les effets d'une telle consommation sur la santé, ainsi qu'à la reconnaissance de ces effets. Le public est davantage sensibilisé aux dangers de l'exposition à la fumée de tabac ambiante grâce aux campagnes de publicité dans les médias. En Ontario, la stratégie Ontario sans fumée, lancée en mai 2006, améliorera la santé des Ontariens en prévenant le tabagisme chez les enfants et les jeunes, en aidant les Ontariens à cesser de fumer et en protégeant les Ontariens contre l'exposition involontaire à la fumée de tabac ambiante (ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, 2006). Consultez l'Annexe N pour plus de renseignements.

Le résultat le plus important de cette Ligne directrice est de motiver et d'encourager les infirmières à vérifier si leurs clients fument ou non et les incite à intervenir de manière sensible et libre de toute moralisation auprès des personnes qui fument pour les sensibiliser à l'importance de renoncer au tabac.

On présume que si un nombre important de fournisseurs de soins de santé mettaient en place des interventions minimales de cessation du tabagisme, le nombre de consommateurs de produits du tabac diminuerait de façon marquée et les maladies liées au tabagisme, ainsi que les coûts liés aux soins de santé, iraient en décroissant. Les maladies associées au tabac coûtent chaque année à l'économie ontarienne au moins 1,7 milliard de dollars en soins de santé et entraînent des pertes de productivité annuelles supérieures à 2,6 milliards de dollars et au moins 500 000 hospitalisations par année (ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, 2006).



## Principes directeurs et hypothèses de travail sur la cessation du tabagisme

Les principes directeurs et les hypothèses qui sous-tendent cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires sur la cessation du tabagisme sont les suivants :

1. La consommation régulière de produits du tabac est un état d'accoutumance qui nécessite un soutien et des interventions répétées.
2. Le fait d'offrir de l'aide pour cesser de fumer sera bénéfique à chaque fumeur.
3. Le client a le droit d'accepter ou de refuser une intervention de cessation du tabagisme.
4. Les fumeurs méritent qu'on les traite de manière respectueuse, digne et sensible lorsqu'ils participent à une intervention de cessation du tabagisme.
5. Le public apprécie les conseils précis donnés par l'infirmière dans l'exercice de sa profession et il leur fait confiance.
6. Les infirmières sont des membres clés de l'équipe soignante et elles occupent une position unique, crédible et influente au sein de cette équipe.
7. Les infirmières interviennent auprès des clients à de nombreux points d'accès aux soins. Cela leur donne plusieurs occasions de repérer les fumeurs et de mettre en place des interventions de cessation du tabagisme.
8. La mise en place active d'interventions de cessation du tabagisme dans chaque milieu de soins accroîtra la réussite de l'abandon du tabagisme.
9. Les infirmières qui, à l'heure actuelle, sont des fumeuses actives ont une responsabilité professionnelle et sont en mesure de réaliser efficacement des interventions de cessation du tabagisme.
10. Les étudiantes en soins infirmiers ont droit à une formation sur les interventions et méthodes de pratique fondées sur des données probantes en matière de cessation du tabagisme.
11. Les infirmières ont droit à une formation qui leur permet d'offrir les meilleurs soins possibles fondés sur des données probantes.
12. Les infirmières occupent une position idéale pour jouer un rôle prépondérant en matière de cessation du tabagisme, et ce tant au niveau de l'individu et des programmes qu'à celui des règlements.

## *Processus d'élaboration initial (2001)*

**En février 2001**, un groupe d'infirmières et de chercheuses issues des milieux communautaires et universitaires possédant une expertise en pratique et en recherche dans le domaine de la cessation du tabagisme, s'est réuni sous l'égide de l'AIIO. Au départ, le groupe a tenu des discussions et est arrivé à un consensus au sujet du champ d'activité de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Le groupe a effectué une recherche de la littérature spécialisée pour y trouver des examens méthodiques d'études scientifiques, des lignes directrices sur les pratiques cliniques, des articles, ainsi que des sites Web.

Le groupe a repéré en tout quatorze lignes directrices sur la pratique clinique qui traitent de la cessation du tabagisme. Il a effectué un tri initial en se basant sur les critères d'inclusion suivants :

- La ligne directrice était rédigée en anglais.
- La date de la ligne directrice était ultérieure à 1996.
- La ligne directrice traitait uniquement du sujet en question.
- La ligne directrice était fondée sur des données probantes (c.-à-d. qu'elle comportait des références, une description des données probantes, ainsi que les sources des données probantes).
- La ligne directrice était accessible et il était possible de la récupérer.

Le groupe a sélectionné huit lignes directrices qu'il a évaluées soigneusement à l'aide de l'*Appraisal Instrument for Clinical Practice Guidelines* (Cluzeau et al., 1997). Cet outil permet d'évaluer trois dimensions clés.

Au terme de son évaluation, le groupe a sélectionné les lignes directrices suivantes, ainsi que les mises à jour s'y rapportant, qu'il a adaptées et modifiées lors de la rédaction de ses recommandations :

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (1997). *Lignes directrices à l'intention des infirmières autorisées – Travailler avec des Canadiens touchés par le tabac*. Ottawa (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Institute for Clinical Systems Improvement (2000a). *Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents*. Bloomington : Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) [en ligne]. Disponible : [http://www/icsi.org/guidelst.htm#guidelines\\*](http://www/icsi.org/guidelst.htm#guidelines*)
- Institute for Clinical Systems Improvement (2000b). *Tobacco use prevention and cessation for infants, children and adolescents*. Bloomington : Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) [en ligne]. Disponible : [http://www/icsi.org/guidelst.htm#guidelines\\*](http://www/icsi.org/guidelst.htm#guidelines*)
- National Health Committee (1999a). *Guidelines for smoking cessation : Literature review and background information*. New Zealand Guidelines Group [en ligne]. Disponible : [http://www.nzgg.org.nz/library.cfm\\*](http://www.nzgg.org.nz/library.cfm*)
- National Health Committee (1999b). *Guidelines for smoking cessation : Quit Now*. New Zealand Guidelines Group [en ligne]. Disponible : [http://www.nzgg.org.nz/library.cfm\\*](http://www.nzgg.org.nz/library.cfm*)

## Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Royal College of Nursing (1999). *Clearing the air : A nurses guide to smoking and tobacco control*. Londres, Royaume-Uni : The Royal College of Nursing.
- University of Toronto Department of Family & Community Medicine (2000). *Smoking cessation guidelines : How to treat your patient's tobacco addiction*. Toronto (Ontario) : Pegasus Healthcare International.
- U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service (2000). *Clinical practice guideline : Treating tobacco use and dependence*. Office of the Surgeon General [en ligne]. Disponible : [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf)\*

Le groupe a ensuite effectué une critique des examens méthodiques et de la littérature spécialisée pertinente dans le but de mettre à jour la Ligne directrice actuelle. Par le biais d'une démarche de collecte de données probantes, de synthèse et de consensus, il a rédigé l'ébauche d'un ensemble de recommandations. Cette ébauche a été présentée à un groupe de parties prenantes externes afin de recueillir leurs commentaires et leurs réactions – des remerciements sont adressés à ces lecteurs au début du présent document. Ces parties prenantes représentaient différents groupes de professionnels de la santé, de clients et de familles, ainsi que des associations de professionnels. Ces lecteurs externes ont été priés de formuler des observations sur des questions précises et on leur a donné la possibilité de fournir leurs réactions globales et leur impression générale. Le groupe d'élaboration de la Ligne directrice a rassemblé les résultats et les a étudiés; la discussion et le consensus qui s'ensuivirent ont donné lieu à une révision de l'ébauche avant sa mise à l'essai.

Le groupe a choisi un lieu de travail propice pour la mise à l'essai en lançant un appel d'offres. Il a demandé aux établissements de l'Ontario ayant un intérêt pour la mise à l'essai des recommandations tirées de la Ligne directrice de soumettre une proposition en réponse à l'appel d'offres. Les propositions ont ensuite été soumises à un processus d'examen, suite auquel le groupe a choisi un lieu de travail. Une mise à l'essai de neuf mois a été réalisée dans le but d'analyser et d'évaluer les recommandations. L'évaluation s'est déroulée dans un établissement récemment fusionné qui comprenait quatre sites différents et qui servait des clients souffrant de dépendances et de problèmes de santé mentale. Des remerciements sont adressés à cet établissement au début du présent document. Suite à la mise à l'essai, le groupe d'élaboration de la Ligne directrice s'est réuni de nouveau afin d'analyser l'expérience de la mise à l'essai, prendre en considération les résultats de l'évaluation et examiner toute nouvelle littérature spécialisée publiée depuis la phase d'élaboration initiale. Toutes ces sources de renseignements ont servi à actualiser et à réviser le document avant sa publication.

\* En 2002-2003, pendant le processus d'élaboration de la Ligne directrice initiale, ces documents pouvaient être obtenues en ligne à l'adresse Web indiquée. Il s'agissait de documents à jour à cette époque. Il est toutefois possible que ces liens ne fonctionnent plus aujourd'hui.

## ***Processus de révision (2006-2007)***

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) s'est engagée à veiller à ce que cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires soit fondée sur les meilleurs éléments de preuve disponibles. Afin que cet engagement puisse être respecté, un processus de surveillance et de révision a été mis en place pour chacune des Lignes directrices publiées.

Un examen des connaissances actuelles a été réalisé deux fois par année depuis la publication initiale de la Ligne directrice *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*. Le personnel d'élaboration de la Ligne directrice a examiné des résumés publiés dans les principales bases de données sur la cessation du tabagisme. Ces efforts ont été concentrés sur les examens méthodiques, les essais randomisés et les lignes directrices sur la pratique clinique qui ont été publiées récemment. Cet examen visait à repérer les éléments de preuve qui pourraient avoir des répercussions sur les recommandations – soit en appuyant encore plus fermement les recommandations publiées, soit en indiquant qu'une recommandation n'était plus adéquate. Dans ce dernier cas, une « alerte sur des mesures à prendre » serait émise ou une révision complète serait réalisée avant la fin de la période de trois années prévue initialement. Aucune donnée probante de cette nature n'a été repérée pendant la phase de surveillance continue et cette Ligne directrice a été maintenue tel que prévu jusqu'au moment initialement prévu pour sa révision.

En juin 2006, un groupe d'infirmières issues des milieux communautaires divers (notamment d'établissements hospitaliers, d'organismes communautaires et d'établissements universitaires) possédant une expertise dans le domaine de la cessation du tabagisme a été convoqué par l'AIIAO. Ce groupe a été invité à former un groupe de révision de la Ligne directrice *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*, initialement publiée en octobre 2003. Le groupe comprenait des membres du groupe d'évaluation initial, ainsi que d'autres spécialistes recommandés, notamment des représentants de l'établissement où la Ligne directrice avait été mise à l'essai.

Les membres du groupe ont reçu le mandat de réviser la Ligne directrice en se concentrant sur la question de l'actualité des recommandations et des données probantes, tout en gardant à l'esprit le champ d'action initial du document. Les travaux du groupe ont été réalisés comme suit :

### **Planification :**

- Des questions cliniques ont été identifiées afin de donner une structure à la recherche de littérature spécialisée.
- Pour chaque recommandation de la Ligne directrice, des mots-clés de recherche ont été produits à l'aide des suggestions du chef du groupe.
- Une recherche de littérature spécialisée a été effectuée par un libraire en sciences de la santé.
- Une recherche structurée de sites Web a été réalisée par le personnel du programme. Cette recherche a été axée sur les lignes directrices sur la pratique clinique publiées récemment.

### Évaluation clinique :

- Les résultats de ces recherches ont été examinés par un assistant de recherche désigné pour travailler avec le groupe de révision. Cet examen comprenait l'évaluation de l'inclusion ou de l'exclusion des résultats des recherches à la lumière de telle ou telle question clinique. Consultez l'Annexe A pour une description détaillée des méthodes de recherche employées.
- Les études qui répondaient aux critères d'inclusion ou d'exclusion ont été obtenues. L'assistant de recherche a procédé à une évaluation de la qualité et une extraction des données. Ces résultats ont été résumés et communiqués au groupe.
- Les membres du groupe ont choisi des lignes directrices à l'aide de l'instrument AGREE (2001). Consultez l'Annexe A pour obtenir plus de détails sur cette évaluation.

### Examen par le groupe de révision :

- Les membres du groupe ont examiné des tableaux de données extraites des études retenues, des examens méthodiques et, le cas échéant, de nouvelles études et lignes directrices cliniques.
- Des recommandations ont été formulées, au besoin, sur l'ajout de nouvelles stratégies de recherche.
- En procédant par consensus, le groupe a formulé des recommandations pour la révision de la Ligne directrice.



## **Définitions**

L'Annexe B contient un glossaire des termes relatifs aux aspects cliniques de ce document.

**Consensus :** Processus de prise de décisions stratégiques, et non pas une méthode de création de nouvelles connaissances. Au mieux, l'obtention d'un consensus utilise au maximum l'information disponible, et ce, de la meilleure façon possible, qu'il s'agisse de données scientifiques ou de la sagesse collective des participants (Black et al., 1999).

**Données probantes :** Les données probantes sont les renseignements qui se rapprochent le plus des faits d'un sujet. La forme qu'elles prennent dépend du contexte. Les résultats de recherches de haute qualité, qui reposent sur une méthodologie appropriée, sont les données probantes les plus précises. Comme les recherches sont souvent incomplètes et parfois contradictoires ou non disponibles, d'autres catégories de renseignements sont nécessaires pour les compléter ou les remplacer. Les données probantes constituant la base sur laquelle se fonde une décision sont composées de multiples formes de données, combinées de manière à établir un équilibre entre rigueur et convenance, le premier de ces deux aspects étant toutefois préféré au deuxième (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006).

**Essai randomisé :** Pour les besoins de la présente Ligne directrice, il s'agit d'une étude dans le cadre de laquelle des conditions sont attribuées au hasard à des sujets et où au moins l'une des conditions est un contrôle ou une comparaison.

**Examen méthodique :** L'application d'une méthode scientifique rigoureuse à la préparation d'un article scientifique (National Health and Medical Research Council, 1998). Les examens méthodiques permettent d'établir si les effets des soins de santé sont uniformes et si des résultats des recherches peuvent s'appliquer d'une population donnée à une autre, pour des traitements différents (par ex. : dose) et dans des lieux divers. Ils permettent également de déterminer les situations dans lesquelles les effets peuvent varier considérablement. Le recours à ces approches explicites et méthodiques limite les biais (erreurs systématiques) et réduit les effets du hasard, fournissant ainsi des résultats plus fiables à partir desquels on peut tirer des conclusions et prendre des décisions (Clarke & Oxman, 1999).

**Lignes directrices pour la pratique clinique ou Ligne directrices sur les pratiques exemplaires :** Déclarations élaborées de façon méthodique (selon les meilleures données probantes existantes) visant à faciliter les décisions du praticien et du patient concernant les meilleurs soins disponibles pour des cas cliniques (dans la pratique) précis (Field & Lohr, 1990).

**Méta-Analysis :** L'usage de méthodes statistiques pour résumer les résultats de plusieurs études indépendantes, lesquelles offrent des estimations plus précises des effets des soins de santé que les résultats tirés d'études individuelles (Clarke & Oxman, 1999).

**Partie prenante :** Une partie prenante est une personne, un groupe de personnes ou un établissement qui s'intéresse aux décisions et aux mesures des établissements et qui peut tenter d'influer sur les décisions et les règlements (Baker et al., 1999). Les parties prenantes comprennent tous les individus ou groupes de personnes qui seront directement ou indirectement touchés par le changement ou la solution au problème. Il en existe plusieurs types, notamment les opposants, les partisans et les neutres (Ontario Public Health Association, 1996).

**Recommandations relatives à la formation :** Déclarations sur les exigences et les démarches ou stratégies en matière d'éducation pour le lancement, la mise en place et la durabilité des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

**Recommandations relatives à la pratique professionnelle :** Déclarations sur les pratiques exemplaires concernant la pratique des professionnels de la santé, qui sont idéalement basées sur des données probantes.

**Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements :** Déclaration des conditions nécessaires à un milieu de travail pour permettre la mise en place réussie de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Ces conditions de succès sont en grande partie du ressort de l'établissement, mais elles peuvent avoir une incidence sur les règlements à un niveau plus large au sein du gouvernement ou de la société.

## *Contexte*

**Faits à propos de la consommation des produits du tabac** (adaptés de plusieurs sources; pour les références, consultez l'Annexe C)

- La consommation des produits du tabac est la cause principale de décès prématuré évitable, de maladie et d'invalidité.
- La consommation des produits du tabac accroît le risque de maladie cardiovasculaire, de cancer, de maladie respiratoire, d'effet indésirable durant la grossesse, de troubles gastro-intestinaux et de maladies dentaires et gingivales.
- En 2005, 16 pour cent des Ontariens de 18 ans et plus fumaient activement la cigarette (c.-à-d. qu'ils fumaient chaque jour ou avaient fumé occasionnellement au cours du mois précédent et qu'ils avaient fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie). Ce chiffre est inférieur au taux national actuel de 20 pour cent (Ontario Tobacco Research Unit, 2006).
- On estime à plus de 47 000 le nombre de décès annuels directement liés au tabagisme chez les Canadiens âgés de 35 ans et plus.
- Le tabac tue plus de 16 000 résidents de l'Ontario annuellement (ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario, 2006).
- En 2002, les coûts économiques du tabagisme en Ontario s'élevaient à près de 6,1 milliards (Ontario Tobacco Research Unit, 2006).
- Le tabagisme est responsable d'environ le tiers de la perte d'années de vie éventuelles en raison du cancer; d'environ le quart de la perte d'années de vie éventuelles en raison de maladies du coeur et d'environ la moitié des années de vie éventuelles en raison de maladies respiratoires.

## *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*

- Quatre-vingt pour cent des fumeurs dépistés et à qui il a été conseillé d'arrêter de fumer ont déclaré vouloir cesser de fumer (Brodish, 1998).
- Les cigarettes et les autres formes de produits du tabac créent une dépendance. Fumer est une dépendance à la fois psychologique et physique. La nicotine est l'une des substances présentant les plus hauts degrés d'accoutumance que l'on connaisse.
- L'exposition à la fumée de tabac ambiante contient un mélange toxique de substances chimiques qui se forment lorsque des produits du tabac se consomment ou sont fumés.
- La fumée de tabac ambiante renferme environ 4 000 composés chimiques. Plus de 40 de ces composés chimiques sont des substances cancérogènes reconnues.
- Le Conference Board du Canada a estimé que les coûts supplémentaires d'un employeur qui embauche un fumeur sont en moyenne de 3 396 \$ par année (Conference Board du Canada, 2006).

### Les avantages de cesser de fumer

Cesser de fumer est la mesure la plus efficace que les fumeurs peuvent prendre pour rehausser leur qualité de vie et leur longévité. Dans certains cas, comme la cardiopathie ischémique, les avantages de cesser de fumer sont importants tant dans l'immédiat qu'à long terme. Chez les personnes qui renoncent au tabac, les risques de mourir des suites de maladies liées au tabagisme s'amenuisent au fil du temps, contrairement aux personnes qui continuent de fumer (Santé Canada, 2001). Le risque de maladie liée à la consommation de produits du tabac continue de diminuer au fur et à mesure que la période d'abstinence se prolonge. (Pour obtenir une liste des avantages pour la santé, consultez l'Annexe D.)

### Comprendre l'accoutumance au tabac

- Le tabac renferme de la nicotine, une substance puissante avec un degré élevé d'accoutumance. Lors de la consommation de produits du tabac, la nicotine est acheminée rapidement au cerveau, ce qui crée et entretient rapidement une dépendance. Le besoin tant physiologique que psychologique rattaché à la consommation du tabac explique pourquoi le fumeur continue à en consommer malgré tous les risques connus pour la santé.
- La dépendance à la nicotine comporte à la fois un volet physique et un volet comportemental. La consommation des produits du tabac provoque une libération de dopamine, qui est une substance chimique présente dans le cerveau et associée aux sentiments de plaisir (soulagement des symptômes de sevrage). Les fumeurs ont progressivement besoin de quantités plus élevées de nicotine pour atteindre le même niveau de satisfaction. Le fait de fumer davantage atténue les symptômes de sevrage qui s'installent dès que les effets de la nicotine disparaissent.
- La cessation du tabagisme n'est pas un événement simple en soi; il s'agit d'une démarche qui suppose un changement de mode de vie, de valeurs, de cercles sociaux, de schèmes de pensée et d'émotions, ainsi que des habiletés d'adaptation.
- La plupart des chercheurs s'entendent pour dire que les fumeurs diffèrent en fonction de leur niveau de dépendance (Heatherton, Koslowski, Frecker & Fagerstrom, 1991).
- La dépendance à la nicotine est historiquement l'une des toxicomanies les plus difficiles à vaincre. Les caractéristiques pharmacologiques et comportementales qui déterminent la dépendance au tabac sont similaires à celles qui déterminent la dépendance à des drogues telles que l'héroïne et la cocaïne (Surgeon General of the United States, 2000).

## Comment aider les gens à cesser de fumer

- L'étape la plus importante, lorsque l'on s'attaque à la consommation des produits du tabac et à la dépendance qui en découle, consiste à dépister le tabagisme et à transmettre des messages d'intervention minimale de cessation du tabagisme à tous les fumeurs, chaque fois qu'on a la possibilité de le faire. Plus de la moitié des fumeurs ontariens interrogés dans le cadre d'un sondage ont exprimé l'intention de cesser de fumer dans les six mois. Le quart d'entre eux ont indiqué l'intention de cesser de fumer dans les 30 jours (Ontario Tobacco Research Unit, 2006).
- L'organisation du milieu de pratique clinique indique au client que l'équipe de santé lui fournira l'aide dont il a besoin pour cesser de fumer. En mettant bien en évidence des affiches qui invitent à cesser de fumer et en s'assurant de la visibilité, de l'accessibilité et de la disponibilité de documents sur la cessation du tabagisme, on livre aux clients, aux familles, au public et au personnel un puissant message sur la cessation du tabagisme.
- Un système d'indices dans le dossier médical (par ex. : indiquer clairement et visiblement à l'aide d'autocollants ou de timbres si un patient fume ou non) invite les prestataires de soins de santé à intégrer la cessation du tabagisme d'une manière uniforme et efficace dans leur pratique.
- Le modèle des étapes de changement élaboré par Prochaska et DiClemente (voir l'Annexe E) considère que les fumeurs individuels présentent divers niveaux de réceptivité vis-à-vis de la cessation du tabagisme. L'emploi de ce modèle peut aider les infirmières, dans le cadre de leurs interventions de cessation du tabagisme, en leur faisant comprendre les différentes étapes de la volonté de changement chez les fumeurs. Des progrès sont réalisés lorsqu'un fumeur passe à l'étape suivante ou s'approche de l'étape de la cessation. L'Annexe F montre comment évaluer et déceler la réceptivité d'un client à la cessation du tabagisme.
- Offrez aux fumeurs qui désirent cesser de fumer des renseignements et un soutien sur l'utilisation des aides pharmacologiques et non pharmacologiques qui leur sont destinés. Les risques que présentent les traitements de substitution de la nicotine, en tant qu'une aide à la cessation du tabagisme, sont acceptables chez des sujets sains et clairement supérieurs aux risques du tabagisme lui-même (Surgeon General of the United States, 2000).

## Recommandations relatives à la pratique professionnelle

### Recommandation 1.0

À l'aide du protocole « demander, conseiller, aider et organiser le suivi », les infirmières mettent en place une intervention minimale de cessation du tabagisme pour l'ensemble des clients.

Force de la preuve = A

#### Intervention minimale de cessation du tabagisme (d'une durée variant entre une et trois minutes)

Chaque infirmière :

**DEMANDERA :** à tous ses clients quel usage ils font du tabac (par ex. : « avez-vous consommé un produit du tabac au cours des six derniers mois? ») et elle évaluera leur réceptivité à la cessation. S'il y a suffisamment de temps, elle utilisera des techniques d'entretien de motivation pour évaluer chez la personne le degré de motivation à changer de comportements (voir l'Annexe G).

- Documenter l'état du tabagisme (par ex. : non-fumeur, fumeur, ex-fumeur).

**CONSEILLERA :** chaque personne qui consomme des produits du tabac, d'une manière non moralisatrice mais sans équivoque, sur l'importance de renoncer au tabac.

**AIDERA :** en procédant à une intervention minimale :

- Citer le service *Téléassistance pour fumeurs au téléphone* de la Société canadienne du cancer : 1 877 513-5333 ou [teleassistancepourfumeurs.ca](http://teleassistancepourfumeurs.ca)
- Offrir un soutien et des ressources d'aide autonome telles que des livrets (voir la liste de ressources de l'Annexe O)
- Donner des renseignements sur une clinique ou un service communautaires pour la cessation du tabagisme ou obtenir un rendez-vous
- Rediriger la personne vers d'autres fournisseurs de soins de santé

**ORGANISERA :** le suivi ou l'orientation vers d'autres ressources.

Pour un diagramme du protocole d'intervention minimale « demander, conseiller, aider et organiser le suivi », consultez l'Annexe H.

## **Discussion sur les données probantes**

Il est essentiel d'offrir au moins une intervention minimale (d'une durée variant de une à trois minutes) à toutes les personnes qui consomment des produits du tabac, et ce, chaque fois que l'occasion s'y prête. Un bref conseil de la part d'un professionnel de la santé réduit la proportion de fumeurs d'environ deux pour cent par année (NHS Centre for Reviews and Dissemination – The University of York, 1998). Il existe de bonnes raisons de croire que même un bref conseil de la part de professionnels de la santé a une incidence importante sur les taux de cessation du tabagisme (National Health Committee, 2002). La littérature spécialisée porte à croire qu'une intervention minimale peut encourager un fumeur doté d'une bonne détermination à réfléchir sur sa consommation et à commencer à en considérer les désavantages et les avantages. Il a également été affirmé que le fait de remettre des renseignements à des clients qui ne sont pas nécessairement prêts à renoncer au tabac à ce moment précis les sensibilisera et les motivera davantage à cesser de fumer (U.S. Dept. of Health and Human Services, 2000).

Toutes les infirmières ont l'occasion d'aider des clients à renoncer au tabac par l'entremise de consultations brèves et d'interventions minimales. Les résultats démontrent, grâce à des éléments de preuve raisonnables, que les interventions minimales peuvent se révéler efficaces lorsque les infirmières offrent une consultation aux clients et présentent les avantages éventuels qu'ils peuvent retirer de la cessation du tabagisme (Rice & Stead, 2003).

Une étude réalisée récemment par la University of Ulster (2001) rapporte que les infirmières constituent 65 pour cent du personnel de soins de santé et qu'elles sont dans une excellente position pour diffuser le message de promotion de la santé auprès d'une grande proportion de la population. Le personnel de la santé doit considérer la consommation du tabac comme une question standard dans l'évaluation des besoins du client lors de chaque visite, en documenter la consommation courante, les antécédents et la quantité consommée (Fiore et al., 2000; Fiore, Jorenby, & Baker, 1997).



## Recommandation 2.0

Les infirmières lancent une intervention approfondie de cessation du tabagisme (d'une durée supérieure à 10 minutes) lorsque leurs connaissances et le temps dont elles disposent leur permettent de s'engager dans une consultation plus poussée.

*Force de la preuve = A*

### Intervention approfondie de cessation du tabagisme (d'une durée supérieure à 10 minutes)

Chaque infirmière :

**DEMANDERA :** à tous ses clients quel usage ils font du tabac (par ex. : « avez-vous consommé un produit du tabac au cours des six derniers mois? ») et elle évaluera leur réceptivité à la cessation. S'il y a suffisamment de temps, elle utilisera des techniques d'entretien avec motivation pour évaluer chez la personne le degré de motivation à changer de comportements (voir l'Annexe G).

- Documenter l'état du tabagisme (par ex. : non-fumeur, fumeur, ex-fumeur).

**CONSEILLERA :** chaque personne qui consomme des produits du tabac, d'une manière non moralisatrice mais sans équivoque, sur l'importance de renoncer au tabac.

**AIDERA :** en procédant à une intervention approfondie :

- Déterminer l'étape de changement et en discuter (Annexe E)
- Évaluer les raisons du tabagisme : test du POURQUOI (Annexe I)
- Évaluer la dépendance à la nicotine : test Fagerstrom (Annexe J)
- Discuter des stratégies de cessation et des possibilités de traitement
- Communiquer des renseignements au sujet des options de pharmacothérapie (voir la section intitulée « Discussion sur les données probantes »)
- Fixer une date de cessation
- Examiner l'historique des essais antérieurs de cessation et discuter de ces expériences
- Examiner les défis et les éléments potentiellement déclencheurs (Annexe M)
- Encourager la famille et les proches à appuyer la personne

**ORGANISERA :** le suivi ou l'orientation vers d'autres ressources.

- Prendre rendez-vous pour un entretien de suivi ou obtenir un rendez-vous à une clinique ou un service communautaire pour la cessation du tabagisme

*Pour un diagramme du protocole d'intervention approfondie « demander, conseiller, aider et organiser le suivi », consultez l'Annexe H.*

## **Discussion sur les données probantes**

La motivation est le facteur clé de la cessation du tabagisme (Royal College of Nursing, 1999). On a découvert qu'une augmentation de l'intensité de l'intervention de conseil (temps consacré à donner le conseil et durée du suivi) améliore son efficacité, diminuant ainsi la proportion de fumeurs à raison d'environ trois à cinq pour cent (U.S. Dept. of Health and Human Services, 2000). Les interventions de consultation pourraient aborder des domaines tels que les antécédents du tabagisme, la motivation à renoncer au tabac et l'identification des situations qui présentent un risque élevé, ainsi que les différentes façon de gérer ces situations (Lancaster & Stead, 2003a). Plus on ajoute de volets à l'intervention, plus elle s'intensifie (Rice, 1999). Comparativement à un soutien moins approfondi, la consultation individuelle contribue à augmenter la probabilité de cessation (Lancaster & Stead, 2003b).

L'intervention approfondie convient à tous les fumeurs qui souhaitent y prendre part et il est notamment recommandé de l'offrir à des « clientèles particulières de fumeurs » (par ex. : femmes enceintes, patients souffrant de maladies cardiovasculaires, patients dépendants d'autres substances chimiques ou atteints de troubles psychiatriques ou de divers problèmes de santé).

La consultation spontanée par téléphone, la consultation collective et la consultation individuelle sont efficaces et devraient être utilisées dans le cadre d'interventions de cessation du tabagisme (U.S. Dept. of Health and Human Services, 2000). Des recherches ont démontré que la consultation téléphonique peut améliorer de manière significative le taux de cessation chez les jeunes adultes et les personnes âgées qui souhaitent cesser de fumer (Rabius et al, 2004). Toutes les provinces canadiennes ont des services d'assistance téléphonique pour aider les fumeurs à cesser de fumer. Consultez l'Annexe N pour obtenir une liste de ressources téléphoniques.

La consultation spontanée aide les fumeurs à renoncer au tabac. Dans l'examen méthodique de Cochrane réalisé par Stead, Lancaster et Perera (2003), on a découvert qu'un appel d'un conseiller était susceptible d'augmenter la probabilité d'un renoncement partiel par environ 50 pour cent ou d'augmenter la probabilité d'un renoncement complet avec certitude par deux à quatre pour cent, comparativement à une intervention minimale qui consiste à remettre des documents d'information standard. Les interventions de cessation du tabagisme offertes sous diverses formes qui haussent les taux d'abstinence doivent être encouragées (U.S. Dept. of Health and Human Services, 2000).

Dans le cadre d'un examen méthodique mené par Rigotti, Munafo, Murphy et Stead (2003), on a découvert que les interventions de cessation du tabagisme effectuées durant l'hospitalisation, jumelées à un suivi après le retour à domicile, augmentaient le taux de cessation. Cependant, aucune données ne nous permettent d'affirmer que les clients avec un diagnostic clinique différent réagissaient d'une autre manière.

## **Options de pharmacothérapie**

Avant de recommander des médicaments en vente libre, les infirmières doivent posséder des connaissances et des compétences, et faire preuve de jugement relativement au médicament, à la situation du client, à son état et à son profil pharmacologique (College of Nurses of Ontario, 2003). On doit recommander un traitement pharmacologique à l'ensemble des clients, sauf dans des cas particuliers ou lorsqu'il est contre-indiqué de le faire (Orsetti, Dwyer, Sheldon, Thomas & Harrison, 2001). Dans ces cas particuliers, les infirmières doivent travailler de concert avec le médecin traitant afin de déterminer le traitement qui convient au client.

On a constaté que les traitements pharmacologiques font presque doubler les taux d'abstinence à long terme comparativement aux taux obtenus avec l'administration d'un placebo (U.S. Dept. of Health and Human Services, 2000; University of Toronto, 2000). Dans le cadre d'un traitement contre la dépendance au tabac, on devrait d'abord envisager un traitement de substitution de la nicotine (TSN) et le chlorhydrate de Bupropion, puisqu'il a été démontré qu'ils augmentaient de façon marquée les taux de cessation du tabagisme. La nicotine crée une forte dépendance et, lorsqu'un fumeur reçoit un TSN ou Zyban<sup>MC</sup> plutôt que de fumer, il n'inhale plus les milliers d'autres substances chimiques qui sont jumelées à la fumée du tabac (University of Toronto, 2000). Le traitement administré doit s'appuyer sur des facteurs comme la facilité d'administration, le coût, la conformité et les vulnérabilités particulières aux effets secondaires (National Health Committee, 1999a). On doit également tenir compte de la préférence du patient, de son expérience antérieure et des contre-indications lorsque l'on recommande une option pharmacologique.

Il a été démontré que les médicaments de première ligne suivants augmentent à long terme, et de façon importante, le taux d'abstinence du tabac. Chacun d'eux a été homologué par la Food and Drug Administration des États-Unis à titre de produit sûr et efficace (Anderson, Jorenby, Scott & Fiore, 2002).

### A) Traitement de substitution de la nicotine (TSN)

Les TSN sont les traitements pharmacologiques les plus courants pour la cessation du tabagisme. Ils fournissent une source « propre » de nicotine que le fumeur, sans le traitement, aurait dû obtenir du tabac. Le TSN vise à remplacer partiellement la nicotine contenue dans les cigarettes. Cela peut réduire l'incidence et l'intensité des symptômes de sevrage que provoque l'absence de nicotine au cours des quelques premières semaines de cessation du tabagisme (Ontario Tobacco Research Unit, 2000b). On doit prendre note que les produits de substitution de la nicotine administrés par voie orale réduisent les effets d'irritabilité, d'anxiété et d'inconfort général liés au sevrage (West & Shiffman, 2001). L'avantage d'un TSN est qu'il fournit un apport en nicotine de manière sûre sans aucun des constituants nocifs contenus dans la fumée du tabac (National Health Committee, 1999a). Des examens méthodiques démontrent que toutes les formes de TSN augmentent les taux de cessation du tabagisme après douze mois, et ce, par un facteur d'environ une fois et demie à deux fois supérieur à un placebo, peu importe le milieu (National Health Committee, 2002).

L'approche la plus bénéfique en matière de pharmacothérapies est probablement la reconnaissance du fait que les interventions non pharmacologiques (consultation et autres mesures de soutien) demeurent des contributions essentielles au succès de la cessation du tabagisme. Elles ne doivent être jugées inférieures à un traitement médicamenteux. En fait, il existe d'importants éléments de preuve à l'appui du mariage d'interventions non pharmacologiques *et* d'interventions pharmacologiques pour faciliter la cessation (Coleman, 2004).

## Catégories de TSN :

### 1. Timbre de nicotine (par ex. : Habitrol<sup>MC</sup>, Nicoderm<sup>MC</sup>)

- En vente libre (aucune ordonnance nécessaire).
- Trois posologies sont offertes (7 mg, 14 mg et 21 mg).
- Le timbre libère une quantité contrôlée de nicotine qui est absorbée par voie cutanée.
- Il est appliqué sur une surface de peau propre et sans pilosité au-dessus de la taille et doit être tenu en place pendant 10 secondes afin de pouvoir adhérer à la peau. L'emplacement du timbre doit changer à chaque application.
- Posologie normale : 21 mg x 4 semaines, 14 mg x 4 semaines, 7 mg x 2 semaines (commencer par une durée qui correspond à la dépendance à la nicotine).
- Le début de la libération est graduel; le timbre contient moins de nicotine qu'une cigarette mais plus qu'une gomme.
- Peut déranger le sommeil (en cas de problème grave, le timbre doit être retiré lorsque le fumeur est au lit et immédiatement appliqué de nouveau le matin venu).

### 2. Gomme de nicotine (par ex. : Nicorette<sup>MC</sup>, Nicorette<sup>MC</sup> Plus)

- En vente libre (aucune ordonnance nécessaire).
- Se substitue à un morceau de gomme à mâcher en cas d'envie de fumer. La gomme comble les besoins oraux et l'état de manque de nicotine.
- La nicotine est absorbée par la muqueuse de la bouche.
- Elle n'est pas mâchée de façon continue : on la mâche deux ou trois fois avant de la placer entre la joue et la gencive. « Mâcher, mâcher et garer » la gomme entre la joue et la gencive; attendre une minute et répéter l'opération pendant 30 minutes ou moins.
- Posologie : un à deux morceaux par heure ou en cas d'envie, jusqu'à 20 morceaux par jour; à réduire graduellement sur une période de 4 à 12 semaines.
- Pour un régime quotidien de 25 cigarettes ou plus, utiliser une gomme de 4 mg (Nicorette Plus); pour un régime de moins de 25 cigarettes par jour, utiliser une gomme de 2 mg (Nicorette).
- L'absorption est diminuée par l'utilisation simultanée de café, de thé, d'alcool, de jus ou de boissons non alcoolisées.

Il a été prouvé que le jumelage d'un timbre de nicotine à une gomme de nicotine (ou à un vaporisateur nasal) augmente les taux d'abstinence à long terme par rapport aux taux que l'on obtient par l'administration d'une seule forme de TSN (Centres for Disease Control and Prevention, 1999). On peut employer le Bupropion à action lente en association avec des traitements de substitution de la nicotine (U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000).

### 3. Inhalateur de nicotine (par ex. : Nicorette inhaler<sup>MC</sup>)

- En vente libre (aucune ordonnance nécessaire).
- Formé d'un embout et d'une cartouche de nicotine. Une cartouche de 10 mg permet d'administrer 4 mg de vapeur de nicotine pour une absorption de 2 mg. Une inhalation donne moins de nicotine qu'une bouffée de cigarette.
- L'inhalateur prend simultanément en charge la dépendance physique et la dépendance comportementale du tabagisme car il reproduit le rituel main-bouche de la cigarette.
- « Inhaler » (main à la bouche) et « retenir ». La nicotine est absorbée par les vaisseaux sanguins de la cavité buccale. Le nombre d'inhalations à prendre dépend de la quantité de nicotine nécessaire à la satisfaction des envies et de la dépendance du fumeur (pour la plupart des fumeurs, il faut plus de deux inhalations par utilisation). La même cartouche peut être utilisée pour l'envie suivante. Une fois ouverte, la cartouche doit être remplacée après 24 heures car la nicotine non utilisée s'évapore.
- Inhalations de 20 minutes = 80 inhalations = 1 cartouche.
- Le fabricant recommande une dose initiale de 6 à 12 cartouches par jour. Plusieurs personnes auront toutefois besoin de quantités considérablement moindres. Diminuer la quantité au cours d'une période de trois mois (maximum six mois).
- Les aliments et les boissons acides gênent l'absorption. S'abstenir de toute nourriture ou boisson (sauf de l'eau) 15 minutes avant l'utilisation.

4. Certaines options, comme le **vaporisateur nasal de nicotine** et les **comprimés et les pastilles sublinguaux**, ne sont pas encore vendues au Canada mais ont fait l'objet d'analyses dans le cadre d'essais randomisés et leur efficacité a été démontrée. Elles ont été recommandées à titre de pharmacothérapies de première ligne aux États-Unis (University of Toronto, 2000).

### B) Chlorhydrate de Bupropion (Zyban<sup>MC</sup>)

Le chlorhydrate de Bupropion, un antidépresseur, est également commercialisé sous le nom de Wellbutrin<sup>MC</sup>. Il s'agit d'un médicament vendu sur ordonnance qui ne contient pas de nicotine. Le mécanisme précis grâce auquel le chlorhydrate de Bupropion donne des résultats est inconnu, mais on présume que le produit atténue les états de manque associés au sevrage de la nicotine qui touchent la noradrénaline et la dopamine, deux substances chimiques présentes dans le cerveau et qui sont peut-être des facteurs clés de la voie de la dépendance à la nicotine (National Health Committee, 1999a).

### C) Autres options :

Le **tartrate de varénicline** sera disponible au Canada en 2007. Il a été homologué par la Food and Drug Administration des États-Unis en mai 2006. Des études ont démontré que la varénicline multiplie la probabilité de cessation par quatre comparativement à un placebo et par deux comparativement à Zyban<sup>MC</sup> après 12 semaines et après une année. La varénicline cible les récepteurs de l'acétylcholine nicotinique afin de diminuer les envies, le sevrage et le renforcement associés à la cigarette. Des études ont démontré l'innocuité de la varénicline et sa tolérance par l'organisme, les effets indésirables les plus courants étant la nausée et un dérangement du sommeil (Gonzales et al., 2006; Jorenby et al., 2006; Tonstad et al., 2006).

La **clonidine** et la **nortriptyline** sont des médicaments de deuxième ligne nécessitant une ordonnance et administrés pour la cessation du tabagisme. Ce sont des pharmacothérapies pour lesquelles on dispose de preuves d'efficacité dans le traitement de la dépendance au tabac, mais elles jouent un rôle plus limité que les médicaments de première ligne.

*Pour une comparaison et une explication des médicaments administrés dans le cadre d'un traitement de cessation du tabagisme, consultez l'Annexe L.*

### Interventions non pharmacologiques

Il existe bon nombre d'options pour venir en aide à un fumeur qui envisage de cesser de fumer :

- Livres et documents d'aide autonome;
- Consultation individuelle (par ex. : médecins, infirmières, infirmières praticiennes, pharmaciens, dentistes);
- Programmes de groupe;
- Entraide et soutien d'un groupe d'entraide.

Bien que l'*acupuncture* et l'*hypnothérapie* soient répandues, il n'existe pas suffisamment de données probantes pour établir leur efficacité (Joanna Briggs Institute, 2001). Toutefois, si une personne croit que ces méthodes sont efficaces, une consultation en acupuncture ou en hypnothérapie peut être bénéfique (U.S. Dept. of Health and Human Services, 2000; University of Toronto, 2000). Entre autres méthodes de cessation qui n'ont pas été étayées par des études cliniques, citons les suppléments alimentaires contenant des herbes médicinales, les timbres d'herbes médicinales et les traitements au laser.

### Recommandation 3.0

**Les infirmières savent que les consommateurs de produits du tabac peuvent faire plusieurs rechutes avant d'en arriver à l'abstinence et elles doivent impliquer plusieurs fois le client dans la démarche de cessation du tabagisme.**

*Force de la preuve = B*

### Discussion sur les données probantes

La dépendance à la nicotine est de plus en plus reconnue comme un état chronique avec rechutes qui ressemble aux dépendances à d'autres substances.

La plupart des rechutes se produisent dans les trois premiers mois suivant la cessation du tabagisme. En raison de la nature chronique de la dépendance au tabac et des rechutes qui l'accompagnent, il est particulièrement important de porter une attention à la prévention des rechutes au cours de cette période. On devrait inclure des stratégies de prévention des rechutes dans la préparation initiale d'une tentative de cessation du tabagisme. Il importe d'encourager les patients à faire rapidement état des difficultés auxquelles ils sont confrontés (rechutes, dépression, effets secondaires) tout en poursuivant leurs efforts de cessation du tabagisme (U.S. Dept. of Health and Human Services, 2000). Il existe plusieurs interventions de prévention des rechutes. Dans un article important, des chercheurs concluent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander une intervention spécifique pour la prévention des rechutes. Ils recommandent plutôt de concentrer les efforts sur les tentatives de cessation primaire et sur l'identification et le règlement des situations d'envie (Hajek et al., 2006).

Il est tout à fait normal de faire une rechute et cela ne signifie pas que le fumeur a échoué. Des chercheurs ont découvert que plus une personne avait fait de tentatives pour cesser de fumer, plus elle est susceptible de réussir éventuellement à cesser de fumer. Toutes les expériences vécues dans le cadre de tentatives passées sont utiles et peuvent servir dans une tentative future réussie (Royal College of Nurses, 1999). Même après la disparition des symptômes de sevrage, le risque de rechute demeure élevé; cela est attribuable en grande partie au fait que le client est exposé à la tentation, à des situations sociales et à d'autres éléments déclencheurs. Il faut féliciter le client pour toutes ses tentatives de cessation du tabagisme et ne jamais condamner un fumeur qui rechute. On doit encourager les fumeurs à prendre le temps de planifier leur prochaine tentative de cessation du tabagisme et à se servir des leçons tirées de leur dernière tentative (University of Toronto, 2000). Pour connaître les stratégies permettant d'éviter les rechutes, consultez l'Annexe M.

#### **Recommandation 4.0**

**Les infirmières doivent être au fait des ressources en matière de cessation du tabagisme qui existent au sein de la communauté pour les besoins de l'orientation et du suivi.**

*Force de la preuve = C – groupe de concertation de l'AIIAO, 2003-2007*

#### **Discussion sur les données probantes**

Il existe des preuves du fait que les documents d'aide pris seuls se révèlent quelque peu utiles. Un examen méthodique Cochrane, mené par Lancaster et Stead (2003), n'a pas permis de dégager de preuves du fait que les documents d'aide procurent des avantages supplémentaires par rapport à d'autres interventions minimales, comme les conseils d'un professionnel de la santé ou un traitement de substitution de la nicotine. Cependant, les chercheurs ont découvert de plus en plus de preuves du fait que les documents qui sont adaptés au fumeurs ont une influence. L'adaptation de documents en fonction du fumeur, jointe à des appels téléphoniques de suivi, améliore l'efficacité (National Health Committee, 1999a).

- Voici quelques exemples de ressources communautaires (pour en obtenir la liste complète, consultez l'Annexe O) :
- Le numéro de la ligne téléphonique Téléassistance pour fumeurs de la Société Canadienne du Cancer, soit le 1 877 513-5333 en Ontario.
- Les programmes de cessation du tabagisme de votre localité (se renseigner auprès de l'unité de santé publique de votre localité).
- Les programmes d'aide aux employés, accessibles par l'entreprise de l'employeur, qui sont une autre piste d'orientation vers des ressources supplémentaires.
- Les médecins et autres fournisseurs de soins de santé.

#### **Recommandation 5.0**

**Les infirmières mettent en place une intervention de cessation du tabagisme en portant une attention particulière au sexe, ainsi qu'aux questions relatives à l'ethnicité et à l'âge; elles conçoivent des stratégies adaptées aux divers besoins de la clientèle.**

*Force de la preuve = C – groupe de concertation de l'AIIAO, 2003-2007*

## **Discussion sur les données probantes**

Il existe des preuves substantielles dans la littérature spécialisée qui énumèrent les avantages à long terme du « ciblage » des interventions de cessation du tabagisme auprès de différentes clientèles (par ex. : les jeunes, les femmes, les adultes plus âgés, les groupes ethniques). Le Royal College of Nursing (1999) mentionne que les infirmières occupent une place de choix et interviennent auprès de la clientèle à tous les niveaux; l'organisme donne également plusieurs exemples de mise en place réussie de programmes de cessation du tabagisme auprès de différentes clientèles cibles. Le groupe d'élaboration des Lignes directrices de l'AIIO appuie ce concept d'adaptation des stratégies, dans la mesure du possible, au cours de la mise en place d'une intervention minimale.

En 2005, les hommes âgés de 25 à 29 ans présentaient le taux le plus élevé de tabagisme actif (39 pour cent), soit près du double de leurs homologues féminins (21 pour cent) (Ontario Tobacco Research Unit, 2006). D'autres travaux de recherche seront nécessaires pour déterminer la méthode de cessation la plus efficace pour les jeunes adultes, dont plusieurs ne se considèrent pas comme des « fumeurs » parce qu'ils ne fument pas tous les jours ou parce qu'ils fument uniquement dans certaines situations. Consultez l'Annexe O pour savoir quelles ressources peuvent être utiles pour les infirmières qui travaillent avec cette population.

Des recherches seront également nécessaires sur le problème de la comorbidité du tabagisme. Quatre-vingts pour cent des alcooliques sont des fumeurs actifs et la consommation simultanée du cannabis devient un problème de plus en plus lié à la cessation du tabagisme car elle a été associée à la dépression, à des idées de suicide et à des difficultés de cessation du tabagisme (Wilhelm, et al. 2006). Ces populations doivent obtenir une attention spéciale des infirmières et consulter des spécialistes en santé mentale afin qu'un plan de soins puisse être établi en vue de la cessation, en particulier avec des traitements de substitution de la nicotine.

### **Recommandation 6.0**

**Les infirmières mettent en place, dans la mesure du possible, une intervention approfondie auprès des femmes enceintes et de celles qui ont accouché.**

*Force de la preuve = A*

## **Discussion sur les données probantes**

En 2005, 10 pour cent des mères ontariennes (âgées de 20 à 44 ans) qui avaient accouché au cours des cinq années précédentes avaient fumé au cours de leur grossesse la plus récente : cinq pour cent avaient fumé quotidiennement et cinq pour cent avaient fumé occasionnellement (Ontario Tobacco Research Unit, 2006).

La grossesse, ainsi que la période qui la précède et celle qui la suit, offre une occasion unique d'aider les femmes à cesser de fumer. Plusieurs femmes sont motivées à cesser de fumer durant leur grossesse. Par conséquent, les professionnels de la santé peuvent tirer profit de cette motivation en consolidant les connaissances de ces femmes, à savoir que le fait de renoncer au tabac réduira les risques pour la santé du fœtus et qu'il existe des avantages post-partum tant pour elles-mêmes que pour leur enfant. Les femmes qui cessent de fumer avant ou pendant le premier trimestre de leur grossesse réduisent les risques pour leur enfant à un niveau comparable à celui des femmes qui n'ont jamais fumé (National Health Committee, 2002). Des livres d'information, plus particulièrement des documents qui traitent de la grossesse, sont plus efficaces auprès de cette clientèle qu'auprès d'autres groupes (National Health Committee, 1999a).

## *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*

Pendant la grossesse, le tabagisme a des effets néfastes tant pour la mère que pour le fœtus. Les approches de cessation du tabagisme pour femmes enceintes se concentrent souvent sur la santé du fœtus et accordent moins d'importance à la santé de la mère elle-même. Greaves et al., 2003 mettent de l'avant une approche axée sur la mère en se concentrant sur la santé de celle-ci, et non pas uniquement sur celle du fœtus, ce qui incite les fumeuses à maintenir l'abstinence après l'accouchement.

La cessation du tabagisme pendant la grossesse pourrait être considérée comme une interruption. Ce n'est pas toujours un changement intentionnel ou permanent, ni un changement consenti par la mère pour son propre bien-être. Les recherches réalisées sur le processus de changement lors de la cessation portent à croire que les femmes enceintes pourraient traverser les phases de la cessation d'une manière qui leur est propre : elles passeraient très rapidement des étapes de pré-anticipation et d'anticipation aux étapes de préparation et d'action (Prochaska et al. 1983; 2001), ce qui pourrait nuire à la cessation et à son maintien, pour donner lieu à une rechute post-partum. Une autre étude a constaté que certaines femmes ont signalé n'avoir jamais vraiment arrêté parce qu'elles s'étaient abstenues de fumer pour le fœtus ou le bébé, et non pas pour elles-mêmes (Bottoroff, et al, 2000).

Il existe bon nombre d'organismes ressources, de sites Web et de lignes d'aide téléphonique qui sont utiles et que le client peut consulter pour enrichir ses connaissances en matière de cessation du tabagisme. Consultez l'Annexe O pour obtenir des renseignements sur l'accès à ces ressources – notamment au programme ontarien PREGNETS, qui offre des renseignements pour les femmes enceintes qui souhaitent cesser de fumer.

Toutefois, on a encore besoin de programmes de sensibilisation et de motivation pour modifier les comportements des femmes enceintes et de leurs partenaires afin de réduire les effets nocifs d'une exposition prénatale et postnatale à la fumée du tabac sur la santé (Ontario Tobacco Research Unit, 2000b).

Selon le National Health Committee (2002), on devrait envisager les TSN lorsqu'une femme enceinte ou qui allaite n'arrive pas à cesser de fumer et lorsque la probabilité de renoncer au tabac, ainsi que les avantages éventuels liés à cette cessation, l'emportent sur les risques associés aux TSN et au fait de continuer de fumer (traduction libre, p. 22). Une infirmière peut alors recommander un TSN à la patiente et suggérer que la femme enceinte discute de cette option avec le prestataire de soins de santé qui suit sa grossesse.

### **Recommandation 7.0**

Les infirmières encouragent les fumeurs et les non-fumeurs à faire de leur résidence un environnement sans fumée, afin de les protéger eux-mêmes, de même que leurs enfants et leur famille, contre l'exposition à la fumée de tabac ambiante.

*Force de la preuve = A*

## **Discussion sur les données probantes**

Toute exposition involontaire à la fumée de tabac est nocive et devrait être éliminée (Ontario Tobacco Research Unit, 2000a). Il existe des preuves scientifiques indiquant qu'aucun niveau d'exposition à la fumée de tabac ambiante n'est dépourvu de risques. La fumée de tabac ambiante est une cause de décès prématuré et de maladies chez les enfants et les adultes qui ne fument pas. Chez les enfants, l'exposition à la fumée de tabac ambiante augmente les risques de syndrome de mort subite du nourrisson (MSN), des infections aiguës des voies respiratoires, des problèmes de l'oreille et de l'asthme grave. Le tabagisme des parents cause des symptômes respiratoires et ralentit la croissance pulmonaire chez leurs enfants. L'exposition des non-fumeuses à la fumée de tabac ambiante durant la grossesse freine également la croissance du fœtus (Ontario Tobacco Research Unit, 2000a). Les enfants ne choisissent pas d'être exposés à la fumée de tabac ambiante. Les gestes posés par les gouvernements à l'échelle nationale et locale, les associations bénévoles, les dirigeants communautaires, les travailleurs de la santé, les éducateurs et les parents doivent préserver le droit qu'ont les enfants de grandir dans un milieu sans fumée (Ontario Tobacco Research Unit, 2000a).

L'exposition des adultes à la fumée de tabac ambiante a un effet néfaste immédiat sur le système cardiovasculaire et provoque des maladies coronariennes et le cancer du poumon (US Department of Health and Human Services, 2006). En 2005, plus de 600 000 Ontariens (7,3 pour cent) âgés de 12 ans ou plus ont été exposés chaque jour ou presque chaque jour à la fumée ambiante à leur domicile (Ontario Tobacco Research Unit, 2006). L'un des objectifs à court terme de la stratégie Ontario sans fumée est de généraliser l'adoption de politiques volontaires visant à transformer les domiciles en environnements sans fumée (Ontario Tobacco Research Unit, 2006).



## ***Recommandations relatives à la formation***

La formation est à la base de la réussite de l'ensemble des activités liées à la cessation du tabagisme. Il est nécessaire de la parfaire constamment et de choisir les meilleures méthodes de formation pour entraîner des changements dans la pratique lors de l'adoption de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires. La littérature spécialisée démontre que la réalisation et le maintien d'un changement de comportement est une démarche complexe qui nécessite le déploiement d'efforts considérables et soutenus au moyen de méthodes qui influent sur plusieurs facteurs.

### **Recommandation 8.0**

**Tous les programmes d'études en soins infirmiers devraient comporter un volet qui traite de la consommation de produits du tabac, des risques pour la santé qui en découlent et des interventions en matière de cessation du tabagisme.**

*Force de la preuve = C – groupe de concertation de l'AIIAO, 2003-2007*

### **Discussion sur les données probantes**

Plusieurs sources, y compris le Department of Health and Human Services des États-Unis (2000), appuient fortement l'intégration d'un volet de sensibilisation et de formation sur les traitements en matière de dépendance au tabac dans le programme obligatoire de l'ensemble des disciplines cliniques. Le groupe d'élaboration de la Ligne directrice de l'AIIAO est lui aussi en faveur de programmes de formation à tous les niveaux des soins infirmiers.

Les infirmières ont besoin de formation et d'orientation pour pouvoir perfectionner leur compréhension et élaborer une perspective positive de l'efficacité des programmes de cessation du tabagisme (Lawvere, 2003). Certaines infirmières ont parlé de leurs préoccupations sur leur aptitude à motiver leurs clients. Une formation sur les risques médicaux du tabac, l'évaluation de la dépendance à la nicotine chez les clients et la motivation vis-à-vis de la cessation du tabagisme doit être intégrée au programme de formation en sciences infirmières (Pelkonen, 2001).

## Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

### Recommandation 9.0

Les établissements et les administrations régionales de la santé considèrent la cessation du tabagisme comme une partie intégrante de la pratique des infirmières et, de ce fait, ils intègrent diverses possibilités de perfectionnement professionnel afin de soutenir les infirmières dans l'acquisition efficace de compétences en matière d'intervention et de consultation ayant trait à la cessation du tabagisme.

Tous les programmes d'orientation hospitalière des établissements doivent comprendre une formation sur l'utilisation de brèves interventions de cessation du tabagisme, ainsi que des renseignements sur la pharmacothérapie appuyant les fumeurs hospitalisés.

*Force de la preuve = B*

### Discussion sur les données probantes

Le perfectionnement de la formation en cessation du tabagisme, à l'intention des infirmières de toutes les spécialisations et de tous les milieux de travail, est nécessaire pour l'acquisition de connaissances fondamentales et d'un savoir-faire supplémentaire en vue de la mise en place d'interventions de cessation du tabagisme. En particulier, il est nécessaire de sensibiliser les infirmières à propos des mécanismes qui sous-tendent la nature additive du tabagisme (Schultz, Bottorff & Johnson, 2005); le tabagisme n'est pas une habitude ou un choix. Un degré de sensibilisation supérieur et des connaissances plus poussées aideraient les infirmières à traiter les symptômes de sevrage d'une manière appropriée, chose nécessaire pour favoriser l'abstinence et la cessation définitive. De plus, les organismes doivent offrir aux infirmières et aux infirmiers des possibilités de développement professionnel qui sont adaptées aux styles d'apprentissage individuels et en groupes. Les professionnels de la santé qui reçoivent une formation sont beaucoup plus susceptibles d'intervenir auprès des fumeurs que ceux qui n'ont pas reçu de formation (University of Toronto, 2000).



Afin de favoriser l'intervention des fournisseurs de soins de santé, les établissements doivent adopter une approche systématique en matière de cessation du tabagisme. Cette approche doit faire appel à la formation, à des ressources, aux indications des documents sur les soins dispensés aux patients, ainsi qu'aux réactions recueillies par les fournisseurs de soins.

Le système de santé doit veiller à ce que :

1. Les infirmières soient suffisamment formées pour traiter la dépendance au tabac. Par exemple, en Ontario, le Centre for Addiction and Mental Health a lancé l'atelier TEACH (Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health, ou *formation de perfectionnement en conseil sur la cessation appliquée et en santé*), une formation pour praticien dans le domaine de la cessation du tabagisme.
2. Des ressources pour renoncer au tabac soient mises à la disponibilité des fournisseurs de soins de santé et des clients, par exemple : l'accès à des ressources pour patients sur la cessation (ceci peut comprendre des ressources sur les rechutes et des mesures de soutien communautaire disponibles sur le processus de cessation), la protection de l'environnement contre l'exposition à la fumée ambiante du tabac, ou encore des possibilités de consultation future auprès de ressources de soutien en cessation.
3. Des messages publics encouragent l'intégration des mesures de soutien offertes par les fournisseurs de soins en matière de cessation (U.S. Dept. of Health and Human Services, 2000). Par exemple, les formulaires sur les antécédents du patient, les formulaires de soins, les formulaires d'envoi en consultation et les formulaires de congé devraient comprendre des indications sur l'état de tabagisme et les mesures de soutien de cessation. Actuellement, plusieurs de ces composantes des registres médicaux permettent de consigner l'état de tabagisme en l'absence de toute mesure de soutien pour la cessation (Schultz et al., 2005).
4. Les fournisseurs de soins de santé reçoivent un suivi en ce qui a trait à leurs pratiques en matière de traitement de la dépendance au tabac (U.S. Dept. of Health and Human Services, 2000) et reçoivent des indications sur les ressources d'aide autonome spécifiquement adaptées aux infirmières et aux étudiantes qui veulent cesser de fumer (par ex. : le réseau Nurses Quit, disponible en ligne à l'adresse [www.tobaccofreenurses.org](http://www.tobaccofreenurses.org)).

Consultez l'Annexe N pour obtenir une liste de ressources d'aide autonome pour infirmières.

### Recommandation 10.0

**Les infirmières cherchent des occasions de participer activement à la promotion de services efficaces en matière de cessation du tabagisme, y compris celle des « médicaments pour arrêter de fumer ».**

*Force de la preuve = C – groupe de concertation de l'AIIAO, 2003-2007*

### Discussion sur les données probantes

Voici certains des rôles de représentation qui sont suggérés aux infirmières :

- Les activités de pression politique auprès des gouvernements et des assureurs tiers payeurs pour obtenir des fonds afin d'appuyer les professionnels des soins de santé dans la prestation de services de cessation du tabagisme.
- Les activités de pression politique auprès du gouvernement provincial afin que le programme de médicaments de l'Ontario couvre le coût de l'ensemble des produits de substitution de la nicotine et les autres produits pharmaceutiques liés à la cessation du tabagisme. À l'heure actuelle, la plupart des régimes d'assurance ne remboursent pas les produits de substitution de la nicotine.

- Les activités de pression politique auprès des commanditaires d'employeurs (notamment auprès des sociétés d'assurance-maladie) pour qu'ils défraient l'ensemble des produits de substitution de la nicotine et celui d'autres produits pharmaceutiques liés à la cessation du tabagisme. À plus long terme, les conséquences de la consommation de produits du tabac sur la santé se révéleront peut-être plus onéreuses pour les sociétés d'assurance que le fait de couvrir le coût des produits de substitution de la nicotine et celui d'autres produits pharmaceutiques.

### **Recommandation 11.0**

**Les infirmières cherchent des occasions de participer activement à la promotion d'espaces sans fumée et à la protection contre la fumée expirée.**

*Force de la preuve = C – groupe de concertation de l'AIAO, 2003-2007*

### **Discussion sur les données probantes**

Les lieux de travail sans fumée sont associés à une diminution de la prévalence de la consommation de tabac à raison de près de quatre pour cent (Fichtenberg & Glantz, 2002; Moher et al., 2003; Smedsund et al., 2004). Les milieux de travail sans fumée facilitent également la tâche des fumeurs qui veulent réduire leur consommation ou cesser de fumer et entraînent une réduction marquée du chiffre d'affaires de l'industrie du tabac (Fichtenberg & Glantz, 2002). La plupart des adultes passent le tiers de leur journée dans un milieu de travail : c'est donc que le milieu de travail est un cadre où de nombreux fumeurs peuvent recevoir des messages sur la cessation du tabagisme. Le milieu de travail est susceptible d'entraîner une plus forte participation que les autres milieux et il peut donner lieu à un appui soutenu des collègues, ainsi qu'à une pression positive du milieu (Moher, 2004).

Le 27 juin 2006, le directeur du service de santé publique des États-Unis a rendu public un nouveau rapport sur l'exposition involontaire à la fumée ambiante du tabac. Ce rapport concluait que la fumée ambiante provoque des maladies et la mort chez les enfants et les adultes qui ne fument pas. Ce rapport établit une relation de causalité entre l'exposition à la fumée ambiante du tabac et au syndrome de mort subite du nourrisson (MSN). Il indique que les domiciles sont en voie de devenir le principal lieu d'exposition des enfants et des adultes à la fumée ambiante du tabac.

L'élimination de la cigarette dans les milieux intérieurs préserve entièrement les non-fumeurs de l'exposition à la fumée ambiante du tabac. Le seul fait de séparer les fumeurs et les non-fumeurs, de changer l'air et de ventiler les immeubles ne peut pas éliminer toute exposition des non-fumeurs à la fumée ambiante du tabac (US Department of Health and Human Services, 2006).

Les infirmières peuvent aider en :

- Faisant la promotion de lieux sans fumée, notamment par des initiatives d'hôpitaux sans fumée. Les infirmières peuvent offrir aux dirigeants des groupes de travail sur les lieux sans fumée de précieux renseignements et des stratégies utiles pour appuyer les patients, les familles, le public et le personnel au cours de la mise en place.
- Faisant la promotion de zones de récréation extérieure sans fumée et en incitant les infirmières à donner l'exemple en s'abstenant de fumer.
- Appuyant le public et en l'informant sur les lois et les règlements de l'Ontario qui protègent les travailleurs et le public contre les effets néfastes du tabac en interdisant la cigarette dans les lieux publics et les lieux de travail fermés.

### Recommandation 12.0

On ne peut mettre en place avec succès des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers qu'en présence d'une planification adéquate, des ressources appropriées et d'un appui au niveau institutionnel. Les établissements peuvent décider d'élaborer un plan de mise en place qui englobe les éléments suivants :

- Une évaluation du niveau de préparation de l'établissement et des obstacles à la formation;
- Une participation de tous les membres (que ce soit dans des fonctions d'accompagnement direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place;
- L'affectation d'une personne qualifiée afin que celle-ci fournisse le soutien nécessaire au processus de formation et de mise en place;
- La présence de possibilités continues de dialogue et de formation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires;
- Des occasions de réfléchir sur l'expérience individuelle et celle de l'établissement dans le cadre de la mise en place des Lignes directrices.

À ce niveau, l'AIIAO a élaboré (par le biais d'un groupe d'infirmières et d'infirmiers, de chercheuses et de chercheurs, ainsi que de gestionnaires) la Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique, qui est fondée sur des données probantes, des perspectives théoriques et un consensus. La Trousse est recommandée comme instrument d'orientation pour la Mise en place de la Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de l'AIIAO intitulée *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*.

*Force de la preuve = C*

L'une des étapes déterminantes de la mise en œuvre de cette Ligne directrice est son adoption officielle. Les établissements doivent envisager une façon d'intégrer officiellement les recommandations qui doivent être adoptées dans la structure de leurs règlements et procédures (Graham et al., 2002). Cette étape initiale mène à une acceptation générale de la Ligne directrice et à son intégration à des systèmes tels que celui du processus de gestion de la qualité.

Les nouvelles initiatives telles que la mise en œuvre d'une Ligne directrice sur les pratiques exemplaires exigent des infirmières un leadership fort afin de permettre la transformation des recommandations axées sur des données probantes en outils utiles qui faciliteront et orienteront la pratique. Consultez l'Annexe O pour obtenir une description de la *Trousse*.

## Évaluation et surveillance

Les travaux de recherche sur le tabagisme et l'usage du tabac ont commencé à exposer non seulement les résultats, à savoir le renoncement, la réduction et la cessation, mais les étapes du comportement vis-à-vis du tabac, basé sur les étapes de changement. Il importe de comprendre le cycle du changement afin d'élaborer et de mettre en place des interventions axées sur l'étape précise à laquelle se trouve la personne concernée. Il a été démontré qu'un bref conseil réduisait la proportion de fumeurs d'environ deux pour cent.

Les établissements qui mettent en place les recommandations de la présente Ligne directrice sur les pratiques exemplaires doivent envisager la façon dont la mise en place et les répercussions qui en découleront seront surveillées et évaluées. Le tableau suivant, basé sur la démarche exposée dans la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique de l'AIIAO* propose quelques indicateurs de surveillance et d'évaluation.

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer les appuis dont dispose l'établissement pour permettre aux infirmières de mettre en place des interventions minimales et approfondies de cessation du tabagisme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer les changements de pratique qu'entraîne l'intégration d'interventions minimales et approfondies de cessation du tabagisme dans la pratique des soins infirmiers au quotidien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer l'incidence de la mise en place des recommandations.</li> </ul>
Établissement, unité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen des recommandations sur les pratiques exemplaires par le(s) comité(s) organisationnel(s) chargé(s) des règlements ou des procédures, par ex. : liste des ressources en matière de cessation du tabagisme.</li> <li>Accessibilité des ressources de sensibilisation (à l'intention des clients) qui sont compatibles avec les recommandations présentées dans la Ligne directrice.</li> <li>Énoncé en faveur d'un lieu de travail sans fumée dans la mission de l'établissement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Systèmes de documentation disponibles pour répertorier les clients fumeurs et les clients non-fumeurs, ainsi que les stratégies appropriées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lieu de travail sans fumée.</li> <li>Intégration d'une formation en intervention de cessation du tabagisme dans les programmes d'initiation à l'intention du personnel.</li> <li>Intégration d'une intervention de cessation du tabagisme dans les documents d'information à l'intention des clients.</li> <li>Règlement de l'établissement qui témoigne d'un engagement vis-à-vis d'un lieu sans fumée et favorise la cessation du tabagisme.</li> <li>Nombre d'établissements où la cessation du tabagisme est consignée comme indicateur de qualité.</li> </ul>

## La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Fournisseur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage d'infirmières et d'autres professionnels de la santé qui participent à des séances de formation sur la cessation du tabagisme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage des infirmières qui auto-évaluent positivement leurs connaissances dans les domaines suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation et mise en œuvre d'interventions minimales ou approfondies de cessation du tabagisme à l'aide du protocole « Demander, conseiller, aider et organiser le suivi ».</li> <li>• Documentation des interventions de cessation réalisées avec les clients.</li> <li>• Compréhension des différentes étapes de réceptivité à renoncer au tabac.</li> </ul> </li> <li>• Pourcentage des infirmières qui auto-évaluent positivement leurs connaissances dans les domaines suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation suffisante du désir qu'a un client de participer activement à la démarche de cessation du tabagisme.</li> <li>• Connaissances suffisantes des ressources communautaires en matière de cessation du tabagisme.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de fumeurs qui ont reçu des conseils en matière de cessation du tabagisme de la part d'une infirmière ou de professionnels de la santé à chacune de leurs visites à la clinique ou à chacune de leurs admissions à l'hôpital, tel que le révèle un examen des dossiers des patients.</li> <li>• Pourcentage des infirmières et/ou des autres professionnels de la santé qui envoient les clients en consultation de suivi dans des programmes communautaires de cessation du tabagisme.</li> <li>• Pourcentage des clients dont l'état et les antécédents de tabagisme sont consignés lors de leur admission au service ou à l'établissement.</li> <li>• Pourcentage de clients dont les dossiers consignent les interventions.</li> </ul>

## *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Client	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage total de fumeurs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de fumeurs qui ont reçu des conseils en matière de cessation du tabagisme de la part d'une infirmière ou de professionnels de la santé à chacune de leurs visites à la clinique ou à chacune de leurs admissions à l'hôpital.</li> <li>Pourcentage de clients qui consultent des ressources communautaires.</li> <li>Degré de certitude du client vis-à-vis de la cessation du tabagisme et du maintien de son abstinence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pourcentage de clients qui fixent une date pour cesser de fumer.</li> <li>Pourcentage de clients qui ont tenté de cesser de fumer deux semaines après une consultation sur la cessation du tabagisme.</li> <li>Pourcentage de clients qui ont réussi à cesser de fumer huit semaines ou deux mois après une consultation sur la cessation du tabagisme.</li> </ul>
Coûts financiers	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestation de ressources financières suffisantes afin d'assurer le niveau de personnel nécessaire à la mise en place d'interventions minimales et approfondies de cessation du tabagisme.</li> <li>Nomination de personnes chargées de la coordination et du soutien des initiatives de cessation du tabagisme du programme dans l'ensemble de l'établissement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coûts liés à la sensibilisation, aux autres interventions et au soutien.</li> <li>Coûts liés à la mise en place de la Ligne directrice :</li> <li>Sensibilisation et accès à un soutien sur les lieux de travail.</li> <li>Nouveaux systèmes documentaires.</li> <li>Systèmes de soutien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation globale des ressources (indiquer les caractéristiques organisationnelles, les nouvelles embauches de personnel, les médicaments, etc.)</li> </ul>

Des exemples d'outils d'évaluation qui ont été utilisés pour recueillir des données au cours de la mise à l'essai peuvent être obtenus sur le site Web de l'AIIAO (<http://www.rnao.org/bestpractices>).

## *Conseils pour la mise en place*

**L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario** et le groupe d'élaboration de la Ligne directrice ont rassemblé une liste de stratégies de mise en place pouvant venir en aide aux établissements et aux disciplines de la santé à mettre en application la présente Ligne directrice. Au moment de la publication du document initial, cette Ligne directrice avait été mise à l'essai dans quatre milieux cliniques au sein d'un même établissement. Plusieurs de ces stratégies ont été utiles à la mise en œuvre. Voici un résumé de ces stratégies :

- Avoir une personne dévouée, comme une infirmière de recherche clinique, qui fournira un appui, une expertise clinique et un leadership. La personne doit avoir des compétences en relations humaines, ainsi qu'en facilitation et en gestion de projets.
- La création d'un comité de direction qui regroupe des parties prenantes et des membres clés engagés à mener l'initiative. Un plan de travail aidera à suivre de près les activités, les responsabilités et les délais.
- Fournir des séances de formation et de soutien continu pour la mise en place. Au cours de la mise à l'essai, un comité de direction a élaboré une session de formation de base d'environ deux heures. La séance comportait une présentation Power Point, ainsi qu'une discussion de scénarios de cas, et était conçue de façon à être informelle et interactive. Le contenu s'est inspiré des recommandations contenues dans cette Ligne directrice. Des aide-mémoire, tels que des épinglettes, des affiches et des cartes laminées résumant les étapes du protocole « demander, conseiller, aider et organiser le suivi », ont également été utilisés à titre de stratégies de formation.
- Les attitudes vis-à-vis du tabagisme sont influencées par un nombre de facteurs, y compris l'échelle des valeurs personnelles de chaque individu. Il faut donc donner une attention particulière aux attitudes et aux valeurs en offrant au personnel l'occasion de parler et de résoudre les problèmes sur place. Cela est possible en utilisant des histoires de cas qui reflètent les situations que chaque groupe de participants a rencontrées avec ses clients.
- Un appui de la part des organismes, tel que la mise en place des structures nécessaires pour faciliter la mise en place de la Ligne directrice. Par exemple, l'engagement de membres de remplacement pour que les participants ne soient pas distraits à cause de leur travail, et l'établissement d'une philosophie qui reflète la valeur des pratiques exemplaires à travers les règlements et les procédures, ainsi que les outils de documentation.
- Le travail d'équipe et la collaboration par le moyen d'activités interdisciplinaires permettent d'aider les clients à arrêter de fumer. Il est important de connaître les programmes de lutte contre le tabagisme et d'exploiter les ressources disponibles dans la communauté. Un des exemples serait d'avoir des liens et d'établir des partenariats avec des cliniques de dépendance à la nicotine pour assurer le processus de suivi dans la communauté. Le programme des Bourses de recherche en pratique clinique avancée de l'AIIAO est une ressource pour les infirmières autorisées. Elles peuvent l'utiliser pour faire une demande de bourse de recherche et avoir l'occasion de travailler avec un mentor qui a de l'expertise en matière de programmes de lutte contre le tabagisme. Grâce à ce programme, les infirmières boursières auront également l'occasion d'en apprendre davantage sur les nouvelles ressources.

Outre les conseils susmentionnés, l'AIIAO a mis en place des ressources disponibles sur son site Web. Une trousse pour la mise en place des Lignes directrices peut être utile si elle est utilisée de façon appropriée. Une brève description de cette trousse se trouve à l'Annexe O. Une version complète du document sous format PDF est également disponible sur le site Web de l'AIIAO, à l'adresse suivante : [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).

L'AIIAO a également développé un module d'apprentissage en ligne portant sur la lutte contre le tabagisme. Ce module peut être utilisé en conjonction avec d'autres modalités d'enseignement et d'apprentissage, et est disponible à l'adresse suivante : [www.rnao.org/smokingcessation](http://www.rnao.org/smokingcessation).

Le site Web du Centre de formation et de consultation fournit également des ressources qui pourraient être utiles en tant qu'outils d'enseignement. Ces outils d'enseignement sont disponibles à l'adresse suivante : [www.ptcc.on.ca](http://www.ptcc.on.ca). (Voir l'Annexe N pour une liste d'autres ressources.)

**Le conseil le plus important est d'insister sur l'aspect d'intervention minimale de cette Ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Cette activité nécessite moins de trois minutes. Les infirmières et les autres parties prenantes ont besoin de savoir que l'intervention minimale peut être intégrée facilement dans leur pratique au quotidien. L'intervention minimale est cruciale pour la mise en place de la Ligne directrice. Elle peut être appliquée non seulement par les infirmières, mais par tous les prestataires de soins de santé dans n'importe quel cadre clinique.**

## *Lacunes de la recherche et implications pour l'avenir*

En examinant les données probantes pour la révision de cette Ligne directrice, il apparaît clairement que les prochaines occasions de recherche seront notamment :

- Les interventions de prévention des rechutes chez les personnes qui ont récemment cessé de fumer
- Les attitudes des infirmières vis-à-vis des conseils sur la cessation et leur incidence sur la pratique
- Les besoins des populations spéciales tels qu'ils sont pris en compte dans l'élaboration et la prestation des programmes
- Les bienfaits des TSN pour les personnes souffrant de dépendance à la nicotine à différents degrés
- Les répercussions des coûts d'accès aux TSN sur les résultats

## *Processus de mise à jour et d'examen de la Ligne directrice*

**L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario** propose de mettre à jour les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme suit :

1. Après la diffusion, chaque Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision) à tous les trois ans suivant la dernière série de révisions.
2. Pendant la période de trois ans entre l'élaboration et la révision, le personnel affecté au projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO effectuera une surveillance régulière des nouveaux examens méthodiques, méta-analyses et essais randomisés dans le domaine.
3. Selon les résultats de la surveillance, le personnel affecté au projet peut recommander d'avancer la date de la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine aideront à prendre la décision d'examiner et de réviser la ligne directrice avant l'échéance de trois ans.
4. Trois mois avant l'échéance de révision de trois ans, le personnel du projet commencera la planification du processus de révision en procédant comme suit :
  - a. Invitation de spécialistes du domaine concerné à se joindre à l'équipe de révision. L'équipe de révision sera formée de membres du groupe original, ainsi que d'autres spécialistes recommandés.
  - b. Compilation des commentaires reçus, des questions rencontrées pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et expériences provenant des sites de mise en place.
  - c. Compilation des nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique dans le domaine concerné, des nouveaux examens méthodiques, méta-analyses, examens techniques et essais randomisés.
  - d. Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.

La version revue de la ligne directrice sera diffusée selon les structures et les processus établis.

## Références bibliographiques

- American Psychiatric Association 2000. *(DSM-IV-TR) Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4e édition revue. Washington, DC : American Psychiatric Press, Inc.
- Anderson, J. E., Jorenby, D. E., Scott, W. J., & Fiore, M. C. (2002). Treating tobacco use and dependence : An evidence-based clinical practice guideline for smoking cessation. *Chest*, 121(3), 932-941.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation : Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Ashkam, J. et al. (1999). Consensus development methods : Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.
- Bottoroff, J.B., Johnson, J. L., Irwin, L., & Ratner, P. (2000). Narratives of smoking relapse : The stories of postpartum Women. *Research in Nursing and Health*, 23, 126-134.
- Brodish, P. H. (1998). The irreversible health effects of cigarette smoking. American Council on Science and Health [en ligne]. Disponible : <http://www.acsh.org/publications/booklets/iesmoke.pdf>
- Société canadienne du cancer (2003). Statistiques canadiennes sur le cancer. Société canadienne du cancer [en ligne]. Disponible : [www.cancer.ca](http://www.cancer.ca)
- Conseil canadien pour le contrôle du tabac (2003). *Guide your patients to smoke-free future : A program of the Canadian Council on Smoking and Health*. Ottawa, Ontario : Conseil canadien pour le contrôle du tabac.
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada (1997). *Guidelines for registered nurses working with Canadians affected by tobacco*. Ottawa, Ontario : Association des infirmières et des infirmiers du Canada.
- Centres for Disease Control and Prevention (1999). Best practices for comprehensive tobacco control programs. Centres of Disease Control and Prevention [en ligne]. Disponible : <http://www.cdc.gov/tobacco/bestprac.htm>
- Clarke, M. & Oxman, A. D. (1999). *Cochrane Reviewers' Handbook 4.0* (mise à jour : juillet 1999) (Version 4.0) [Logiciel informatique]. Oxford : Review Manager (RevMan).
- Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., & et al. (1997). Appraisal instrument for clinical guidelines. St.Georges's Hospital Medical School, England [en ligne]. Disponible : <http://sghms.ac.uk/phs/hceu/>
- Coleman, T. (2004). ABC of smoking cessation : use of simple advice and behavioural support. *BMJ*, 2004 Feb 14; 328, 397-399.
- Ordre des infirmières et des infirmiers de l'Ontario (2003). *Medication standards for Registered Nurses and Registered Practical Nurses in Ontario*. Toronto, Ontario : Ordre des infirmières et des infirmiers de l'Ontario.
- Le Conference Board du Canada (2006). Smoking and the bottom line : The costs of smoking in the workplace. Le Conference Board du Canada [en ligne]. Disponible : <http://sso.conferenceboard.ca/e-Library/LayoutAbstract.asp?DID=1754>
- Fichtenberg, C. M. & Glantz, S. A. (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour : Systematic review. *British Medical Journal*, 325, 188-191.
- Field, M. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice : Directions for a new program*. Washington, DC : Institute of Medicine, National Academy Press.
- Fiore, M. C. (1997). AHCPR Smoking cessation guideline : A fundamental review. *Tobacco Control*, 6(Suppl. 1), S4-S8.

## La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers

Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J., & et al. (2000). *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

Fiore, M. C., Jorenby, D. E., & Baker, T. B. (1997). Smoking cessation : Principles and practice based upon the AHCPR guideline, 1996. *Annals of Behavioural Medicine*, 19(3), 213-219.

Graham, I., Harrison, M., Brouwers, M., Davies, B., & Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice : Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Gynecology, Obstetric and Neonatal Nursing*, 31(5), 599-611.

Greaves, L., Cormier, R., Devries, K., Bottorff, J., Johnson, J., Kirkland, S. & Aboussafy, D. (2003) *Expecting to Quit : A best practices review of smoking cessation interventions for pregnant and postpartum girls and women*. Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. (Projet financé par Santé Canada)

Gonzales D., Rennard S.I., Nides M., Oncken C., Azoulay S., Billing C.B., Watsky E.J., Gong J., Williams K.E., Reeves K.R.; Varenicline Phase 3 Study Group. (2006) Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation : a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 296(1), 47-55.

Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation (révision) n° 2. *Cochrane Collaboration*, John Wiley and Sons Ltd.

Santé Canada. (1997a). Asking to listen : Helping pregnant and postpartum women and their families to quit or reduce smoking. Ottawa : Ontario, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Type de référence : enregistrement vidéo

Santé Canada (1997b). *Helping pregnant and postpartum women and their families to quit or reduce smoking*. Ottawa : Ontario : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Santé Canada (2001). Educational resources and research – Smoking cessation – living smoke free : Clinical practice guidelines. Santé Canada [en ligne]. Disponible : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/cessation/resources.clinical.html>

Santé Canada (2003). Facts about tobacco. Santé Canada [en ligne]. Disponible : [www.hc-sc.ca/hecs-sesc/tobacco/facts/index.html](http://www.hc-sc.ca/hecs-sesc/tobacco/facts/index.html)

Heatherton, T. D., Koslowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence : A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.

Institute for Clinical Systems Improvement (2000a). Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents. Bloomington (MN) : Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) [en ligne]. Disponible : <http://www.icsi.org/guidelst.htm#guidelines>

Institute for Clinical Systems Improvement (2000b). Tobacco use prevention and cessation for infants, children and adolescents. Bloomington (MN) : Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). [en ligne]. Disponible : <http://www.icsi.org/guidelst.htm#guidelines>

Joanna Briggs Institute (2001). Best practice evidence based practice information sheets for health professionals : Smoking cessation interventions and strategies. Joanna Briggs Institute [en ligne]. Disponible : <http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/BPIssmok.pdf>

Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, Billing CB, Gong J, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. (2006) Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation : a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 296(1), 56-63.

Katz, D. A., Muehlenbruch, D. R., Brown, R. B., Fiore, M. C., Baker, T. B., & AHRQ Smoking cessation Guideline Study Group (2002). Effectiveness of a clinic-based strategy for implementing the AHRQ smoking cessation guideline in primary care. *Preventive Medicine*, 35(3), 293-302.

## Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Lancaster, T. & Stead, L. F. (2003a). Self-help interventions for smoking cessation. (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, n° 3. Oxford : mise à jour du logiciel.

Lancaster, T. & Stead, L. F. (2003b). Individual behavioural counselling for smoking cessation. (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, n° 3. Oxford : mise à jour du logiciel.

Madjar, I. & Walton, J. A. (2001). What is problematic about evidence? In J.M.Morse, J. M. Swanson, & A. J. Kuzel (Eds.), *The Nature of Qualitative Evidence* (pp. 28-45). Thousand Oaks : Sage.

Ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario (2006). *Foire aux questions sur la Loi favorisant un Ontario sans fumée* [version électronique]. Disponible : [http://www.mhp.gov.on.ca/french/health/smoke\\_free/faqs.asp](http://www.mhp.gov.on.ca/french/health/smoke_free/faqs.asp)

National Health and Medical Research Council (1998). A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. National Health and Medical Research Council [en ligne]. Disponible : <http://www.nhmrc.gov.au/publications/pdf/cp30.pdf>

National Health Committee (1999a). Guidelines for smoking cessation : Literature review and background information. New Zealand Guidelines Group [en ligne]. Disponible : <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>

National Health Committee (1999b). Guidelines for smoking cessation : Quit Now. New Zealand Guidelines Group [en ligne]. Disponible : <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>

National Health Committee (2002). Guidelines for smoking cessation : Quit now! (revised 2002). The New Zealand Guidelines Group [en ligne]. Disponible : [www.nzgg.org.nz/library/gl\\_complete/smoking/index.cfm](http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/smoking/index.cfm)

NHS Centre for Reviews and Dissemination – The University of York (1998). Smoking cessation : What the Health Service can do? NHS Centre for Reviews and Dissemination, The University of York [en ligne]. Disponible : <http://www.york.ac.uk/inst/crd/em31.htm>

Association pour la santé publique de l'Ontario (1996). *Making a difference! A workshop on the basics of policy change*. Toronto, Ontario : Gouvernement de l'Ontario.

Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario – University of Toronto (2001). Protection from second-hand tobacco smoke in Ontario – A review of the evidence regarding best practices. National Clearinghouse on Tobacco and Health Programs [en ligne]. Disponible : <http://www.ncth.ca>

Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (1995). *Facts on tobacco : Prevention, protection and cessation*. Toronto, Ontario : Fondation de recherche sur la toxicomanie de l'Ontario.

Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (2000a). *Monitoring the Ontario tobacco strategy : Progress toward our goals 1999/2000*. Toronto, Ontario : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario.

Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (2000b). *Special report : Monitoring the Ontario tobacco strategy, smoking cessation in Ontario 1998/1999 – Current trends, interventions and initiatives*. Toronto, Ontario : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario – Centre for Health Promotion - University of Toronto.

Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (2006). *Indicators of smoke-free Ontario progress, special reports : Monitoring and evaluation series 2005-2006*. 12(2). Toronto; Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario.

Orsetti, K., Dwyer, S., Sheldon, S., Thomas, L., & Harrison, V. (2001). UMHS Smoking cessation guideline. University of Michigan Health System [en ligne]. Disponible : <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/smoking.pdf>

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking : Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.

## La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Fava, J. L., Ruggiero, L., Laforge, R. G., Rossi, J. S. et al. (2001). Counselor and stimulus control enhancements of a stage-matched expert system intervention for smokers in a managed care setting. *Preventive Medicine*, 32, 23-32.

Centre de formation et de consultation (1995). Info Pack : Info-dossier : Comprendre et utiliser les étapes de changement, *Stratégie antitabac de l'Ontario*.

Public Health and Long-Term Care Branch – Ottawa (2001). *Health benefits of quitting smoking*. Ottawa, Ontario : Public Health and Long-Term Care Branch – Ottawa.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2002). *Trousse sur la marche à suivre : mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Rice, V. (1999). Nursing intervention and smoking cessation : A meta-analysis. *Heart & Lung*, 28, 438-454.

Rice, V. & Stead, L. (2003). Nursing interventions for smoking cessation. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, n° 3. Oxford : mise à jour du logiciel.

Rigotti, N., Munafo, M., Murphy, M. & Stead, L. (2003). Interventions for smoking cessation in hospitalized patients (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, n° 4. Oxford : mise à jour du logiciel.

Royal College of Nursing (1999). *Clearing the air : A nurses guide to smoking and tobacco control*. London, England : The Royal College of Nursing.

Royal College of Nursing (2002). *Clearing the air : A nurses guide to smoking and tobacco control*. London, England : The Royal College of Nursing.

Royal College of Physicians of London (2000). Nicotine addiction in Britain : A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Royal College of Physicians of London [en ligne]. Disponible : [www.rcplondon.ac.uk/pubs/wp\\_nicotine\\_summary.htm](http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/wp_nicotine_summary.htm)

Schabas, R.E. (1996). *Tobacco sounding the alarm : Report of the Chief Medical Officer of Health Ottawa* : Queen's Printer of Ontario.

Schultz, ASH, Bottorff, JL, Johnson, JL (2006) *Tobacco within acute care hospitals : An ethnographic study of nurses' workplace*. *Tobacco Control*. 15(4) :317-22.

Stead, L., Lancaster, T., & Perera, R. (2003). Telephone counselling for smoking cessation(Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, n° 3. Oxford : Update Software.

Surgeon General of the United States (2000). Clinical practice guideline : Treating tobacco use and dependence. Surgeon General, U.S.Department of Health and Human Services [en ligne]. Disponible : [www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf)

Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR; Varenicline Phase 3 Study Group. (2006) Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation : a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 296(1), 64-71.

U.S. Department of Health and Human Services (2000). *Reducing tobacco use : A report of the Surgeon General*. (Rep. No. S / N 017-001-00544- 4). Atlanta, GA : U. S. Department of Health and Human Services, Centres for Chronic Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health.

U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service (2000). *Clinical practice guideline : Treating tobacco use and dependence*. Office of the Surgeon General. Consulté [version électronique] à l'adresse [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf)

## *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

US Department of Health and Human Services (2006) *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : A report of the surgeon general*. Atlanta, GA : US Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, Coordinating Centre for Health Promotion, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Consulté [version électronique] à l'adresse [www.surgeongeneral.gov/library](http://www.surgeongeneral.gov/library)

University of Toronto Department of Family & Community Medicine (1998). *Project CREATE : Smoking cessation module*. (vols. 3) Toronto, Ontario : Project CREATE.

University of Toronto Department of Family & Community Medicine (2000). *Smoking cessation guidelines : How to treat your patient's tobacco addiction*. Toronto, Ontario : Pegasus Healthcare International.

University of Ulster (2001). Tobacco & health activities. University of Ulster, Ireland [en ligne]. Disponible : <http://www.dmc.ni.co.uk/UCF/tobacco.htm>

West, R. & Shiffman, S. (2001). Effect of oral nicotine dosing forms on cigarette withdrawal symptoms and craving : A systematic review. *Psychopharmacology*, 155, 115-122.

Wilhelm, K., Wedgewood, L., Niven, H., Kay-Lambkin, F. (2006). Smoking cessation and depression : current knowledge and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 25, 97-107.

Organisation mondiale de la santé (1995). *Le tabac, c'est plus cher qu'on croit. Journée mondiale sans tabac*. Organisation mondiale de la Santé.



## *Bibliographie*

- Abdullah, A. S. M., Mak, Y. W., Loke, A. Y., & Lam, T. (2005). Smoking cessation intervention in parents of young children : a randomised controlled trial. *Addiction*, *100*, 1731-1740.
- Adams, C., Munsasinghe, I., & Bryar, R. (2000). Clinical effectiveness information bulletin. *CPHVA : Clinical Effectiveness Information Bulletin*, 1-4.
- Agency for Quality in Medicine – Joint Institution of the German Medical Association and the Association of the Statutory Health Insurance Physicians (1999). *Evaluation criteria for clinical practice guidelines in Germany*. Agency for Quality in Medicine [en ligne]. Disponible : <http://www.azq.de>
- Ahluwalia, J. S., Harris, K. J., Catley, D., Okuyemi, K. S., & Mayo, M. S. (2002). Sustained-release bupropion for smoking cessation in African Americans : a randomized controlled trial. *JAMA : Journal of the American Medical Association*, *2002 Jul 24-31*; *288*, 468-474.
- American Medical Association (1997). Guidelines for adolescent preventive services (GAPS). National Guideline Clearinghouse [en ligne]. Disponible : [http://www.guideline.gov/guidelines/ngc\\_676.html](http://www.guideline.gov/guidelines/ngc_676.html)
- American Psychiatric Press (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. National Guideline Clearinghouse [en ligne]. Disponible : <http://www.guideline.gov/index.asp>
- Andrews, O. J., Tinggen, M. S., & Harper, J. R. (1999). A model nurse practitioner-manager smoking cessation clinic. *Oncology Nurses Forum*, *26*(10), 1603-1608.
- Aquilino, M. L., Goody, C. M., & Lowe, J. B. (2003). WIC providers' perspectives on offering smoking cessation interventions. *MCN : The American Journal of Maternal/Child Nursing*, *28*, 326-332.
- Ashley, M. J., Ferrence, R., Boadway, T., Pipe, A., Cameron, R., Schabas, R. et al. (1999). *Actions will speak louder than words : Getting serious about tobacco control in Ontario*. Toronto, Ontario : Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario – Centre for Health Promotion – University of Toronto.
- Barta, S. K. & Stacy, R. D. (2005). The effects of a theory-based training program on nurses' self-efficacy and behavior for smoking cessation counselling. *Journal of Continuing Education in Nursing*, *36*, 117-123.
- Bell, R. M. & Tinggen, M. S. (2001). The impact of tobacco use in women : Exploring smoking cessation strategies. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *5*(3), 101-104.
- Bolman, C., de Vries, H., & van Breukelen, G. (2002). Evaluation of a nurse-managed minimal-contact smoking cessation intervention for cardiac inpatients. *Health Education Research*, *17*, 99-116.
- Borland, R., Segan, C. J., Livingston, P. M., & Owen, N. (2001). The effectiveness of callback counselling for smoking cessation : a randomized trial. *Addiction*, *96*, 881-889.
- Borland, R., Balmford, J., Segan, C., Livingston, P., & Owen, N. (2003). The effectiveness of personalized smoking cessation strategies for callers to a Quitline service. *Addiction*, *98*, 837-846.
- Borland, R., Balmford, J., & Hunt, D. (2004). The effectiveness of personally tailored computer-generated advice letters for smoking cessation. *Addiction*, *99*, 369-377.
- Boyle, R. G., Solberg, L. I., Asche, S. E., Boucher, J. L., Pronk, N. P., & Jensen, C. J. (2005). Offering telephone counselling to smokers using pharmacotherapy. *Nicotine & Tobacco Research*, *7*.
- Browman, G. P., Levine, M. N., Mohide, A., Hayward, R. S. A., Pritchard, K. I., Gafni, A. et al. (1995). The practice guidelines development cycle : A conceptual tool for practice guidelines development and implementation. *Journal of Clinical Oncology*, *13*(2), 502-512.

## *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

Buchanan, L. M., El Banna, M., White, A., Moses, S., Siedlik, C., & Wood, M. (2004). An exploratory study of multicomponent treatment intervention for tobacco dependency. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 324-330.

Burns, D., Gritz, E., Kritsinger, J., Ostroff, J., Vries, D. H., & Yao, H. (2000). Reversing the effects of tobacco-related illness with cessation. *Cancer Information Service*, 2-8.

Association canadienne des ergothérapeutes, Association canadienne des travailleuses et des travailleurs sociaux, Association dentaire canadienne, Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association des pharmaciens du Canada et al. (2001). Le tabac : le rôle des professionnels de la santé dans l'abandon du tabac – Déclaration conjointe. Association des infirmières et infirmiers du Canada [en ligne]. Disponible : <http://www.cna-nurses.ca>

Société canadienne du cancer/Institut national du cancer du Canada/University of Waterloo (2000). Encouraging to quit : An easy and effective intervention for the dental office. Société canadienne du cancer [en ligne]. Disponible : <http://www.cancer.ca/tobacco>

CDC (1994). Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. CDC – National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion [en ligne]. Disponible : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00026213.htm>

Chalmers, K., Bramadat, I. J., Cantin, B., Shuttleworth, E., & Scott-Findlay, S. (2000). Smoking characteristics of Manitoba nurses. *Canadian Nurse*, 31-34.

Chan, S. S., Lam, T. H., Salili, F., Leung, G. M., Wong, D. C., Botelho, R. J. et al. (2005). A randomized controlled trial of an individualized motivational intervention on smoking cessation for parents of sick children : a pilot study. *Applied Nursing Research*, 18, 178-181.

Chouinard, M. & Robichaud-Ekstrand, S. (2005). The effectiveness of a nursing inpatient smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research*, 54, 243-254.

Cluzeau, F., Littlejohns, P., Grimshaw, J., Feder, G., & Moran, S. (1999). Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Healthcare*, 11, 21-28.

Collins, B. N., Wileyto, E. P., Patterson, F., Rukstalis, M., Audrain-McGovern, J., Kaufmann, V. et al. (2004). Gender differences in smoking cessation in a placebo-controlled trial of bupropion with behavioral counselling. *Nicotine & Tobacco Research*, 6, 27-37.

Cornuz, J., Humair, J., Seematter, L., Stoianov, R., van Melle, G., Stalder, H. et al. (2002). Efficacy of resident training in smoking cessation : a randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. *Annals of Internal Medicine*, 2002 Mar 19; 136, 429-437.

Covey, L. S., Glassman, A. H., Stetner, F., Rivelli, S., & Stage, K. (2002). A randomized trial of sertraline as a cessation aid for smokers with a history of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1731-1737.

Dawes, M., Davies, T. P., Gray, M. A., Mant, J., Seers, K., & Snowball, R. (1999). Evidence-based practice : A primer for healthcare professionals. In *A Primer For Healthcare Professionals* (pp. 127-131). Toronto, Ontario : Churchill Livingstone.

Edwards, N., Aubin, P., & Morrison, M. (2000). *The effectiveness of postpartum smoking relapse prevention strategies : A systematic review of the evidence 1992-1999 – CHRU Publication No. M00-1*. Ottawa, Ontario : Centre de recherche sur la santé communautaire, Université d'Ottawa.

Edwards, N., Kuhn, M., & Hotz, S. (1997). *Smoking relapse prevention – pregnant & postpartum women – CHRU Publication No. M99 – 15*. Ottawa, Ontario : Centre de recherche sur la santé communautaire, Université d'Ottawa.

Ellis, G., Rodger, J., McAlpine, C., & Langhorne, P. (2005). The impact of stroke nurse specialist input on risk factor modification : a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 34, 389-392.

Emmons, K. M., Puleo, E., Park, E., Gritz, E. R., Butterfield, R. M., Weeks, J. C. et al. (2005). Peer-delivered smoking counselling for childhood cancer survivors increases rate of cessation : the partnership for health study. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 6516-6523.

## *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*

Etter, J. & Perneger, T. V. (2004). Post-intervention effect of a computer tailored smoking cessation programme. *Journal of Epidemiology and Community Health, 58*, 849-851.

Etter, J.-F. (2005). Comparing the efficacy of two internet-based, computer-tailored smoking cessation programs : A randomized trial. *Journal of Medical Internet Research, 7*.

Etter, J.-F. (2002). Using new information technology to treat tobacco dependence. *Respiration, 69*, 111-114.

Etter, J. F. & Perneger, T. V. (2001). Effectiveness of a computer-tailored smoking cessation program : a randomized trial. *Archives of Internal Medicine, 161*, 2596-2601.

Foley, K. L., Crandall, S. J., George, G., Roman, M., & Spangler, J. G. (2003). Reliability of a smoking cessation risk factor interview scale (SCRIFIS) for use with standardized patient instructors. *Journal of Cancer Education, 18*, 134-141.

Fowler, G. (2000). Helping smokers to stop : An evidence-based approach. *The Practitioner, 244*, 37-41.

Friend, K. & Levy, D. T. (2001). Smoking treatment interventions and policies to promote their use : A critical review. *Nicotine and Tobacco Research, 3*, 299-310.

Glavas, D., Rumboldt, M., & Rumboldt, Z. (2003). Smoking cessation with nicotine replacement therapy among health care workers : Randomized double-blind study. *Croatian Medical Journal, 44*, 219-224.

O'Brien, G. (2006). Addictive Behaviors. In S.M. Lewis, M.M. Heitkemper & S, H, Dirksen (Eds.), *Medical-Surgical Nursing in Canada*. Toronto : Mosby.

Grandes, G., Cortada, J. M., & Arrazoa, A. (2000). An evidence-based programme for smoking cessation : Effectiveness in routine general practice. *British Journal of General Practice, 50*, 803-807.

Hajek, P., Taylor, T. Z., & Mills, P. (2002). Brief intervention during hospital admission to help patients to give up smoking after myocardial infarction and bypass surgery : Randomized controlled trial. *British Medical Journal, 324*, 87-89.

Hall, S. M., Humfleet, G. L., Reus, V. I., Munoz, R. F., & Cullen, J. (2004). Extended nortriptyline and psychological treatment for cigarette smoking. *American Journal of Psychiatry, 161*, 2100-2107.

Hand, S., Edwards, S., Campbell, I. A., & Cannings, R. (2002). Controlled trial of three weeks nicotine replacement treatment in hospital patients also given advice and support. *Thorax, 57*, 715-718.

Harrington, P. (2001). WHO evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. *Monaldi Archives for Chest Disease, 56*(5), 462-466.

Haustein, K.-O. (2003). What can we do in secondary prevention of cigarette smoking? *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, 10*, 476-485.

Santé Canada (2003). Guide des programmes de renoncement à l'usage du tabac en vigueur au Canada. Centre de recherche sur la santé communautaire [en ligne]. Disponible : [www.hc.sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/quitting/cessation/tobeng2.html](http://www.hc.sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/quitting/cessation/tobeng2.html)

Health Education Authority. (1998) *Stopping smoking made easier*. London, England : Health Education Authority.

Hebert, R. (2005). What's new in nicotine & tobacco research? *Nicotine & Tobacco Research, 7*, 309-315.

Hennrikus, D. J., Jeffery, R. W., Lando, H. A., Murray, D. M., Brelje, K., Davidann, B. et al. (2002). The SUCCESS project : the effect of program format and incentives on participation and cessation in worksite smoking cessation programs. *American Journal of Public Health, 92*, 274-279.

Hennrikus, D. J., Lando, H. A., McCarty, M. C., Klevan, D., Holtan, N., Huebsch, J. A. et al. (2005). The TEAM project : The effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patients. *Preventive Medicine, 40*, 249-258.

Hilleman, D. E., Mohiuddin, S. M., & Packard, K. A. (2004). Comparison of conservative and aggressive smoking cessation treatment strategies following coronary artery bypass graft surgery. *Chest, 125*, 435-438.

## Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Hopper, J. A. & Gallagher, R. E. (2003). Tobacco cessation : New challenges, new opportunities. *Journal of Cancer Education*, 18, 128-133.
- Hornberger, C. A. & Edwards, L. C. (2004). Survey of tobacco cessation curricula in Kansas nursing programs. *Nurse Educator*, 29, 212-216.
- Hudmon, K. S., Corelli, R. L., Chung, E., Gundersen, B., Kroon, L. A., Sakamoto, L. M. et al. (2003). Development and implementation of a tobacco cessation training program for students in the health professions. *Journal of Cancer Education*, 18, 142-149.
- Hudmon, K. S., Kroon, L. A., Corelli, R. L., Saunders, K. C., Spitz, M. R., Bates, T. R. et al. (2004). Training future pharmacists at a minority educational institution : evaluation of the Rx for change tobacco cessation training program. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 13, 477-481.
- Hughes, J. R., Stead, L. F., & Lancaster, T. (2003). Antidepressants for smoking cessation. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford : Update Software.
- Humair, J. P. & Cornuz, J. (2003). A new curriculum using active learning methods and standardized patients to train residents in smoking cessation. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 1023-1027.
- Institute for Clinical Systems Improvement. (2004). *Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents*. Bloomington, MN : Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).
- Jackson, G., Bobak, A., Chorlton, I., Hall, R., Matthews, H., Stapleton, J. et al. (2001). Smoking cessation : A consensus statement with special reference to primary care. *International Journal of Clinical Practice*, 55(6), 385-392.
- Johnston, J. M., Chan, S. S. C., Chan, S. K. K., Lam, T. H., Chi, I., & Leung, G. M. (2005). Training nurses and social workers in smoking cessation counselling : a population needs assessment in Hong Kong. *Preventive Medicine*, 40, 389-406.
- Johnson, JL, MacDonald, S, Reist, D & Bahadori, K (2006). *Tobacco reduction in the context of mental illness and addictions: A review of the evidence*. Vancouver : Provincial Health Services Authority.
- Jonsdottir, H., Jonsdottir, R., Geirsdottir, T., Sveinsdottir, K. S., & Sigurdardottir, T. (2004). Multicomponent individualized smoking cessation intervention for patients with lung disease. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 594-604.
- Jorenby, D. E. & Fiore, M. C. (1999). The Agency for Healthcare Policy and Research smoking cessation clinical practice guideline : Basics and beyond. *Tobacco Use & Cessation*, 26(3), 513-529.
- Joseph, J. C. (1999). ASHP therapeutic position statement on smoking cessation. *American Society of Health System Pharmacists*, 56, 460-464.
- Joza, J. & Wynn, M. (2001). *Starting a smoking cessation group*. Ottawa, Ontario : Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, The Program Training and Consultation Centre.
- Kattapong, J. V., Locher, T. L., Secker-Walker, R. H., & Bell, T. A. (1998). Tobacco-cessation patient counselling. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(2), 160-162.
- Karnath, B. (2002). Smoking cessation. *American Journal of Medicine*, 112, 399-405.
- Kim, J. R., Lee, M. S., Hwang, J. Y., & Lee, J. D. (2005). Efficacy of a smoking cessation intervention using the AHCPR guideline tailored for Koreans : a randomized controlled trial. *Health Promotion International*, 20, 51-59.
- Knishkowsky, B. & Palti, H. (1997). GAPS (AMA guidelines for adolescent preventive services). Where are the gaps? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151(2), 123-128.
- Krumholz et al. (2001). Myocardial infarction : A nurse-led smoking cessation program was costeffective. *Journal of the American College of Cardiology* [en ligne]. Disponible : [http://www.eboncall.co.uk/jsp/cat/cat\\_display.jsp?stylesheet=/s.../catMain.xslt&resource\\_id=52](http://www.eboncall.co.uk/jsp/cat/cat_display.jsp?stylesheet=/s.../catMain.xslt&resource_id=52)

## La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers

Kuhn, M. & Edwards, N. (1997). *Smoking relapse prevention among pregnant and postpartum women – N° de publication du CRSC. M99-9*. Ottawa, Ontario : Centre de recherche sur la santé communautaire, Université d'Ottawa.

Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., & Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking : Findings from the Cochrane Library. *British Medical Journal*, 321(5), 355-358.

Lancaster, T., Silagy, C., & Fowler, G. (2003). Training health professionals in smoking cessation. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford : mise à jour du logiciel.

Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C., & et al. (2001). Review : Advice from doctors, counselling by nurses, behavioural interventions, nicotine replacement therapy, and several pharmacological treatments increase smoking cessation rates. *Evidence Based Nursing*, 4, 13.

Lumley, J., Oliver, S., & Waters, E. (1999). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford : mise à jour du logiciel.

Lancaster, T. & Stead, L. F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *The Cochrane Library*. (Oxford) (ID n° CD001292), ID.

Lawvere, S., Mahoney, M. C., Englert, J. J., Murphy, J. M., Hyland, A., Klein, S. B. et al. (2003). Nurse practitioners' knowledge, practice and attitudes about tobacco cessation & lung cancer screening. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15, 376-381.

Macleod, Z. R., Charles, M. A., Arnaldi, V. C., & Adams, I. M. (2003). Telephone counselling as an adjunct to nicotine patches in smoking cessation : a randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 179, 349-352.

Marable, S., Crim, C., Dennis, G. C., Epps, R. P., Freeman, H., Mills, S. et al. (2002). Tobacco control : Consensus report of the national medical association. *Journal of the National Medical Association*, 94(2), 78-87.

Margolin, A. (2003). Acupuncture for substance abuse. *Current Psychiatry Reports*, 5, 333-339.

Marlow, S. P. & Stoller, J. K. (2003). Smoking cessation. *Respiratory Care*, 48, 1238-1256.

Maseeh, A. & Kwatra, G. (2005). A review of smoking cessation interventions. *Medgenmed Medscape General Medicine*, 7, 17p.

Massachusetts Department of Public Health (2002). Best practice initiative : Massachusetts tobacco control program. Massachusetts Tobacco Control Program, ASH Best Practice Initiative [en ligne]. Disponible : <http://www.osophs.dhhs.gov/ophs/BestPractice/MA.htm>

McAlister, A. L., Rabius, V., Geiger, A., Glynn, T. J., Huang, P., & Todd, R. (2004). Telephone assistance for smoking cessation : one year cost effectiveness estimations. *Tobacco Control*, 13, 85-86.

McCarty, M. C., Zander, K. M., Hennrikus, D. J., & Lando, H. A. (2001). Barriers among nurses to providing smoking cessation advice to hospitalized smokers. *American Journal of Health Promotion*, 16, 85-87.

McClure, J. B., Westbrook, E., Curry, S. J., & Wetter, D. W. (2005). Proactive, motivationally enhanced smoking cessation counselling among women with elevated cervical cancer risk. *Nicotine & Tobacco Research*, 7, 881-889.

McKenna, H., Slater, P., Dr.Bunting, B., Dr.McCance, T., Spiers, A., & McElwee, G. (2001). Smoking in nursing : A study of qualified nurses smoking behaviour and attitudes in Northern Ireland. University of Ulster, Centre for Nursing Research, Ireland [en ligne]. Disponible : <http://www.ulst.ac.uk/faculty/shse/research/cnr/smok.htm>

Mermelstein, R., Hedeker, D., & Wong, S. C. (2003). Extended telephone counselling for smoking cessation : does content matter? *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 565-574.

Milch, C. E., Edmunson, J. M., Beshansky, J. R., Griffith, J. L., & Selker, H. P. (2004). Smoking cessation in primary care : a clinical effectiveness trial of two simple interventions. *Preventive Medicine*, 38, 284-294.

## Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Miller, N., Frieden, T. R., Liu, S. Y., Matte, T. D., Mostashari, F., Deitcher, D. R. et al. (2005). Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches : A prospective evaluation. *Lancet*, 365, 1849-1854.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2003). Tobacco : Tobacco Strategy. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée [en ligne]. Disponible : [www.health.gov.on.ca/english/public/pub/tobacco.html](http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/tobacco.html)
- Moher, M., Hey, K., & Lancaster, T. (2005). Workplace interventions for smoking cessation. *The Cochrane Library*. (Oxford) (ID n° CD003440).
- Molyneux, A., Lewis, S., Leivers, U., Anderton, A., Antoniak, M., Brackenridge, A. et al. (2003). Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counselling, brief counselling alone, and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. *Thorax*, 58, 484-488.
- Moner, S. E. (1994). Smoking and pregnancy. In Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (Ed.), *Canadian guide to clinical preventive healthcare*. (pp. 26-36). Ottawa, Ontario : Santé Canada.
- Montalto, N. J. (2002). Recommendations for the treatment of nicotine dependency. *Journal of the American Osteopathic Association*, 102(6), 342-348.
- Moores, L. K. (2000). Smoking and postoperative pulmonary complications. An evidence-based review of the recent literature. *Clinics in Chest Medicine*, 21, 139-146.
- Mullen, D. P. (1999). Maternal smoking during pregnancy and evidence-based intervention to promote cessation. *Tobacco Use & Cessation*, 26(3), 577-589.
- National Advisory Committee on Health and Disability. (2002). *Guidelines for smoking cessation. (Revised 2002)*. Wellington, NZ : National Advisory Committee on Health and Disability (National Health Committee).
- National Electronic Library for Health (2003). A guide to effective smoking cessation interventions for the healthcare system. National Electronic Library for Health [en ligne]. Disponible : [www.nelh.nhs.uk/guidelinesb/html/smoking-recs.htm](http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesb/html/smoking-recs.htm)
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2002). *Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute of Health. (1993). *Nurses : Help your patients stop smoking*. Bethesda, MA : National Institute of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute - Smoking Education Program, NIH Publication No. 92-2962.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination – The University of York. (1999a). Getting evidence into practice. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York [en ligne]. Disponible : <http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc51.htm>
- NHS Centre for Reviews and Dissemination – The University of York. (1999b). Preventing the uptake of smoking in young people. NHS Centre for Reviews and Dissemination, The University of York [en ligne]. Disponible : <http://www.york.ac.uk/inst/crd/em31.htm>
- Ontario Public Health Research Education & Development Program. (2001). Smoking cessation during pregnancy. *Effective Public Health Practice Project Highlights for Policy Development*.
- Park, E.-W., Schultz, J. K., Tudiver, F., Campbell, T., & Becker, L. (2003). Enhancing partner support to improve smoking cessation. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford : mise à jour du logiciel.
- Pelkonen, M. & Kankkunen, P. (2001). Nurses' competence in advising and supporting clients to cease smoking : a survey among Finnish nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 437-441.
- Peterson, J., Mecredy, D., & Goodfellow, R. (2001). The "3D" smoking cessation kit : An evaluation of a campaign to promote brief intervention by healthcare professionals. *Communiqué : Public Health Research, Education and Development Program*, 19-23.
- Prabhakaran, L. & Choo, Y. M. (2004). Effectiveness of nurse clinician-led outpatient smoking cessation clinic in a hospital in Singapore. *Singapore Nursing Journal*, 2004 Jul-Sep; 31, 6-14.

## *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*

- Puska, P. M., Barrueco, M., Roussos, C., Hider, A., & Hogue, S. (2005). The participation of health professionals in a smoking-cessation programme positively influences the smoking cessation advice given to patients. *International Journal of Clinical Practice*, 59, 447-452.
- Rabius, V., McAlister, A. L., Geiger, A., Huang, P., & Todd, R. (2004). Telephone counselling increases cessation rates among young adult smokers. *Health Psychology*, 23, 539-541.
- Ratner, P. A., Johnson, J. L., Richardson, C. G., Bottorff, J. L., Moffat, B., Mackay, M. et al. (2004). Efficacy of a smoking-cessation intervention for elective-surgical patients. *Research in Nursing & Health*, 27, 148-161.
- Raw, M., McNeill, A., & West, R. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the healthcare system. *Thorax*, 53(Suppl. 5, Part 1), S1-S19.
- Raw, M., McNeill, A., & West, R. (1999). Smoking cessation : Evidence based recommendations for the healthcare system. *British Medical Journal*, 318, 182-185.
- Reid, R., Pipe, A., Higginson, L., Johnson, K., D'Angelo, M. S., Cooke, D. et al. (2003). Stepped care approach to smoking cessation in patients hospitalized for coronary artery disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23, 176-182.
- Rice, V. H. & Stead, L. F. (2005). Nursing interventions for smoking cessation. *The Cochrane Library*. (Oxford) (ID n° CD001188).
- Richmond, R. L. (1999). Physicians can make a difference with smokers : Evidence-based clinical approaches. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3(2),100-112.
- Rodriguez-Artalejo, F., Lafuente, U. P., Guallar-Castillon, P., Garteizurrekoa, D. P., Sainz, M. O., Diez Azcarate, J. I. et al. (2003). One year effectiveness of an individualised smoking cessation intervention at the workplace : A randomised controlled trial. *Occupational & Environmental Medicine*, 60, 358-363.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Colby, S. M., & Martin, R. A. (2002). Brief interventions for smoking cessation in alcoholic smokers. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 26, 1950-1951.
- Romand, R., Gourgou, S., & Sancho-Garnier, H. (2005). A randomized trial assessing the Five-Day Plan for smoking cessation. *Addiction*, 100, 1546-1554.
- Sauerbeck, L. R., Khoury, J. C., Woo, D., Kissela, B. M., Moomaw, C. J., & Broderick, J. P. (2005). Smoking cessation after stroke : education and its effect on behavior. *Journal of Neuroscience Nursing*, 2005 Dec; 37, 316-319.
- Scal, P., Hennrikus, D., Ehrlich, L., Ireland, M., & Borowsky, I. (2004). Preparing residents to counsel about smoking. *Clinical Pediatrics*, 43, 703-708.
- Schultz, ASH., Johnson, JL., & Bottorff, JL. (2006, déc.). Registered nurses' perspectives on tobacco reduction : Views from Western Canada. *Canadian Journal of Nursing Research*
- Schultz, ASH. (2003). Nursing and tobacco reduction : A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 40(6), 571-586.
- Schuermans, M. M., Diacon, A. H., Van, B., X, & Bolliger, C. T. (2004). Effect of pre-treatment with nicotine patch on withdrawal symptoms and abstinence rates in smokers subsequently quitting with the nicotine patch : A randomized controlled trial. *Addiction*, 99, 634-640.
- Shuster, G. (2005). 4 interaction dynamics occurred in telephone counselling for smoking cessation. *Evidence-Based Nursing*, 8, 31.
- Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D., & Fowler, G. (2003). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford : mise à jour du logiciel.
- Silagy, C. & Stead, L. F. (2003). Physician advice for smoking cessation. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford : mise à jour du logiciel.

## Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

- Simon, J. A., Carmody, T. P., Hudes, E. S., Snyder, E., & Murray, J. (2003). Intensive smoking cessation counselling versus minimal counselling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement : A randomized trial. *American Journal of Medicine*, 114, 555-562.
- Ministère de la Santé de Singapour. (2002). Smoking cessation. Singapour : Ministère de la Santé de Singapour.
- Singleton, J. K., Levin, R. F., Feldman, H. R., & Truglio-Londrigan, M. (2005). Evidence for smoking cessation : implications for gender-specific strategies. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2, 63-74.
- Smith, P. M., Cameron, R., McDonald, P. W., Kawash, B., Madill, C., & Brown, K. S. (2004). Telephone counselling for population-based smoking cessation. *American Journal of Health Behavior*, 28, 231-241.
- Snowball, R. (1999). Critical appraisal of clinical guidelines. In M. Dawes, P. Davies, A. Gray, J. Mant, K. Seers, & R. Snowball (Eds.), *Evidence-based practice : A primer for healthcare professionals* (pp. 127-131). Toronto, Ontario : Churchill-Livingstone.
- Sowden, A., Arblaster, L., & Stead, L. F. (2003). Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford : mise à jour du logiciel.
- Stead, L. F. & Lancaster, T. (1999). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford : mise à jour du logiciel.
- Stead, L. F., Lancaster, T., & Perera, R. (2005). Telephone counselling for smoking cessation. *The Cochrane Library*. (Oxford) (ID n° CD002850), ID
- Steptoe, A., Kerry, S., Rink, E., & Hilton, S. (2001). The impact of behavioral counselling on stage of change in fat intake, physical activity, and cigarette smoking in adults at increased risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 91, 265-269.
- Strecher, V. J., Marcus, A., Bishop, K., Fleisher, L., Stengle, W., Levinson, A. et al. (2005). A randomized controlled trial of multiple tailored messages for smoking cessation among callers to the cancer information service. *Journal of Health Communication*, 10, Suppl-18.
- Swan, G. E., Javitz, H. S., Jack, L. M., Curry, S. J., & McAfee, T. (2004). Heterogeneity in 12-month outcome among female and male smokers. *Addiction*, 99, 237-250.
- Surgeon General of the United States (2001). Women and smoking : A report of the Surgeon General – 2001. CDC – National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion [en ligne]. Disponible : <http://www.cdc.gov/tobacco/sgrpage.htm>
- Sutherland, G. (2002). Current approaches to the management of smoking cessation. *Drugs*, 62(Suppl. 2), 53-61.
- Tashkin, D. P., Kanner, R., Bailey, W., Buist, S., Anderson, P., Nides, M. A. et al. (2001). Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease : A double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet*, 357, 1571-1575.
- Thomson, C. C. & Rigotti, N. A. (2003). Hospital- and clinic-based smoking cessation interventions for smokers with cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 45, 459-479.
- Tompkins, N. O., Dino, A., Zedsky, L. K., Harman, M., & Shaler, G. (1999). A collaborative partnership to enhance school-based tobacco control policies in West Virginia. *American Journal of Preventive Medicine*, 16(3S), 29-34.
- Ussher, M., West, R., McEwen, A., Taylor, A., & Steptoe, A. (2003). Efficacy of exercise counselling as an aid for smoking cessation : A randomized controlled trial. *Addiction*, 98, 523-532.
- U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. (2000). Quick reference guide for clinicians : Treating tobacco use and dependence. Centers for Disease Control and Prevention [en ligne]. Disponible : [http://www.phppo.cdc.gov/c.../showarticle.asp?a\\_artid=1292+++&TopNum=50&CallPg=Adv](http://www.phppo.cdc.gov/c.../showarticle.asp?a_artid=1292+++&TopNum=50&CallPg=Adv)

## *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*

United States Preventive Services Task Force - Federal Government Agency, U.S. (1996). Counselling to prevent tobacco use. National Guideline Clearinghouse [en ligne]. Disponible : [www.guideline.gov/index.asp](http://www.guideline.gov/index.asp)

Wadland, W. C., Soffelmayr, B., & Ives, K. (2001). Enhancing smoking cessation of low-income smokers in managed care. *Journal of Family Practice*, 50, 138-144.

Wetter, D. W., Fiore, M. C., Gritz, E., Lando, H. A., Stitzer, M. L., Hasselblad, V. et al. (1998). The Agency for Healthcare Policy and Research smoking cessation clinical practice guideline. *American Psychological Association*, 53, 657-669.

Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioural counselling interventions : An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 267-284.

Wilson, D. M. (1999). Steps of smoking cessation : Steps of change. The example of a "closet smoker". *Patient Care Canada*, 10, 44-57.

Windsor, R. A., Woodby, L. L., Miller, T. M., Hardin, J. M., Crawford, M. A., & DiClemente, C. C. (2000). Effectiveness of Agency for Healthcare Policy and Research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in Medicaid maternity care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182 (Number 1, Part 1), 68-75.

Young, J. M. & Ward, J. E. (2001). Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice : Opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers. *Family Practice*, 18(1), 14-20.

Young, J. M. & Ward, J. (2002). Can distance learning improve smoking cessation advice in family practice? A randomized trial. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22, 84-93.

Zhu, S. H., Anderson, C. M., Tedeschi, G. J., Rosbrook, B., Johnson, C. E., Byrd, M. et al. (2002). Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *New England Journal of Medicine*, 347, 1087-1093.



## ***Annexe A : Stratégie de recherche des données probantes existantes***

La stratégie de recherche utilisée lors de la révision de cette Ligne directrice était axée sur deux domaines principaux. Le premier était le repérage de nouvelles lignes directrices publiées sur la cessation du tabagisme depuis la publication initiale de la Ligne directrice, en 2003. Le deuxième domaine était le repérage de nouveaux examens méthodiques, ainsi que de nouvelles études primaires publiées à ce sujet de 2003 à 2006.

### **ÉTAPE 1 – Recherche dans les bases de données**

Une recherche initiale dans les bases de données a été effectuée par un bibliothécaire médical pour trouver des données probantes existantes. Une recherche subséquente dans les bases de données MEDLINE, Embase et CINAHL pour trouver des articles publiés entre 2003 et 2006 a été effectuée à partir des termes et des mots-clés suivants : « lutte contre le tabagisme », « dépendance(s) au tabac », « rechute », « ligne(s) directrice(s) de pratique », « ligne(s) directrice(s) de pratique clinique », « normes », « protocole(s) d'accord », « consensus », « lignes directrices fondées sur des données probantes », « lignes directrices sur les pratiques exemplaires ». De plus, une recherche a été effectuée simultanément dans la base de données de la Cochrane Library pour trouver des examens méthodiques, en utilisant les termes de recherche susmentionnés.

### **ÉTAPE 2 – Recherche de sites Web**

En avril 2006, une personne a effectué une recherche dans une liste de sites Web dressée sur le sujet visé. Cette liste de sites, revue et actualisée en avril 2006, avait été compilée d'après les connaissances actuelles sur les sites Web sur la pratique fondée sur des données probantes, d'après des auteurs notoires de lignes directrices et d'après des recommandations obtenues dans la littérature spécialisée. La présence ou l'absence de lignes directrices et la date de consultation a été consignée pour chacun des sites consultés. Dans certains cas, le site Web ne contenait pas de ligne directrice mais indiquait l'adresse d'un autre site Web ou d'une autre source où une ligne directrice pouvait être obtenue. Les lignes directrices ont été téléchargées lorsque leur version complète était disponible. Elles ont été commandées par téléphone ou par courriel dans le cas contraire.

- Agency for Healthcare Research and Quality : <http://www.ahrq.gov>
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research – Health Technology Assessment : <http://www.ahfmr.ab.ca/hta>
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines : <http://www.albertadoctors.org/>
- Bandolier Journal : <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/>
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines : <http://www.hlth.gov.bc.ca/mssp/protoguides/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention : <http://www.cdc.gov/>
- Clinical Evidence : [www.clinicalevidence.com](http://www.clinicalevidence.com)
- CMA Infobase : Clinical Practice Guidelines : <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- Cochrane Database of Systematic Reviews : [www.thecochranelibrary.com](http://www.thecochranelibrary.com)
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) : <http://www.update-software.com/cochrane/>
- Evidence-based On-Call : <http://www.eboncall.org/>
- Guidelines Advisory Committee : <http://gacguidelines.ca/>
- Guidelines International Network : [www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net)

## La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : <http://www.cihi.ca>
- Institut de recherche en services de santé : [www.ices.on.ca](http://www.ices.on.ca)
- Institute for Clinical Systems Improvement : <http://www.icsi.org/index.asp>
- Joanna Briggs Institute : <http://www.joannabriggs.edu.au/>
- Medic8.com : <http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm>
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness : <http://www.mihsr.monash.org/cce/>
- National Electronic Library for Health : <http://www.nelh.nhs.uk/>
- National Guideline Clearinghouse : <http://www.guidelines.gov/>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) : <http://www.nice.org.uk/>
- New Zealand Guidelines Group : <http://www.nzgg.org.nz/>
- NHS Centre for Reviews and Dissemination : <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>
- NHS R & D Health Technology Assessment Programme : <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/htapubs.htm>
- NIH Consensus Development Program : <http://consensus.nih.gov/about/about.htm>
- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé : [http://www.euro.who.int/observatory/About/london/20041215\\_3?language=French](http://www.euro.who.int/observatory/About/london/20041215_3?language=French)
- Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé : <http://www.ccohta.ca/>
- PEDro : The Physiotherapy Evidence Database : <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>
- Periodic Task Force on Preventive Health Care : <http://www.ctfphc.org/>
- Queen's University at Kingston : <http://post.queensu.ca/~bhc/gim/cpgs.html>
- Réseau canadien de la santé : [www.canadian-health-network.ca](http://www.canadian-health-network.ca)
- Royal College of General Practitioners : <http://www.rcgp.org.uk/>
- Royal College of Nursing : <http://www.rcn.org.uk/index.php>
- Royal College of Physicians : <http://www.rcplondon.ac.uk/>
- Sarah Cole Hirsh Institute – Online Journal of Issues in Nursing : <http://fpb.cwru.edu/HirshInstitute/>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network : <http://www.sign.ac.uk/>
- SUMSearch : <http://sumsearch.uthscsa.edu/>
- The Qualitative Report : <http://www.nova.edu/ssss/QR/>
- TRIP Database : <http://www.tripdatabase.com/>
- U.S. Preventive Service Task Force : <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
- Université Laval – liste de sites Web d'information clinique : <http://132.203.128.28/medecine/>
- University of California, San Francisco : <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>
- Virginia Henderson International Nursing Library : [www.nursinglibrary.org](http://www.nursinglibrary.org)

### ÉTAPE 3 – Recherche à l'aide d'un moteur de recherche Web

Le moteur de recherche Google a été utilisé pour chercher des lignes directrices antérieures sur la cessation du tabagisme. Les mêmes mots-clés de recherche ont été utilisés. Une personne a réalisé cette recherche et pris en note les résultats, les sites Web examinés, la date et un sommaire des résultats. Les résultats de cette recherche ont ensuite été examinés par une deuxième personne pour déterminer les lignes directrices et les textes de littérature spécialisée qui n'avaient pas été obtenus antérieurement.

### ÉTAPE 3 – Recherche manuelle ou contributions du groupe d'expert

De plus, on a demandé aux panélistes de passer en revue leurs archives personnelles pour identifier des lignes directrices autres que celles trouvées par la stratégie de recherche ci-dessus. Aucune nouvelle ligne directrice sur les pratiques cliniques n'a pu être obtenue de cette façon.

## RÉSULTATS DES MÉTHODES DE RECHERCHE :

Les méthodes de recherche décrites ci-dessus ont permis d'obtenir 362 résumés sur la cessation du tabagisme. Ces résumés ont été triés par un adjoint de recherche pour y déceler tout dédoublement et appliquer les critères d'inclusion et d'exclusion. On a repéré en tout 83 résumés pour l'obtention d'articles et l'évaluation clinique.

De plus, quatre lignes directrices sur la pratique clinique publiées récemment ont été choisies pour examen et évaluation clinique par le groupe. L'instrument d'évaluation des recommandations cliniques (« Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation », 2001) a été utilisé à cette fin. Ces lignes directrices étaient les suivantes :

- Institute for Clinical Systems Improvement. (2000b). Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents. Bloomington, MN : Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).
- National Advisory Committee on Health and Disability (2002). Guidelines for smoking cessation (Revised 2002). Wellington (NZ) : National Advisory Committee on Health and Disability (National Health Committee).
- Ministère de la Santé de Singapour (2002). Smoking Cessation. Singapour : Ministère de la Santé de Singapour.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. National Institute for Health and Clinical Excellence.



## **Annexe B : Glossaire**

**Abstinence continue :** Une mesure d'abstinence du tabagisme qui consiste à voir si les sujets peuvent s'abstenir de fumer ou de consommer du tabac à partir du jour de l'arrêt jusqu'à un point temporel déterminé (par ex. : fin du traitement, 6 mois après le jour de l'arrêt).

**Acupuncture :** Traitement qui consiste en des piqûres avec des aiguilles en des points précis du corps pour promouvoir, dans le cas présent, l'abstinence du tabagisme.

**Bupropion HCl (Bupropion à libération prolongée) (Zyban<sup>MC</sup>) :** Médicament sans nicotine qui aide à lutter contre le tabagisme, initialement conçu et commercialisé comme un antidépresseur. Du point de vue de sa composition chimique, il n'a rien à voir avec les autres antidépresseurs connus, tels que les antidépresseurs tricycliques et tétracycliques, ni avec les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine. Son mécanisme d'action semble résider dans sa capacité d'inhiber le recaptage central de la dopamine et la norépinéphrine.

**Cessation du tabagisme :** La cessation du tabagisme est un processus par lequel une personne qui utilise des produits du tabac cesse de fumer et arrête d'utiliser ces produits pendant une période minimale de 24 heures.

**Clonidine :** Un antagoniste des récepteurs adrénergiques alpha-2 utilisé généralement comme antihypertenseur, mais également documenté dans cette ligne directrice comme étant un médicament efficace pour la lutte contre le tabagisme. La Food and Drug Administration des États-Unis (FDA) n'a pas approuvé la clonidine comme moyen de lutte contre le tabagisme.

**Conseils pratiques (résolution de problèmes/acquisition de nouvelles compétences) :** Correspond à un traitement du tabagisme où les fumeurs apprennent à identifier des événements ou des problèmes qui augmentent la probabilité de consommation de tabac et à prendre en charge ces événements ou ces problèmes. Par exemple, les personnes qui arrêtent de fumer peuvent apprendre à anticiper les événements stressants et à utiliser des habiletés d'adaptation, telles que la distraction ou la respiration profonde, afin de maîtriser la forte envie de fumer. Les interventions connexes et similaires comprennent l'acquisition d'habiletés d'adaptation, la prévention des rechutes et la gestion du stress.

**Conseil téléphonique spontané :** Traitement entrepris par un prestataire de soins de santé qui appelle le client et lui prodigue des conseils au téléphone.

**Cotinine :** La cotinine est le métabolite principal de la nicotine. Sa demi-vie est considérablement plus longue que celle de la nicotine. Cette caractéristique est souvent utilisée pour estimer le niveau de tabac ou de nicotine auto-administré par le client, avant la cessation, et pour confirmer les rapports d'abstinence signalés par le client durant la période de suivi. La cotinine peut être mesurée dans l'urine, la salive ou le sang.

**Dépendance :** Le DSM IV (American Psychiatric Association, 2000) la définit comme suit : accoutumance à une substance; symptômes de sevrage d'une substance; consommation d'une substance pendant de plus longues périodes de temps et dans des quantités plus importantes que prévu; le fait d'avoir un désir tenace ou d'avoir échoué dans certains efforts de diminution ou de contrôle de la consommation de la substance; le fait de consacrer beaucoup de temps à obtenir, à consommer ou à se rétablir des effets de cette substance tout en renonçant à d'importantes activités sociales, professionnelles ou récréatives en raison de la consommation de la substance; le fait de maintenir la consommation de la substance malgré la conscience d'un problème physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été provoqué ou exacerbé par la substance.

**Diazepam :** Un anxiolytique de la famille des benzodiazépines utilisé pour traiter l'anxiété.

**Écoute téléphonique :** Voir Service d'écoute téléphonique.

**Entretien de motivation :** Il s'agit d'une consultation dirigée axée sur le client visant à provoquer un changement de comportement en aidant le client à explorer et à résoudre son ambivalence. Comparativement aux consultations non dirigées, l'entretien de motivation est davantage axé sur un thème spécifique et orienté vers un but précis. La motivation vis-à-vis du changement est obtenue du client : elle n'est pas imposée par le fournisseur de soins, par l'entourage ou par une autre autorité.

**Fumée de tabac ambiante :** Appelée également « tabagisme passif » ou « exposition à la fumée expirée ». La fumée inhalée par un individu qui ne fume pas mais qui est exposé à la fumée du tabac présente dans l'air.

**Initiative personnelle :** Un contact personnel ou face à face entre un fournisseur de soins de santé et un client afin d'évaluer la consommation de tabac ou l'intervention de cessation.

**Hypnose (hypnothérapie) :** Un traitement où le fournisseur de soins de santé essaie de produire un état d'attention altéré et une suggestibilité accrue chez un fumeur afin de promouvoir l'abstinence du tabagisme.

**Interdisciplinaire :** Un processus dans lequel des professionnels de la santé de différentes disciplines, qui possèdent une expertise variée, offrent leur appui aux clients ou aux familles faisant partie du processus de traitement.

**Intervention approfondie :** Correspond aux interventions qui comportent un contact prolongé entre le fournisseur des soins de santé et le client (plus de 10 minutes par intervention).

**Intervention de cessation du tabagisme :** L'intervention en matière de lutte contre le tabagisme consiste à identifier le fumeur, à l'aider et à l'inciter à arrêter de fumer pour toujours.

**Interventions de type psychosocial :** Correspondent aux stratégies d'intervention conçues pour augmenter les taux d'abstinence du tabac grâce à des mécanismes de soutien psychologiques ou sociaux. Ces interventions englobent les stratégies de traitement telles que les conseils, l'initiative personnelle et la thérapie comportementale.

**Intervention minimale :** Correspond aux interventions qui comportent un contact bref entre le prestataire des soins de santé et le client (intervention de 1 à 3 minutes).

**Initiative personnelle :** Une stratégie d'intervention dans laquelle le client utilise un moyen physique non pharmacologique pour l'aider à s'abstenir du tabac. Les stratégies d'initiative personnelle comportent d'habitude peu de contact avec un prestataire des soins de santé, bien que certaines d'entre elles impliquent un contact amorcé par le client. Des exemples de types de matériel d'initiative personnelle incluent ce qui suit : des brochures, des livrets, des envois, des manuels, des vidéos, des bandes sonores, des recommandations concernant les programmes à 12 étapes, des interventions de groupes au niveau de la communauté, des listes des programmes communautaires, des services d'écoute téléphonique active, ainsi que des programmes d'ordinateur et des ressources sur Internet.

**Jour de l'arrêt :** Le jour d'une tentative de cesser de fumer durant lequel un client essaie de s'abstenir totalement de fumer. Correspond également à une intervention motivationnelle où un client s'engage à cesser de fumer à une date déterminée.

**Nicotine :** Elle est souvent utilisée pour estimer le niveau de tabac ou de nicotine auto-administré par le client avant la cessation et pour confirmer les rapports d'abstinence signalés par le client durant la période de suivi. La nicotine peut être mesurée dans l'urine, le sang et la salive.

**Nicotine transdermique :** Correspond à l'administration de la nicotine par diffusion par la peau. Souvent utilisée comme synonyme du « timbre à la nicotine ».

**Pharmacothérapie de première ligne pour traiter la tabacomanie :** Les pharmacothérapies de première ligne se sont montrées sans danger et efficaces pour traiter le tabagisme et elles ont été approuvées par la FDA en tant que telles. Les médicaments de première ligne ont une feuille de route empirique établie en matière d'efficacité et elles devraient être envisagées en premier lieu pour le traitement du tabagisme, sauf dans le cas d'indications contraires.

**Pharmacothérapie de deuxième ligne pour traiter du tabagisme :** Les médicaments de deuxième ligne sont des pharmacothérapies dont l'efficacité dans le traitement du tabagisme a été prouvée, mais ils jouent un rôle plus limité que les médicaments de première ligne. Les traitements de deuxième ligne devraient être envisagés selon le cas, après que les traitements de première ligne aient été utilisés ou envisagés.

**Prévalence ponctuelle :** Une mesure d'abstinence du tabac qui consiste à vérifier la fréquence de l'usage du tabac dans une période de temps précise (d'habitude : 7 jours) avant une évaluation de suivi.

**Relaxation/respiration :** Une stratégie d'intervention qui consiste à former le client aux techniques de relaxation. Les interventions impliquant la méditation et les exercices de respiration se classent dans cette catégorie. Il faut distinguer cette catégorie de celle de la résolution des problèmes, qui inclut une gamme plus vaste de stratégies de gestion ou de réduction du stress.

**Service d'écoute téléphonique :** Une ligne téléphonique réactive consacrée à l'intervention au téléphone en matière de lutte contre le tabagisme. Un traitement par service d'écoute téléphonique a lieu lorsqu'un numéro d'assistance téléphonique est fourni au client ou lorsqu'une recommandation relative à ce service est faite au client. La différence principale entre le service d'écoute téléphonique et les conseils téléphoniques spontanés est que, dans le premier cas, le client doit amorcer le contact avec le prestataire des soins de santé.

**Soutien informel :** Soutien et ressource offerts par les personnes associées à l'individu recevant les soins. Les personnes offrant un soutien informel peuvent comprendre la famille, les amis, les membres d'un groupe religieux et les voisins.

**Tabac sans fumée :** Tout genre de tabac cru, y compris les tabacs à chiquer et à priser.

**Tabagisme passif :** Voir « Fumée de tabac ambiante ».

**Traitement de substitution de la nicotine (TSN) :** Correspond à un médicament contenant de la nicotine qui aide à lutter contre le tabagisme. La gomme et le timbre à la nicotine sont actuellement approuvés au Canada.



## ***Annexe C : Les risques du tabagisme pour la santé***

### **Composantes toxiques des cigarettes**

L'exposition aux produits chimiques suivants se produit chaque fois qu'un produit du tabac brûle :

- Goudron
- Nicotine
- Monoxyde de carbone
- Formaldéhyde
- Acide cyanhydrique
- Benzène

Pour obtenir de plus amples détails au sujet des composantes toxiques des cigarettes, visitez la page Web de la Déclaration relative aux émissions toxiques de Santé Canada, à l'adresse :

[http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/legislation/label-etiquette/tox/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/legislation/label-etiquette/tox/index_f.html)

- Plus de 47 000 personnes meurent prématurément chaque année au Canada à cause de l'usage du tabac.
- La personne moyenne qui fume mourra environ huit ans plus tôt qu'une personne non fumeuse comparable.

### **L'usage du tabac augmente le risque de :**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Maladies cardiovasculaires                                    | 7. Affections rhumatismales             |
| 2. Cancers   | 8. Lésions rénales                      |
| 3. Maladies respiratoires  | 9. Diabète de type 2                    |
| 4. Effets indésirables pendant la grossesse et la petite enfance | 10. Affections cutanées                 |
| 5. Problèmes gastro-intestinaux                                  | 11. Cataractes                          |
| 6. Affections orthopédiques                                      | 12. Problèmes des dents et des gencives |

### **1. Maladie cardiovasculaire**

- Environ 30 p. cent des décès par maladie cardiaque sont attribuables au tabagisme.
- Le tabagisme représente environ trois quarts de tous les cas de maladie vasculaire périphérique. Le risque de maladie vasculaire périphérique peut être jusqu'à 16 fois plus élevé chez les personnes qui fument que chez celles qui ne fument pas. Presque toutes les personnes qui contractent la maladie de Léo Buerger sont des hommes fumeurs.
- Le tabagisme est une cause dominante de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral et de maladies des vaisseaux sanguins.
- Chaque année au Canada, plus de 17 600 décès par maladie cardiovasculaire sont attribuables au tabagisme.
- Chaque année au Canada, plus de 2 000 décès par suite d'accident vasculaire cérébral résultent du tabagisme.
- Beaucoup des décès en cause surviennent prématurément, avant l'âge de 70 ans.

- L'incidence de la coronaropathie est de deux à quatre fois plus élevée chez les fumeurs.
- Santé Canada estime qu'au moins 700 non-fumeurs meurent chaque année d'une maladie coronarienne causée par l'exposition à la fumée secondaire.
- Le tabagisme est un facteur de risque majeur pour les crises cardiaques et la mort subite par crise cardiaque.
- Le tabagisme exerce un effet synergique avec les autres facteurs de risque (hypercholestérolémie et hypertension artérielle) pour augmenter le risque de maladie coronarienne.
- Le tabagisme augmente le risque de récurrence chez les personnes ayant survécu à une crise cardiaque.
- Le tabagisme augmente le risque d'accident vasculaire cérébral davantage chez les femmes que chez les hommes.
- Le renoncement au tabac réduit sensiblement le risque de maladie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral.

## 2. Cancers

- Le tabagisme est responsable de plus de 21 000 décès par cancer (Société canadienne du cancer et coll., 2000) chaque année et compte pour presque 30 % des décès par cancer. Le risque de contracter le cancer augmente avec la durée du tabagisme, avec le nombre de cigarettes fumées par jour et avec le degré d'inhalation. Le risque de cancer du poumon diminue de manière importante après qu'on a cessé de fumer par comparaison à celui qui reste chez les personnes qui continuent à fumer.
- Le tabagisme cause le cancer du poumon, de la cavité buccale, du larynx, de l'œsophage, du pancréas, du rein et de la vessie,
- Des données objectives récentes relient le tabagisme au cancer du gros intestin et à certaines formes de leucémie. Le tabac cause 80 % à 85 % de tous les cancers du poumon et 30 % de tous les cancers.
- Le tabac sans fumée est une cause importante du cancer de la bouche.
- On estime que le tabagisme à la cigarette est responsable d'environ 30 % à 40 % des cancers de la vessie.
- Depuis 1993, le cancer du poumon a dépassé le cancer du sein comme principale cause de décès par cancer chez les femmes canadiennes.

## 3. Maladies respiratoires

- Chaque année, le tabagisme est responsable de plus de 8 000 décès au Canada pour cause de maladie respiratoire. La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) comprend la bronchite chronique, l'obstruction chronique des voies respiratoires, l'emphysème et les troubles connexes. Les personnes qui en sont atteintes souffrent souvent de longues périodes d'invalidité marquées par un essoufflement progressif et par une limitation des activités quotidiennes.
- Le tabagisme compte pour 80 % à 90 % de tous les décès par MPOC.
- Le tabagisme dépasse de loin tous les autres facteurs, y compris la pollution de l'air et les expositions professionnelles, comme cause des maladies en question.
- Le tabagisme déprime le système immunitaire et les autres mécanismes de défense de l'organisme.
- Les fumeurs sont exposés à un risque accru d'infections respiratoires par rapport aux non-fumeurs.
- Le tabagisme peut augmenter la susceptibilité au rhume simple.

#### 4. Effets indésirables pendant la grossesse et la petite enfance

- Saignement pendant la grossesse;
- Grossesse ectopique;
- Fausse couche;
- Accouchement prématuré;
- Mortinaissance;
- Anomalies placentaires.
  
- Risque accru d'allergies infantiles;
- Hypertension artérielle dans l'enfance;
- Probabilité accrue d'obésité;
- Petite taille dans l'enfance;
- Fonction pulmonaire médiocre;
- Probabilité accrue que l'enfant contracte l'asthme;
- Les femmes qui fument pendant la grossesse risquent des complications, y compris :
  - Poids faible du nouveau-né (moins de 2 500 grammes).
  - Les bébés reçoivent la nicotine et le monoxyde de carbone du sang de la mère.
  - Le tabagisme peut contribuer au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN).
  - La nicotine et les autres composantes chimiques de la fumée de cigarette passent dans le lait maternel des mères allaitantes qui fument ou qui sont exposées à la fumée de tabac ambiante (FTA).
  - Le tabagisme semble diminuer la quantité de lait maternel, ce qui, combiné aux effets sur la qualité du lait maternel, peut conduire à un sevrage précoce.

#### 5. Problèmes gastro-intestinaux

- L'ulcère gastroduodéal est plus susceptible de survenir chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.
- Lorsqu'ils sont présents, les ulcères guérissent moins facilement chez les fumeurs et sont susceptibles de récidiver.
- Le tabagisme augmente le risque de décès par ulcère.
- Le tabagisme est un facteur de risque pour la maladie chronique des intestins et la maladie de Crohn.

#### 6. Affections orthopédiques

- Ostéoporose
  - Le tabagisme augmente les chances de contracter l'ostéoporose et de subir une fracture. Il diminue l'absorption du calcium provenant des aliments.

#### 7. Affections rhumatismales

- Polyarthrite rhumatoïde.

#### 8. Lésions rénales

- Le tabagisme aggrave les lésions rénales chez les personnes qui ont des problèmes médicaux qui touchent les reins, comme le diabète ou l'hypertension artérielle.

## 9. Diabète de type 2

- Les personnes qui fument ont au moins 50 p. cent plus de chances que les non-fumeurs de contracter le diabète de type 2.
- Chez les diabétiques, ceux qui fument sont plus susceptibles de contracter des lésions rénales liées au diabète, des lésions nerveuses, des problèmes oculaires et des maladies du cœur.

## 10. Affections cutanées

- Les allergies de contact surviennent plus souvent chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

## 11. Cataractes

## 12. Problèmes des dents et des gencives

- Le tabagisme cause le cancer de la bouche.
- Les fumeurs sont plus susceptibles que les non-fumeurs de perdre leurs dents naturelles, que leurs dents qui restent soient cariées et d'avoir une perte importante du tissu gingival (maladie parodontale).

### Risques supplémentaires pour les hommes

- Dysfonction érectile
  - Les hommes qui fument courent environ deux fois plus de risques que les hommes qui ne fument pas de souffrir de dysfonction érectile et d'impuissance.
  - La fertilité peut être amoindrie chez les hommes fumeurs.

### Risques supplémentaires pour les femmes

- Le tabagisme constitue un risque pour le cancer du col de l'utérus.
  - La ménopause naturelle est prématurée sous l'influence du tabac.
  - Augmente le risque de troubles menstruels.
  - La fertilité peut être amoindrie chez les femmes qui fument.
- Le tabagisme et l'emploi simultané de contraceptifs oraux augmentent considérablement le risque d'accident vasculaire cérébral, de crise cardiaque et d'autres complications vasculaires.

## Risques de la fumée secondaire pour la santé

L'exposition à la fumée secondaire cause les maladies et affections suivantes :

Chez les adultes :

- maladie du cœur;
- cancer du poumon;
- cancer des sinus nasaux.

Chez les enfants :

- syndrome de mort subite du nourrisson;
- altération de la croissance du fœtus, y compris faible poids à la naissance et petitesse par rapport à l'âge gestationnel;
- bronchite, pneumonie et autres maladies des voies respiratoires inférieures;
- exacerbation de l'asthme;
- maladie de l'oreille moyenne;
- symptômes respiratoires.

L'exposition à la fumée secondaire a aussi été liée à d'autres effets indésirables sur la santé, même si les relations peuvent être causales. Parmi les effets en question, on compte :

### Chez les adultes :

- accident vasculaire cérébral;
- cancer du sein;
- cancer du col de l'utérus;
- fausses couches.

### Chez les enfants :

- effets fâcheux sur la cognition et le comportement;
- diminution de la fonction pulmonaire;
- induction de l'asthme;
- exacerbation de la fibrose kystique.

L'exposition à la fumée secondaire cause entre 1 100 et 7 800 décès par année au Canada, dont au moins un tiers en Ontario.

La fumée secondaire est plus dangereuse que la fumée inhalée directement. Elle est nocive même lorsqu'on ne peut la voir ou la sentir. Elle libère les mêmes produits chimiques que la fumée directement inhalée, mais en quantité encore plus grande.

## Références :

1. Anda, R.F., Williamson, D.F., Escobedo, L.G., Remington, P.L. (1990) Smoking and the risk of peptic ulcer disease among women in the United States. *Archives of Internal Medicine* 150, 1437-1441.
2. Ayanian, J.Z., Cleary, P.D. Perceived risks of heart disease and cancer among cigarette smokers. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281, 1019-1021.
3. Barry, J., Mead, K., Nabel, E.G., Rocco, M.B., Campbell, S., Fenton, T., Mudge, G.H. Jr. Effect of smoking on the activity of ischemic heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 1989, 261, 398-402.
4. Brodish, P.H. (1998). The irreversible health effects of cigarette smoking. American Council on Science and Health [en ligne]. Disponible au : <http://www.acsh.org/publications/booklets/iesmoke.pdf>\*
5. Burke, K.E. (1990) Facial wrinkles: prevention and nonsurgical correction. *Postgraduate Medicine*, 88, 207-228.
6. Société canadienne du cancer. (2003). Statistiques canadiennes sur le cancer. Société canadienne du cancer [en ligne]. Disponible au : [www.cancer.ca](http://www.cancer.ca)
7. Cole, C.W., Hill, G.B., Farzad, E., Bouchard, A., Moher, D., Rody, K., Shea, B. (1993) Cigarette smoking and peripheral arterial occlusive disease. *Surgery*, 114, 753-757
8. Santé Canada. (2003). Infofiches sur le tabac. Santé Canada [en ligne]. Disponible: [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/facts/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/facts/index.html)\*
9. Koh, J.S., Kang, H., Choi, S.W., Kim, H.O. (2002) Cigarette smoking associated with premature facial wrinkling: image analysis of facial skin replicas. *International Journal of Dermatology*, 41, 21-27.
10. McVary, M.T., Carrier, S., Wessels, H. (2001) Subcommittee on Smoking and Erectile Dysfunction Socioeconomic Committee, Sexual Medicine Society of North America. Smoking and erectile dysfunction: evidence based analysis. *Journal of Urology*, 166, 1624-1632.
11. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario - University of Toronto. (2001). Protection from second-hand tobacco smoke in Ontario - A review of the evidence regarding best practices. Programme de la Conférence nationale sur le tabagisme ou la santé [en ligne]. Disponible au : <http://www.ncth.ca>\*
12. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. (1995). Facts on Tobacco: Prevention, protection and cessation. Toronto, Ontario: Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario..
13. Salminen, E., Pukkala, E., Teppo, L. (1994) Bladder cancer and the risk of smoking-related cancers during followup. *Journal of Urology*, 152, 1420-1423.
14. Saraiya, M., Berg, C.J., Kendrick, J.S., Strauss, L.T., Atrash, H.K., Ahn, Y.W. Cigarette smoking as a risk factor for ectopic pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998, 178, 493-498.
15. Schabas, R.E. (1996). Tobacco: Sounding the alarm: Report of the Chief Medical Officer of Health, Ottawa: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
16. Schmitz, M.A., Finnegan, M., Natarajan, R., Champine, J. (1999) Effect of smoking on tibial shaft fracture healing. *Clinical Orthopedics*, 365, 184-200.
17. Organisation mondiale de la Santé. (1995). Le tabac, c'est plus cher qu'on croit. Journée mondiale sans tabac. Organisation mondiale de la Santé.

\* Au moment de la publication originale, les ressources suivantes ont été récupérées aux adresses Web mentionnées ci-dessus. Il se peut que ces liens ne soient plus actifs.

## Annexe D : Les avantages de la cessation du tabagisme

### En 20 minutes après la dernière cigarette :

- la tension artérielle peut revenir à la normale;
- le pouls retombe à un taux normal;
- la température des mains et des pieds augmente pour atteindre la normale.

### En 8 heures :

- la quantité de monoxyde de carbone dans le sang chute;
- le niveau d'oxygène dans le sang augmente.

### En 24 heures :

- On peut réduire le risque de crise cardiaque.

### En 48 heures :

- les terminaisons nerveuses peuvent reprendre leur croissance;
- les sens de l'odorat et du goût s'améliorent.

### En 72 heures :

- les tubes bronchiques se détendent; s'ils ne sont pas endommagés, la respiration est facilitée.
- La capacité pulmonaire augmente.

### En 2 semaines à 3 mois :

- la circulation s'améliore;
- la marche devient plus facile;
- la fonction pulmonaire peut augmenter jusqu'à 20 %.

### En 1 à 9 mois :

- la toux, la congestion des sinus, la fatigue, l'essoufflement peuvent diminuer d'une façon marquée sur un certain nombre de semaines;
- il est possible que les cils croissent à nouveau dans les poumons, ce qui augmente la capacité de traiter le mucus, ce qui nettoie les poumons et ce qui réduit l'infection.

### 1 an :

- Le risque de maladie cardiaque est réduit de moitié. Après 15 ans, le risque est semblable à celui d'une personne qui n'a jamais fumé.

### 2 ans :

- le risque de cancer du col de l'utérus s'amointrit par comparaison à celui de celles qui continuent à fumer;
- le risque de cancer de la vessie diminue de moitié par comparaison à celui de ceux qui continuent à fumer.

### 5 ans :

- le taux de décès par cancer du poumon pour le fumeur moyen (un paquet par jour) diminue de 137 par 100 000 à 72 par 100 000;
- de 5 à 15 ans après le renoncement au tabac, le risque d'accident vasculaire cérébral est réduit à celui d'une personne qui n'a jamais fumé.

### 10 ans et plus :

- les cellules précancéreuses sont remplacées;
- le risque d'autres cancers – comme le cancer de la bouche, du larynx, de l'œsophage, de la vessie, du rein et du pancréas – diminue;
- après un long renoncement au tabac, le risque de décès par maladie pulmonaire obstructive chronique est réduit par comparaison à celui d'une personne qui continue à fumer.

## *Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

Les périodes mentionnées doivent être considérées comme des mesures générales seulement et varieront naturellement d'une personne à l'autre; elles dépendent de la durée de l'habitude et de la quantité de cigarettes fumées.

Réimprimé avec autorisation. Direction générale de la santé publique et des soins de longue durée – Ville d'Ottawa (2006). Health Benefits of Quitting Smoking. Ottawa, Ontario: Direction générale de la santé publique et des soins de longue durée – Ville d'Ottawa.

Adapté de :

1. Summary of the Health Benefits of Smoking cessation: A report of the Surgeon General, (1990), CDC, U.S. Public Health Services.
2. American Cancer Society, New York Times.
3. Metropolitan Toronto Interagency Council on Smoking and Health.



## **Annexe E : Les étapes du modèle de changement**

### **Pré-envisagement**

- Ignorant qu'il peut changer ou non désireux de changer.
- N'envisage pas de cesser de fumer au cours des six prochains mois.

#### **Objectif :**

- Aider le client à commencer à penser sérieusement à arrêter.

#### **Ce qu'il faut faire :**

- POSER DES QUESTIONS au sujet des sentiments liés au fait de fumer.
- POSER DES QUESTIONS sur les avantages et les inconvénients du tabagisme.
- CONSEILLER en offrant des renseignements sur le renoncement au tabac et de l'assistance en tout temps.

### **Envisagement**

- Ambivalent, mais a pensé à arrêter au cours des six derniers mois.

#### **Objectif :**

- Aider le fumeur à se diriger vers une décision de cesser de fumer.
- Aide le client à se sentir plus en confiance.

#### **Ce qu'il faut faire :**

- DEMANDER les avantages et les inconvénients à la fois de continuer à fumer et de cesser de fumer.
- Équilibre décisionnel.
- Reconnaître les sentiments ambivalents.
- ASSISTER en renforçant les raisons du changement et en étudiant de nouvelles.
- Proposer de réduire ou de cesser pendant une journée.
- ASSISTER en offrant une visite future et des renseignements.

### **Préparation**

- Se préparer à cesser de fumer dans les 30 prochains jours.
- Établir une date fixe de renoncement au tabac.
- Avoir tenté d'arrêter pendant 24 heures au cours des douze derniers mois.

#### **Objectif :**

- Aider le fumeur à se préparer à une date de renoncement et à en envisager une positivement.

#### **Ce qu'il faut faire :**

- POSER des questions au sujet des préoccupations, des préparations et des leçons tirées des tentatives précédentes.
- CONSEILLER en identifiant les obstacles au renoncement et en suscitant les solutions.
- ASSISTER par Carnet, Plan d'action, Remplacement de la nicotine, Date de renoncement (CPRD).

### Action

- Patients qui ont cessé de fumer au cours des six derniers mois et qui appliquent activement des compétences en renoncement au tabac.

### Objectif :

- Aider le client à rester éloigné des produits du tabac et à se remettre des rechutes.

### Ce qu'il faut faire :

- DEMANDER au client comment vont les choses : rechutes, tentations, réussites, recours à une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN).
- CONSEILLER à propos de la prévention des rechutes, du gain de poids, des éléments déclencheurs.
- ASSISTER en insistant sur les réussites, en encourageant l'auto-récompense et en intensifiant l'appui, et trouver des solutions aux problèmes.

### Entretien

- Renoncer au tabac pendant plus de six mois.
- Intégrer une vie sans fumée dans la routine quotidienne.

### Objectif :

- Aider le client à rester sans fumée pour toute la vie.

### Ce qu'il faut faire :

- DEMANDER au client comment il fait : situations à risque, rechutes, etc.
- ASSISTER en offrant des suggestions pour les moments difficiles, du soutien, des encouragements.
- Féliciter!

### Le cycle de changement

- La plupart de fumeurs passeront de trois à quatre fois par le cycle avant de cesser de fumer pour la vie.
- Chaque tentative offre de nouvelles possibilités pour apprendre des compétences et des techniques nouvelles qui les aideront dans la prochaine tentative.

**Rechute :** un événement normal dans un processus de changement comportemental.

### Références :

1. Conseil canadien sur le tabagisme et la santé. (2003). *Guider vos patients vers un avenir sans tabac : un programme du Conseil canadien sur le tabagisme et la santé*. Ottawa, Ontario : Conseil canadien sur le tabagisme et la santé.
2. Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. Toward an integrative model of change. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
3. University of Toronto Department of Family & Community Medicine. (1998). Project CREATE: Smoking cessation module. (Vols. 3) Toronto, Ontario: Project CREATE.

## Annexe F : Déceler la réceptivité de votre client à cesser de fumer

Question : Avez-vous cessé de fumer la cigarette? Cocher une case :

Réponse	Étape
<input type="checkbox"/> Oui, depuis plus de six mois.	<input type="checkbox"/> Entretien
<input type="checkbox"/> Oui, mais depuis moins de six mois.	<input type="checkbox"/> Action
<input type="checkbox"/> Non, mais j'en ai l'intention au cours des 30 prochains jours et j'ai déjà essayé pendant au moins 24 heures au cours de l'année passée.	<input type="checkbox"/> Préparation
<input type="checkbox"/> Non, mais j'en ai l'intention dans les six prochains mois.	<input type="checkbox"/> Envisagement
<input type="checkbox"/> Non et je n'en ai pas l'intention dans les six prochains mois.	<input type="checkbox"/> Pré-envisagement

Réimprimé avec autorisation :

Centre de formation et de consultation (1995). *Info Pack: Understanding and using the stages of change*. Ottawa (Ontario) : Stratégie antitabac de l'Ontario.



## **Annexe G : Entrevue motivationnelle**

Adapté de la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario et de la ligne directrice de 2005 Prise en charge infirmière de l'hypertension artérielle de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario.

**L'entrevue motivationnelle** est un style de counselling focalisé, centré sur le client et axé sur les objectifs pour susciter un changement comportemental en aidant les clients à étudier et à résoudre l'ambivalence (Miller & Rollnick, 1991; Rollnick & Miller, 1995). Pour améliorer la motivation et le changement, l'entrevue motivationnelle, grâce à une évaluation du processus de changement, dirige systématiquement le client vers la motivation pour le changement; elle offre des conseils et des rétroactions là où c'est approprié, utilise sélectivement la réflexion énergétique pour renforcer certains processus, et cherche à susciter et à amplifier les incohérences du client quant à son comportement malsain. L'entrevue motivationnelle est facilitatrice plutôt que coercitive; elle cherche à exiger provisoirement au lieu de confronter directement. Les stratégies soutiennent le client dans le processus de changement en favorisant la réflexion par soi-même au lieu de susciter les disputes entre le praticien et le client (Botelho & Skinner, 1995).

En cherchant une méthode pour faciliter le changement comportemental chez les clients qui abusent de l'alcool et d'autres drogues, les psychologues William Miller et Stephen Rollnick ont élaboré l'entrevue motivationnelle. Le changement comportemental doit être négocié, et non pas dicté. Les praticiens de la santé ne motivent pas leurs clients, mais évaluent la motivation et appliquent les compétences et les stratégies appropriées pour s'occuper de la volonté de changer. Ce point est critique. Les clients varient quant à leur volonté de changer (p. ex., ils prennent des médicaments, ils font des changements de style de vie) et doivent être évalués pour déterminer la mesure dans laquelle ils sont prêts à faire ce qu'il faut pour intégrer le changement dans leur vie. Quelle importance donnent-ils aux changements? Sont-ils confiants de pouvoir les réaliser? Auront-ils besoin d'aide? En comprennent-ils les avantages? Quels obstacles perçoivent-ils? Comment les atténueront-ils? En évaluant le degré de volonté à changer, les infirmières peuvent choisir des compétences précises en communication et des stratégies appropriées pour faciliter le changement. C'est le cœur de l'entrevue motivationnelle (Berger, 2004 a, b). Le rôle de l'infirmière consiste à comprendre et à accepter, sans juger, les besoins et les préoccupations du client et à ne pas se montrer coercitive en cherchant à les convaincre d'abandonner ou d'adopter un comportement précis. Cette approche crée un climat favorable et soutenant pour le changement; ce sont les problèmes qu'on attaque et non pas les gens.

L'entrevue motivationnelle, conçue pour prendre de trois à cinq minutes par séance, est une approche psychosociale ou socio-comportementale des soins du client qui contraste avec l'approche biomédicale traditionnelle. Le modèle psychosocial est centré sur le client et repose sur la volonté de s'occuper d'une manière appropriée des besoins et des préoccupations du client. Autrement, on pourrait avoir à faire face à une non-adhésion. Demander au client s'il a des questions ou des préoccupations au sujet des maladies ou des traitements est une manière positive d'en évaluer la possibilité. Le modèle psychosocial considère aussi la rencontre entre le client et le prestataire de soins de santé comme une rencontre d'experts. L'infirmière ou les autres prestataires de soins de santé peuvent être experts dans la prise en charge des maladies, mais ce sont les clients qui sont experts quant à ce qui les concerne et quant à la manière dont ils seront touchés par les changements qu'on leur propose d'apporter dans leur vie. La décision de choisir des comportements sains ou malsains appartient au client, avec l'apport des prestataires de soins de santé.

## *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*

Ce sont les clients qui gèrent leur maladie, et non pas les infirmières. Toutefois, les infirmières peuvent créer un environnement favorable au changement en fournissant des soins, des renseignements suffisants et de la compréhension pour améliorer les chances que le client gère la maladie avec efficacité (Berger, 2004 a, b).

Le changement et la résistance au changement sont les deux faces opposées d'une même pièce. Le changement évoque souvent la résistance parce qu'il questionne intrinsèquement la motivation de la personne et sa capacité à faire ce qu'il faut. Si les avantages du changement l'emportent sur les inconvénients, les clients effectueront le changement. D'autre part, l'ambivalence tue le changement. Lorsque les gens sont ambivalents, ils ne font rien. Les avantages et les inconvénients du changement semblent identiques. Parmi quelques exemples de l'ambivalence, on compte : le fait que le client doute que le médicament fonctionnera réellement; le fait que le client ne sache pas clairement ce qu'il faut faire; le fait que le client doute d'avoir les compétences nécessaires. La résistance est une information qui donne des lumières sur ce que pense et ressent la personne : « J'ai besoin d'étudier cela et de voir si cela fonctionne pour moi ». Explorer et comprendre ce qui a été dit par le client, et non pas la persuasion ou la critique, constituent les clés pour gérer la résistance. Si les infirmières cherchent à entraîner les gens trop rapidement dans un changement comportemental, les gens vont s'enfoncer et résister. Une réponse appropriée à un client qui indique qu'il ne veut pas prendre un médicament serait : « Qu'est-ce qui vous dérange le plus au sujet du médicament? » De cette manière, le client peut expliquer son raisonnement et l'infirmière peut s'occuper de son appréhension avec précision.

L'entrevue motivationnelle crée de la dissonance chez l'interviewé. La dissonance ou incohérence entre deux comportements, attitudes, valeurs, etc. crée un inconfort qui peut être motivant en soi. Par exemple, si les attitudes d'une personne sont incohérentes avec ses comportements, il se produit une dissonance. La dissonance est inconfortable et la personne peut être motivée à étudier des manières d'atténuer le sentiment d'inconfort. L'esprit de l'entrevue motivationnelle est la collaboration, l'évocation et l'autonomie. Les professionnels de la santé qui recourent à cette approche veulent établir une relation avec le client dans laquelle ils peuvent collaborer à des objectifs mutuellement convenus. On pose des questions pour déterminer et comprendre la résistance ou l'ambivalence du client. C'est lui qui connaît les réponses et non pas le prestataire de soins de santé. De plus, les clients doivent faire des choix éclairés. Ce n'est pas suffisant de fournir simplement de l'information. Il faut évaluer que le client a compris l'information fournie, sait comment s'en servir et a un sentiment d'efficacité personnelle ou de confiance dans sa capacité de faire ce qu'il faut. Cette estimation comprend l'évaluation de la compréhension par le client de la maladie et du traitement.

### **Comment fonctionne l'entrevue motivationnelle?**

L'entrevue motivationnelle recourt au processus général qui consiste à susciter dans un premier temps, à fournir dans un deuxième temps et à susciter dans un troisième temps. L'infirmière suscite la fourniture d'information chez le client pour mieux comprendre qui il est et ce qu'il sait déjà au sujet de la maladie et des interventions de prise en charge. Ce travail est effectué pour faciliter par le client le mouvement vers le plan de traitement. Ensuite, l'infirmière suscite encore une fois la fourniture d'information pour vérifier les préoccupations et les questions résultant des nouveaux renseignements fournis.

L'entrevue motivationnelle recourt à cinq principes ou techniques de counselling pour évaluer et créer la motivation chez le client (Berger, 2004a,b; Miller & Rollnick, 1991; Smith, Heckemeyer, Kraft & Mason, 1997).

**1. Expression d'empathie** – L'empathie se définit comme « la capacité du prestataire de témoigner avec précision de ce que dit le client » (Moyers, 2000; p.155). L'empathie est l'identification objective avec l'état affectif d'un autre (et pas en fonction de sa propre expérience) – les infirmières s'identifient avec l'affect du client (émotions), et non pas avec son expérience. La réponse empathique, grâce à l'écoute active, aide à identifier et à comprendre la résistance et les raisons des comportements malsains (ou la non-adhésion). Par exemple, votre client fume et vous lui conseillez d'arrêter. Vous lui demandez ce qu'il aime dans le fait de fumer et il vous dit que fumer lui procure de la détente. Au lieu de créer une attitude défensive en lui demandant s'il peut songer à autre chose pour se relaxer, vous dites avec empathie : « ce serait difficile d'abandonner quelque chose qui était relaxant ». Il en résulte que le client vous voit comme un défenseur et se trouve mieux disposé à entendre ce que vous avez à dire.

**2. Éviter les disputes** – En évitant les disputes, le client est plus susceptible de voir le prestataire de soins de santé comme étant de son côté à lui. Il est important de noter que l'entrevue motivationnelle peut comporter une confrontation. Toutefois, l'interrogateur ne doit pas se montrer ergoteur ni faire de jugements de valeur. Par exemple, « Madame Jones, je vois que vous avez fait renouveler votre médicament à peu près tous les 40 jours, mais vous en recevez seulement une provision pour 30 jours. Pouvez-vous me dire ce qui est arrivé? » De plus, il convient de noter que les émotions que le client peut exprimer (p. ex. la peur ou l'inquiétude) ne sont pas discutables, mais réelles pour le client.

**3. Développer les incohérences (dissonance)** – On peut créer la dissonance de deux manières importantes. L'objectif est d'obtenir du client les aspects de sa vie qui sont importants, mais qui peuvent être compromis en raison du comportement à bannir. Par exemple, le client peut dire qu'il prend plaisir à aller dans les bars et à boire avec ses amis la plus grande partie du week-end et combien il déteste prendre des médicaments, en particulier ceux qui font qu'il ne se sent pas bien. Dans la phrase suivante, le client peut ajouter que depuis qu'on lui a diagnostiqué une hypertension artérielle, il s'inquiète beaucoup à l'idée de subir un accident vasculaire cérébral. Le prestataire de soins de santé doit comprendre ce qui est important pour le client eu égard aux objectifs à court terme et à long terme. Il faut demander au client les avantages et les inconvénients des changements nécessaires, puis écouter attentivement les incohérences qui donnent lieu à la création de la dissonance. Rappelez-vous, la dissonance est motivante. On développe les incohérences en répétant les avantages et les inconvénients tels que les a exprimés le client. Puis, on demande au client de discuter de ses objectifs par rapport au traitement.

**4. Composer avec la résistance** – Il faut feindre d'ignorer les éléments antagonistes des remarques du client afin de se concentrer sur les questions sous-jacentes importantes. Par exemple, le client vous dit : « Écoutez, je n'ai encore jamais de problème réel avec le tabagisme jusqu'à maintenant, alors je ne m'en inquiète pas. » Au lieu de rejeter sa remarque en disant : « Si vous continuez à fumer, je peux vous assurer que vous en subirez d'importantes conséquences », le prestataire des soins de santé peut composer avec la résistance exprimée en disant : « J'espère que votre santé continuera dans cette voie. J'aimerais que vous envisagiez qu'on examine vos poumons, parce que les premiers stades du cancer du poumon peuvent ne présenter aucun symptôme. Vous pourrez ainsi prendre une meilleure décision quant à savoir si vous voulez cesser de fumer. Je m'inquiète du fait que votre habitude de fumer puisse aggraver votre maladie cardiaque dans l'avenir. Mais la décision de fumer ou d'écraser vous appartient. » N'opposez pas la confrontation à la résistance, essayez plutôt d'utiliser la réflexion pour créer une dissonance. Cette approche permet au client d'entendre l'information sans être réprimandé. En définitive, la décision lui revient.

**5. Soutenir l'efficacité personnelle** – La croyance d'une personne dans la possibilité du changement (Bandura, 1977; 1982) est un facteur de motivation important. Les clients, en fonction des capacités, des ressources et des forces qu'ils possèdent, ont besoin d'être encouragés par le prestataire de soins de santé. Des questions comme : « Qu'est-ce qui a fonctionné auparavant? » ou « D'après vous, qu'est-ce qui vous a aidé à réussir la fois précédente? » fournissent des renseignements valables au sujet des forces d'un client. Examinez les succès passés (ou les échecs) et offrez un soutien véritable pour les réussites. Il est important de remarquer non seulement les changements comportementaux réels, mais aussi envisagés, qui sont exprimés d'une manière positive. Le client doit être capable d'imaginer que le succès est possible avant d'essayer véritablement de changer.

**Lorsqu'on utilise l'entrevue motivationnelle, il y a cinq compétences générales auxquelles il faut recourir.**

**1. Poser des questions ouvertes.** Poser les questions de telle sorte que le client soit incité à répondre par un développement. Exemples : « Quelles préoccupations avez-vous au sujet de votre santé? » ou « Qu'est-ce que vous aimez dans le fait de fumer? » ou « Quelles raisons pourriez-vous avoir de ne pas cesser de fumer? » ou « Parlez-moi des difficultés que vous rencontrez lorsque vous essayez de faire renouveler vos ordonnances? » Miller et Rollnick (1991) recommandent de ne pas poser plus de trois questions consécutives. Le fait de poser des questions ouvertes ouvre la voie à une écoute avec reformulation, aux affirmations et à l'évaluation sommative.

**2. Écoute avec reformulation.** En tant que compétence fondamentale en entrevue motivationnelle, l'écoute avec reformulation est utile pour faire face à la résistance. Les reformulations peuvent aller du simple : « Vous vous sentez triste. » au complexe : « Il semble que vous vous inquiétez de ce que toutes vos années de tabagisme ont fait à votre santé générale. » Les reformulations, qu'elles soient simples, amplifiées ou à deux volets, disent au client que vous avez entendu ce qu'il vous dit et l'encourage à explorer ses émotions. La reformulation simple reconnaît les pensées du client, ses émotions et ses positions d'une manière neutre.

**3. Affirmations.** Soutenir ce que le client dit doit arriver fréquemment pendant la conversation. Louanger ou complimenter et explorer les réussites aident à entretenir la relation thérapeutique.

**4. Sommaire et recadrage.** Le recadrage a pour effet de regrouper les informations de sorte que le client puisse y réfléchir. En recadrant, vous dites au client que vous avez bien écouté et que vous êtes disposé à explorer la situation d'une manière approfondie.

Le sommaire lie les principaux points de l'entrevue, tant passés que présents. L'ambivalence est claire et la réflexion à la fin encourage le client à s'occuper de cette ambivalence, par exemple, soit continuer à lutter pour faire exécuter les ordonnances, soit demander à quelqu'un de l'aider.

**5. Affirmations d'auto-motivation.** Les clients doivent être responsables du changement et motivés à reconnaître l'ambivalence lorsque le changement est envisagé et à préparer la voie au dialogue. Le client discute des avantages et des inconvénients liés au changement comportemental et le prestataire des soins de santé obtient des lumières sur les émotions et les valeurs du client en écoutant la discussion.

**6. Rétroaction personnalisée.** Elle peut être effectuée en tête-à-tête ou en recourant à des outils normalisés, par exemple, un tableau montrant la modification de la tension artérielle par rapport aux niveaux ciblés lorsque le client adhère aux objectifs qui ont été fixés à une visite précédente. La rétroaction ne doit pas être fondée sur la confrontation avec le client. À la place, ce sont les données qui vont donner lieu à la confrontation si le client ne s'est pas montré coopératif.

### Références :

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Berger, B.A. (2004a). Assessing and interviewing patients for meaningful behavior change. Part 1. *The Case Manager*, 15(5), 46-50.

Berger, B.A. (2004b). Assessing and interviewing patients for meaningful behavior change. Part 2. *The Case Manager*, 15(5), 58-62.

Botelho, R.J. & Skinner, H. (1995). Motivating change in health behavior. Implications for health promotion and disease prevention. *Primary Care*, 22(4), 565-589.

Fondation des maladies du cœur de l'Ontario et Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2005). *Prise en charge infirmière de l'hypertension*. Toronto, Canada : Fondation des maladies du cœur et Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario.

Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.

Rollnick, S. & Miller, W. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.

Smith, D., Heckemeyer, C., Kratt, P., & Mason, D. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioural weight control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care*, 20, 52-54.



## Annexe H : Protocole « Demander, conseiller, aider et organiser le suivi »

### DEMANDER

« Avez-vous utilisé une forme quelconque de tabac au cours des six derniers mois? »

Fumez-vous (même une bouffée à l'occasion) ou utilisez-vous des produits du tabac quelconques?  
(cigarettes, pipe, cigares, chique, bidis)

Oui  Non

Non-fumeur  Fumeur  Ex-fumeur (plus de six mois)  Date de renoncement \_\_\_\_\_  
Avez-vous jamais envisagé d'arrêter?

### CONSEILLER

« En tant qu'infirmière, le conseil le plus important que je puisse vous donner est d'arrêter. »

### ASSISTER

Offrir de l'aide pour une tentative d'arrêter

#### Intervention minimale

Une à trois minutes

Fournir des renseignements de base au sujet du tabagisme et de la manière de réussir à y renoncer.

- Renvoi aux ressources communautaires.
- Pharmacothérapie, p. ex. TRN (pour les patients hospitalisés, ce devrait être une norme de soins)
- Matériel d'auto-assistance.
- Renvoi à un autre prestataire de soins de santé.
- Ligne d'aide des fumeurs (1-877-513-5333).

#### Intervention intensive

Personnaliser l'usage du tabac par rapport à la santé ou la maladie actuelle, à la volonté d'arrêter et aux répercussions de l'usage du tabac sur les autres personnes du foyer (coûts sociaux et économiques).

Discuter des stratégies pour arrêter et des options de traitement – vérifier les préférences du client.

- Déterminer et discuter de l'étape du changement.
- Raisons de fumer (test du POURQUOI).
- Dépendance à la nicotine (test de Fagerstrom).
- Offrir des renseignements sur les options pharmacothérapeutiques.
- Fixer une date de renoncement.
- Examiner les antécédents de renoncement.
- Examiner les difficultés et les déclencheurs potentiels.
- Encourager le soutien de la famille et des amis.

### ARRANGER

le suivi

ou renvoyer le client à un programme d'abandon du tabac

Soutenir le recours au counselling téléphonique ou aux programmes communautaires  
ou aux programmes de santé publique.

## Références :

Fiore, M. C. (1997). AHCPR smoking cessation guideline: A fundamental review. *Tobacco Control*, 6 (Suppl. 1), S4-S8.

National Health Committee. (1999a). Guidelines for smoking cessation: Literature review and background information. New Zealand Guidelines Group [en ligne]. Disponible au : <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>\*

National Health Committee. (1999b). Guidelines for smoking cessation: Quit Now. New Zealand Guidelines Group [en ligne]. Disponible au : <http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>\*

U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. (2000). Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence. Office of the Surgeon General [en ligne].

Disponible au : [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf)\*

\* Au moment de la publication originale, les ressources suivantes ont été récupérées aux adresses Web mentionnées ci-dessus. Il se peut que ces liens ne soient plus actifs.



## Annexe I – Test du POURQUOI

À côté des phrases suivantes, marquez le chiffre qui décrit le mieux votre propre expérience.

1 = Jamais    2 = Rarement    3 = À l'occasion    4 = La plupart du temps    5 = Toujours

- A. Je fume pour m'empêcher de ralentir.
- B. Tenir une cigarette fait partie du plaisir de la fumer.
- C. Fumer est plaisant et relaxant.
- D. J'allume une cigarette lorsque je me sens en colère contre quelque chose.
- E. Lorsque je manque de cigarettes, c'est une vraie torture jusqu'à ce que je puisse en avoir.
- F. Je fume automatiquement, sans même en être conscient.
- G. Je fume lorsque d'autres personnes fument autour de moi.
- H. Je fume pour me ragaillardir.
- I. Se préparer à allumer une cigarette fait partie du plaisir de fumer.
- J. J'ai du plaisir à fumer.
- K. Lorsque je me sens mal à l'aise ou contrarié, j'allume une cigarette.
- L. J'en suis bien conscient lorsque je ne fume pas de cigarette.
- M. J'allume souvent une cigarette pendant qu'une autre brûle dans le cendrier.
- N. Je fume des cigarettes avec les amis lorsque je m'amuse bien.
- O. Lorsque je fume, une partie de mon plaisir consiste à regarder la fumée que j'exhale.
- P. Je veux une cigarette le plus souvent lorsque je suis à l'aise et relaxé.
- Q. Je fume lorsque je suis mélancolique et que je veux cesser de penser à ce qui me dérange.
- R. J'ai une envie impérieuse de fumer lorsqu'il y a longtemps que je n'ai pas fumé.
- S. Il m'est arrivé d'avoir une cigarette dans la bouche et de ne pas me souvenir qu'elle y était.
- T. Je fume toujours lorsque je sors avec des amis à un party, dans un bar, etc.
- U. Je fume pour me remonter le moral.

## FEUILLE DE POINTAGE

Écrivez le chiffre que vous avez placé à côté de chaque lettre dans le test POURQUOI à côté de la même lettre de la feuille de pointage. Par exemple, si vous avez marqué « 3 » à côté de la question C dans le test, mettez un « 3 » à côté de la lettre C dans la feuille de pointage. Puis, ajoutez les chiffres pour obtenir les totaux pour chaque catégorie.

A \_\_\_ H \_\_\_ U \_\_\_

Total pour la stimulation \_\_\_

### « FUMER ME STIMULE »

Si le score est élevé, vous avez l'impression que fumer vous donne de l'énergie, vous donne une erre d'aller. Alors, pensez à des solutions de rechange qui vous donnent de l'énergie, comme se laver le visage, marcher d'un bon pas et faire du jogging.

B \_\_\_ I \_\_\_ O \_\_\_

Total pour tenir quelque chose \_\_\_

### « JE VEUX QUELQUE CHOSE DANS LA MAIN »

Il y a beaucoup de choses que vous pouvez faire avec les doigts sans avoir à allumer. Essayer de jouer avec un crayon, de tricoter ou procurez-vous une fausse cigarette avec laquelle jouer.

C \_\_\_ J \_\_\_ P \_\_\_

Total pour le plaisir et la relaxation \_\_\_

### « C'EST PLAISANT »

Un score élevé signifie que vous tirez beaucoup de plaisir physique à fumer. Plusieurs formes d'exercices peuvent être des solutions de rechange efficaces. Les gens de cette catégorie peuvent s'aider en se servant de bâtonnets de gomme à la nicotine ou d'un timbre transdermique à la nicotine, si c'est médicament indiqué.

D \_\_\_ K \_\_\_ Q \_\_\_

Total pour tension / béquille \_\_\_

### « C'EST UNE BÉQUILLE »

Trouver que la cigarette peut être réconfortante dans les moments de tension ou de stress peut rendre difficile le renoncement au tabac, mais il existe beaucoup de meilleures manières de composer avec le stress. Apprenez à utiliser la respiration relaxante ou une autre technique de relaxation profonde à la place. Les gens de cette catégorie peuvent s'aider en se servant de bâtonnets de gomme à la nicotine ou d'un timbre transdermique à la nicotine, si c'est médicament indiqué.

E \_\_\_ L \_\_\_ R \_\_\_

Total pour état  
de manque et assuétude \_\_\_

### « JE SUIS ACCROC »

En plus d'avoir une dépendance psychologique à la cigarette, il se peut que vous soyez aussi physiquement accroché à la nicotine. C'est une toxicomanie difficile à stopper, mais on peut y réussir. Les gens de cette catégorie sont les plus susceptibles de bénéficier des bâtonnets de gomme à la nicotine ou d'un timbre transdermique à la nicotine, si c'est médicalement indiqué.

F \_\_\_ M \_\_\_ S \_\_\_

Total pour l'habitude \_\_\_

### « FUMER FAIT PARTIE DE MA ROUTINE »

Si les cigarettes font simplement partie de votre routine, une clé pour réussir est de vous rendre conscient de chaque cigarette que vous fumez. Tenez un journal ou consignez par écrit chaque cigarette que vous fumez à l'intérieur de votre paquet de cigarettes est une bonne manière d'y arriver.

G \_\_\_ N \_\_\_ T \_\_\_

Total pour fumeur mondain \_\_\_

### « JE SUIS UN FUMEUR MONDAIN »

Vous fumez dans des situations sociales, lorsque les gens autour de vous fument ou lorsqu'on vous offre des cigarettes. Il est important pour vous de rappeler aux autres que vous êtes un non-fumeur. Il se peut que vous vouliez changer vos habitudes sociales pour éviter les « déclencheurs » qui peuvent vous inciter à recommencer à fumer.

Source : Santé Canada. (1997). Helping Pregnant and Postpartum Women and their Families to Quit or Reduce Smoking.

## Annexe J : Test Fagerstrom pour l'évaluation de la dépendance à la nicotine (version révisée)

Le test qui suit est conçu pour vous aider à déterminer la force de votre dépendance à la nicotine. Encerchez le score approprié pour chaque question. Calculez le total des points pour arriver à votre score. Le score le plus élevé possible est de 10.

Combien de temps après vous être levé fumez-vous votre première cigarette?	En cinq minutes .....3 points De 5 à 30 minutes .....2 points De 30 à 60 minutes .....1 point Après 60 minutes .....0 point
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit comme à l'église, à l'école, au cinéma, dans l'autobus, au tribunal ou à l'hôpital?	Oui .....1 point Non .....0 point
Quelle cigarette détesteriez-vous le plus avoir à abandonner?	La première le matin .....1 point Une autre que celle-là .....0 point
Combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?	10 ou moins .....0 point 11 à 20 .....1 point 21 à 30 .....2 points 31 ou plus .....3 points
Fumez-vous plus dans les premières heures suivant le lever que dans le reste de la journée?	Oui .....1 point Non .....0 point
Fumez-vous quand même, même lorsque vous êtes si malade que vous devez garder le lit la plus grande partie de la journée, même si vous avez la grippe ou même si vous avez une toux sérieuse?	Oui .....1 point Non .....0 point
Total .....	__points

### Interprétation du score

- Entre 7 et 10 Vous êtes fortement dépendant de la nicotine et vous pourriez bénéficier d'un programme d'abandon du tabac fondé sur un traitement pour la dépendance à la nicotine. Commencez par un timbre de 21 mg ou par une gomme de 4 mg.
- Entre 4 et 6 Vous avez une dépendance à la nicotine allant de légère à modérée, mais ce fait n'exclut pas un programme d'abandon du tabac fondé sur un traitement pour la dépendance à la nicotine. Commencez par un timbre de 14 mg ou par une gomme de 2 mg.
- Moins de 4 Vous avez une dépendance légère à modérée à la nicotine, mais vous n'avez probablement pas besoin d'une thérapie de remplacement de la nicotine.

Réimprimé avec l'autorisation du Dr Karl Fagerstrom.

## ***Annexe K : Intervention infirmière intensive***

### **Conseils pour le client**

- Préparez-vous un plan à l'avance pour composer avec les situations stressantes.
- Choisissez une journée pour arrêter qui sera relativement exempte de stress et tenez-vous-en à cette journée.
- Pensez positivement – vous pouvez y parvenir – et concentrez-vous sur les avantages qu'il y a à ne pas fumer.
- Prenez les choses un jour à la fois.
- Félicitez-vous fréquemment.
- Demandez à un ami d'arrêter en même temps que vous et soutenez-vous mutuellement.
- Rappelez-vous que l'emploi d'une TRN double les chances de réussir et amoindrit les symptômes de sevrage.
- Éviter d'aller dans des endroits où vous aviez l'habitude de fumer (lorsque vous arrêtez pour la première fois).
- Tenez-vous occupé et essayez d'augmenter votre degré d'activité physique.
- Comptez ou épargnez l'argent que vous auriez dépensé en cigarettes et offrez-vous quelque chose de spécial.
- Abstenez-vous de fumer ne serait-ce qu'une cigarette; vous reviendriez alors à la case départ.

Réimprimé avec autorisation.

Royal College of Nursing. (2002). Clearing the air: A nurses guide to smoking and tobacco control. London, England: The Royal College of Nursing.



## Annexe L : Comparaison entre médicaments de première intention pour cesser de fumer

Aide pour cesser de fumer	Mode d'emploi	Durée de la prise	Effets indésirables possibles
<p><b>Gomme à la nicotine</b> (Nicorette®) offerte en vente libre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gomme « bite &amp; park »</li> <li>• 1 bâtonnet de gomme toutes les une à deux heures</li> <li>• 2 mg, si vous êtes un fumeur léger (20 cigarettes par jour)</li> <li>• 4 mg, si vous êtes un grand fumeur (&gt; 20 cigarettes par jour)</li> <li>• cesser de fumer avant de commencer à en prendre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De plusieurs semaines à plusieurs mois ou plus longtemps en cas de nécessité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brûlure dans la gorge</li> <li>• Hoquet si on la mâche trop rapidement</li> <li>• Problèmes dentaires</li> </ul>
<p><b>Timbre à la nicotine</b> (Habitrol®, Nicoderm®) offert en vente libre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous êtes un fumeur léger (20 cigarettes par jour), commencez par un timbre de 14 mg ou de 7 mg.</li> <li>• Si vous êtes un grand fumeur (&gt; 20 cigarettes par jour) commencez par un timbre de 21 mg pendant 4 à 8 semaines. Discuter de la diminution des doses avec votre médecin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 8 à 12 semaines ou plus longtemps en cas de nécessité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaction cutanée locale.</li> <li>• Sommeil perturbé, cauchemars.</li> </ul>
<p><b>Inhalateur de nicotine</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il se compose d'un embout buccal et d'une cartouche contenant de la nicotine. L'inhalation se fait par la bouche et est maintenue de sorte que la nicotine soit absorbée par la muqueuse buccale. La plupart des utilisateurs ont besoin de 2 à 10 bouffées par envie impérieuse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 6 à 12 cartouches par jour pendant à peu près trois mois sont recommandées par le fabricant, même si beaucoup peuvent en avoir bien moins besoin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brûlure de la gorge, toux, étouffements et hoquet.</li> </ul>
<p><b>Bupropion</b> (Zyban®) offert seulement sur ordonnance</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 150 mg une fois par jour (en matinée) pendant trois jours, puis deux fois par jour (matin et soir), avec au moins huit heures entre les doses)</li> <li>• commencez de 7 à 14 jours avant la date d'arrêt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 7 à 12 semaines ou plus longtemps en cas de nécessité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécheresse de la bouche</li> <li>• Insomnie</li> </ul>

## Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers

Précautions	Abstention	Avantages
<ul style="list-style-type: none"> <li>Grossesse et allaitement*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifiez auprès du médecin si vous êtes enceinte ou si vous allaitez* ou si vous avez été atteint d'une affection instable (p. ex., maladie du cœur instable au cours des deux dernières semaines).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vous pouvez contrôler le moment et la quantité de la nicotine que vous prenez.</li> <li>Satisfaction des envies impérieuses.</li> <li>Retardement du gain de poids pendant l'utilisation.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Grossesse et allaitement*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifiez auprès du médecin si vous êtes enceinte ou si vous allaitez* ou si vous avez été atteint d'une affection instable (p. ex., maladie du cœur instable au cours des deux dernières semaines)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vous devez l'appliquer seulement une fois par jour.</li> <li>Vous pouvez contrôler les envies impérieuses pendant 24 heures.</li> <li>Retardement du gain de poids pendant l'utilisation.</li> <li>Retirez le timbre la nuit en cas de perturbation du sommeil.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Évitez les boissons acides comme le café, les boissons gazeuses ou les jus pendant 15 minutes avant et après l'utilisation de l'inhalateur, parce que la nicotine serait absorbée dans l'estomac plutôt que par la bouche et par la gorge.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Le produit libère moins de nicotine par bouffée qu'une cigarette et n'expose pas l'utilisateur aux toxines, comme le goudron et le monoxyde de carbone. Il répond au besoin d'un mouvement de la main à la bouche, traitant ainsi la dépendance comportementale du tabagisme, de même que la dépendance physique.</li> </ul>
<p>Si vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>buvez &gt; 4 verres d'alcool par jour</li> <li>prenez du millepertuis</li> <li>prenez des médicaments qui abaissent le seuil convulsif</li> <li>si vous êtes enceinte ou si vous allaitez.</li> </ul>	<p>Si vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>êtes enceinte ou allaitez*</li> <li>si vous avez un trouble convulsif</li> <li>si vous avez un trouble alimentaire</li> <li>prenez des inhibiteurs de la monoamine oxydase</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bon marché</li> <li>Amélioration de la dépression</li> <li>Gain de poids minimal pendant l'utilisation</li> </ul>

## *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*

Nicorette® (polacrilex de nicotine); marque déposée d'Aventis Pharma Inc.

Habitrol® (nicotine) : marque déposée de Novartis Consumer Health Canada Inc.

Nicoderm® (nicotine) : marque déposée d'Aventis Pharma Inc.

Zyban® (chlorhydrate de bupropion) : marque déposée de Glaxo Wellcome Inc.

\* Beaucoup de médecins croient qu'utiliser de la gomme ou des timbres à la nicotine est préférable au fait de fumer pendant la grossesse, parce qu'en cessant de fumer, vous évitez d'inhaler les milliers de produits chimiques toxiques de la fumée de cigarette. Toutefois, il n'existe pas assez de données objectives pour montrer que l'usage d'une gomme ou d'un timbre à la nicotine est plus sécuritaire que fumer pendant la grossesse.

Si vous êtes enceinte ou si vous allaitez, vérifiez toujours auprès de votre médecin avant d'utiliser de la gomme ou des timbres à la nicotine.

N.B. D'autres produits peuvent être offerts.

Réimprimé avec autorisation.

Département de la médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. (2000). Smoking cessation guidelines: How to treat your patient's tobacco addiction. Toronto, Ontario. Pegasus Healthcare International.



## ***Annexe M : Stratégies pour éviter les rechutes***

- Encourager le client à déterminer les situations tentantes et à élaborer un plan précis pour y faire face (p. ex., consigner par écrit trois stratégies et porter cette liste sur soi en tout temps).
- Recadrer une rechute (faible) comme une occasion d'apprentissage, et non pas comme un échec.
- Recommander au client :
  - d'apprendre des techniques de gestion du stress et de relaxation;
  - d'apprendre à équilibrer son style de vie de sorte que les pressions et les déclencheurs ne soient pas accablants.

Facteurs courants associés aux rechutes :

- Usage d'alcool
- Humeur négative ou dépression
- Dialogue interne négatif
- Présence d'autres fumeurs dans le foyer
- Symptômes de sevrage prolongés
- Exposition à des situations à risque élevé, comme les situations sociales, les querelles et d'autres sources de stress
- Restrictions alimentaires
- Manque de soutien pour arrêter
- Problèmes avec la pharmacothérapie comme le sous-dosage, les effets indésirables, l'observance ou l'interruption prématurée du traitement
- Abus de drogues à usage récréatif

Réimprimé avec autorisation :

Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. (2000). Smoking cessation guidelines: How to treat your patient's tobacco addiction. Toronto, Ontario. Pegasus Healthcare International.

## Annexe N : Liste de ressources disponibles pour cesser de fumer

### ■ Société canadienne du cancer

Bureau national, pièce 200  
10, avenue Alcorn  
Toronto (Ontario) M4V 3B1 [www.cancer.ca](http://www.cancer.ca)  
Courriel : [tobacco@cancer.ca](mailto:tobacco@cancer.ca)  
Numéro sans frais : 1-888-939-3333

La Société offre des brochures et des ressources d'auto-assistance pour les fumeurs, comme les brochures « Pour les fumeurs qui veulent cesser de fumer » et « Pour les fumeurs qui ne veulent pas cesser de fumer », en anglais, en français et en chinois.

Ontario Smoker's Helpline :  
1-877-513-5333 [www.smokershelpline.ca](http://www.smokershelpline.ca)

Cette ligne d'aide offre un programme d'auto-assistance pour cesser de fumer appelé One step at a Time.

### ■ Conseil canadien pour le contrôle du tabac (CCCT)

170, avenue Laurier Ouest, bureau 100  
Ottawa (Ontario) K1P 5V5  
Tél. : 613-567-3050  
[www.cctc.ca](http://www.cctc.ca)  
Courriel : [infor-service@cctc.ca](mailto:infor-service@cctc.ca)

Il s'agit d'un organisme national à but non lucratif qui se spécialise dans le domaine du tabac et des questions liées à la santé.

### ■ Réseau canadien de la santé (RCS)

[www.canadian-health-network.ca](http://www.canadian-health-network.ca)

Le RCS est un service d'information bilingue en ligne sur la santé, à but non lucratif, parrainé par Santé Canada.

### ■ Centre for Addiction and Mental Health

33, rue Russell,  
Toronto Ontario M5S 2S1  
416-535-8501, poste 1600

Ce centre exploite une clinique d'abandon du tabagisme et a lancé un atelier pour les praticiens de la santé appelé TEACH (The Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health).

### ■ TEACH (Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health)

33, rue Russell, pièce 1081  
Toronto, ON M5S 2S1  
Tél. : 416-535-8501, poste 1600  
Fax : 416-260-4182  
Courriel : [TEACH@camh.net](mailto:TEACH@camh.net)  
[www.teachproject.ca](http://www.teachproject.ca)

Il forme les praticiens dans le domaine des interventions en cessation tabagique.

■ **Santé Canada**

Programme de la lutte au tabagisme

Indice de l'adresse : 3507C

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 1-866-318-1116

(du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h HE;  
boîte vocale le reste du temps)

Fax : 613-954-2284

[www.gosmokefree.ca](http://www.gosmokefree.ca)

Courriel : [TCP-PLT-questions@hc-sc.gc.ca](mailto:TCP-PLT-questions@hc-sc.gc.ca)

Ce site Web contient toutes sortes de nouveaux outils pour aider les Canadiens à cesser de fumer. Les fumeurs peuvent s'inscrire au programme e-J'arrête pour une série de 30 jours de messages courriels gratuits pour s'aider dans le processus d'abandon du tabac.

■ **Fondation des maladies du cœur du Canada**

222, rue Queen, bureau 1402

Ottawa (Ontario) K1P 5V9

Tél. : 613-569-4361

[www.heartandstroke.ca](http://www.heartandstroke.ca)

Courriel : [info@hsf.ca](mailto:info@hsf.ca)

■ **Leave the Pack Behind**

Université Brock

500, avenue Glenridge,

Saint-Catharines (Ontario)

Tél. : 905-688-5550, poste 4992

[www.LeaveThePackBehind.org](http://www.LeaveThePackBehind.org)

■ **Physicians for a Smoke-free Canada (PSC)**

1226 A, rue Wellington

Ottawa (Ontario) K1Y 3A1

Tél. : 613-233-4878

Fax : 613-233-7797

[www.smoke-free.ca/](http://www.smoke-free.ca/)

Ce regroupement est un organisme national de santé fondé en 1985 comme organisme de bienfaisance enregistré. C'est une organisation unique de médecins canadiens qui partagent un but commun : la réduction des maladies causées par le tabac grâce à la réduction du tabagisme et à la réduction de l'exposition à la fumée secondaire. Il fournit des renseignements sur toutes sortes de questions liées au tabac.

■ **Pregnets**

[www.pregnets.org](http://www.pregnets.org)

Renseignements à jour sur les pratiques de cessation tabagique pour les femmes enceintes et les femmes ayant accouché.

■ **Centre d'information et de consultation**

Numéro sans frais : 1-800-363-7822

[www.ptcc-cfc.on.ca](http://www.ptcc-cfc.on.ca)

Ce centre fournit des services de formation et de consultation en Ontario pour mettre en œuvre des stratégies communautaires efficaces de réduction de l'usage du tabac.

■ **Bureau national de l'Association pulmonaire**

1900, rue City Park, bureau 508  
Blair Business Park  
Gloucester (Ontario) K1J 1A3  
Tél. : 613-747-6776  
[www.lung.ca](http://www.lung.ca)  
Courriel : [infor@lung.ca](mailto:infor@lung.ca)

■ **Association pulmonaire d'Ontario**

Tél. : (416)-864-9911  
Numéro sans frais : 1-800-972-2636  
[www.on.lung.ca](http://www.on.lung.ca)

Nurses Quit Net. Réseau offert en ligne pour les infirmières et les étudiants en sciences infirmières qui veulent cesser de fumer, à l'adresse : [www.tobaccofreenurses.org](http://www.tobaccofreenurses.org)

■ **Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO)**

[www.rnao.org/smokingcessation/french/](http://www.rnao.org/smokingcessation/french/)

La RNAO offre un cours d'apprentissage en ligne pour aider les professionnels de la santé à intervenir en cessation tabagique.

Soutien additionnel en ligne pour cesser de fumer

■ **Société américaine du cancer**

Great American Smoke Out  
[www.cancer.org/docroot/PED/ped\\_10\\_4.asp?sitearea=PED](http://www.cancer.org/docroot/PED/ped_10_4.asp?sitearea=PED)

■ **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**

Quit Tips : Don't let another year go up in smoke  
<http://www.cdc.gov/tobacco/quit/quittip.htm>

■ **Nicotine Anonyme**

<http://www.nicotine-anonymous.org/pubs.asp?language=3>

Nicotine Anonyme est un programme d'aide en douze étapes à but non lucratif pour ceux qui aimeraient cesser l'usage des produits du tabac et de la nicotine. Le soutien de groupe et le rétablissement à l'aide des douze étapes des Alcooliques anonymes aident à réussir l'abstinence de nicotine.

■ **Smokefree.gov**

[www.smokefree.gov](http://www.smokefree.gov)

■ **La Fondation pour une Amérique sans fumée**

[www.tobaccofree.org](http://www.tobaccofree.org)

## *Annexe O : Description de la Trousse*

La Trousse fournit des instructions étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et à la facilitation de la mise œuvre de lignes directrices. En particulier, le nécessaire s'occupe de ce qui suit :

1. Détermination d'une ligne directrice de pratique bien élaborée et fondée sur les données objectives.
2. Identification, évaluation et engagement des intervenants.
3. Évaluation de la préparation environnementale pour l'implantation des lignes directrices.
4. Détermination et planification de stratégies de mise en œuvre fondées sur les données objectives.
5. Planification et mise en œuvre d'évaluations.
6. Détermination et obtention des ressources nécessaires à la mise en œuvre.

La mise en œuvre des lignes directrices en pratique qui aboutissent à des changements des pratiques et qui ont une incidence clinique favorable est une entreprise complexe. La Trousse est une des ressources clés pour gérer ce processus.

La Trousse est offert par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Le document est disponible sous format lié à un prix minime et on peut également se le procurer gratuitement sur le site de l'AllAO. Pour de plus amples renseignements, pour obtenir un formulaire de commande ou pour télécharger le nécessaire, veuillez rendre visite au site Web de l'AllAO à l'adresse : [www.rnao.org/bestpractices](http://www.rnao.org/bestpractices).

















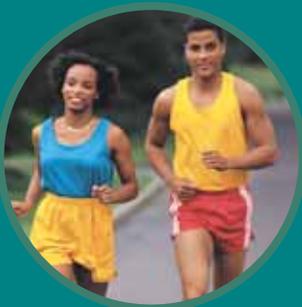
*Version de mars 2007*

# *Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers*

## *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*



*Ce projet a été financé  
par le gouvernement de l'Ontario*



0-920166-87-3



**RNAO**

Registered Nurses' Association of Ontario  
L'Association des infirmières et infirmiers  
autorisés de l'Ontario

PROGRAMME DES LIGNES DIRECTRICES SUR LES  
PRATIQUES EXEMPLAIRES EN SOINS INFIRMIERS