

JUIN 2017

Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne (troisième édition)



Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour les infirmières, les autres fournisseurs de soins de santé ou pour les organismes qui les emploient. Il faut faire preuve de souplesse dans l'utilisation de ces lignes directrices et les adapter aux besoins individuels et aux conditions locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de sa publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices ni n'acceptent aucune responsabilité quant aux pertes, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu du document.

Droits d'auteur

À l'exception des parties de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière de reproduction est indiquée, le document peut être reproduit et publié dans son intégralité, sans modifications, sous toute forme, y compris en version électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du document s'avérait nécessaire pour quelque raison que ce soit, une permission écrite devrait être obtenue auprès de l'AIIAO. La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017). *Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne* (3^e éd.), Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Ce projet est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Tous les documents produits par l'AIIAO sont indépendants de leur source de financement sur le plan éditorial.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

158, Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Site Web : www.RNAO.ca/bestpractices



**Intégration d'interventions
antitabagiques à la pratique quotidienne**
(troisième édition)

Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

directrice générale de l'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) vous présente la troisième édition de la ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires intitulée *Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne*. La pratique basée sur des données probantes va de pair avec l'excellence du service que les infirmières s'engagent à vous offrir chaque jour. L'AIIAO est heureuse de vous offrir cette ressource importante.



Nous remercions infiniment les nombreux intervenants qui nous permettent de concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, en commençant par le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu la capacité de l'AIIAO à diriger le programme et a fourni un financement s'étalant sur plusieurs années. Je tiens à remercier la Dre Irmajean Bajnok, ex-directrice du Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, la Dre Valerie Grdisa, directrice du Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO et la Dre Michelle Rey, directrice associée, Recherche et élaboration des lignes directrices de l'AIIAO, pour leur expertise et leur leadership inestimables. Je tiens également à remercier les coprésidents du comité d'experts de l'AIIAO, le Dr Peter Selby, la Dre Shelley Walkerley et la Dre Annette Schultz (coprésidente 2013-2014) de leur expertise exceptionnelle et de leur gestion de haut niveau de cette ligne directrice. Je remercie également le personnel de l'AIIAO, Sheila John (responsable de l'élaboration des lignes directrices), Jennifer Callaghan (coordonnatrice du projet d'élaboration des lignes directrices), Natalie Hamilton-Martin (coordonnatrice du projet d'élaboration des lignes directrices), Tiiu Sildva (ex-spécialiste de l'intervention antitabagique), Jennifer Tiberio (ex-spécialiste de l'intervention antitabagique), Tanvi Sharma (associée principale de recherche en soins infirmiers), Lisa Ye (ex-associée de recherche en soins infirmiers) et le reste de l'équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO pour le travail considérable accompli dans la production de cette ligne directrice mise à jour. Un remerciement très spécial aux membres du comité d'experts de l'AIIAO pour avoir offert généreusement leur temps et leur savoir-faire afin de produire une ressource clinique rigoureuse et étoffée. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

L'application efficace des lignes directrices sur les pratiques exemplaires exige un effort concerté des enseignants, cliniciens, employeurs, responsables de l'élaboration des politiques et chercheurs. Fortes de leur engagement indéfectible et de leur quête d'excellence en matière de soins aux clients, les communautés des soins infirmiers et des soins de santé ont apporté l'expertise et fourni les innombrables heures de travail bénévole qu'exigent l'élaboration et la révision de chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre des lignes directrices et en évaluant leur impact sur les clients et les organismes. Les gouvernements au pays et à l'étranger se sont joints à ce cheminement. Ensemble, nous bâtissons une culture de pratique fondée sur des données probantes.

Nous vous invitons à partager cette ligne directrice avec vos collègues d'autres professions, car nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons nous assurer que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possibles chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous, afin qu'ils soient les vrais gagnants de cet important effort.

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is stylized and includes a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, IA, M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Objet et champ d'application	6	
Interprétation des données probantes	7	
Tableau synthétique des recommandations	8	
Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)	10	
Comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)	11	
Remerciements aux intervenants	12	
Définition du tabac et types de tabac	14	
Contexte	16	
Principes directeurs / présupposés sous-tendant les interventions antitabagiques	19	
Recommandations relatives à la pratique	20	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à la formation	32	
Recommandations pour le système de santé, les organismes et les décideurs politiques	36	
Lacunes de la recherche et conséquences futures	41	
Stratégies de mise en œuvre	42	
Évaluation et suivi de la présente ligne directrice	44	
Processus pour la mise à jour et l'examen des lignes directrices sur les pratiques exemplaires	48	
Références	49	RÉFÉRENCES

Table des matières

ANNEXES	Annexe A : Glossaire	58
	Annexe B : Processus de revue systématique de la littérature et stratégie de recherche	63
	Annexe C : Processus d'élaboration de la ligne directrice	65
	Annexe D : Effets nocifs du tabac	68
	Annexe E : Avantages de l'abandon du tabagisme	70
	Annexe F : Stratégies pour éviter une rechute	71
	Annexe G : Liste des ressources en intervention antitabagique	72
	Annexe H : Test de Fagerström sur la dépendance à la nicotine (révisé)	77
	Annexe I : Programme STOP : exemple d'algorithme de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)	78
	Annexe J : Programmes de formation pour les fournisseurs de soins de santé	79
	Annexe K : Description de la Trousse	80
LETTRES D'APPUJ	Lettres d'appui	81
NOTES	Notes	84

Comment utiliser ce document

La présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE)^{G*} en soins infirmiers est un document exhaustif qui offre des ressources pour la pratique des soins infirmiers fondée sur des données probantes^G. Il ne s'agit pas d'un manuel ou d'un guide pratique, mais plutôt d'un outil pour guider les pratiques exemplaires et améliorer la prise de décision pour les infirmières et les infirmiers^G qui travaillent auprès de clients^G consommant du tabac. La ligne directrice doit être examinée et appliquée en fonction des besoins de chaque organisme ou contexte de pratique ainsi que des besoins et préférences de chacun. Elle offre également un aperçu des structures et des soutiens appropriés permettant de fournir les meilleurs soins possibles fondés sur des données probantes.

Les infirmières, les autres fournisseurs de soins de santé et les administrateurs qui orientent et facilitent les changements de pratiques trouveront ce document d'une très grande utilité pour élaborer des politiques, des procédures, des protocoles, des programmes éducatifs ainsi que des évaluations, des interventions et des outils de documentation. Les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé qui fournissent des soins directs tireront profit de l'examen des recommandations et des données probantes qui les étayent. Nous recommandons particulièrement aux différents établissements de soins de santé d'utiliser les recommandations de cette ligne directrice sous forme de document facile à utiliser au quotidien.

Si votre organisme adopte cette ligne directrice, nous vous conseillons de suivre les étapes suivantes :

1. Évaluez vos pratiques actuelles en soins de santé en utilisant les recommandations contenues dans la présente ligne directrice.
2. Sélectionnez les recommandations qui répondront aux besoins ou combleront les lacunes en matière de service.
3. Élaborez un plan de mise en œuvre des recommandations, notamment en utilisant les ressources pour leur mise en œuvre, y compris la Trousse : *Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2^e éd., 2012) de l'AIIAO, téléchargeable depuis le site Web www.RNAO.ca.

Nous aimerions savoir comment vous avez mis en œuvre cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour nous faire part de votre expérience.

* Tout au long du présent document, les termes suivis de la lettre « G » en exposant (^G) sont définis à [l'annexe A : Glossaire](#).

Objet et champ d'application

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) sont des énoncés élaborés de façon systématique et conçus pour aider les fournisseurs de soins de santé qui travaillent en partenariat avec les clients et leurs familles à prendre des décisions sur les soins et les services de santé (Field et Lohr, 1990). Cette LDPE remplace la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO intitulée *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers* (2007). Elle est destinée aux infirmières et aux autres membres de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé^G pour les aider à renforcer la qualité^G de leur pratique à l'égard des clients qui consomment du tabac commercial et à améliorer les résultats cliniques grâce à l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes.

En février 2015, un comité interprofessionnel d'experts s'est réuni afin d'établir l'objet et le champ d'application de la présente ligne directrice. Son objet consiste à fournir aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé de tous les contextes de soins des pratiques exemplaires en matière d'interventions antitabagiques ainsi que des recommandations fondées sur des données probantes sur l'évaluation et les interventions auprès des adultes qui consomment du tabac. Son champ d'application comprend toutes les formes de tabac commercial et ne se limite pas uniquement aux produits du tabac à fumer, comme l'indique le terme général d'antitabagisme figurant dans son titre.

Ces recommandations aideront les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé : à acquérir les connaissances requises pour dépister le tabagisme chez tous les clients, à mettre en œuvre un plan d'intervention auprès des personnes qui consomment du tabac, à traiter les clients ou à les aiguiller vers d'autres fournisseurs de soins de santé, à intégrer un volet sur le tabagisme aux programmes de formation des professionnels de la santé, à veiller à ce que les programmes de formation à l'intervention antitabagique soient confiés à des enseignants formés et compétents, et à plaider en faveur de politiques antitabagiques et antivapotage dans les différents milieux de soins de santé et dans la collectivité. Cette ligne directrice s'applique à tous les domaines de la pratique des soins infirmiers, y compris les domaines clinique, administratif et pédagogique.

Cette ligne directrice recommande des pratiques exemplaires dans trois domaines principaux :

- **Les recommandations relatives à la pratique^G** s'adressent principalement aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé faisant partie des équipes interprofessionnelles qui fournissent des soins directs aux personnes dans les différents contextes du système de santé (p. ex., soins actifs, soins de longue durée et soins à domicile) et dans le milieu communautaire (p. ex., soins primaires et santé publique). Les recommandations relatives à la pratique sont formulées et présentées dans le contexte du processus de soins infirmiers^G.
- **Les recommandations relatives à la formation^G** s'adressent aux responsables de la formation du personnel et des étudiants, comme les éducateurs, les équipes d'amélioration de la qualité, les gestionnaires, les administrateurs et les établissements d'enseignement et de formation professionnelle.
- **Les recommandations pour le système de santé, les organismes et les décideurs politiques^G** s'appliquent à différents destinataires, selon les recommandations. Les destinataires sont notamment les infirmières qui fournissent des soins directs et les autres fournisseurs de soins de santé, les gestionnaires, les administrateurs, les responsables de l'élaboration des politiques, les organismes de réglementation des soins infirmiers, les établissements d'enseignement et les organismes gouvernementaux.

Pour un maximum d'efficacité, les recommandations concernant ces trois domaines doivent être mises en œuvre conjointement afin d'améliorer les interventions antitabagiques et de renforcer la capacité des membres de l'équipe interprofessionnelle à collaborer les uns avec les autres dans le but d'améliorer la santé des clients. Il est reconnu que les compétences liées à la formation en intervention antitabagique peuvent différer chez les infirmières et les autres fournisseurs de soins de santé des équipes interprofessionnelles.

L'application des pratiques de formation sur le tabagisme telles qu'elles sont décrites dans la présente ligne directrice sera influencée par divers facteurs, tels que les politiques et procédures de chaque organisme, la législation gouvernementale et les caractéristiques démographiques et socio-économiques de l'adulte recevant des soins et des services.

Interprétation des données probantes

Les méthodologies des différentes études sont classées selon le *niveau de qualité des données probantes*, afin de déterminer dans quelle mesure ces méthodologies permettent d'éliminer les autres explications possibles des phénomènes étudiés. Plus le niveau de qualité des données probantes est élevé, plus la probabilité est grande que les relations établies entre les variables soient vraies. Les niveaux de qualité des données probantes ne reflètent en rien le mérite ou la qualité des différentes études.

Pour chaque recommandation, seules les études dont le niveau de qualité des données probantes est très élevé et qui se rapprochent le plus de son énoncé sont citées en référence dans la ligne directrice. Lorsque plusieurs études font état de résultats similaires, seules les études dont le niveau de qualité des données probantes est le plus élevé sont citées en référence.

Il peut arriver qu'une recommandation de la ligne directrice se voit attribuer plus d'un niveau de qualité de données probantes, selon les différentes méthodologies des études qui soutiennent ses composantes. Pour des raisons de transparence, les différents niveaux de qualité des données probantes appuyant chaque composante de l'énoncé de recommandation sont indiqués dans les discussions sur les données probantes.

De plus, dans le cadre de la revue systématique de la littérature^G (voir [l'annexe B : Processus de revue systématique de la littérature et stratégie de recherche](#)), les études sont évaluées sur le plan de la qualité globale selon le classement suivant : élevée, modérée ou faible. Pour une recommandation donnée, lorsqu'il existe des études dont le niveau de qualité des données probantes est élevé et dont la qualité globale est élevée ou à tout le moins modérée, seules ces études sont citées en référence à l'appui de cette recommandation. Lorsque seules des études de faible qualité sont disponibles, toutes sont citées en référence.

NIVEAU	SOURCES DES DONNÉES PROBANTES
Ia	Données probantes obtenues à partir de méta-analyses ^G ou d'une revue systématique d'essais cliniques randomisés ^G et de synthèses de plusieurs études, surtout d'études quantitatives.
Ib	Données probantes obtenues à partir d'au moins un essai clinique randomisé.
IIa	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée ^G bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale ^G bien conçue, sans randomisation.
III	Données probantes obtenues à partir d'une synthèse de plusieurs études, principalement des études qualitatives.
IV	Données probantes obtenues à partir d'études d'observation non expérimentales bien conçues, telles que des études analytiques ^G , des études descriptives ^G et des études qualitatives.
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'un comité d'experts, ou encore données probantes s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

Source : Adapté du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2011) et de Pati (2011).

Tableau synthétique des recommandations

La présente ligne directrice remplace la LDPE de l'AIIAO intitulée *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers* (2007b).

Nous avons utilisé ces symboles pour chaque recommandation :

- ✓ Aucune modification n'a été apportée à la recommandation à la suite de la revue systématique des données probantes.
 - +
- La recommandation et les données probantes l'appuyant ont été mises à jour après la revue systématique de la littérature.

NOUVEAU Une nouvelle recommandation a été élaborée après la revue systématique de la littérature.

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE		NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
1.0 Évaluation	<p>Recommandation 1.1 :</p> <p>Procéder à des interventions de courte durée auprès de tous les clients pour détecter toute forme de tabagisme et intervenir, le cas échéant.</p>	la, lb	+
2.0 Planification	<p>Recommandation 2.1 :</p> <p>Élaborer avec le client un plan d'intervention antitabagique personnalisé.</p>	V	+
3.0 Mise en œuvre	<p>Recommandation 3.1 :</p> <p>Offrir aux clients qui consomment des produits du tabac et qui souhaitent réduire ou abandonner leur tabagisme du counseling ou des interventions intensives sur l'utilisation des produits pharmacologiques, ou les aiguiller vers ces ressources.</p>	la, V	+
	<p>Recommandation 3.2 :</p> <p>À chaque rencontre, offrir à toutes les femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher des séances intensives de counseling comportemental sur la réduction des effets nocifs et l'abandon du tabagisme ou sur la prévention des rechutes, conjointement à une thérapie de remplacement de la nicotine, au cas par cas, ou aiguiller ces femmes vers ces ressources.</p>	la, lb, V	+
4.0 Évaluation	<p>Recommandation 4.1 :</p> <p>Évaluer l'efficacité du plan d'intervention jusqu'à ce que les objectifs du client soient atteints.</p>	V	NOUVEAU

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION		NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
5.0 Formation	<p>Recommandation 5.1 :</p> <p>Intégrer du contenu sur les interventions antitabagiques fondées sur des données probantes aux programmes de formation des professionnels de la santé.</p>	lb, IIb, IV, V	+
	<p>Recommandation 5.2 :</p> <p>Veiller à ce que la prestation des programmes de formation en intervention antitabagique soit confiée à des enseignants formés et compétents dans le domaine de l'intervention antitabagique.</p>	IV	NOUVEAU

RECOMMANDATIONS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ, LES ORGANISMES ET LES DÉCIDEURS POLITIQUES		NIVEAU DE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES	ÉTAT
6.0 Système de santé, organismes et décideurs politiques	<p>Recommandation 6.1 :</p> <p>Plaider auprès des décideurs de tous les paliers de gouvernement en faveur d'une législation antitabagique et antivapotage exhaustive et de son application dans la collectivité.</p>	Ia, IIb, IV	+
	<p>Recommandation 6.2 :</p> <p>Mettre en œuvre et appliquer des politiques antitabac intégrales dans tous les contextes de prestation de soins de santé et pour tous les clients, y compris les patients hospitalisés et les patients externes ainsi que pour le personnel permanent et contractuel.</p>	Ia, IV	+
	<p>Recommandation 6.3 :</p> <p>Intégrer des messages sur le tabagisme aux dossiers et documents médicaux des clients afin de faciliter l'offre d'interventions antitabagiques lors des visites médicales.</p>	Ib	NOUVEAU
	<p>Recommandation 6.4 :</p> <p>Évaluer les programmes et les services d'intervention antitabagique.</p>	V	NOUVEAU

Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

Sheila John, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf

Directrice de programme
Responsable de l'élaboration de la ligne directrice
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Tiiu Sildva, B.Sc.Inf., M. en santé publique

Ex-spécialiste en intervention antitabagique
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Jennifer Tiberio, M. Sc. inf., IP-SSP

Ex-spécialiste en intervention antitabagique
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Jennifer Callaghan, B.A., M. santé publique

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Natalie Hamilton-Martin, B.A.

Coordonnatrice du projet d'élaboration de la ligne directrice
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Tanvi Sharma, inf. aut., M. Sc. inf.

Associée-chef de recherche en sciences infirmières
Spécialiste en intervention antitabagique
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Lisa Ye, IA, M.Sc.Inf., ICMC(C)

Ex-associée de recherche en sciences infirmières
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Anastasia Harripaul-Yhap, inf. aut., M.Sc. (A)

Analyste de politiques des soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Gurjit Toor, IA, M. en santé publique

Analyste de la qualité des données
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Megan Bamford, IA, M.Sc. inf.

Directrice de programme
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Irmajean Bajnok, IA, M.Sc.Inf., Ph.D.

Ex-directrice, Affaires internationales et centre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Valerie Grdisa, IA, M.Sc., Ph. D.

Directrice, Affaires internationales et centre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Michelle Rey, M.Sc., Ph. D.

Directrice associée, Recherche et élaboration des lignes directrices
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIAO)

Peter Selby, MBBS, CCMF, FCMP, M.Sc.,

DipABAM, DFASAM

Coprésident du comité d'experts

Professeur, faculté de médecine familiale et communautaire, faculté de psychiatrie et école de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto.

Membre titulaire, Institut des sciences médicales, École des études supérieures, Université de Toronto
Directeur de la formation médicale et clinicien scientifique de la Division des toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
Toronto (Ontario)

Shelley Walkerley, IP-SSP, Ph.D.

Coprésidente du comité d'experts

Professeure adjointe, programme des infirmières praticiennes et coordinatrice, École des sciences infirmières, Université York
Toronto (Ontario)

Annette Schultz, IA, Ph.D.

Professeure agrégée
Université du Manitoba Rady Faculté des sciences de la santé, Collège des sciences infirmières
Winnipeg (Manitoba)

Debbie Aitken, IA, B.Sc.Inf., APN

Gestionnaire de programme, Programme d'arrêt du tabagisme
Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

Jennifer Bouwmeester, IA, B.Sc.Inf.,

ICSC(C), éducatrice agréée en tabagisme

Infirmière en santé publique
Simcoe Muskoka District Health Unit
Barrie (Ontario)

Claire Gignac, IA, spécialiste du traitement du tabagisme

Ex-spécialiste du traitement du tabagisme, infirmière autorisée, conseillère et éducatrice
Health Sciences North
Sudbury (Ontario)

Catherine Goldie, IA, Ph.D.

Professeure adjointe, Faculté des sciences de la santé
École des sciences infirmières de l'université Queen's
Kingston (Ontario)

Jan Johnston, IA, B.Sc. Inf., M.Ed., CSIG(C)

Infirmière en santé publique
Hamilton Public Health Services
Hamilton (Ontario)

Gail Luciano, B.Sc., M.Ed.

Directeur, service de téléassistance pour fumeurs
Société canadienne du cancer, division de l'Ontario
Hamilton (Ontario)

Tanya Magee, IA, B.Sc. Inf.

Faculty Registered Nurses Professional
Development Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Patricia Smith, Ph.D.

Professeure agrégée
École de médecine du Nord de l'Ontario
Faculté de médecine de l'Université Lakehead
Thunder Bay (Ontario)

Tous les membres du comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario ont fait des déclarations d'intérêts susceptibles d'être interprétées comme constituant un conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent. On a demandé aux membres de mettre régulièrement à jour leurs déclarations d'intérêts tout au long du processus d'élaboration des lignes directrices. Des renseignements leur ont été demandés sur leurs intérêts financiers, intellectuels, personnels et autres, et ceux-ci ont été documentés aux fins de consultation ultérieure.

Aucun conflit d'intérêts contraignant n'a été relevé. On peut obtenir de plus amples renseignements à ce sujet auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Remerciements aux intervenants

Dans le cadre du processus d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (voir [l'annexe C : Processus d'élaboration des lignes directrices](#)), l'AIIO s'engage à obtenir les commentaires d'infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé provenant d'un large éventail de contextes de pratique et de rôles, d'administrateurs et de bailleurs de fonds bien informés en matière de services de soins de santé, et d'associations d'intervenants. Les réviseurs peuvent être des infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé aux points de service, des infirmières de direction, des administrateurs, des experts en recherche, des membres des équipes interprofessionnelles, des enseignants, des étudiants en sciences infirmières ou des patients. L'AIIO cherche à obtenir le point de vue d'intervenants qui représentent une diversité de secteurs de la santé, de rôles dans le domaine des soins infirmiers et d'autres professions (p. ex., la pratique clinique, la recherche, l'enseignement et les politiques) et de régions. Nous avons sollicité les commentaires d'intervenants représentant divers points de vue**, que l'AIIO souhaite remercier de leur contribution à la révision de la présente ligne directrice :

Amanda Arseneau, IA, CRE

Infirmière autorisée
Centres de santé communautaire Chatham Kent
Chatham (Ontario)

Dan Barsky, IA, B.Sc.inf.

Infirmier autorisé
The Ottawa Hospital
Ottawa (Ontario)

Judith Cox, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique, Division de la santé familiale
Bureau de santé de KFL et A
Kingston (Ontario)

Jamie Dawdy, IA, B.Sc.Inf., M.Sc., doctorante

École de sciences infirmières
Université McMaster
Burlington (Ontario)

Barbara Dawson, IA, B.Sc.Inf., M.A.

Infirmière en santé publique
Brant County Health Unit
Brantford (Ontario)

Rosa Dragonetti, M.Sc., RP

Directrice de projet
Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)
Toronto (Ontario)

Melissa Goheen, IA, B.Sc.Inf.

Santé publique de la région de York
Newmarket (Ontario)

Robyn Micaela Hardy-Moffat, IA, B.Sc.

Inf., B.B.A.
Burlington Family Health Team
Toronto (Ontario)

Kimberley Harkness, IA (cat. spéc.), M. Sc. inf.,

IP-adultes
Infirmière praticienne
Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Grace Kuipers, B.Sc., M.Th., RP

Spécialiste principale, apprentissage et développement
Action Cancer Ontario
Toronto (Ontario)

Tanya Mahajan, IA

Spécialiste de la promotion de la santé
Bureau de santé publique de Toronto
Toronto (Ontario)

Heather Millen, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique
Bureau de santé de Haldimand-Norfolk
Caledonia (Ontario)

Lea Mutch, M. Sc. inf.

Infirmière clinicienne spécialisée
Office régional de la santé de Winnipeg
Winnipeg (Manitoba)

Sarah Neil, IA

Infirmière en santé publique
Bureau de santé de Middlesex-London
London (Ontario)

Janet Nevala, IA, B.Sc.Inf.

Coordinatrice régionale
Société canadienne du cancer, Téléassistance pour fumeurs
Ottawa (Ontario)

Rachel Roy, M.Sc., B.Sc., B.A.

Spécialiste de la promotion de la santé
Services de santé publique de Hamilton
Hamilton (Ontario)

Jenny Schiffli, IA (cat. spéc.), B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Infirmière praticienne en soins de santé primaires,
coordinatrice de la désaccoutumance au tabac
Haldimand War Memorial Hospital
Dunnville (Ontario)

Jenny Sohn, B.Sc.Inf.

Étudiant en soins infirmiers de niveau 4
Université McMaster
Hamilton (Ontario)

Nicole Szumlanski, IA, B.Sc.Inf., éducatrice agrée en tabagisme

Infirmière autorisée
Bureau de santé de KFL et A
Kingston (Ontario)

May Tao, IA, B.Sc.Inf., M.Sc. Inf.

Spécialiste de la promotion de la santé
Bureau de santé publique de Toronto
Toronto (Ontario)

Heather Travis, M.A.

Gestionnaire
Cheminer sans fumer
St. Catharines (Ontario)

** Les intervenants réviseurs ont une expertise dans le domaine couvert par la ligne directrice et représentent des organismes qui participent à sa mise en œuvre ou qui sont touchés par celle-ci.

Les intervenants qui participent à la révision des lignes directrices de l'AIIAO sont recrutés de deux façons. Première façon : les intervenants sont recrutés au moyen d'un appel public diffusé sur le site Web de l'AIIAO (www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder). Seconde façon : des personnes et des représentants d'organismes pertinents possédant des compétences dans le domaine traité par la ligne directrice sont repérés par l'équipe d'élaboration de la ligne directrice et le comité d'experts de l'AIIAO. Ces personnes et ces organismes sont par la suite invités directement à participer à la révision.

On demande aux réviseurs de lire une ébauche de la ligne directrice et de participer à sa révision avant la publication. Les intervenants soumettent leurs commentaires en remplissant un questionnaire en ligne. Ils sont invités à répondre aux questions suivantes pour chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- Les données probantes appuient-elles cette recommandation?
- Cette recommandation s'applique-t-elle à tous les rôles et contextes de pratique et à toutes les régions?

Le questionnaire en ligne permet également aux intervenants de fournir des commentaires et une rétroaction pour chaque section de la ligne directrice.

L'équipe d'élaboration de la ligne directrice de l'AIIAO compile les réponses des questionnaires et prépare un résumé des commentaires reçus. Le comité d'experts de l'AIIAO examine et prend en compte tous les commentaires et, si nécessaire, modifie le contenu et les recommandations de la ligne directrice avant sa publication de façon à tenir compte de ces commentaires. Les intervenants ayant participé à la révision ont consenti à ce que leur nom et leurs coordonnées soient publiés dans la ligne directrice.

Définition du tabac et types de tabac

Dans la présente ligne directrice, le terme « tabac » fait référence à toutes les formes de produits du tabac commerciaux, qu'ils soient à fumer ou non, y compris, mais sans s'y limiter, les cigarettes, les cigares, les cigarillos, le tabac à mâcher, les produits du tabac solubles, le narguilé, la chicha, le tabac à priser, le tabac pour cigarettes à rouler et le tabac à pipe ainsi que d'autres produits pouvant contenir de la nicotine, comme les cigarettes électroniques (e-cigarettes) (voir [l'annexe D : Effets nocifs du tabac](#)). Il ne comprend pas les produits du tabac ou de nicotine utilisés à des fins thérapeutiques, notamment dans le cadre de cérémonies traditionnelles et de thérapies de remplacement de la nicotine. Les fournisseurs de soins de santé doivent connaître les différentes formes que prennent les produits du tabac, afin de pouvoir intervenir efficacement auprès de leurs clients. (Voir **tableau 1 : Types de produits du tabac et descriptions.**)

Tableau 1 : Types de produits du tabac et descriptions

TYPES DE PRODUITS DU TABAC	DESCRIPTION
Cigarettes	<p>Les cigarettes commerciales sont de fins cylindres de tabac finement coupé enveloppé dans un papier spécial pour être fumées. Elles sont fabriquées par des entreprises et vendues en magasin. L'achat de ces cigarettes est souvent taxé.</p> <p>Les cigarettes de contrebande sont des cigarettes vendues illégalement à un prix inférieur à celui pratiqué sur le marché de détail, sans acquitter les taxes applicables (Luk, Cohen, Ferrence, McDonald, Schwartz et Bondy, 2009).</p>
Cigares	<p>Les cigares sont du tabac vieilli enveloppé dans une feuille de tabac. Ils peuvent contenir autant de tabac qu'un paquet de cigarettes standard. Il faut souvent une à deux heures pour fumer un cigare (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, 2016).</p>
Cigarillos	<p>Les cigarillos sont des cigares courts et étroits qui peuvent mesurer entre 10 et 15 cm, pèsent moins de 1,4 gramme (sans compter le poids de l'embout) et contiennent environ 3 grammes de tabac (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, 2016).</p>
Tabac à mâcher	<p>Le tabac à mâcher est constitué de lanières de tabac en feuilles que l'on place entre les gencives et la joue de manière à ce que la nicotine puisse être absorbée par la muqueuse buccale. Le tabac à mâcher est généralement vieilli et sucré ou aromatisé. La salive accumulée est recrachée (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, 2016).</p>
Produits du tabac solubles	<p>Les produits du tabac solubles comprennent des produits qui ressemblent à des bonbons et qui sont souvent aromatisés. Ils peuvent se présenter sous forme de gaufrettes, de pastilles, de bâtonnets, de lanières et de boules (World Lung Foundation, 2015).</p>

TYPES DE PRODUITS DU TABAC	DESCRIPTION
Narguilé	Le narguilé est une pipe à eau qui permet aux utilisateurs de fumer du tabac aromatisé à la menthe, à la cerise, à la pastèque, etc. Le narguilé est originaire du Moyen-Orient et son utilisation est souvent une activité sociale au sein d'un groupe d'individus. Le narguilé est également appelé shisha. Les personnes qui utilisent le narguilé sont exposées aux mêmes risques pour la santé que celles qui fument des cigarettes (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, 2016).
Tabac à priser	<p>Le tabac à priser est un tabac finement moulu qui peut être humide ou sec et qui se décline souvent en différents arômes. Il est vendu en boîtes ou en sachets.</p> <p>Le tabac à priser humide, que l'on place entre la joue et la gencive, ne nécessite pas de cracher. La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. Les produits à priser humides sont également connus sous le nom de snus, khaini, shammaah, nass ou naswa (Eriksen et coll., 2012).</p> <p>Le tabac à priser sec est finement broyé sous forme de poudre et inhalé par le nez, où la nicotine est rapidement absorbée (American Cancer Society, 2016).</p>
Cigarettes à rouler	Ces cigarettes sont roulées à la main avec du tabac en vrac et du papier à cigarettes (Asma et coll., 2015).
Pipes	Les pipes sont des objets servant à fumer fabriqués en bois de bruyère, en ardoise ou en argile. L'ouverture la plus large de la pipe est bourrée de flocons de tabac, qui sont brûlés. La fumée passe par le tuyau et est inhalée par l'ouverture la plus étroite (Asma et coll., 2015).
Cigarettes électroniques	Les cigarettes électroniques (e-cigarettes) contiennent un mélange liquide de propylène glycol (PG), de glycérine végétale (GV) et d'eau. Elles peuvent contenir ou non de la nicotine. Lorsque l'élément interne de la batterie est chauffé, une vapeur est produite, qui est inhalée. C'est ce qu'on appelle « vapoter » (American Cancer Society, 2016).

Contexte

Le domaine des interventions antitabagiques est en constante évolution et les efforts de prévention, de réduction et d'abandon du tabagisme ainsi que la gestion des symptômes de sevrage chez les clients doivent être adaptés à ce contexte complexe et changeant. Un aspect dont la complexité ne cesse de croître est la disponibilité d'un vaste éventail de produits de substitution. À titre d'exemple, l'utilisation des cigarettes électroniques (e-cigarettes) demeure controversée, car les preuves de leur sécurité et de leur efficacité en tant que mesure de réduction des risques sont insuffisantes. On constate également une augmentation de l'utilisation du narguilé (pipe à eau) accompagnée d'idées fausses sur les risques pour la santé. De plus, on constate une augmentation globale de la consommation de cigarillos et une utilisation accrue de tabac à rouler, car il s'agit d'une forme de tabac bon marché et peu taxée.

La consommation de tabac est en hausse dans le monde. Environ 5,8 billions (5 800 000 000 000) de cigarettes ont été fumées en 2014 (World Lung Foundation, 2015). Au Canada, la prévalence du tabagisme a diminué au cours des dernières décennies. En 2013, environ 4,2 millions de Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans ou plus (14,6 % de la population) étaient des fumeurs, ce qui représente le taux global le plus bas jamais enregistré (Reid, Hammond, Rynard et Burkhalter, 2015). Les populations âgées de 25 à 34 ans présentent les taux de tabagisme les plus élevés, et les régions rurales comptent plus de fumeurs que les régions urbaines (Reid et coll., 2015). Le Nouveau-Brunswick affiche le taux de prévalence du tabagisme le plus élevé, et la Colombie-Britannique, le taux le plus bas (Reid et coll., 2015). Bien que ces taux s'appliquent au grand public, il est important de noter que certains groupes subissent davantage les effets nocifs du tabagisme que la population générale en raison des déterminants sociaux de la santé. Dans la présente ligne directrice, ces groupes sont désignés par le terme « populations touchées de manière disproportionnée par le tabac^G ». Les taux de tabagisme au sein de ces populations au Canada et dans le monde sont souvent deux fois plus élevés que ceux de la population générale (Reid et coll., 2015).

Si les taux de tabagisme actuels se maintiennent, on estime que le nombre de décès liés au tabagisme atteindra le milliard au cours du 21^e siècle (World Lung Foundation, 2015). L'impact du tabagisme sur la santé publique demeure extrêmement élevé. De plus, le tabagisme entraîne des coûts directs et indirects en matière de soins de santé, car il constitue également un facteur de risque de maladies aiguës et chroniques graves, comme le cancer, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies cardiaques et pulmonaires. Au Canada, les coûts économiques et sanitaires associés au tabagisme sont estimés à 17 milliards de dollars par an, dont 4,4 milliards de dollars en coûts directs de soins de santé (Gouvernement du Canada, 2016).

Une multitude de données probantes indiquent que les interventions antitabagiques contribuent à réduire les coûts des soins de santé et à améliorer la qualité de vie de ceux qui arrêtent de fumer ou réduisent leur consommation ([voir l'annexe E : Avantages de l'abandon du tabagisme](#)). Cela dit, les services d'intervention contre le tabagisme offerts aux clients sont insuffisants (Ortiz, Schacht et Lane, 2013). Il est essentiel que les clients aient accès à du counseling, à du soutien comportemental^G et à des traitements pharmacologiques, tels que les thérapies de remplacement de la nicotine^G, et qu'ils se voient également proposer des services réguliers de réduction des effets nocifs dans divers contextes de soins de santé (Freund, 2009). À titre d'exemple, des interventions de courte durée^G auprès des clients peuvent augmenter les taux d'abandon et de réduction du tabagisme et contribuer à la prévention des maladies et des décès prématurés (Linder et coll., 2009). Par conséquent, les interventions auprès des clients qui consomment du tabac peuvent réduire la morbidité et la mortalité associées au tabagisme (Freund, 2009).

Les fournisseurs de soins de santé peuvent, par la mise en œuvre d'interventions antitabagiques, contribuer à réduire la consommation de tabac, qui est la plus grande cause évitable de décès dans le monde aujourd'hui (Organisation mondiale de la santé, 2008). Les infirmières sont bien placées dans le système de santé pour fournir un soutien et un traitement continus aux clients qui consomment du tabac, car elles constituent le groupe le plus important de fournisseurs de soins de santé et sont souvent le premier point de contact avec les clients (American Nurses Association, 2016). Les fournisseurs de soins de santé peuvent également soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de politiques visant à lutter contre toutes les formes de tabagisme en fonction de leur potentiel de nuisance. Ils peuvent, par exemple, plaider en faveur de l'adoption de règlements interdisant de fumer et de vapoter et de modifications connexes des politiques. Les politiques antitabac et les règlements interdisant de fumer ou de vapoter reconnaissent également que les produits du tabac combustibles et sans fumée constituent une menace pour la santé et la qualité de vie (Ortiz et coll., 2013).

Le tabagisme touche également les fournisseurs de soins de santé. Bien que les organismes de soins de santé doivent concentrer leurs efforts sur les interventions antitabagiques auprès des clients, le personnel doit également avoir accès à du counseling et à la pharmacothérapie^G. Le fait que la consommation de tabac soit une affaire personnelle ne doit pas dissuader les fournisseurs de soins de santé d'apporter leur soutien aux clients.

Afin d'aider nos lecteurs à mieux comprendre les propriétés nocives du tabac et les moyens les plus efficaces de mobiliser les clients, nous présentons ci-après une description des substances et des effets nocifs du tabac ainsi qu'un résumé de la technique d'entretien motivationnel (EM).

Substances nocives dans le tabac

La fumée de tabac contient plus de 7 000 substances chimiques. Des centaines de ces substances sont toxiques et au moins 69 d'entre elles sont des carcinogènes connus (Eriksen, Mackay et Ross, 2012). Malgré les risques sanitaires connus associés au tabagisme et la nature addictive de la nicotine, l'industrie du tabac minimise ces preuves dans ses stratégies de marketing. La nicotine est le composant addictif des feuilles de tabac et c'est sans doute le composant qui contribue le plus au tabagisme dans le monde. Bien que la fumée produite par la combustion des feuilles de tabac soit l'aspect le plus nocif de nombreuses formes de tabagisme, la nicotine active les récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine dans le cerveau, associés à divers effets subtils qui perpétuent son utilisation. La nicotine n'a pas d'effets toxiques manifestes, cependant elle peut créer une dépendance (World Lung Foundation, 2015). La nicotine provoque divers effets secondaires, tels qu'une diminution de l'appétit, une amélioration de l'humeur, une augmentation du rythme cardiaque et de la pression sanguine ainsi que des nausées et des diarrhées. Les personnes qui consomment régulièrement de la nicotine peuvent développer une tolérance à ses effets. L'arrêt soudain, volontaire ou involontaire, du tabagisme entraîne des symptômes de sevrage, qui peuvent commencer quelques heures après la dernière consommation. Les symptômes de sevrage de la nicotine se manifestent notamment par un besoin intense de consommer du tabac, des changements d'humeur, tels que des épisodes d'anxiété et de dépression, de l'agitation, de l'insomnie, une augmentation de l'appétit et un manque de concentration (World Lung Foundation, 2015). La nicotine peut être amenée au cerveau par des méthodes traditionnelles, comme la consommation de cigarettes, de tabac à mâcher et de tabac à priser. On constate depuis peu une augmentation de la consommation de produits non réglementés, comme les cigarettes électroniques. Les produits non réglementés qui contiennent de la nicotine posent de nouveaux défis aux interventions antitabagiques, car les effets à court et à long terme de leur consommation sont inconnus.

Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel^G (EM) est une forme de counseling centrée sur la personne qui vise à aborder le problème de l'ambivalence à l'égard du changement en s'appuyant sur les qualités et le potentiel de la personne (Miller et Rollnick, 2012). L'EM prend en compte le fait que les individus abordent les changements de comportement avec différents degrés de préparation (Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson et Burke, 2010). L'EM, qui est basée sur le partenariat, l'acceptation, la compassion et l'évocation, accorde une place centrale au point de vue de l'individu dans la prestation des soins (Miller et Rollnick, 2012). Les personnes qui envisagent de changer un comportement éprouvent souvent de l'ambivalence. Certains individus peuvent rester bloqués dans cette position pendant un certain temps. Le fait d'argumenter en faveur du changement avec une personne ambivalente peut entraîner une résistance de sa part. Les gens sont plus susceptibles d'être persuadés qu'ils doivent modifier leur comportement par ce qu'ils se disent à eux-mêmes que par ce qu'on leur dit. L'EM est un mode de conversation collaborative destiné à renforcer la motivation et l'engagement d'une personne à l'égard du changement (Miller et Rollnick, 2012).

Bien que l'EM ait vu le jour au début des années 1980, ce n'est qu'en 1998 que le premier essai de cette méthode dans le cadre d'une intervention antitabagique a fait l'objet d'une étude (Hettema et Hendricks, 2010). Depuis, des centaines d'études sur l'impact de l'EM ont été menées, notamment dans le cadre de l'intervention antitabagique (Hettema et Hendricks, 2010). L'EM étant une approche collaborative, exempte de jugement et fondée sur l'accompagnement, elle peut être intégrée à des interventions antitabagiques de courte durée ou intensives. Une étude Cochrane a montré que les taux d'abandon du tabagisme au moyen de l'EM étaient plus élevés que ceux obtenus par la prestation de conseils ou une pratique individuelle dans un environnement qui ne dispose pas d'un service formel d'intervention antitabagique (Lindson-Hawley, Thompson et Begh, 2015).

Tableau 2 : Les quatre processus de l'EM

PROCESSUS DE L'EM	DESCRIPTION
Engagement	Établir un lien et une relation de travail.
Concentration sur l'objectif	Se concentrer sur les besoins du client dans le cadre d'une conversation sur le changement.
Évocation	Inviter le client à examiner ce qui l'incite à changer.
Planification	Développer l'engagement à changer et préparer un plan d'action.

Les compétences de base en EM consistent à savoir poser des questions ouvertes au client, à l'écouter attentivement, à appuyer ses propos par des affirmations positives, à les reformuler et à les résumer et à fournir de l'information et des conseils avec son autorisation.

Questions ouvertes

Les questions ouvertes permettent d'appuyer les propos du client par des affirmations positives, de les résumer et de faire de l'écoute réflexive. Posez des questions qui amènent le client à parler le plus possible. Voici quelques exemples : « qu'est-ce qui vous préoccupe au sujet de votre santé? » ou « qu'est-ce qui vous plaît dans le fait de fumer? » ou « quelles raisons pourriez-vous avoir de ne pas arrêter de fumer? » ou « parlez-moi des difficultés que vous rencontrez lorsque vous essayez de renouveler vos prescriptions? » (Miller et Rollnick, 2012). Il est recommandé de ne pas poser plus de trois questions de suite.

Affirmations positives

Le fournisseur des soins doit appuyer fréquemment les propos du client tout au long de la conversation. En le félicitant ou en le complimentant pour les succès qu'il a obtenus dans le passé ou en approfondissant le sujet, vous contribuez à établir une relation thérapeutique.

Écoute réflexive

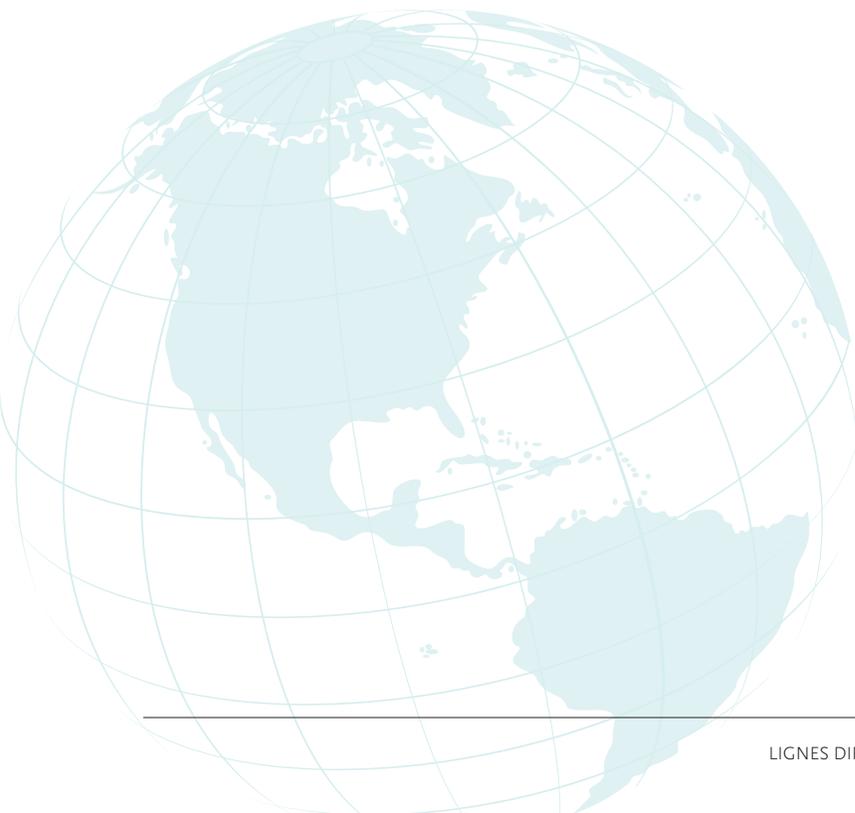
L'écoute réflexive est une compétence fondamentale de l'EM qui permet de surmonter les résistances du client. Les réflexions peuvent être aussi simples que de dire au client : « je sens que vous êtes triste ». Elles peuvent être aussi plus complexes : « je sens que vous êtes préoccupé par les effets sur votre santé générale d'avoir fumé pendant toutes ces années ». Les énoncés réflexifs, qu'ils soient simples, amplifiés ou à double sens, indiquent au client que vous avez compris ses propos et l'encouragent à réfléchir à ses sentiments. L'écoute réflexive consiste à reconnaître les pensées, les sentiments et les points de vue du client tout en restant neutre.

Résumé

Les résumés permettent au fournisseur de soins de santé de revenir sur les éléments importants des propos du client et de vérifier s'il les a bien compris. Ils relient entre eux les principaux points de l'entretien, tant pour ce qui concerne le passé que le présent.

Principes directeurs / présupposés sous-tendant les interventions antitabagiques

1. La consommation de produits du tabac est la cause individuelle de maladie, d'incapacité et de décès la plus facile à prévenir dans le monde.
2. La consommation régulière de produits du tabac est un état de dépendance qui nécessite un soutien et des interventions répétées auprès des clients.
3. À tous les points de prestation de soins, les infirmières ont la responsabilité professionnelle et éthique de fournir aux clients qui consomment du tabac l'accès à un traitement et à un soutien liés à une pratique exemplaire fondée sur des données probantes.
4. Les clients ont le droit d'avoir accès à un traitement d'intervention antitabagique afin de soulager leurs symptômes de sevrage et de soutenir la gestion de leur dépendance dans n'importe quel contexte de soins de santé et à tous les points de prestation de soins.
5. Les consommateurs de produits du tabac peuvent faire plusieurs rechutes avant d'en arriver à l'abstinence complète et les infirmières doivent engager plusieurs fois le client dans la démarche d'intervention antitabagique (voir [l'annexe F : Stratégies pour éviter une rechute](#)).
6. Il est important d'encourager les fumeurs et les non-fumeurs à faire de leur résidence un environnement sans fumée, afin de les protéger eux-mêmes ainsi que leurs enfants et leur famille contre l'exposition à la fumée secondaire^G et tertiaire^G.
7. Les programmes de formation, les collèges et les associations d'infirmières ont la responsabilité de former et d'aider les infirmières à offrir des interventions antitabagiques fondées sur des données probantes.
8. Les infirmières sont particulièrement bien placées pour jouer un rôle de premier plan en intervention antitabagique au niveau des individus, des programmes et des politiques.
9. La mise en œuvre d'interventions antitabagiques systématiques et exhaustives dans tous les contextes de soins contribuera à augmenter les taux de réussite des tentatives d'abandon du tabagisme et des stratégies de sevrage et à promouvoir la réduction des effets nocifs et l'abandon du tabagisme.



Recommandations relatives à la pratique

1.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 1.1 :

Procéder à des interventions de courte durée auprès de tous les clients pour détecter toute forme de tabagisme et intervenir, le cas échéant.

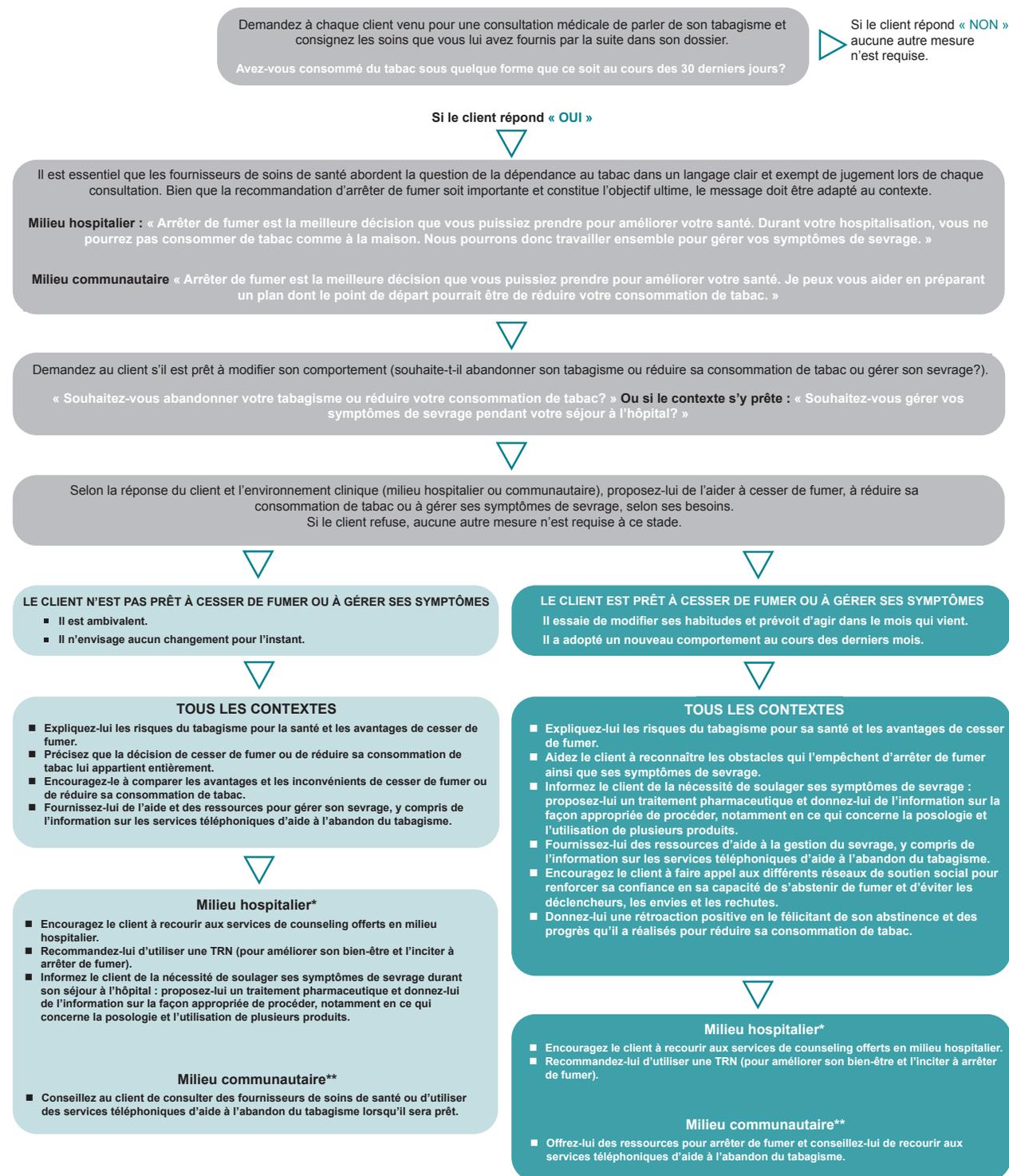
Niveau de qualité des données probantes = Ia, Ib

Discussion sur les données probantes :

Les interventions de courte durée^G sont des approches fondées sur des données probantes conçues pour être utilisées par les fournisseurs de soins de santé dans différents contextes pour inciter les clients à réduire ou à abandonner leur tabagisme. Parmi les exemples d'interventions antitabagiques de courte durée, on peut citer les interventions en trois points^G, en quatre points^G et en cinq points^G.

Une étude Cochrane de 2013 montre que les interventions de courte durée peuvent augmenter la probabilité qu'une tentative d'abandon du tabagisme soit couronnée de succès et accroître la durée pendant laquelle un client ne consomme pas de tabac (Stead et coll., 2013). Bien que l'impact des interventions antitabagiques de courte durée soit variable, toute intervention de courte durée a plus de chances d'entraîner une réduction significative de la consommation de tabac que de fournir les soins habituels sans procéder à une intervention (Virtanen, Zeebari, Rohyo et Galanti, 2015). De plus, une autre étude Cochrane conclut que les interventions antitabagiques menées par des infirmières sont efficaces pour aider les clients à cesser de fumer (Rice et Stead, 2008) (voir la **figure 1 : Organigramme de l'intervention de courte durée**).

Figure 1 : Organigramme d'une intervention de courte durée



^ Ces interventions doivent être effectuées conjointement à la mise en place d'un soutien adapté au contexte (en milieu hospitalier ou communautaire).
 * Le terme « milieu hospitalier » désigne tous les milieux où des clients sont admis (y compris les hôpitaux, les maisons de soins de longue durée, les établissements psychiatriques ou de réadaptation).
 ** Le terme « milieu communautaire » désigne les établissements de promotion de la santé qui ne font pas partie du milieu hospitalier (les clients ne sont pas admis).
 ~ Les interventions comportementales en milieu hospitalier (telles que le soutien psychologique) pendant une hospitalisation et des contacts de soutien pendant au moins un mois après la sortie de l'hôpital favorisent l'abandon du tabagisme, en particulier lorsqu'ils sont associés à une TRN (Rigotti, Clair, Munafò et Stead, 2012).

2.0 PLANIFICATION

RECOMMANDATION 2.1 :

Élaborer avec le client un plan d'intervention antitabagique personnalisé.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Chaque rencontre avec un client doit être centrée sur la personne et avoir pour objectif de réduire les effets nocifs. Les fournisseurs de soins de santé devraient reconnaître que chaque client apporte un point de vue unique et précieux dans une consultation de soins de santé. L'approche des soins centrée sur la personne reconnaît également que les déterminants sociaux de la santé contribuent à l'état de santé du client. Des facteurs tels que le revenu, le niveau de scolarité, le genre, entre autres, peuvent avoir un impact sur les comportements, les interactions et les choix liés aux habitudes de vie. D'autres facteurs tels que l'âge, les expériences vécues et la culture^G doivent également être pris en compte lors de l'élaboration d'un plan d'intervention.

En plus des facteurs mentionnés ci-dessus, un plan d'intervention doit tenir compte du contexte des besoins individuels du client (Cohen et coll., 2011; Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009; Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2007). Les fournisseurs de soins de santé peuvent avoir des préjugés par rapport aux différentes valeurs et normes culturelles, et ces préjugés sont souvent subconscients et non intentionnels. Par conséquent, les fournisseurs de soins de santé sont encouragés à s'engager dans une pratique réflexive qui leur permettra de reconnaître la façon dont leurs valeurs personnelles peuvent affecter leurs interactions avec les clients. Cette conscience de soi peut à son tour faciliter la prestation de soins culturellement adaptés et centrés sur la personne (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009).

Le fournisseur de soins de santé et son client doivent collaborer pour cerner les obstacles à l'abandon ou à la réduction du tabagisme qui lui sont propres. Ce processus peut inclure l'examen des réseaux sociaux et familiaux du client, de son environnement physique ou de la façon dont les symptômes de sevrage se manifestent. À titre d'exemple, les fournisseurs de soins de santé doivent collaborer avec le client afin de cerner et de gérer les facteurs de stress présents dans sa vie qui influent sur son tabagisme et les comportements qu'il pourrait adopter pour réduire ou abandonner son tabagisme (Twyman, Bonevski, Paul et Bryant, 2014). Les populations touchées de manière disproportionnée par le tabagisme sont souvent confrontées à des priorités concurrentes de santé et de bien-être et, bien que l'abandon du tabagisme soit l'objectif ultime, il est important de réduire les risques auxquels le client s'expose s'il n'est pas en mesure de cesser de fumer ou s'il n'est pas prêt à le faire (Wesche, Robert et Carry, 2011).

Parmi les populations touchées de manière disproportionnée par le tabagisme, on peut citer les minorités ethniques, les communautés LGBTQ (lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et queers), les populations autochtones, les personnes souffrant de maladies mentales ou de troubles liés à la consommation de substances et les personnes incarcérées dans des prisons (Christiansen, Reeder, Hill, Baker et Fiore, 2012; Twyman et coll., 2014; Warner et coll., 2014). Le tabagisme est un problème complexe pour ces populations et les plans de soins doivent être personnalisés. Il est important que les fournisseurs de soins de santé utilisent une approche fondée sur les déterminants sociaux de la santé et la réduction des effets nocifs avec un client issu d'une population touchée de manière disproportionnée par le tabagisme, afin d'adapter leurs interventions à ses besoins dans le contexte de sa vie (Wesche et coll., 2011).

Au Canada, les habitudes de consommation de tabac varient selon les différentes populations, et c'est dans les populations autochtones que le taux de tabagisme est le plus élevé par rapport à la population générale (Action Cancer Ontario, 2016; Cohen et coll., 2011). Chez certains peuples autochtones au Canada et ailleurs dans le monde, le tabac est utilisé lors de cérémonies traditionnelles. Dans ces cas, le tabac n'est pas brûlé dans le but d'être inhalé, comme c'est le cas pour le tabac commercial. Par conséquent, les fournisseurs de soins de santé ne doivent pas intervenir dans l'utilisation culturelle du tabac à des fins

cérémonielles (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 2005). L'usage traditionnel du tabac est une pratique sacrée et culturelle qui n'est pas nocive, car elle utilise une plante de tabac naturelle qui ne contient aucun des milliers de produits chimiques présents dans le tabac commercial. Il s'agit d'une pratique qui doit être respectée et qui n'entre pas dans le cadre des interventions antitabagiques dont il est question dans la présente ligne directrice (Autorité sanitaire des Premières Nations, 2016).

Lors de l'élaboration d'un plan d'intervention antitabagique, les fournisseurs de soins de santé peuvent demander au client :

- Que signifie le tabagisme pour vous?
- Quels sont, selon vous, les aspects positifs et négatifs du tabagisme?
- Y a-t-il des petits gestes que vous pouvez commencer à faire dès aujourd'hui pour réduire votre consommation de tabac et l'exposition de vos enfants ou des membres de votre famille à la fumée secondaire et tertiaire?



3.0 MISE EN ŒUVRE

RECOMMANDATION 3.1 :

Offrir aux clients qui consomment des produits du tabac et qui souhaitent réduire ou abandonner leur tabagisme des interventions pharmacologiques ou des séances de counseling intensives sur l'utilisation de produits pharmacologiques, ou les aiguiller vers ces ressources.

Niveau de qualité des données probantes : Ia, V

Discussion sur les données probantes :

Les personnes qui consomment du tabac et qui ont exprimé le souhait de modifier leur consommation de tabac tireront profit des interventions intensives^G. Les interventions intensives durent plus de 10 minutes et comprennent l'évaluation de la motivation à cesser de fumer, le dépistage des situations à haut risque et des éléments déclencheurs de la consommation de tabac et une discussion sur les stratégies de résolution des problèmes permettant de gérer les situations à haut risque (Stead et coll., 2008). Les interventions intensives comprennent des interventions comportementales et la prestation de conseils sur l'utilisation d'une pharmacothérapie, d'une thérapie de remplacement de la nicotine ou de médicaments sur ordonnance (p. ex., le bupropion^G et la varénicline^G). On ne dispose pas actuellement de suffisamment de données probantes pour confirmer l'efficacité d'autres modes d'intervention, comme les cigarettes électroniques, la thérapie au laser, l'acupuncture ou l'acupression (McRobbie, Hajek, Feder et Eldridge, 2008; White, Rampes, Liu, Stead et Campbell, 2014).

Voir le **tableau 3** pour une description des interventions intensives fondées sur des données probantes. La section sur les « autres interventions » doit être abordée avec prudence, car il n'existe pas suffisamment de données probantes pour confirmer leur efficacité en tant qu'aides à l'abandon du tabagisme ou à la réduction des effets nocifs.

Lorsqu'un fournisseur de soins de santé n'est pas en mesure de procéder à des interventions intensives auprès d'un client, il doit l'aiguiller vers des ressources qui peuvent offrir ces interventions intensives, comme un service téléphonique d'aide à l'abandon du tabagisme^G (voir [l'annexe G : Liste des ressources en intervention antitabagique](#)). Il existe également différents outils qui peuvent aider le fournisseur de soins de santé à procéder à une intervention intensive (voir [l'annexe H : Test de Fagerström sur la dépendance à la nicotine](#)), en plus des techniques d'entretien motivationnel (EM) présentées dans la section « Contexte » de la présente ligne directrice.

Tableau 3 : Interventions intensives

INTERVENTIONS FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES	ON DISPOSE DE SUFFISAMMENT DE DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DE LEUR UTILISATION EN TANT QU'AIDES À L'ABANDON DU TABAGISME OU À LA RÉDUCTION DES EFFETS NOCIFS.
Interventions comportementales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les données probantes indiquent que l'efficacité des traitements antitabagiques augmente en fonction de leur intensité, quel que soit le mode de prestation ou son contexte (Stead et coll., 2008). ■ Les résultats d'une revue systématique de la littérature montrent que, quel que soit le groupe démographique, les stratégies d'intervention les plus efficaces sont les mesures de soutien comportemental, comme le développement de compétences en matière de résolution de problèmes (p. ex., la reconnaissance des facteurs déclencheurs), les réseaux de soutien social ou une combinaison de stratégies pouvant comprendre la prestation de conseils en personne et le soutien fourni par le biais de l'Internet, du téléphone, de la messagerie texte et de groupes (Stead et coll., 2008). ■ L'intégration de la surveillance du comportement tabagique et des interventions thérapeutiques devrait faire partie des pratiques courantes (Rice et Stead, 2008). ■ L'ajout de la pharmacothérapie aux interventions comportementales contribue à augmenter les taux de réussite. Par conséquent, il faut discuter avec les clients du recours à la pharmacothérapie comme intervention complémentaire (Lancaster et Stead, 2005).
Interventions pharmacologiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ La pharmacothérapie peut jouer un rôle important dans la gestion des interventions antitabagiques. ■ Bien qu'une description détaillée de toutes les interventions pharmacologiques dépasse le cadre de cette ligne directrice, les fournisseurs de soins de santé devraient connaître les différents traitements pharmacologiques offerts et consulter une infirmière praticienne, un pharmacien ou un médecin pour connaître la meilleure façon d'utiliser les produits pharmacologiques sur ordonnance dans le cadre d'une intervention combinée lorsqu'ils travaillent avec des clients qui consomment du tabac. ■ Pour recommander des produits en vente libre, les infirmières doivent posséder les connaissances et les compétences requises et faire preuve de jugement quant à la situation, à l'état et au profil pharmaceutique du client (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2015). ■ En général, en ce qui concerne la gestion pharmacologique, les infirmières doivent s'assurer que : <ol style="list-style-type: none"> 1. les options de pharmacothérapie sont prises en compte dans la planification de la gestion; 2. les clients ont accès à une pharmacothérapie appropriée; 3. la pharmacothérapie est administrée en toute sécurité.

INTERVENTIONS FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES	ON DISPOSE DE SUFFISAMMENT DE DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DE LEUR UTILISATION EN TANT QU'AIDES À L'ABANDON DU TABAC OU À LA RÉDUCTION DES EFFETS NOCIFS.
<p>Timbre à la nicotine</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ils peuvent être achetés sans prescription (produits en vente libre). ■ Ils sont offerts en trois dosages : 7 mg, 14 mg et 21 mg. ■ Selon Selby (2016), le dosage approprié peut être établi en fonction des paramètres suivants : <ul style="list-style-type: none"> □ <10 cigarettes par jour : commencer par un timbre de 14 mg x 1 à 4 semaines □ 10 à 29 cigarettes par jour : commencer par un timbre de 21 mg x 1 à 4 semaines □ Plus de 30 cigarettes par jour : commencer par un timbre de 28 mg (21 mg + 7 mg) x 1 à 4 semaines ■ Ils fournissent une dose contrôlée de nicotine qui est absorbée par la peau. ■ Ils doivent être appliqués sur le haut du corps à un endroit où la peau est propre, sèche et exempte de poils. Il faut changer d'endroit à chaque nouvelle application. ■ La nicotine se libère lentement et régulièrement sur une période de 24 heures. Le timbre peut être retiré avant le coucher, si nécessaire. ■ Voir l'annexe I : Programme STOP : exemple d'algorithme de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)
<p>Gomme à la nicotine</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elles peuvent être achetées sans prescription (produits en vente libre). ■ Ce sont des TRN à action rapide qui permettent d'atténuer les envies de fumer. ■ Elles sont offertes en deux dosages : 2 mg et 4 mg. ■ Elles se substituent à la cigarette lorsque l'envie de fumer se fait sentir, et satisfont les besoins oraux et les envies de nicotine. ■ La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. ■ Elles ne sont pas mâchées de façon continue, mais seulement deux ou trois fois, puis placées entre la joue et la gencive pendant une minute. On répète l'opération pendant 30 minutes ou moins. ■ L'absorption est moindre en cas de consommation simultanée de café, de thé, d'alcool, de jus de fruits et de boissons gazeuses.
<p>Pastilles à la nicotine</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elles peuvent être achetées sans prescription (produits en vente libre). ■ Ce sont des TRN à action rapide qui permettent d'atténuer les envies de fumer. ■ Elles sont offertes en deux dosages : 2 mg et 4 mg. ■ La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. ■ L'absorption est moindre en cas de consommation simultanée de café, de thé, d'alcool, de jus de fruits et de boissons gazeuses.

INTERVENTIONS FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES	ON DISPOSE DE SUFFISAMMENT DE DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DE LEUR UTILISATION EN TANT QU'AIDES À L'ABANDON DU TABAC OU À LA RÉDUCTION DES EFFETS NOCIFS.
<p>Inhalateur de nicotine</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ils peuvent être achetés sans prescription (produits en vente libre). ■ Ce sont des TRN à action rapide qui permettent d'atténuer les envies de fumer. ■ Ils sont constitués d'un embout buccal muni d'une cartouche de nicotine. ■ La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale, et non par inhalation dans les poumons. ■ Ils permettent de gérer la dépendance physique et comportementale au tabagisme en imitant le geste de fumer une cigarette. ■ L'absorption est moindre en cas de consommation simultanée de café, de thé, d'alcool, de jus de fruits et de boissons gazeuses.
<p>Vaporisateur à la nicotine</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ils peuvent être achetés sans prescription (produits en vente libre). ■ La nicotine est vaporisée directement dans la bouche, où elle est absorbée par la muqueuse buccale. ■ C'est le produit de thérapie de remplacement de la nicotine le plus rapidement absorbé. ■ Il agit en 60 secondes pour soulager les envies de fumer.
<p>Hydrochlorure de bupropion (médicament sur ordonnance)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est vendu sur ordonnance. ■ Il est également commercialisé sous le nom Wellbutrin^{MD} pour le traitement de la dépression. Il s'agit d'un médicament sans nicotine. ■ Il prévient les symptômes de sevrage de la nicotine en imitant ses effets sur les récepteurs de la dopamine et de la noradrénaline dans le cerveau (Warner et Shoail, 2005). ■ Il peut être considéré comme une intervention de seconde ligne contre le tabagisme lorsque la thérapie de remplacement de la nicotine est inefficace (Santé Canada, 2013). ■ C'est un moyen efficace d'abandon du tabagisme qui augmente la probabilité de réussite du sevrage par rapport à un placebo (Cahill et Lancaster, 2014).
<p>Varénicline (médicament sur ordonnance)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il est vendu sur ordonnance. ■ Il prévient les rechutes et diminue le plaisir associé au tabagisme (Cahill, Lindson-Hawley, Thomas, Fanshawe et Lancaster, 2016). ■ Il peut être considéré comme une intervention de seconde ligne contre le tabagisme lorsque la thérapie de remplacement de la nicotine est inefficace (Santé Canada, 2013). ■ Son efficacité pour le sevrage tabagique a été démontrée dans plusieurs études (Cahill et coll., 2016; Huang, Li, Yang, Jiang et Wu, 2012).



Les interventions suivantes doivent être utilisées avec prudence, car les données probantes sur leur efficacité en tant qu'aides à l'abandon du tabagisme ou à la réduction des effets nocifs sont insuffisantes.

AUTRES INTERVENTIONS

ON NE DISPOSE PAS DE SUFFISAMMENT DE DONNÉES PROBANTES À L'APPUI DE LEUR UTILISATION EN TANT QU'AIDES À L'ABANDON DU TABAGISME OU À LA RÉDUCTION DES EFFETS NOCIFS.

Cigarettes électroniques

- Bon nombre de cigarettes électroniques (e-cigarettes) imitent l'aspect des cigarettes et les sensations qu'elles procurent. Au lieu de brûler le tabac pour qu'il soit inhalé sous forme de fumée, les cigarettes électroniques produisent une vapeur qui est inhalée ou « vapotée ». La vapeur est produite lorsque le liquide (qui peut contenir ou non de la nicotine) contenu dans la cigarette électronique est chauffé par l'élément chauffant (American Cancer Society, 2016).
- Les résultats des études sont mitigés en ce qui concerne l'efficacité des cigarettes électroniques en tant qu'aide à l'abandon du tabac. Un essai contrôlé randomisé a montré que les cigarettes électroniques peuvent être aussi efficaces que les thérapies de remplacement de la nicotine (Bullen et coll., 2013).
- Une étude Cochrane a également constaté que si les résultats de deux essais contrôlés randomisés ont montré que les cigarettes électroniques augmentaient la probabilité de réussite du sevrage tabagique à long terme par rapport aux cigarettes électroniques placebos, le petit nombre d'études recensées dans le cadre de l'étude diminue la confiance dans ces résultats (McRobbie, Bullen, Hartmann-Boyce et Hajek, 2014). Les effets à long terme sur la santé de l'exposition directe et indirecte à la vapeur des cigarettes électroniques ne sont pas clairs. Il faudrait disposer de plus de résultats d'études à long terme.
- En raison de l'absence de consensus sur l'efficacité et l'innocuité des cigarettes électroniques, les séances de counseling avec les clients doivent être axées sur les modes d'intervention dont l'efficacité a été démontrée dans la littérature, comme le counseling, les thérapies de remplacement de la nicotine et autres produits de pharmacothérapie sur ordonnance, après consultation d'une infirmière praticienne, d'un pharmacien ou d'un médecin.

Hypnothérapie, thérapie au laser, électrostimulation, acupression ou acupuncture

- Une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés a montré que l'acupuncture et l'hypnothérapie pouvaient aider les personnes à arrêter de fumer, mais il faudrait disposer de davantage de données probantes pour démontrer que ces modes d'intervention sont aussi efficaces que la pharmacothérapie (Tahiri, Mottillo, Joseph, Pilote et Eisenberg, 2012).
- Une étude Cochrane a montré qu'en raison de problèmes méthodologiques, on ne pouvait pas tirer de conclusions claires sur l'efficacité de l'acupuncture, de l'acupression, de la thérapie au laser ou de l'électrostimulation (White et coll., 2014). En raison des résultats peu concluants et du coût lié à ces modes d'intervention, ceux-ci ne sont pas systématiquement recommandés. Cela dit, il n'existe aucune donnée probante indiquant que ces formes de thérapie causent un quelconque préjudice au client lorsqu'elles sont utilisées conjointement avec des interventions fondées sur des données probantes.

RECOMMANDATION 3.2 :

À chaque rencontre, offrir à toutes les femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher des séances intensives de counseling comportemental sur la réduction des effets nocifs et l'abandon du tabagisme ou la prévention des rechutes, conjointement à une thérapie de remplacement de la nicotine, au cas par cas, ou aiguiller ces femmes vers ces ressources.

Niveau de qualité des données probantes = Ia, Ib, V

Discussion sur les données probantes :

Au Canada, jusqu'à 10 % des femmes enceintes consomment du tabac (Chamberlain et coll., 2013). Il se peut que ce taux soit sous-estimé en raison de la non-divulgaration liée à la stigmatisation du tabagisme pendant la grossesse. La consommation de tabac chez les femmes est associée à un risque élevé de développer un cancer, une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou une maladie pulmonaire obstructive chronique (Shah et Cole, 2010). Les conséquences du tabagisme sur la grossesse et le fœtus comprennent un risque accru de décollement du placenta, de fausse couche, d'insuffisance pondérale à la naissance, de naissance prématurée (avant 37 semaines), de mortinatalité et de décès néonatal (Chamberlain et coll., 2013). Les nourrissons et les enfants exposés à la fumée secondaire et tertiaire courent un risque accru de développer une bronchite, une pneumonie et une otite moyenne (Levitt, Shaw, Wong et Kaczorowski, 2007).

Les femmes sont plus susceptibles d'arrêter de fumer pendant la grossesse qu'à tout autre moment de leur vie. Bien qu'environ 15 à 60 % des femmes enceintes cessent de fumer pendant leur grossesse, le taux de rechute peut atteindre 60 % dans les premiers mois après l'accouchement et jusqu'à 80 % après un an (Jiménez-Muro et coll., 2012). Les facteurs associés à la rechute durant la période postnatale comprennent le stress lié aux soins du nouveau-né, la dépression et un faible statut socio-économique (Chamberlain et coll., 2013; Jiménez-Muro et coll., 2012). La grossesse et la période postnatale sont des moments opportuns pour proposer aux femmes, à chaque consultation médicale, du counseling comportemental intensif et des mesures de prévention des rechutes conjointement avec une thérapie de remplacement de la nicotine, si c'est approprié, au cas par cas (Chamberlain et coll., 2013; Jiménez-Muro et coll., 2012).

Le comité d'experts recommande d'utiliser une approche personnalisée et centrée sur la femme^G pour inciter ces femmes à abandonner le tabagisme et à réduire la probabilité de rechute. Cette approche met l'accent sur les avantages pour la femme et son fœtus de réduire les effets nocifs du tabac ou de cesser de fumer. Le comité d'experts recommande également que, lorsque cela ne présente aucun danger pour la femme, les fournisseurs de soins de santé sensibilisent son partenaire et les membres de sa famille aux conséquences du tabagisme et leur demandent de collaborer à la réduction ou à l'abandon du tabagisme de la femme.

Interventions en pharmacothérapie

Bien qu'une description détaillée des interventions pharmacologiques appropriées aux femmes enceintes dépasse le cadre de la présente ligne directrice, il est conseillé aux fournisseurs de soins de santé d'envisager l'utilisation de la pharmacothérapie dans le cadre d'une intervention combinée lorsqu'ils traitent des clientes qui consomment du tabac. En général, en ce qui concerne la gestion pharmacologique, les infirmières doivent s'assurer que :

1. les différentes options de pharmacothérapie sont prises en compte dans la planification du traitement;
2. les clientes ont accès à une pharmacothérapie appropriée;
3. la pharmacothérapie est administrée en toute sécurité.

Thérapie de remplacement de la nicotine

La thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) peut être considérée comme un complément aux interventions comportementales pendant la grossesse, au cas par cas. Bien que les données probantes tirées des études publiées avant 2015 indiquent que les TRN doivent être utilisées comme traitement de deuxième ligne après l'échec des interventions de type comportemental, le comité d'experts recommande que les TRN soient utilisées pendant la grossesse conjointement avec des séances de counseling intensif sur l'abandon du tabagisme, la réduction des effets nocifs du tabac et la gestion des symptômes de sevrage. Les TRN constituent une option valable pour réduire les effets nocifs du tabagisme pendant la grossesse, car ils fournissent de la nicotine sans exposer la cliente aux composés cancérigènes de la cigarette.

Le comité d'experts recommande que les fournisseurs de soins de santé proposent à leurs clientes des formes intermittentes de TRN pendant les premier, deuxième et troisième trimestres de leur grossesse, après avoir discuté avec elles des risques et des avantages. Les formes intermittentes de TRN comprennent les gommes, les pastilles, les inhalateurs ou les vaporisateurs/pulvérisateurs de nicotine. Si une aide supplémentaire sous forme de TRN s'avérait nécessaire, le comité d'experts recommande le timbre de nicotine, à condition qu'il soit retiré au moment du coucher.

Les TRN peuvent être recommandées et utilisées en toute sécurité pendant l'allaitement, car seule une petite quantité de nicotine passe dans le lait maternel, ce qui les rend préférables aux produits du tabac (Dempsey et Benowitz, 2001). Bien que la recherche ait commencé à évaluer l'impact des TRN sur les nourrissons, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour confirmer l'impact négatif ou positif des TRN sur les femmes enceintes ou qui ont accouché (Coleman, Chamberlain, Cooper et Leonardi-Bee, 2010). Cela dit, les TRN constituent une option plus sûre pour la femme et son enfant que la poursuite du tabagisme.

Bupropion et varénicline

Le bupropion, lorsqu'il est recommandé par une infirmière praticienne ou un médecin, peut être une option de troisième ligne pendant la grossesse si les interventions psychosociales⁹ et la thérapie de remplacement de la nicotine ont échoué. Le bupropion, qui est également un antidépresseur, peut être une mode d'intervention antitabagique approprié pour les femmes qui souffrent de dépression. Le bupropion ne semble pas être associé à une augmentation des taux de malformation fœtale ou d'avortement spontané (Cressman, Pupco, Kim, Koren et Bozza, 2012).



À l'heure actuelle, l'utilisation de la varénicline doit être évitée pendant la grossesse et l'allaitement en raison de l'insuffisance de données probantes quant à sa sécurité et à son efficacité en tant qu'intervention antitabagique pour les femmes enceintes (Coleman et coll., 2010).

4.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 4.1 :

Évaluer l'efficacité du plan d'intervention jusqu'à ce que les objectifs du client soient atteints.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Selon le comité d'experts, il est essentiel d'établir des objectifs et de créer un plan d'intervention pour les clients qui consomment du tabac. Les objectifs du client peuvent être d'abandonner ou de réduire le tabagisme ou de gérer les symptômes de sevrage. Les objectifs du traitement doivent être établis lors de la première rencontre avec le client et réévalués à chaque rencontre. L'évaluation continue du plan d'intervention permet au fournisseur de soins de santé d'évaluer l'engagement et la motivation du client à l'égard du traitement ainsi que les progrès qu'il a accomplis pour atteindre les objectifs du traitement (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005). L'évaluation doit être effectuée pour revoir et réviser le plan de traitement et les stratégies appliquées par le client afin d'améliorer les résultats au cours du traitement.

Pour évaluer les progrès du client, le fournisseur de soins de santé peut l'interroger sur le nombre de cigarettes qu'il fume quotidiennement, sur ses déclencheurs et ses envies, ses symptômes de sevrage, ses rechutes ou ses dérapages⁶, ses niveaux de motivation, ses défis et ses réussites. À ce stade, l'évaluation peut également porter sur la prévention des rechutes pour que le client soit bien outillé lorsque des déclencheurs se présentent. Le comité d'experts reconnaît que l'atteinte des objectifs du client en matière de tabagisme peut représenter une démarche de toute une vie comportant de multiples rechutes. Il est important de faire comprendre au client que les rechutes ne sont pas un signe d'échec. Les rechutes sont l'occasion d'évaluer plus en profondeur le plan d'intervention et les objectifs du client, les éléments déclencheurs et les difficultés. Le plan et les objectifs du client peuvent être rajustés après l'évaluation, si nécessaire.



Recommandations relatives à la formation

5.0 FORMATION

RECOMMANDATION 5.1 :

Intégrer du contenu sur les interventions antitabagiques fondées sur des données probantes aux programmes de formation des professionnels de la santé.

Niveau de qualité des données probantes = Ib, IIb, IV, V

Discussion sur les données probantes :

Les étudiants du secteur de la santé et les fournisseurs de soins de santé devraient recevoir une formation appropriée sur la mise en œuvre d'interventions antitabagiques fondées sur des données probantes dans le cadre de leurs programmes de formation professionnelle et sur leur lieu de travail (Sheffer, Barone et Anders, 2011). Les programmes de formation des professionnels de la santé comprennent les cours d'enseignement postsecondaire, les programmes d'orientation, les programmes d'études supérieures, les programmes de formation continue et la formation en milieu clinique.

Il est nécessaire de former les étudiants du secteur de la santé aux interventions antitabagiques, car le niveau d'éducation sur le tabagisme est souvent inadéquat dans les programmes de formation des professionnels de la santé (c'est une composante mineure de ces programmes). De plus, les étudiants présentent souvent des lacunes en ce qui concerne les effets nocifs du tabac sur la santé (Chan, So, Wong et Lam, 2008; Jordan, Khubchandani, Wiblishauser, Glassman et Thompson, 2011; Price, Jordan, Jeffrey, Stanley et Price, 2008; Price, Mohamed et Jeffrey, 2008; Richmond, Zwar, Taylor, Hunnisett et Hyslop, 2009). Une étude transversale portant sur la place de la formation sur le tabagisme dans les programmes d'études en soins infirmiers a conclu que les enseignants en soins infirmiers devraient élargir et approfondir les thèmes liés au tabagisme dans ces programmes en mettant l'accent sur les théories et les stratégies visant à modifier les comportements (Chan, Sarna et Danao, 2008).

L'amélioration de la formation et de l'enseignement en matière de tabagisme permettrait de mieux préparer les étudiants du secteur de la santé à intervenir auprès de leurs clients dans la pratique (Houston, Warner, Corelli, Fenlon et Hudmon, 2009). De plus, les données probantes indiquent que l'éducation sur le tabagisme devrait être abordée tôt dans les programmes de formation des professionnels de la santé afin que les connaissances, les comportements et les compétences appropriés liés aux interventions antitabagiques puissent être renforcés au fil du temps. Cela permettrait de préparer les étudiants à devenir des leaders dans la promotion des interventions antitabagiques et à jouer un rôle efficace dans ce domaine (Chan et coll., 2008). Bien que la littérature se concentre principalement sur l'intégration du contenu des différents modes d'intervention antitabagique dans les salles de classe et dans le cadre de la formation continue, le comité d'experts recommande fortement que tous les programmes d'orientation en milieu clinique comprennent également du contenu sur les interventions antitabagiques.

Développement, prestation et évaluation des programmes de formation

La littérature actuelle sur la mise en œuvre des programmes de formation en intervention antitabagique comprend les paramètres d'évaluation suivants : le nombre d'heures consacrées aux interventions antitabagiques, les thèmes abordés, les méthodes d'enseignement et l'évaluation de l'apprenant. Bien qu'il existe des études traitant des différentes méthodes de prestation des programmes de formation, les chercheurs n'ont pas précisé lesquelles de ces méthodes, le cas échéant, seraient les plus efficaces pour la prestation des programmes de formation en intervention antitabagique. On manque également de données probantes sur l'intégration des déterminants sociaux de la santé dans les programmes de formation en intervention antitabagique. Les enseignants doivent consulter la littérature actuelle sur les déterminants sociaux de la santé pour trouver des données probantes sur la manière d'intégrer ces aspects dans les programmes de formation. Les programmes de formation en intervention antitabagique comprennent souvent des sujets touchant aux sciences cliniques de base.

La littérature indique qu'il existe différentes façons d'évaluer les compétences des apprenants, comme les examens écrits, l'utilisation de patients simulés, les études de cas, les jeux de rôle et la planification des soins. Un certain nombre de méthodes d'enseignement sur la mise en œuvre sont efficaces pour la prestation de programmes de formation à l'intervention antitabagique. Bien que l'analyse comparative des méthodes de mise en œuvre les plus efficaces n'entre pas dans le cadre de la présente ligne directrice, il a été constaté que les huit méthodes ci-dessous ont donné des résultats positifs quant à l'amélioration des connaissances des apprenants. Voir le **tableau 4 : Méthodes d'enseignement pour la prestation de programmes de formation à l'intervention antitabagique**.

Tableau 4 : Méthodes d'enseignement pour la prestation de programmes de formation en intervention antitabagique

MÉTHODE D'ENSEIGNEMENT	DONNÉES PROBANTES
En présentiel	<p>Les personnes qui ont suivi une formation en présentiel sur l'abandon du tabagisme sont plus susceptibles d'éduquer et de traiter leurs clients et se disent d'avantage prêtes à le faire (Arnett, Baba et Cheek, 2012; Chan et coll., 2008; Sheffer et coll., 2011; Verbiest et coll., 2014).</p> <p>L'enseignement en personne se traduit également par une amélioration significative de la motivation, des connaissances et de la confiance du fournisseur de soins de santé en ce qui concerne l'intervention (Roman, Borges et Morrison, 2011).</p>
En distanciel	<p>De nombreuses études ont conclu que l'enseignement en distanciel, qui peut comprendre l'autoformation (O'Donnell, Hamilton, Markovic et Close, 2010), permet d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à la mise en œuvre d'interventions antitabagiques efficaces (Brose, West, Michie, Kenyon et McEwen, 2012; Carpenter, Carlini, Painter, Mikko et Stoner, 2012; Schmelz, Nixon, McDaniel, Hudmon et Zillich, 2010).</p>
Formation par simulation/normalisation de clients	<p>L'apprentissage actif par le biais de séances expérientielles consistant en une simulation de counseling antitabagique ou en un jeu de rôle faisant appel à des acteurs est un moyen tout à fait valable d'intégrer ce type d'intervention dans les programmes (Hawk, Kaeser et Beavers, 2013).</p> <p>Des études ont montré que les personnes ayant suivi une telle formation avaient d'avantage confiance en leurs capacités à conseiller leurs clients sur l'abandon du tabagisme et à fournir de l'aide aux personnes qui consomment des produits du tabac (Hawk et coll., 2013; Shishani, Stevens, Dotson et Riebe, 2013).</p>
Perfectionnement continu autonome	<p>Il a été constaté qu'un programme de perfectionnement continu autonome avait un impact positif universel sur les connaissances, les comportements et les pratiques cliniques prévues en matière d'interventions et de traitements antitabagiques (Studts, Burris, Kearns, Worth et Sorrell, 2009).</p>

MÉTHODE D'ENSEIGNEMENT	DONNÉES PROBANTES
Méthodes mixtes	Les méthodes mixtes (p. ex., en distanciel et en présentiel) ont l'avantage de favoriser la prestation d'interventions antitabagiques et l'adoption de nouvelles pratiques cliniques et d'accroître la confiance des fournisseurs de soins de santé en leurs capacités à intervenir, ce qui peut contribuer à augmenter les taux d'abstinence (Carson et coll., 2012; Herie, Connolly, Voci, Dragonetti et Selby, 2012; Prochaska et coll., 2008).
Séance de formation	<p>Les médecins généralistes qui ont participé à une séance de formation de 40 minutes pour connaître les différentes options de traitement et améliorer leurs compétences à aiguiller leurs patients vers les ressources appropriées tendent à aider un nombre accru de patients à abandonner le tabagisme ou à consulter des ressources spécialisées (McRobbie et coll., 2008). Des différences significatives ont été constatées entre les médecins généralistes qui ont suivi une formation d'une heure et ceux qui n'ont suivi aucune formation quant à la régularité avec laquelle ils interrogeaient leurs clients sur le tabagisme et leur conseillaient d'arrêter de fumer (Verbiest et coll., 2014).</p> <p>Une seule journée de formation didactique^G et de séances de jeux de rôle peut faciliter les changements à court et à long terme dans les attitudes et les comportements des professionnels de la santé en ce qui concerne le counseling en intervention antitabagique (Borrelli, Lee et Novak, 2008). Une étude comparative sur le temps que des infirmières ont consacré à conseiller des fumeurs avant une formation et six mois après celle-ci a révélé qu'elles passaient plus de temps à conseiller les fumeurs après avoir suivi la formation (Borrelli et coll., 2008).</p>
Cours	Les programmes de counseling intensifs en abandon du tabagisme (définis comme des séances de quatre heures ou plus) peuvent avoir un impact positif sur la pratique clinique et servir de modèle pour les initiatives de partage des connaissances au-delà des domaines liés au comportement (Herie et coll., 2012).
Programmes de formation des formateurs	<p>Dans les programmes de formation des formateurs^G, des enseignants expérimentés forment des enseignants moins expérimentés à transmettre des connaissances. Cela peut contribuer à augmenter le nombre d'heures de formation sur le tabagisme dans les programmes d'études des étudiants en soins de santé, comme le montre une étude sur les programmes de formation des infirmières praticiennes en soins actifs (Heath et coll., 2007). Lorsque davantage de membres du corps enseignant consacrent du temps à enseigner l'intervention antitabagique, on constate une augmentation de l'efficacité perçue de cet enseignement et une valorisation accrue de l'utilisation de lignes directrices fondées sur des données probantes. Le nombre total d'heures consacrées à l'enseignement en intervention antitabagique augmente, tout comme le nombre de membres du corps enseignant qui consacrent au moins trois heures à enseigner cette matière.</p> <p>Un programme de formation des formateurs de deux jours peut améliorer le niveau de l'enseignement sur le tabagisme dispensé dans le cadre des programmes de formation des infirmières praticiennes en soins actifs (Heath et coll., 2007).</p>

RECOMMANDATION 5.2 :

Veiller à ce que la prestation des programmes de formation en intervention antitabagique soit confiée à des enseignants formés et compétents dans le domaine de l'intervention antitabagique.

Niveau de qualité des données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

Les enseignants doivent s'engager dans une formation continue pour s'assurer qu'ils connaissent les pratiques exemplaires actuelles fondées sur des données probantes dans le domaine de l'intervention et du traitement antitabagiques (Sears, Cohen et Drope, 2008). Le terme « enseignant » désigne les personnes chargées d'enseigner aux étudiants ou à des fournisseurs de soins de santé dans une salle de classe ou dans un environnement clinique. L'acquisition par les enseignants de connaissances fondées sur des données probantes dans le domaine de l'intervention et du traitement antitabagiques donne lieu à un certain nombre de résultats positifs. Les enseignants qui ont suivi un programme de formation reconnu sur l'intervention et le traitement antitabagiques disposent des connaissances voulues pour assurer la qualité de l'enseignement dispensé aux étudiants et aux fournisseurs de soins de santé.

Les enseignants qui suivent une formation sont également plus susceptibles de développer et d'intégrer des contenus et des compétences liés au tabagisme dans leur enseignement (Heath et coll., 2007). Une étude avant-après a montré que les enseignants ayant reçu une formation en intervention antitabagique étaient mieux à même d'apprendre, de comprendre la pratique, de discuter et d'intégrer du contenu relatif au tabagisme dans leurs cours lorsqu'ils formaient des fournisseurs de soins de santé (Davis, Stockdale et Cropper, 2010). L'étude a examiné l'impact sur la motivation des enseignants d'une formation en intervention antitabagique d'une durée de six heures dispensée sur place et accompagnée de ressources pédagogiques. Après avoir suivi cette formation, les enseignants étaient plus susceptibles d'intégrer du contenu sur l'intervention antitabagique à leurs programmes de formation en hygiène dentaire (Davis et coll., 2010). Une autre étude a montré que lorsque les enseignants des programmes de formation menant à un diplôme d'infirmière praticienne spécialisée en soins actifs avaient suivi une formation sur le tabagisme, le pourcentage de stagiaires qui consacraient au moins trois heures de leur temps d'enseignement à l'éducation sur le tabagisme était passé de 22,2 % à 74,1 % (Heath et coll., 2007).

Les enseignants peuvent obtenir une formation fondée sur des données probantes en suivant un programme de formation ou d'études reconnu dans le domaine de la gestion et du traitement des troubles liés au tabagisme chez les clients (voir [l'annexe J : Programmes de formation pour les fournisseurs de soins de santé](#)).

Recommandations pour le système de santé, les organismes et les décideurs politiques

6.0 SYSTÈME DE SANTÉ, ORGANISME ET DÉCIDEURS POLITIQUES

RECOMMANDATION 6.1 :

Plaider auprès des décideurs de tous les paliers de gouvernement en faveur d'une législation antitabagique et antivapotage exhaustive et de son application dans la collectivité.

Niveau de qualité des données probantes = Ia, IIb, IV

Discussion sur les données probantes :

Les fournisseurs de soins de santé devraient plaider en faveur de l'adoption de lois antitabac afin d'améliorer la santé des gens tout au long de leur vie en réduisant la pollution de l'air par la fumée de tabac et, par conséquent, le nombre d'hospitalisations évitables liées à des problèmes respiratoires et cardiovasculaires, en particulier les crises cardiaques et le syndrome coronarien aigu (Callinan, Clarke, Doherty et Kelleher, 2010). La Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé (CCLAT de l'OMS) recommande l'adoption d'une législation antitabac intégrale^a pour protéger le public contre l'exposition à la pollution par la fumée de tabac (Callinan et coll., 2010). On constate une augmentation du nombre de pays dans le monde qui mettent en œuvre des politiques interdisant ou limitant le tabagisme dans les lieux publics et sur le lieu de travail (Callinan et coll., 2010). La mise en place d'un environnement favorable à l'atténuation du tabagisme peut contribuer à réduire l'acceptabilité et l'influence sociales du tabagisme et du vapotage. Les résultats d'une revue systématique de la littérature et d'autres études européennes suggèrent que les législations antitabac profitent à des populations entières en contribuant à réduire la prévalence du tabagisme et à augmenter le nombre de tentatives d'abandon (Callinan et coll., 2010; Fong et coll., 2006). Par ailleurs, les lois antitabac qui augmentent les taxes sur les cigarettes contribuent à dissuader les consommateurs d'en acheter (Callinan et coll., 2010; Cantrell, Hung, Fahs et Shelley, 2008; Fong et coll., 2006; Nagelhout et coll., 2012).

Le comité d'experts, s'appuyant sur des données probantes tirées de la littérature, estime que les fournisseurs de soins de santé sont bien placés pour influencer sur la législation antitabac et en soutenir l'efficacité par divers moyens, comme plaider en faveur de mesures nationales d'interdiction de fumer et de vapoter, préconiser une augmentation de la taxe sur les cigarettes et engager et soutenir les personnes qui fument pendant la mise en œuvre de ces mesures.

1. Mesures nationales d'interdiction de fumer et de vapoter (interdiction de consommer des produits du tabac dans les espaces publics afin de réduire l'exposition à la fumée secondaire) (Naghelout et coll., 2012).

- Dans les pays dotés de politiques antitabac strictes, les fumeurs sont plus susceptibles d'arrêter de fumer (Allen et coll., 2014).
- Les législations antitabac améliorent la qualité de l'air et réduisent l'exposition du public à la fumée secondaire (Naghelout et coll., 2012).
- Les infirmières et les autres professionnels de la santé doivent plaider en faveur d'une législation antitabac intégrale interdisant de fumer et de vapoter dans tous les lieux publics, y compris les lieux de travail, sans dérogations ni espaces réservés aux fumeurs.

2. Augmentation des taxes sur les cigarettes (taxes imposées par le gouvernement sur le coût des cigarettes)

- Il existe une corrélation entre les augmentations du prix des cigarettes et les changements positifs dans le comportement des fumeurs (réduction de l'achat de cigarettes en raison du coût élevé des taxes) (Cantrell et coll., 2008).
- Les mesures d'application de la loi devraient être élargies et orientées vers la réduction de la disponibilité des cigarettes légales et illégales à faibles taxes ou sans taxes (Cantrell et coll., 2008).

3. Engager et soutenir les personnes qui fument après l'adoption de lois nationales antitabac et antivapotage (Kennedy et coll., 2012).

- Il existe une corrélation entre la législation antitabac et l'augmentation du nombre de tentatives d'abandon. Par conséquent, l'offre de soutien individuel après l'adoption d'une nouvelle législation antitabac pourrait contribuer à augmenter encore plus les taux d'abandon (Kennedy et coll., 2012).
- Les fournisseurs de soins de santé doivent informer leurs clients de la législation antitabac et leur fournir une aide personnalisée, en particulier après l'adoption d'une nouvelle législation antitabac (Cantrell et coll., 2008).

En combinant des approches en amont axées sur le plaidoyer en faveur d'une législation antitabac et antivapotage, les fournisseurs de soins de santé pourraient participer à des initiatives de protection contre le tabac et de prévention du tabagisme visant à réduire la pression exercée par les maladies liées au tabac au niveau individuel et collectif.

RECOMMANDATION 6.2 :

Mettre en œuvre et appliquer des politiques antitabac intégrales dans tous les contextes de prestation de soins de santé et pour tous les clients, y compris les patients hospitalisés et les patients externes, ainsi que pour le personnel permanent et contractuel.

Niveau de qualité des données probantes = Ia, IV

Discussion sur les données probantes :

Les organismes de soins de santé ont la responsabilité professionnelle et juridique de lutter contre le tabagisme et de promouvoir la réduction des effets nocifs du tabac en plaidant en faveur de l'adoption de politiques antitabac intégrales. Des politiques antitabac sont déjà en place dans les hôpitaux au Canada et dans plusieurs autres pays (Stockings et coll., 2014). La mise en œuvre des politiques antitabac dans ces pays a apporté de nombreux avantages aux clients, au personnel des fournisseurs de soins de santé et aux organismes de soins de santé.

Poder, Carroll, Wallace et Hua (2012) ont montré que les lieux de travail sans tabac sont associés à une diminution de l'exposition à la fumée secondaire. Une étude transversale a également montré que les environnements de travail sans tabac contribuaient à augmenter le nombre de tentatives d'abandon du tabagisme et le taux de réussite (Lawn et coll., 2014). Les politiques antitabac peuvent également contribuer à :

- Réduire l'incidence et la prévalence du tabagisme dans les établissements hospitaliers;
- Établir un précédent important en faveur de l'adoption de pratiques exemplaires et d'un changement de comportement positif chez les clients et le personnel;
- Encourager d'autres établissements à devenir des espaces sans fumée ni vapotage dans l'intérêt de la santé publique.

Les résultats d'une revue systématique de la littérature indiquent que la mise en œuvre de politiques antitabac dans deux établissements psychiatriques a contribué à une baisse significative de la consommation de tabac chez les clients pendant leur hospitalisation et jusqu'à trois mois après leur sortie (Stockings et coll., 2014). Une étude transversale menée dans des

établissements de santé mentale a également conclu que les politiques d'hospitalisation sans tabac entraînaient davantage de tentatives d'abandon et d'améliorations perçues de la santé (Lawn et coll., 2014). Une importante constatation a montré que le personnel soignant avait besoin d'un soutien continu pour mettre en œuvre ces politiques de manière efficace (Lawn et coll., 2014). Bien que les données probantes actuelles suggèrent que les politiques peuvent influencer sur le changement des comportements, des motivations et des croyances en matière de tabagisme (Stockings et coll., 2014), il est nécessaire de mener d'autres recherches sur les effets des politiques antitabac sur les clients et le personnel des établissements de soins de santé autres que ceux du secteur de la santé mentale.

Pour soutenir la mise en œuvre et l'application de politiques antitabac intégrales dans le cadre de la pratique et de la culture organisationnelles, le comité d'experts recommande aux fournisseurs de soins de santé, aux leaders et aux décideurs ce qui suit :

- militer pour l'élimination de la consommation de tabac dans les espaces et les locaux désignés, et à des moments précis (Stockings et coll., 2014);
- fournir de la formation et des ressources supplémentaires au personnel pour les aider à discuter du traitement du tabagisme avec les clients et leurs familles pendant et après l'hospitalisation. Les données probantes indiquent qu'il existe un lien étroit entre les taux d'abandon et la prestation d'information et de séances de counseling sur les techniques comportementales et les thérapies de remplacement de la nicotine pendant et après l'hospitalisation (Ortiz et coll., 2013);
- plaider pour un meilleur accès aux thérapies de réduction des effets nocifs et d'abandon du tabagisme et pour la prestation de traitements d'intervention antitabagique combinant les approches pharmacologiques et comportementales (Stockings et coll., 2014);
- faciliter une planification, des ressources et un soutien administratif adéquats pour la transition et l'application des politiques (Lawn et coll., 2014);
- soutenir les fournisseurs de soins de santé afin qu'ils puissent appliquer et faire respecter efficacement les politiques antitabac (Lawn et coll., 2014);
- plaider pour que le personnel reçoive une formation appropriée sur le traitement du tabagisme pour qu'il se sente à l'aise dans la prestation d'interventions thérapeutiques et la gestion des symptômes de rechute (Lawn et coll., 2014).

Après l'adoption de politiques antitabac, il est particulièrement important de soutenir les clients et les membres du personnel qui consomment du tabac en leur proposant des thérapies de remplacement de la nicotine. Un programme intégral et multistratégique à l'intention du personnel et des clients comprenant un accès sans restriction aux thérapies de remplacement de la nicotine a contribué à améliorer la prestation des soins antitabac dans les hôpitaux (Freund, 2009; Sherman et coll., 2006). Les données probantes d'une étude transversale portant sur 58 hôpitaux (Ballbe et coll., 2015) ont montré que la mise en application de politiques antitabac dans ces hôpitaux, combinée à la prestation de programmes d'abandon du tabagisme et à la fourniture de médicaments gratuits pour le personnel et les clients encourageait d'autres établissements à faire de même. Plusieurs années après la mise en application des politiques antitabac, 74 % des hôpitaux offraient encore des programmes d'abandon du tabagisme à leurs patients hospitalisés et 93 % des hôpitaux offraient encore des programmes d'abandon du tabagisme à leur personnel. L'absence de thérapies de remplacement de la nicotine et de ressources pour l'abandon du tabagisme peut compromettre la pérennité de programmes d'abandon du tabagisme bien établis (Ballbe et coll., 2015).

La mise en application de politiques antitabac intégrales dans tous les établissements de soins de santé permet de créer un environnement propice à la réduction ou à l'abandon du tabagisme, tant pour les clients que pour le personnel soignant. Tous les établissements de soins de santé devraient être encouragés à mettre en application des politiques antitabac et à les faire respecter ou à s'en inspirer, et à offrir des interventions antitabagiques aux patients et au personnel.

RECOMMANDATION 6.3 :

Intégrer des messages sur le tabagisme aux dossiers et documents médicaux des clients afin de faciliter l'offre d'interventions antitabagiques lors des visites médicales.

Niveau de qualité des données probantes = Ib

Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts recommande que les établissements de santé intègrent des messages d'intervention antitabagique dans les dossiers médicaux afin de faciliter la prise de décision clinique sur le traitement du tabagisme des clients. Le statut tabagique des clients devrait être indiqué dans leurs dossiers médicaux électroniques⁶ (DME) ou sur support-papier, ce qui pourrait accroître l'adhésion des fournisseurs de soins de santé aux recommandations des lignes directrices et les inciter à intervenir davantage auprès des clients qui consomment du tabac (Linder et coll., 2009). Un essai contrôlé randomisé mené auprès de 26 cabinets de soins primaires et de deux centres de santé communautaires a montré que l'utilisation d'un système tripartite d'amélioration des dossiers médicaux électroniques permettait d'améliorer la documentation du statut tabagique des clients et leur traitement antitabagique (Linder et coll., 2009). Dans cette étude, les dossiers médicaux électroniques des clients comportaient une icône de statut tabagique, des messages de rappel sur le traitement antitabagique ainsi que des formulaires cliquables permettant de commander des médicaments ou de recommander les clients aux services de counseling appropriés (Linder et coll., 2009).

Les DME peuvent rappeler aux cliniciens de documenter l'état tabagique d'un patient et de lui donner de brefs conseils, afficher un formulaire de prescription de médicament antitabagique et faciliter son aiguillage vers des services de counseling appropriés (Linder et coll., 2009). Les interventions soutenues par les DME qui permettent de mieux documenter le statut tabagique des patients qui consomment du tabac, de les aiguiller plus facilement vers des services de counseling antitabagique et de les mettre en contact avec ces services ont presque doublé le nombre de tentatives d'abandon (Linder et coll., 2009). Bien que les taux absolus d'abandon du tabagisme puissent varier, même de petites différences en ce qui concerne le counseling et les taux d'abandon peuvent avoir un impact positif sur la santé en réduisant la morbidité et la mortalité (Linder et coll., 2009). Bien que la majorité des études aient été menées dans des établissements de soins primaires, le comité d'experts est favorable à l'intégration de messages d'intervention antitabagique dans les DME des patients d'autres établissements de soins de santé ou dans leurs dossiers médicaux sur support papier dans les établissements où les DME ne sont pas disponibles.

Voici des exemples de la façon d'intégrer des messages dans les DME pour aider à la prise de décision clinique et améliorer le traitement du tabagisme chez les clients :

- Intégrer des messages invitant à documenter le statut tabagique de tous les clients à chaque visite. La documentation est une étape importante du traitement antitabagique (Linder et coll., 2009). Des études menées au Royaume-Uni montrent que le fait de caractériser de manière proactive les clients qui consomment du tabac en documentant leurs dossiers médicaux peut accroître le recours aux services d'abandon du tabagisme ou de réduction des effets nocifs liés au tabac (Linder et coll., 2009).
- Documenter le statut tabagique des clients (Linder et coll., 2009). Les clients dont le statut tabagique a été consigné sont plus susceptibles de prendre contact avec un conseiller en abandon du tabagisme et de se voir prescrire des médicaments antitabagiques (Linder et coll., 2009).
- Créer des modèles et des algorithmes d'abandon du tabagisme pouvant être intégrés sous forme de messages aux dossiers médicaux électroniques des clients.
- Développer des fonctionnalités permettant d'aiguiller les clients vers des services de counseling appropriés, y compris les services téléphoniques locaux d'aide à l'abandon du tabagisme, en un seul clic (Linder et coll., 2009).
- Garantir l'accès à des ressources actualisées sur l'abandon du tabagisme (Linder et coll., 2009).

RECOMMANDATION 6.4 :

Évaluer les programmes et les services d'intervention antitabagiques.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

L'évaluation des programmes est une composante importante du processus de mise en œuvre qui ne doit pas être négligée. Il est nécessaire d'élaborer un plan d'évaluation d'un programme avant sa mise en œuvre afin de disposer d'une feuille de route pour le suivi des objectifs, des stratégies de mise en œuvre, des mesures à prendre, des échéances et des effets escomptés (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2011).

L'évaluation d'un programme doit comprendre des paramètres permettant d'évaluer le plan de mise en œuvre et de recueillir des données sur la structure, le processus et les résultats. Le plan d'évaluation doit indiquer les facilitateurs et les obstacles, qui doivent faire l'objet d'un suivi pendant toutes les phases du projet dans le but d'améliorer les approches futures. L'évaluation structurelle doit déterminer, avant l'étape de la mise en œuvre, si l'établissement possède ou non les ressources nécessaires pour soutenir un programme d'abandon du tabagisme. Il faut, par exemple, prévoir un personnel suffisant, des programmes d'orientation sur l'abandon du tabagisme à l'intention du personnel et un budget permettant de fournir gratuitement des thérapies de remplacement de la nicotine. L'évaluation des processus porte sur les processus de prestation de soins, d'intervention et d'éducation. Il s'agit par exemple d'évaluer si tous les clients se sont vu proposer des interventions de courte durée ou si tous les clients ont reçu de l'information sur les thérapies de remplacement de la nicotine. L'évaluation des résultats peut consister à évaluer les tentatives d'abandon, les taux de réduction du tabagisme ou la diminution des symptômes de sevrage de la nicotine chez le client. Il est également important de déterminer les modalités de collecte des données d'évaluation. Les outils d'évaluation facilitant la collecte de données sont, notamment, les sondages, échelles, audits, rétroactions et évaluations par observation (AllIAO, 2012). Les données d'évaluation peuvent être utilisées pour évaluer l'impact de l'intervention et son rapport coût-efficacité ainsi que pour déterminer s'il faut apporter des modifications à l'intervention pour en améliorer l'efficacité.



Lacunes de la recherche et conséquences futures

En examinant les données probantes pour la présente ligne directrice, le comité d'experts de l'AIIAO a déterminé trois domaines de recherche prioritaires pour lesquels les données probantes sont insuffisantes ou de faible qualité sur le plan méthodologique. Ils sont classés en trois grandes catégories : la recherche sur la pratique, sur les résultats et sur le système de santé. Voir le **tableau 5** ci-dessous.

Tableau 5 : Domaines de recherche prioritaires

CATÉGORIE	DOMAINES DE RECHERCHE PRIORITAIRES
Pratique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévalence de l'usage du narguilé et interventions. ■ Impact de la contrebande de tabac sur les taux de tabagisme. ■ Effets à court et à long terme des cigarettes électroniques. ■ Impact des mesures de gestion des symptômes. ■ Efficacité de la thérapie de remplacement de la nicotine chez les femmes pendant les périodes prénatales et postnatales. ■ Impact de la réduction des effets nocifs sur les taux de consommation et d'abandon. ■ Impact de la thérapie de remplacement de la nicotine sur les nourrissons.
Résultat	<ul style="list-style-type: none"> ■ Efficacité des programmes d'exercices physiques sur les taux d'abandon. ■ Avantages de la formation incitative. ■ Efficacité de la thérapie basée sur la pleine conscience sur les taux d'abandon du tabagisme. ■ Impact des ressources sur la mise en œuvre. ■ Impact et défis des environnements sans tabac. ■ Efficacité d'une approche de gestion du sevrage sur les taux d'abandon du tabagisme. ■ Efficacité de l'intervention minimale à l'hôpital et de l'aiguillage des clients vers un service téléphonique local d'aide à l'abandon du tabagisme en vue d'une intervention intensive.
Système de santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Effet des équipes de soins interprofessionnelles sur les taux d'abandon du tabagisme. ■ Impact des vaporisateurs. ■ Efficacité des interventions auprès des fumeurs légers ou des fumeurs « sociaux » (non quotidiens). ■ Efficacité des nouvelles plateformes technologiques dans les interventions antitabagiques, comme les programmes en ligne, les applications mobiles et les programmes de messagerie textuelle (Patnode et coll., 2015).

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte plusieurs facettes et constitue un défi; il faut bien plus qu'une connaissance des lignes directrices et leur distribution pour amener les gens à modifier leur pratique. Les lignes directrices doivent être adaptées à chaque contexte de pratique de manière systématique et participative pour que les recommandations soient appropriées au contexte local (Harrison, Graham, Fervers et van den Hoek, 2013). La trousse de l'AIIO intitulée : *Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (AIIO, 2012) fournit un processus fondé sur des données probantes et basé sur la science de la mise en œuvre pour assurer que les lignes directrices soient appliquées efficacement (voir **Pannexe K : Description de la Trousse**).

Les facteurs déterminants de la réussite mentionnés dans la *Trousse* sont les suivants :

- Les décideurs à tous les niveaux se sont engagés à soutenir la mise en œuvre de la ligne directrice.
- La sélection des lignes directrices à mettre en œuvre se fait par l'entremise d'un processus participatif et systématique.
- Les intervenants pour qui les lignes directrices sont pertinentes sont identifiés et participent à la mise en œuvre.
- Il est nécessaire de procéder à une évaluation complète de l'état de préparation avant de procéder à la mise en œuvre d'une ligne directrice.
- Les lignes directrices sont adaptées au contexte local.
- Les obstacles à la mise en œuvre d'une ligne directrice et les facteurs qui la facilitent sont déterminés, font l'objet d'un suivi et, si possible, des stratégies d'atténuation sont appliquées.
- Les interventions visant à promouvoir l'adoption des lignes directrices sont sélectionnées.
- La mise en œuvre d'une ligne directrice fait l'objet d'un suivi et d'un soutien systématiques.
- L'évaluation de l'impact des lignes directrices fait partie intégrante du processus.
- Il existe des ressources adéquates pour mener à bien tous les volets de la mise en œuvre.

La *Trousse* utilise le cadre conceptuel pour le passage des connaissances à la pratique (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya, 2009), afin de démontrer les étapes du processus nécessaires pour effectuer l'enquête et la synthèse des connaissances. Elle guide également l'adaptation des nouvelles connaissances, telles que les lignes directrices, au contexte local. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils de connaissances pour relever les lacunes et entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local.

L'AIIO s'engage à diffuser et à mettre en œuvre ses LDPE à grande échelle. L'AIIO utilise une approche coordonnée pour la diffusion de ses LDPE en incorporant une variété de stratégies, dont les suivantes :

- a) Le Réseau des champions des pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers^{MD}, qui développe la capacité de chaque infirmière à encourager la sensibilisation aux LDPE et l'engagement des intervenants à les adopter.
- b) Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers^G, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs et concis tirés des recommandations de pratique des LDPE, qui peuvent être facilement intégrés dans des dossiers médicaux électroniques, mais aussi utilisés dans des milieux utilisant des dossiers médicaux sur support papier ou hybrides.
- c) La désignation d'Organisation vedette en pratiques exemplaires^{MD} (OVPE^{MD}), qui soutient la mise en œuvre des meilleures pratiques au niveau du système de santé et des organismes. Les OVPE se concentrent sur le développement de cultures fondées sur des données probantes et ont pour mandat précis de mettre en œuvre, d'évaluer et de soutenir plusieurs LDPE de l'AIIO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE en particulier et leur mise en application (AIIAO, 2012).

Vous trouverez des renseignements sur l'ensemble des stratégies de mise en œuvre de l'AIIAO en consultant les pages suivantes :

- Réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO – www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions
- Modèles d'ordonnance en soins infirmiers de l'AIIAO – www.RNAO.ca/ehealth/nursingordersets
- Organismes vedettes des pratiques exemplaires de l'AIIAO – www.RNAO.ca/bpg/bpso
- Ateliers de renforcement des capacités et autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO – www.RNAO.ca/events



Évaluation et suivi de la présente ligne directrice

Lorsque vous mettrez en œuvre les recommandations de cette ligne directrice, nous vous demandons de réfléchir à la manière dont vous allez surveiller et évaluer leur application et leur impact.

Le **tableau 6**, qui s'inspire d'un cadre conceptuel présenté dans la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (AIIAO, 2012), présente quelques indicateurs qui peuvent soutenir le processus de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de cette ligne directrice.

Tableau 6 : Indicateurs relatifs à la structure de l'organisme/du système, aux processus et aux résultats permettant de faire le suivi et l'évaluation de cette ligne directrice.

TYPE D'INDICATEUR		
Structure	Processus	Résultat
<i>Ces indicateurs font référence aux soutiens et aux ressources dont un système de santé, un organisme de services de santé ou un établissement d'enseignement a besoin pour réussir la mise en œuvre de la ligne directrice dans la pratique.</i>	<i>Ces indicateurs évaluent si les pratiques exemplaires liées à l'enseignement, à la formation et à la pratique des fournisseurs de soins de santé visant à améliorer l'engagement auprès des personnes ont été mises en œuvre.</i>	<i>Ils évaluent l'impact de la mise en œuvre des recommandations de la ligne directrice sur les organismes de soins de santé, les fournisseurs de soins de santé et les résultats pour le client.</i>
Indicateurs structurels relatifs à l'organisme	Indicateurs de processus relatifs au client	Indicateurs de résultats relatifs au client
<p>Engagement de l'organisme à plaider en faveur d'une législation antitabac et antifumée intégrale et de son application dans la collectivité (recommandation 6.1).</p> <p>Mise en œuvre et application, à l'échelle de l'organisme, de politiques globales antitabac auprès des clients et du personnel (recommandation 6.2).</p> <p>Les organismes intègrent des messages sur le tabagisme dans les dossiers/documents médicaux des clients afin de faciliter la prestation d'interventions antitabagiques lors de leurs visites médicales (recommandation 6.3).</p>	<p>Pourcentage de clients qui subissent un dépistage pour toutes les formes de tabagisme au moyen d'interventions de courte durée (recommandation 1.1).</p> <p>Pourcentage de clients dont le dépistage du tabagisme est positif et qui bénéficient d'un plan d'intervention antitabagique adapté à leurs besoins (recommandation 2.1).</p> <p>Pourcentage de clients dont le dépistage du tabagisme est positif et qui expriment le désir de réduire ou d'arrêter leur consommation de tabac, et qui le font par la suite, (i) qui bénéficient d'interventions intensives et de counseling sur la pharmacothérapie;</p> <p style="text-align: center;">-ou-</p>	<p>Prévalence ou pourcentage des clients dont le dépistage du tabagisme est positif (recommandation 1.1).</p> <p>Pourcentage des clients dont le dépistage du tabagisme est positif et qui souhaitent arrêter de consommer du tabac (recommandation 1.1).</p> <p>Pourcentage de clients qui ont réduit leur consommation de tabac à la suite d'interventions intensives et de counseling sur l'utilisation de la pharmacothérapie (recommandation 3.1).</p> <p>Pourcentage des clients qui suivent une thérapie de remplacement de la nicotine après avoir reçu des interventions intensives et du counseling sur l'utilisation de la</p>

TYPE D'INDICATEUR		
Structure	Processus	Résultat
<p>Élaboration et mise en œuvre à l'échelle de l'organisme de systèmes de documentation électronique favorisant la consignation de l'information sur le statut tabagique des clients, sur le dépistage, les interventions antitabagiques et l'aiguillage vers des services de counseling ou des ressources appropriées (recommandation 6.3).</p> <p>Les organismes ont mis en place un plan d'évaluation structuré afin d'évaluer régulièrement l'efficacité des programmes et services antitabagiques au moyen de mesures appropriées (recommandation 6.4).</p> <p>Capacité des établissements d'enseignement à intégrer du contenu sur les interventions antitabagiques fondé sur des données probantes aux programmes de formation des professionnels de la santé (recommandation 5.1).</p> <p>Disponibilité de l'organisme à fournir aux fournisseurs de soins de santé une éducation et une formation sur les interventions antitabagiques (recommandation 5.2).</p>	<p>(ii) qui ont reçu une recommandation pour des interventions intensives et du counseling sur la pharmacothérapie (recommandation 3.1).</p> <p>Pour les clientes enceintes ou en post-partum (recommandation 3.2) :</p> <p>Pourcentage de clientes enceintes ou en post-partum dont le dépistage du tabagisme a été positif et qui ont ensuite été recommandées pour du counseling comportemental intensif à chaque rencontre.</p> <p>Pourcentage de clientes enceintes ou en post-partum présentant un risque de rechute du tabagisme qui ont reçu du counseling comportemental intensif à chaque rencontre.</p> <p>Pourcentage de clientes enceintes ou en post-partum dont le dépistage du tabagisme est positif et qui ont reçu du counseling comportemental intensif s'étant avéré inefficace à lui seul, qui ont été informées à chaque rencontre des risques et des avantages de la pharmacothérapie.</p> <p>Pourcentage des étudiants ou des nouveaux diplômés qui ont reçu une formation en intervention antitabagique fondée sur des données probantes dans le cadre de leur programme professionnel de santé (recommandation 5.1).</p> <p>Pourcentage des fournisseurs de soins de santé ayant bénéficié d'un programme d'intervention antitabagique dirigé par des enseignants formés et compétents dans de domaine (recommandation 5.2).</p>	<p>pharmacothérapie (recommandation 3.1).</p> <p>Pourcentage des clients qui ont décidé de suivre une thérapie de remplacement de la nicotine à la suite d'interventions intensives et de counseling sur l'utilisation de la pharmacothérapie et qui ont par la suite cessé de consommer du tabac (recommandation 3.1).</p> <p>Pourcentage de clients qui ont cessé de consommer du tabac au cours des 30 derniers jours après avoir bénéficié d'interventions intensives et de counseling sur l'utilisation de la pharmacothérapie (recommandation 3.1).</p> <p>Pourcentage de clients ayant consommé du tabac au cours des 12 derniers mois qui ont essayé de cesser d'en consommer au cours des 12 derniers mois après avoir bénéficié d'interventions intensives et de counseling sur l'utilisation de la pharmacothérapie (recommandation 3.1).</p> <p>Pourcentage des clients qui gèrent efficacement leurs symptômes de sevrage après avoir cessé de consommer du tabac et après avoir bénéficié d'interventions intensives et de counseling sur l'utilisation de la pharmacothérapie (recommandation 3.1).</p> <p>Pour les clientes enceintes ou en post-partum (recommandation 3.2) :</p> <p>Pourcentage de clientes enceintes ou en post-partum qui consomment du tabac.</p>

TYPE D'INDICATEUR		
Structure	Processus	Résultat
		<p>Pourcentage de clientes enceintes ou en post-partum qui souhaitent cesser de consommer du tabac après avoir bénéficié de counseling comportemental intensif combiné à une thérapie de remplacement de la nicotine, au cas par cas.</p> <p>Pourcentage de clientes enceintes ou en post-partum qui ont réduit leur consommation de tabac après avoir bénéficié de counseling comportemental intensif associé à une thérapie de remplacement de la nicotine, au cas par cas.</p> <p>Pourcentage de clientes enceintes ou en post-partum qui utilisent une thérapie de remplacement de la nicotine après avoir bénéficié de counseling comportemental intensif.</p> <p>Pourcentage de clientes enceintes ou en post-partum qui ont cessé de consommer du tabac au cours des 30 jours après avoir bénéficié de counseling comportemental intensif combiné à une thérapie de remplacement de la nicotine, au cas par cas.</p> <p>Pourcentage de clientes qui ont cessé de consommer du tabac pendant leur grossesse et qui ont rechuté après l'accouchement (dans les trois mois ou dans l'année qui suit) après avoir bénéficié de counseling comportemental intensif combiné à une thérapie de remplacement de la nicotine, au cas par cas.</p>

TYPE D'INDICATEUR		
Structure	Processus	Résultat
		<p>Pourcentage des étudiants ou des nouveaux fournisseurs de soins de santé diplômés qui ont une connaissance satisfaisante du contenu fondé sur des données probantes relatif aux interventions antitabagiques (recommandation 5.1).</p> <p>Pourcentage des fournisseurs de soins de santé qui ont les compétences requises pour mener des interventions antitabagiques après avoir suivi un programme d'intervention antitabagique dispensé par des enseignants formés et qualifiés dans ce domaine (recommandation 5.2).</p>

Voici d'autres ressources de l'AIIAO pour faire le suivi et l'évaluation des lignes directrices sur les pratiques exemplaires :

- Les Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation^{MD} (NQuIRE^{MD}) [indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation] ont été conçus pour les Best Practice Spotlight Organizations^{MD} (BPSO^{MD}) (organismes vedettes des pratiques exemplaires ou OVPE) de l'AIIAO, afin d'évaluer les résultats de la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO dans ces organismes. Les NQuIRE constituent la première initiative internationale d'amélioration de la qualité de ce genre. Il s'agit d'une base de données d'indicateurs de qualité provenant des recommandations de certaines lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires de l'AIIAO. Pour en savoir plus, veuillez consulter la page Web www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nquire.
- Les modèles d'ordonnances en soins infirmiers intégrés aux dossiers médicaux électroniques fournissent un mécanisme de saisie électronique des indicateurs du processus. La capacité de lier les indicateurs de structure et de processus à certains indicateurs de résultats aide à déterminer l'impact de la mise en œuvre des LDPE sur certains résultats de santé pour les clients.

Processus pour la mise à jour et l'examen des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) s'est engagée à mettre à jour ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) de la façon suivante :

1. Une équipe de spécialistes du domaine concerné révisera chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers tous les cinq ans après la publication de l'édition la plus récente.
2. Le personnel du Centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) examine régulièrement les nouvelles revues systématiques de la littérature, les essais contrôlés randomisés et d'autres documents pertinents dans le domaine.
3. Selon les résultats de l'examen, le personnel peut recommander de devancer la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision d'examiner et de réviser les lignes directrices avant l'échéance prévue.
4. L'équipe de développement de la ligne directrice commence à planifier la révision trois mois avant sa date de début de la façon suivante :
 - a) En invitant des spécialistes du domaine à participer au comité d'experts, qui sera composé de membres du comité d'experts initial et d'autres spécialistes et experts recommandés.
 - b) En compilant les commentaires reçus et les questions soulevées lors de la mise en œuvre des lignes directrices, y compris les commentaires et les expériences de chaque organisme vedette en pratiques exemplaires et des autres organismes où les lignes directrices ont été mises en œuvre.
 - c) En compilant de nouvelles lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires dans le domaine et en procédant à une revue systématique des données probantes.
 - d) En établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition d'une ligne directrice.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.



Références

- Aboriginal Nurses Association of Canada. (2005) *Tobacco cessation—Canadian environmental scan*. Ottawa (Ontario) : Aboriginal Nurses Association of Canada.
- Allen, J. A., Gritz, E. R., Xiao, H., Rubenstein, R., Kralikova, E., Haglund, M., Vallone, D. M. (2014). Impact of tobacco control policy on quitting and nicotine dependence among women in five European countries. *Tobacco Control*, 23(2) pp. 173 à 177.
- American Geriatrics Society. (2016). *Health risks of smokeless tobacco*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/tobaccocancer/smokeless-tobacco>
- American Nurses Association. (2016). *Tobacco Free Nurses*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/WorkplaceSafety/Healthy-Nurse/TobaccoFree.html>
- Arnett, M. R., Baba, N. Z. et Cheek, D. (2012). Improving tobacco dependence education for dental and dental hygiene students at Loma Linda University School of Dentistry. *Journal of Dental Education*, 76(4), pp. 472 à 478.
- Asma, S., Mackay, J., Song, S. Y., Zhao, L., Morton, J., Palipudi, K. M., Tursan d'Espaignet, E. (2015). *The GATS Atlas: Global Adult Tobacco Survey*. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention Foundation, pp. 1 à 128. Ressource consultée sur la page Web <http://gatsatlas.org/downloads/GATS-whole-book-12.pdf>
- Baker, R., Bankart, M. J., et Murtagh, G. M. (2009). Do the quality and outcomes framework patient experience indicators reward practices that offer improved access? *British Journal of General Practice*, 59(565), pp. 267 à 272.
- Ballbè, M., Martinez, C., Salto, E., Cabezas, C., Riccobene, A., Valverde, A., Fernández, E. (2015). Maintenance of tobacco cessation programmes in public hospitals in Catalonia, Spain. *Addictive Behaviors*, 42, pp. 136 à 139.
- Borrelli, B., Lee, C. et Novak, S. (2008). Is provider training effective? Changes in attitudes towards smoking cessation counseling and counseling behaviors of home health care nurses. *Preventive Medicine*, 46(4), pp. 358 à 363.
- Brose, L.S., West, R., Michie, S., Kenyon, J. A. M. et McEwen, A. (2012). Effectiveness of an online knowledge training and assessment program for stop smoking practitioners. *Nicotine and Tobacco Research*, 14(7), pp 794 à 800.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*, 182(108), pp. 839 à 842.
- Bullen, C., Howe, C., Laugesen, M., McRobbie, H., Parag, V., Williman, J. et Walker, N. (2013). Electronic cigarettes for smoking cessation: A randomized controlled trial. *The Lancet*, 9905(382), pp. 1629 à 1637. doi : 10.1016/S0140-6736(13)61842-5
- Cahill, K., et Lancaster, T. (2014). Workplace interventions for smoking cessation (revue de la littérature). The Cochrane Collaboration. *The Cochrane Library*, (2), pp 1 à 126.
- Cahill, K., Lindson-Hawley, N., Thomas, K. H., Fanshawe, T. R., et Lancaster, T. (2016). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD006103. doi:10.1002/14651858.CD006103.pub7.

Callinan, J. E., Clarke, A., Doherty, K. et Kelleher, C. (2010). Legislative smoking bans for reducing second hand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD005992.

CAN-ADAPTT. (2011). Ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AllAO ayant trait à la cessation du tabagisme Toronto (Ontario) : Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. Ressource consultée sur la page Web <http://www.can-adaptt.net>.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2005). *Final report: Conceptualizing and combining evidence for health system guidance*. Ressource consultée sur la page Web http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_e.pdf

Action Cancer Ontario. (2016). *Path to prevention: Recommendations for reducing chronic disease in First Nations, Inuit and Métis*. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Cantrell, J., Hung, D., Fahs, M. C. et Shelley, D. (2008). Purchasing patterns and smoking behaviors after a large tobacco tax increase: A study of Chinese Americans living in New York City. *Health Policy*, 123(2), pp. 135 à 146.

Carpenter, K. M., Carlini, B. H., Painter, I., Mikko, A. T. et Stoner, S. A. (2012). Refer2Quit: Impact of web-based skills training on tobacco interventions and quitline referrals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(3), pp 187 à 195.

Carson, K. V., Verbiest, M. E., Crone, M. R., Brinn, M. P., Esterman, A. J., Assendelft, W. J. J. et Smith, B. J. (2012). Training health professionals in smoking cessation (revue de la littérature). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD000214.

Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Descriptive and analytic studies*. Ressource consultée sur la page Web https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2016). *Smoking & tobacco use*. Ressource consultée sur la page Web http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/cigars/index.htm

Chamberlain, C., O'Mara Eves, A., Oliver, S., Caird, J. R., Perlen, S. M., Eades, S. J. et Thomas, J. (2013). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.

Chan, S. S., Sarna, L. et Danao, L. L. (2008). Are nurses prepared to curb the tobacco epidemic in China? A questionnaire survey of schools of nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), pp. 706 à 713.

Christiansen, B., Reeder, K., Hill, M., Baker, T. B. et Fiore, M. C. (2012). Barriers to effective tobacco-dependence treatment for the very poor. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(6), pp. 874 à 884.

Cohen, B., Schultz, A., Walsh, R., Fuga, L. A., Bartmanovich, C., Eves, S. J. et Turcotte, F. (2011). *Exploring issues of equity within Canadian tobacco control initiatives: An environmental scan*. Ressource consultée sur la page Web https://umanitoba.ca/faculties/nursing/media/issues_of_equity.pdf

Coleman, T., Chamberlain, C., Cooper, S., et Leonardi-Bee, J. (2010). Efficacy and safety of nicotine replacement therapy for smoking cessation in pregnancy: Systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 106, pp. 52 à 61. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03179.x

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009). *La prestation de soins adaptés à la culture*. Ressource consultée sur la page Web http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41040_culturallysens.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2013). *Working with unregulated care providers*. Ressource consultée sur la page Web http://www.cno.org/Global/docs/prac/41014_workingucp.pdf

- [Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. \(2015\). Medication.](http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41007_medication.pdf) Ressource consultée sur la page Web http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41007_medication.pdf
- Cressman, A. M., Pupco, A., Kim, E., Koren, G. et Bozza, P. (2012). Smoking cessation therapy during pregnancy. *Canadian Family Physician, 58*(5), pp. 525 à 527.
- Davis, J. M., Stockdale, M. S. et Cropper, M. (2010). Evaluation of a comprehensive tobacco cessation curriculum for dental hygiene programs. *International Journal of Process Education, 74*(5), pp. 472 à 479.
- Dempsey, D. A. et Benowitz, N. L. (2001). Risks and Benefits of Nicotine to Aid Smoking Cessation in Pregnancy. *Drugs & Aging, 24*(4), pp. 277 à 322.
- Eriksen, M., Mackay, J., et Ross, H. (2012). *The tobacco atlas* (4^e éd.). Atlanta (GA) : American Cancer Society; New York (NY) : World Lung Foundation.
- Eriksen, M., Mackay, J., Schluger, N., Gomeshtapeh, F. I. et Drope, J. (2015). *The tobacco atlas* (5^e éd.). Brighton (Royaume-Uni) : American Geriatrics Society.
- Field, M. et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- First Nations Health Authority. (2016). *Respecting tobacco: Keep tobacco sacred—traditional tobacco use*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.fnha.ca/wellness/wellness-and-the-first-nations-health-authority/wellness-streams/respecting-tobacco>
- Fleiss, J., Levin, B., et Paik, M. C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions* (3^e éd.). New York (New York) : John Wiley and Sons.
- Fong, G. T., Hyland, A., Borland, R., Hammond, D., Hastings, G., McNeill, A., Selby, P. (2006). Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: Findings from the ITC Ireland/UK survey. *Tobacco Control, 15*(Suppl 3), pp. iii51 à iii58.
- Myszkowski, M. (2009). Increasing hospital-wide delivery of smoking cessation care for nicotine-dependent in-patients: A multi-strategic intervention trial. *Addiction, 104*(5), p. 839.
- Gouvernement de l'Ontario. (2016). *Loi favorisant un Ontario sans fumée*. Ressource consultée sur la page Web <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/94t10>
- Gouvernement du Canada. (2016). *Données sur le tabagisme et l'usage du tabac*. Ressource consultée sur la page Web <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac/donnees-tabagisme-et-usage-tabac.html>.
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., et van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. Dans S. E. Straus, J. Tetroe, et I. D. Graham (édit.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2^e éd.), pp. 110 à 120. Chichester, (Royaume-Uni) : John Wiley & Sons, Ltd.
- Hawk, C., Kaeser, M. A. et Beavers, D. V. (2013). Feasibility of using a standardized patient encounter for training chiropractic students in tobacco cessation counseling. *International Journal of Process Education, 27*(2), pp 135 à 140.
- Santé Canada. (2011). *Health concerns—smoking and your body: Quit smoking aids*. Ressource consultée sur la page Web <http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/aid-eng.php>
- Santé Canada. (2013). *Renseignements importants en matière d'innocuité approuvés par Santé Canada concernant CHAMPIX et ZYBAN*. Ressource consultée sur la page Web <https://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2013/33621a-fra.php>

Santé Canada. (2016). *Benefits of quitting*. Ressource consultée sur la page Web <http://healthycanadians.gc.ca/healthy-living-vie-saine/tobacco-tabac/quit-cesser/quit-now-cesser-maintenant/benefits-avantages-eng.php>

Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé. (2012). *De l'innovation à l'action : premier rapport du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.pmprovinceterritoires.ca/en/featured-publications/75-council-of-the-federation-to-meet-in-victoria>

Heath, J., Kelley, F. J., Andrews, J., Crowell, N., Corelli, R. L. et Hudmon, K. S. (2007). Evaluation of a tobacco cessation curricular intervention among acute care nurse practitioner faculty members. *American Journal of Critical Care*, 16(3), pp. 284 à 289.

Herie, M., Connolly, H., Voci, S., Dragonetti, R. et Selby, P. (2012). Changing practitioner behavior and building capacity in tobacco cessation treatment: The TEACH project. *Patient Education and Counseling*, 86(1), pp. 49 à 56.

Hettema, J. E. et Hendricks, P. S. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, pp. 868 à 884.

Houston, L. N., Warner, M., Corelli, R. L., Fenlon, C. M. et Hudmon, K. S. (2009). Tobacco education in US physician assistant programs. *International Journal of Process Education*, 24(2), pp. 107 à 113.

Huang, Y., Li, W., Yang, L., Jiang, Y., et Wu, Y. (2012). *Long-term efficacy and safety of varenicline for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. doi : 10.1007/s10389-011-0476-5

Jiloha, R. C. (2014). Pharmacotherapy of smoking cessation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 56(1), p. 87.

Jiménez-Muro, A., Nerín, I., Samper, P., Marqueta, A., Beamonte, A., Gargallo, P., Rodríguez, G. (2012). A proactive smoking cessation intervention in postpartum women. *Midwifery*, 29(3), pp. 240 à 245. doi:10.1016/j.midw.2012.01.003.

Jordan, T. R., Khubchandani, J., Wiblishauser, M., Glassman, T. et Thompson, A. (2011). Do respiratory therapists receive training and education in smoking cessation? A national study of post-secondary training programs. *Patient Education and Counseling*, 85(1), pp. 99 à 105.

Kaufman, P., Ferrence, R., Pope, M., Smith, M., Tyndall, L. et Zhang, B. (2012). Putting Third hand Smoke on the Policy and Research Agenda: Knowledge User Survey Results. *Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario*. Ressource consultée sur la page Web http://otru.org/wp-content/uploads/2012/11/update_nov2012.pdf

Kennedy, R. D., Behm, I., Craig, L., Thompson, M. E., Fong, G. T., Guignard, R. et Beck, F. (2012). Smoking cessation interventions from health care providers before and after the national smoke-free law in France. *Journal of Public Health*, 22 (suppl. 1), pp. 23 à 28. Ressource consultée sur la page Web <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckr209>

Lam, T. H. (2008). Building an integrated model of tobacco control education in the nursing curriculum: Findings of a students' survey. *Journal of Gerontological Nursing*, 47(5), pp. 223 à 226.

Rice, V. H., et Stead, L. F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *The Cochrane Library*. Ressource consultée sur la page Web <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001292.pub2/full>

Lawn, S., Hehir, A., Indig, D., Prosser, S., Macleod, S. et Keller, A. (2014). Evaluation of a totally smoke-free forensic psychiatry in-patient facility: Practice and policy implications. *Australian Health Review*, 38(4), pp. 476 à 482.

Levitt, C., Shaw, E., Wong, S. et Kaczorowski, J. (2007). Systematic review of the literature on postpartum care: Effectiveness of interventions for smoking relapse prevention, cessation, and reduction in postpartum women. *Birth*, 34, pp. 341 à 347.

Linder, J. A., Rigotti, N. A., Schneider, L. I., Kelley, J. H. K., Brawarsky, P. et Haas, J. S. (2009). An electronic health record-based intervention to improve tobacco treatment in primary care: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 169(8), pp. 781 à 787.

- Lindson-Hawley, N., Thompson, T. P. et Begh, R. (2015). Motivational interviewing for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration. *The Cochrane Library*, (3), pp. 1 à 76. Ressource consultée sur la page Web <http://www.cochranelibrary.com>
- Luk, R., Cohen, J. E., Ferrence, R., McDonald, P. W., Schwartz, R. et Bondy, S. J. (2009). Prevalence and correlates of purchasing contraband cigarettes on First Nations reserves in Ontario, Canada. *Addiction*, 104, pp. 488 à 495. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02453.x
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. et Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), pp. 137 à 160. doi:10.1177/1049731509347850.
- McRobbie, H., Bullen, C., Hartmann-Boyce, J. et Hajek, P. (2014). Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *The Cochrane Library*. Ressource consultée sur la page Web <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010216.pub2/abstract>
- McRobbie, H., Hajek, P., Feder, G. et Eldridge, S. (2008). A cluster-randomised controlled trial of a brief training session to facilitate general practitioner referral to smoking cessation treatment. *Tobacco Control*, 17(3), pp. 173 à 176. doi:10.1136/tc.2008.024802.
- Miller, W. R., et Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York (New York) : Guilford Press.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. et The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339, b2535. doi:10.1136/bmj.b2535.
- Nagelhout, G. E., de Vries, H., Boudreau, C., Allwright, S., McNeill, A., van den Putte, B., Willemsen, M.C. (2012). Comparative impact of smoke-free legislation on smoking cessation in three European countries. *Journal of Public Health*, 22(suppl. 1), pp. 4 à 9.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. (2011). *Developing an effective evaluation plan: Setting the course for effective program evaluation*. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health, Division of Nutrition, Physical Activity and Obesity. Ressource consultée sur la page Web http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/evaluation_plan/pdfs/developing_eval_plan.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). *Smoking—harm reduction public health guideline: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities*. Ressource consultée sur la page Web <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposal-consultation2>
- New Zealand Ministry of Health. (2007). *New Zealand smoking cessation guidelines*. Wellington, New Zealand: New Zealand Ministry of Health. Ressource consultée sur la page Web <http://www.moh.govt.nz>
- Northern Territory Government Department of Health and Families. (2010). *Clinical guidelines for the management of nicotine dependent inpatients*. Darwin, AU: Department of Health, Western Australia. Ressource consultée sur la page Web <https://health.nt.gov.au>
- O'Donnell, J. A., Hamilton, M. K., Markovic, N. et Close, J. (2010). Overcoming barriers to tobacco cessation counselling in dental students. *Oral Health & Preventive Dentistry*, 8(2), 117–124.
- Ortiz, G., Schacht, L. et Lane, G. M. J. (2013). Smoking cessation care in state-operated or state-supported psychiatric hospitals: From policy to practice. *Psychiatric Services*, 64(7), pp. 666 à 671.

- Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 4(3), pp. 50 à 71. Ressource consultée sur la page Web <https://www.questia.com/library/journal/1P3-2472663721/a-framework-for-evaluating-evidence-in-evidence-based>
- Patnode, C. P., Henderson, J. T., Thompson, J. H., Senger, C. A., Fortmann, S. P. et Whitlock, E. P. (2015). Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: A review of reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 163(8), pp. 608 à 321.
- Poder, N., Carroll, T., Wallace, C. et Hua, M. (2012). Do smoke-free environment policies reduce smoking on hospital grounds? Evaluation of a smoke-free health service policy at two Sydney hospitals. *Australian Health Review*, 36(2), pp. 158 à 162.
- Polit, D. F., Beck, C. T., et Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5^e éd.). Philadelphie, Pensylvanie : Lippincott.
- Potter, P. A., Perry, A.G., Stockert, P.A. et Hall, A.M. (Eds.). (2014). *Canadian fundamentals of nursing* (5^e éd can.) (J. C. Ross-Kerr, M. J. Wood, B. J. Astle et W. Duggleby, adaptée pour le Canada.). Toronto (Ontario) : Elsevier Canada.
- Price, J., Jordan, T., Jeffrey, J., Stanley, M. et Price, J. (2008). Tobacco intervention training in graduate psychiatric nursing education programs. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14(2), pp. 117 à 124.
- Price, J. H., Mohamed, I. et Jeffrey, J. D. (2008). Tobacco intervention training in American College of Nurse-Midwives accredited education programs. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(1), pp. 68 à 74.
- Prochaska, J. J., Fromont, S. C., Leek, D., Hudmon, K. S., Louie, A. K., Jacobs, M. H. et Hall, S. M. (2008). Evaluation of an evidence-based tobacco treatment curriculum for psychiatry residency training programs. *Academic Psychiatry*, 32(6), pp. 484 à 492.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2007a). *Embracing cultural diversity in health care: Developing cultural competence*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2007b). *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers* (révisé). Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2012). *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2^e édition). Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). (2013). *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système* Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
- Reid, J. L., Hammond, D., Rynard, V. L. et Burkhalter, R. (2015). *Tobacco use in Canada: Patterns and trends*. Waterloo, Ontario : Propel Centre for Population Health Impact, Université de Waterloo.
- Rice, V. H. et Stead, L. F. (2008). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.ncsct.co.uk/usr/pub/nursing-interventions.pdf>
- Richmond, R., Zwar, N., Taylor, R., Hunnisett, J. et Hyslop, F. (2009). Teaching about tobacco in medical schools: A worldwide study. *Drug and Alcohol Review*, 28(5), pp. 484 à 497.
- Rigotti, N. A., Clair, C., Munafò, M. R. et Stead, L. F. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), CD001837. doi:10.1002/14651858.CD001837.pub3.

- Roman, B., Borges, N. et Morrison, A. K. (2011). Teaching motivational interviewing skills to third-year psychiatry clerkship students. *Academic Psychiatry*, 35(1), pp. 51 à 53.
- Royal Australian College of General Practitioners. (2011). *Supporting smoking cessation: A guide for health professionals*. Melbourne, AU: Royal Australian College of General Practitioners.
- Schmelz, A. N., Nixon, B., McDaniel, A., Hudmon, K. S. et Zillich, A. J. (2010). Evaluation of an online tobacco cessation course for health professions students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74(2), pp. 36.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2011). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
- Sears, K. E., Cohen, J. E. et Drope, J. (2008). Comprehensive evaluation of an online tobacco control continuing education course in Canada. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(4), pp. 235 à 240.
- Selby, P. (2012). Algorithm for Tailoring Pharmacotherapy in Primary Care Settings. *CAN-ADAPTT Guide to Smoking Cessation*. Ressource consultée sur la page Web <https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/SiteAssets/Pages/Resources/Tobacco%20Algorithm%20updated%20May%202016.pdf>
- Selby, P. (2016). *Programme STOP : Exemple d'algorithme de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)*. Centre de toxicomanie et de santé mentale : Service de la dépendance à la nicotine. Ressource consultée sur la page Web https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/stop/Documents/Appendix%20G%20-%20STOP%20NRT%20Dispensing%20Guideline_v1.0_Oct_2014.pdf
- Shah, R. S. et Cole, J. W. (2010). Smoking and stroke: The more you smoke the more you stroke. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 8(7). doi:10.1586/erc.10.56
- Sheffer, C. E., Barone, C. et Anders, M. E. (2011). Training nurses in the treatment of tobacco use and dependence: Pre- and post-training results. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), PP. 176 à 183.
- Sherman, S. E., Joseph, A. M., Yano, E. M., Simon, B. F., Arikian, N., Rubenstein, L.V., Mittman, B.S. (2006). Assessing the institutional approach to implementing smoking cessation practice guidelines in veterans health administration facilities. *Sports Medicine*, 171(1), pp. 80 à 87.
- Shishani, K., Stevens, K., Dotson, J. et Riebe, C. (2013). Improving nursing students' knowledge using online education and simulation to help smokers quit. *Nurse Education Today*, 33(3), pp. 210 à 213.
- Speziale, H. J. S., & Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (4^e éd.). Philadelphie, Pennsylvanie : Lippincott Williams et Wilkins.
- Stead, L. F., Bergson, G. et Lancaster, T. (2008). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD000165.pub3
- Stead, L.F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J. et Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub4
- Stead, L. F., Lancaster, T. et Perera, R. (2003). Telephone counselling for smoking cessation. *The Cochrane Library*. Ressource consultée sur la page Web <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002850/abstract;jsessionid=CDD7E80B45B9F934AED49931C13F24ED.f02t02>
- Stockings, E., Bowman, J., Prochaska, J., Baker, A., Clancy, R., Knight, J., Wiggers, J. (2014). The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), pp. 617 à 633.
- Straus, S., Tetroe, J., Graham, I.D., Zwarenstein, M. et Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. Dans: S. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care*, pp. 151 à 159. Oxford, Royaume-Uni: Wiley-Blackwell.

Studts, J. L., Burris, J. L., Kearns, D. K., Worth, C. T. et Sorrell, C. L. (2009). "Providers practice prevention": Promoting dental hygienists' use of evidence-based treatment of tobacco use and dependence. *Journal of Dental Education*, 73(9), pp. 1069 à 1082.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-28, DHHS Publication No. SMA 05-4062). Rockville, M.D. Ressource consultée sur la page Web <http://medicalmarijuana.procon.org/sourcefiles/2k4results.pdf>

Tahiri, M., Mottillo, S., Joseph, L., Pilote, L. et Eisenberg, M. J. (2012). Alternative smoking cessation aids: A meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Medicine*, 125, pp. 576 à 584.

The Cochrane Collaboration. (2005). *Glossaire des termes dans The Cochrane Collaboration* (version 4.2.5). Ressource consultée sur la page Web <http://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>

The Cochrane Collaboration. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (version 5.1.0). Ressource consultée sur la page Web <http://handbook.cochrane.org>

Twyman, L., Bonevski, B., Paul, C. et Bryant, J. (2014). Perceived barriers to smoking cessation in selected vulnerable groups: A systematic review of the qualitative and quantitative literature. *BMJ Open*, 4(12), e006414. doi:10.1136/bmjopen-2014-006414

The World Alliance for Patient Safety Drafting Group. (2009). *Cadre conceptuel pour la classification internationale de la sécurité des patients*. Organisation mondiale de la santé (OMS). Ressource consultée sur la page Web http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

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) : Une publication de Pegasus Health-care International.

U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service. (2008). *Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline, 2008 update*. Ressource consultée sur la page Web <https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/index.html>

Verbiest, M. E. A., Crone, M. R., Scharloo, M., Chavannes, N. H., van der Meer, V., Kaptein, A. A. et Assendelft, W. J. J. (2014). One-hour training for general practitioners in reducing the implementation gap of smoking cessation care: A cluster randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 16(1), pp. 1 à 10.

Virtanen, S. E., Zeebari, Z., Rohyo, I. et Galanti, M. R. (2015). Evaluation of a brief counseling for tobacco cessation in dental clinics among Swedish smokers and snus users: A cluster randomized controlled trial (the FRITT Study). *Preventive Medicine*, 70, pp. 26 à 32.

Warner, C., Sewali, B., Olayinka, A., Eischen, S., Wang, Q., Guo, H., Okuyemi, K. S. (2014). Smoking cessation in homeless populations: Who participates and who does not. *Nicotine & Tobacco Research*, 16(3), pp. 369 à 372.

Warner, C., & Shoaib, M. (2005). How does bupropion work as a smoking cessation aid? *Addiction Biology*, 10(3), pp. 219 à 231. doi:10.1080/13556210500222670.

Wesche, S., Robert, R. et Carry, C. (2011). *First Nations, Inuit and Métis: Respiratory health initiatives environmental scan*. Ottawa (Ontario) : National Aboriginal Health Organization.

White, A. R., Rampes, H., Liu, J. P., Stead, L. F. et Campbell, J. (2014). Acupuncture and related interventions for smoking cessation (Review). The Cochrane Collaboration. *The Cochrane Library*, (1), pp. 1 à 86. doi:10.1002/14651858.CD000009.pub4

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2006). *Electronic health records: Manual for developing countries*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.wpro.who.int/publications/docs/EHRmanual.pdf>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2008). *Rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 : Le programme MPOWER*. Ressource consultée sur la page Web http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Quels sont les déterminants sociaux de la santé? Principaux concepts*. Ressource consultée sur la page Web https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_fr.pdf?ua=1

World Lung Foundation. (2015). *The tobacco atlas*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.tobaccoatlas.org>

Zwar, N., Mendelsohn, C. P., Richmond, R. L. (2014). Tobacco smoking: Options for helping smokers to quit. *Australian Family Physician*, 43(6), pp. 348 à 354.

Annexe A : Glossaire

Intervention antitabagique en 3 points : il s'agit de demander à chaque client s'il consomme du tabac, de l'informer de l'importance d'abandonner son tabagisme et d'intervenir en lui fournissant de l'information ou en l'aiguillant vers des services d'intervention antitabagique. Elle est utilisée par le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac (<http://ottawamodel.ottawaheart.ca>).

Intervention antitabagique en 4 points : il s'agit de demander à chaque client s'il consomme du tabac, de l'informer de l'importance d'abandonner son tabagisme, de l'aider à cesser de fumer en lui fournissant de l'information et un soutien personnalisé et de prévoir un suivi continu pour le client. Elle est utilisée par la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de l'AIIO intitulée La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers.

Intervention antitabagique en 5 points : il s'agit de demander à chaque client s'il consomme du tabac, de l'informer de l'importance d'abandonner son tabagisme, d'évaluer s'il est prêt à arrêter, de l'aider à arrêter en lui fournissant de l'information et un soutien personnalisé et de prévoir un suivi continu pour le client. C'est le précurseur des interventions antitabagiques en 3 et en 4 points utilisées par de nombreux organismes de soins de santé dans le monde.

Étude analytique : étude qui teste des hypothèses sur les relations entre l'exposition et les résultats. Les chercheurs n'attribuent pas une intervention, une exposition ou un traitement, mais mesurent l'association entre l'exposition et le résultat avec le temps en utilisant un groupe de référence (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2013).

Les études analytiques comprennent les études cas/témoins et les études de cohortes. Une étude cas-témoins compare des personnes atteintes d'une maladie ou présentant un résultat d'intérêt (cas) à des personnes de la même population ne présentant pas cette maladie ou ce résultat (témoins) (The Cochrane Collaboration, 2005). Une étude de cohorte est une étude d'observation au cours de laquelle un groupe défini de personnes (la cohorte) fait l'objet d'un suivi dans le temps de manière prospective ou rétrospective (The Cochrane Collaboration, 2005).

Soutiens comportementaux : interventions non pharmacologiques visant à aider un client à arrêter de consommer du tabac, comprenant notamment la prestation de conseils, le soutien social (comme les groupes d'aide à l'abandon du tabagisme ou les forums de discussion en ligne), la reconnaissance des déclencheurs et leur gestion ainsi que des stratégies pour surmonter les dérapages et les rechutes.

Ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) : énoncé élaboré méthodiquement pour faciliter les décisions du praticien et du client au sujet des soins de santé appropriés dans des circonstances cliniques (pratique) précises (Field et Lohr, 1990). On utilise également le terme « ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires ».

Conseil/intervention de courte durée : intervention au cours de laquelle il y a un court échange (moins de cinq minutes) sur le tabagisme entre le client et le fournisseur de soins de santé.

Bupropion (Zyban) : médicament efficace sans nicotine vendu sur ordonnance. Le bupropion agit sur le cerveau en imitant les effets de la nicotine sur les récepteurs de la dopamine et de la noradrénaline afin de prévenir les symptômes de sevrage de la nicotine (Warner et Shoab, 2005).

Client, cliente : dans la présente ligne directrice, tout individu avec lequel les fournisseurs de soins de santé établissent une relation thérapeutique afin de créer un partenariat pour la santé. Le terme client englobe les individus, personnes, patients, résidents, consommateurs et leurs proches (parents, familles, soignants, amis, mandataires, groupes, communautés et populations).

Étude contrôlée : essai clinique dans lequel un chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui ne sont pas affectés de façon aléatoire au groupe expérimental et au groupe de référence ou au groupe témoin (The Cochrane Collaboration, 2005).

Culture : valeurs, croyances, normes et modes de vie communs et acquis d'une personne ou d'un groupe. La culture influence la pensée, les décisions et les actions (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2013; AIIAO, 2012).

Étude descriptive : étude qui génère des hypothèses et décrit les caractéristiques d'un échantillon de personnes à un moment donné. Les chercheurs n'attribuent pas d'intervention, d'exposition ou de traitement pour vérifier une hypothèse, mais décrivent simplement le quoi, le où et le quand relativement à un résultat (Centers for Disease Control and Prevention, 2013; The Cochrane Collaboration, 2005). Les études descriptives comprennent les études transversales, qui mesurent la distribution d'une ou de plusieurs caractéristiques dans une population à un moment donné (également appelées enquêtes) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Formation didactique : présentation non interactive d'informations factuelles, souvent donnée sous forme de conférence, par le fournisseur de soins de santé au client.

Recommandation relative à la formation : énoncé sur les exigences en matière de formation et sur les méthodes ou stratégies de formation visant à assurer la mise en œuvre ou la durabilité d'une ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

Dossier médical électronique (DME) : terme largement utilisé dans de nombreux pays avec des définitions et des champs d'application variés. Aujourd'hui, il désigne généralement un dossier médical longitudinal dans lequel les fournisseurs de soins de santé entrent des données à partir des différents endroits où les soins sont fournis. Un dossier médical électronique :

- contient toutes les informations de santé personnelles d'un individu;
- est consulté et renseigné électroniquement par les fournisseurs de soins de santé tout au long de la vie de la personne;
- est utilisé non seulement dans les situations d'hospitalisation pour soins actifs, mais aussi dans tous les environnements de soins ambulatoires où le patient reçoit des soins (World Health Organization, 2006).

Données probantes : informations qui se rapprochent au plus près d'un fait réel. La forme qu'elle peut prendre dépend du contexte. Les résultats découlant d'une recherche de haute qualité effectuée conformément à une méthodologie appropriée constituent les données probantes les plus exactes. La recherche étant souvent incomplète et parfois contradictoire ou non disponible, d'autres types de renseignements constituent des compléments nécessaires à la recherche ou en tiennent lieu. La base probante d'une décision se retrouve dans les nombreuses formes de données probantes combinées pour équilibrer la rigueur et l'opportunité tout en privilégiant la première par rapport à la deuxième (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2005).

Intervention intensive : intervention au cours de laquelle il y a un échange prolongé sur le tabagisme (plus de 10 minutes) entre le client et le fournisseur de soins de santé.

Équipe interprofessionnelle de soins de santé : équipe réunissant plusieurs fournisseurs de soins de santé (réglementés et non réglementés) qui collaborent pour assurer la prestation de soins et de services complets de qualité, à des personnes à l'intérieur des milieux de soins, entre ces milieux et dans l'ensemble de ceux-ci (Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé, 2012; AIIAO, 2013a).

Méta-analyse : examen méthodique d'essais cliniques randomisés qui utilisent des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études incluses (The Cochrane Collaboration, 2005).

Entrevue motivationnelle (EM) : mode de communication collaboratif axé sur des objectifs et portant une attention particulière au langage du changement. Elle vise à renforcer la motivation du client et son engagement envers un objectif précis en l'invitant, dans un climat d'acceptation et de compassion, à exprimer et à explorer les raisons qui le poussent à changer (Miller et Rollnick, 2012).

Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) : médicament contenant de la nicotine utilisé pour faciliter le sevrage tabagique tout en prévenant l'exposition aux méfaits du tabac (Santé Canada, 2011). L'utilisation du timbre, de la gomme, de la pastille, de l'inhalateur et du vaporisateur à la nicotine a été approuvée au Canada.

Infirmière/infirmier : englobe les infirmiers/infirmières autorisés, les infirmiers/infirmières auxiliaires autorisés, les infirmiers/infirmières psychiatriques autorisés, les infirmiers/infirmières de pratique avancée comme les infirmiers/infirmières praticiens et les infirmiers/infirmières cliniciens spécialisés (AIIAO, 2013).

Modèle d'ordonnance en soins infirmiers : groupe d'interventions fondées sur des données probantes propres au domaine des soins infirmiers. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers font l'objet d'une ordonnance indépendante par les infirmières (sans la signature d'un médecin) dans le but de normaliser les soins offerts pour une situation ou un problème clinique précis (dans le cas présent, les interventions antitabagiques).

Processus des soins infirmiers : approche de résolution de problèmes visant à détecter les problèmes de santé des clients et à les traiter comprenant l'évaluation, la planification, la mise en œuvre et le suivi (Potter, Perry, Stockert et Hall, 2014).

Pharmacothérapie : aides à l'abandon du tabagisme vendues sur ordonnance ou en vente libre qui aident les clients à cesser de fumer. Les aides à l'abandon du tabagisme en vente libre comprennent les différentes thérapies de remplacement de la nicotine, telles que le timbre, la gomme à mâcher, la pastille, l'inhalateur ou le vaporisateur. Les médicaments sur ordonnance comprennent le bupropion et la varénicline (Jiloha, 2014).

Populations touchées de manière disproportionnée par le tabagisme : personnes chez qui le tabagisme a un effet négatif plus important que dans la population générale en raison des déterminants sociaux de la santé (p. ex., clients souffrant de troubles mentaux).

Recommandation relative à la pratique : énoncé d'une pratique exemplaire destiné aux fournisseurs de soins de santé qui permet de mettre en œuvre efficacement une ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Idéalement, les recommandations relatives à la pratique sont fondées sur des données probantes.

Intervention psychosociale : intervention non pharmacologique visant à augmenter le taux d'abandon du tabagisme au moyen de stratégies telles que les thérapies cognitivo-comportementales, motivationnelles et de soutien (Chamberlain et coll., 2013).

Recherche qualitative : recherche qui utilise une approche interactive et subjective pour enquêter sur les phénomènes, les décrire (p. ex., expérience vécue) et leur donner une signification. La nature de ce type de recherche est exploratoire et ouverte. L'analyse exige la participation de l'organisme et l'interprétation de données non numériques (p. ex., phénoménologie, ethnographie, théorie ancrée dans des données empiriques, étude de cas, etc.) (Speziale et Carpenter, 2007).

Qualité : mesure dans laquelle les services de soins de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé escomptés et sont en conformité avec les connaissances professionnelles actuelles (The World Alliance for Patient Safety Drafting Group, 2009).

Étude quasi expérimentale : étude sans répartition aléatoire ni groupe témoin qui, en conséquence, n'est pas considérée comme une « vraie » étude expérimentale (p. ex., un essai clinique randomisé). Le chercheur contrôle l'attribution de l'intervention, de l'exposition ou du traitement en utilisant une autre méthode que la répartition aléatoire (p. ex., méthode avant-après) (Polit, Beck et Hungler, 2001).

Service téléphonique d'aide à l'abandon du tabagisme : services téléphoniques d'aide à l'abandon du tabagisme destinés aux fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer. Les services téléphoniques d'aide à l'abandon du tabagisme comprennent l'accompagnement et la prestation de conseils, l'aiguillage vers des ressources appropriées, l'envoi de documentation par la poste, la formation des fournisseurs de soins de santé, des services sur l'Internet et (dans certains cas) des médicaments gratuits, comme ceux utilisés dans les thérapies de remplacement de la nicotine. De nombreuses recherches montrent que les services téléphoniques d'aide à l'abandon du tabagisme sont très efficaces pour aider les fumeurs à cesser de fumer. En raison de leur capacité à atteindre et à aider les fumeurs où qu'ils se trouvent, les services téléphoniques d'aide à l'abandon du tabagisme se sont rapidement multipliés en Amérique du Nord.

Essai contrôlé randomisé (ECR) : expérience au cours de laquelle le chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui sont assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (recevant l'intervention) et au groupe de référence (traitement traditionnel) ou au groupe témoin (aucune intervention ou administration d'un placebo) (The Cochrane Collaboration, 2005). Les participants font l'objet d'un suivi et d'une évaluation sur l'efficacité de l'intervention. Les essais contrôlés randomisés comprennent les essais à double insu, à simple insu et sans insu.

Rechute ou dérapage : une rechute fait référence à un client qui est revenu à son niveau de tabagisme initial après une période d'abstinence. Un dérapage fait référence à un client qui a fumé une ou deux cigarettes après une période d'abstinence, mais qui revient rapidement à un état d'abstinence.

Fumée secondaire : fumée exhalée par un individu qui fume du tabac sous forme de cigarette ou de cigare ou au moyen d'une pipe. La fumée secondaire contient plus de 7 000 substances chimiques, dont au moins 69 d'entre elles sont des agents cancérigènes connus (Eriksen et coll., 2012).

Législation antitabac : législation qui interdit ou limite la consommation de tabac dans certains espaces.

Abandon du tabagisme : processus par lequel une personne qui consomme des produits du tabac arrête de fumer et cesse de consommer des produits du tabac pendant au moins 24 heures.

Déterminants sociaux de la santé : circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances sont à leur tour conditionnées par un ensemble plus large de facteurs, comme l'économie, les politiques sociales et la politique (Organisation mondiale de la santé, 2012).

Intervenant : personne, groupe ou organisme qui porte un intérêt particulier aux décisions et aux activités des organismes et qui pourrait tenter de les influencer (Baker et coll., 2009). Les intervenants incluent les personnes ou groupes qui seront touchés directement ou indirectement par un changement ou une solution apportée à un problème.

Recommandations pour le système de santé, les organismes et les décideurs politiques : énoncés des conditions nécessaires pour une mise en œuvre efficace des lignes directrices sur les pratiques exemplaires dans un milieu pratique. Les conditions de réussite dépendent en grande partie de l'organisme, bien qu'elles puissent avoir des implications politiques à un niveau gouvernemental ou sociétal plus large.

Revue systématique de la littérature : revue de la documentation qui vise à recueillir toutes les données probantes empiriques qui répondent à des critères d'admissibilité préétablis afin de répondre à une question de recherche précise (The Cochrane Collaboration, 2011). Une revue systématique de la littérature utilise des méthodes systématiques, explicites et reproductibles pour repérer, sélectionner et évaluer de façon critique un certain nombre d'études et pour recueillir et analyser des données provenant de ces études (The Cochrane Collaboration, 2005, 2011).

Fumée tertiaire : contamination par la fumée de tabac qui subsiste après avoir éteint une cigarette. Son rôle dans le contexte plus large des efforts de lutte contre le tabagisme est encore inconnu. Un comité multidisciplinaire international d'experts examine présentement les données probantes sur la fumée tertiaire et les communique aux utilisateurs de connaissances dans les domaines de la science, de la médecine, de la santé publique et de la politique (Kaufman et coll., 2012).

Programme de formation des formateurs : programme dans lequel des enseignants bien informés forment des enseignants moins expérimentés sur la façon de transmettre des connaissances.

Déclencheur : activité ou émotion qui suscite l'envie de consommer du tabac (également appelée envie de fumer) (Zwar, Mendelsohn et Richmond, 2014).

Varénicline : aide à l'abandon du tabagisme sans nicotine vendue sur ordonnance et prise quotidiennement par voie orale. La durée habituelle du traitement est de 12 semaines. La varénicline agit sur les récepteurs de la nicotine dans le cerveau pour diminuer l'envie de fumer tout en réduisant les effets agréables de la nicotine (AIIAO, 2007a).

Approche centrée sur la femme : approche holistique des soins qui répond aux besoins physiques, spirituels, émotionnels, culturels et psychologiques de la femme. Elle accorde de l'importance au droit de la femme à l'autodétermination en ce qui concerne le choix et le contrôle.

Annexe B : Processus de revue systématique de la littérature et stratégie de recherche

Revue de lignes directrices

La coordonnatrice de projet de l'équipe d'élaboration des lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) a effectué une recherche parmi une liste établie de sites Web afin de trouver des lignes directrices et d'autres documents pertinents publiés entre 2006 et 2015. La liste a été compilée en se basant sur les connaissances issues des pratiques fondées sur des données probantes recueillies sur des sites Web traitant de la pratique professionnelle et sur des recommandations provenant d'études sur la dépendance au tabac et les interventions antitabagiques. Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices, y compris la liste des sites Web examinés et les critères d'admissibilité des études sont disponibles en ligne à www.RNAO.ca. Les membres du comité d'experts de l'AIIAO ont également participé à la recherche de lignes directrices.

Les membres de l'équipe d'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO ont procédé à l'évaluation critique de six lignes directrices internationales en utilisant l'instrument d'évaluation des lignes directrices pour la recherche et l'évaluation II (Brouwers et coll., 2010). Cet examen a permis de sélectionner les six lignes directrices suivantes pour étayer les recommandations et les discussions sur les données probantes :

1. CAN-ADAPTT. (2011) *Canadian smoking cessation clinical practice guideline*. Toronto (Ontario) : Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. Ressource consultée sur la page Web <http://www.can-adaptt.net>
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). *Smoking—harm reduction public health guideline: Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities*. Ressource consultée sur la page Web <https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-in-primary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manual-working-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposal-consultation2>
3. Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande. (2007). *New Zealand smoking cessation guidelines*. Wellington (Nouvelle-Zélande) : Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande. Ressource consultée sur la page Web <http://www.moh.govt.nz>
4. Northern Territory Government Department of Health and Families. (2010). *Clinical guidelines for the management of nicotine dependent inpatients*. Darwin (Australie) : Department of Health, Western Australia. Ressource consultée sur la page Web <https://health.nt.gov.au>
5. Royal College of General Practitioners : (2011). *Supporting smoking cessation: A guide for health professionals*. Melbourne (Australie) : Royal College of General Practitioners. Ressource consultée sur la page Web <http://aascp.org.au/health-professionals/resources/guidelines/>
6. US Department of Health and Human Services, Public Health Service. (2008). *Treating tobacco use and dependence: Clinical practice guideline, 2008 update*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>

Revue systématique de la littérature

L'équipe de recherche de l'AIIAO et un bibliothécaire spécialisé dans les sciences de la santé ont élaboré une stratégie de recherche approfondie basée sur des critères d'inclusion et d'exclusion établis avec le comité d'experts de l'AIIAO. L'équipe a recherché dans les bases de données suivantes les articles pertinents publiés en anglais entre 2006 et 2015 : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Embase, MEDLINE et PsycINFO. En plus de cette recherche systématique, il a été demandé aux membres du comité d'experts de passer en revue leur bibliothèque personnelle pour trouver des articles pertinents qui ne figuraient pas dans ces bases de données.

De l'information détaillée sur la stratégie de recherche de cette revue systématique de la littérature, les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les termes de recherche peuvent être consultés en ligne.

Les articles retenus ont été répartis à parts égales entre deux associées de recherche en sciences infirmières (ARSI), qui sont des infirmières titulaires d'une maîtrise. Chaque ARSI a évalué indépendamment l'admissibilité des études selon les critères d'inclusion/exclusion établis. La gestionnaire du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, impliquée dans le soutien au comité d'experts de l'AIIAO, avait pour tâche de trancher les désaccords entre les ARSI.

Les scores d'évaluation de la qualité pour 26 articles (un échantillon aléatoire de 10 % des articles répondant aux critères pour l'extraction de données et l'évaluation de la qualité) ont été évalués de façon indépendante par chaque ARSI. Une concordance acceptable entre les évaluateurs (statistique de kappa $K=0,88$) a justifié de procéder à l'évaluation de la qualité et à l'extraction des données. Les études restantes ont été à nouveau réparties de manière égale entre les ARSI (Fleiss, Levin et Paik, 2003). Les ARSI ont également rédigé un résumé des résultats de la revue de la littérature. Des tableaux et des résumés de données complets ont été fournis à tous les membres du comité d'experts de l'AIIAO aux fins d'examen et de discussion.

Une bibliographie exhaustive des articles en texte intégral passés au crible des critères d'inclusion peut être consultée en ligne.

Comité d'experts en intervention antitabagique



Rangée du haut : (G-D) : Tiiu Sildva, Tanvi Sharma, Lisa Ye, Jan Johnston, Dre Patricia Smith, Jennifer Bouwmeester, Tanya Magee, Debbie Aitken et Dre Annette Schultz; rangée du bas : (G-D) Jennifer Callaghan, Sheila John, Dre Shelley Walkerley, Gail Luciano, Dr Peter Selby et Claire Gignac; absentes : Jennifer Tiberio, Natalie Hamilton-Martin et Dre Catherine Goldie.

Annexe C : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) s'est engagée à veiller à ce que chaque LDPE soit fondée sur les meilleures données probantes disponibles. Afin de respecter son engagement, un processus de suivi et de révision de chaque ligne directrice a été mis sur pied. Ce processus sera répété tous les cinq ans.

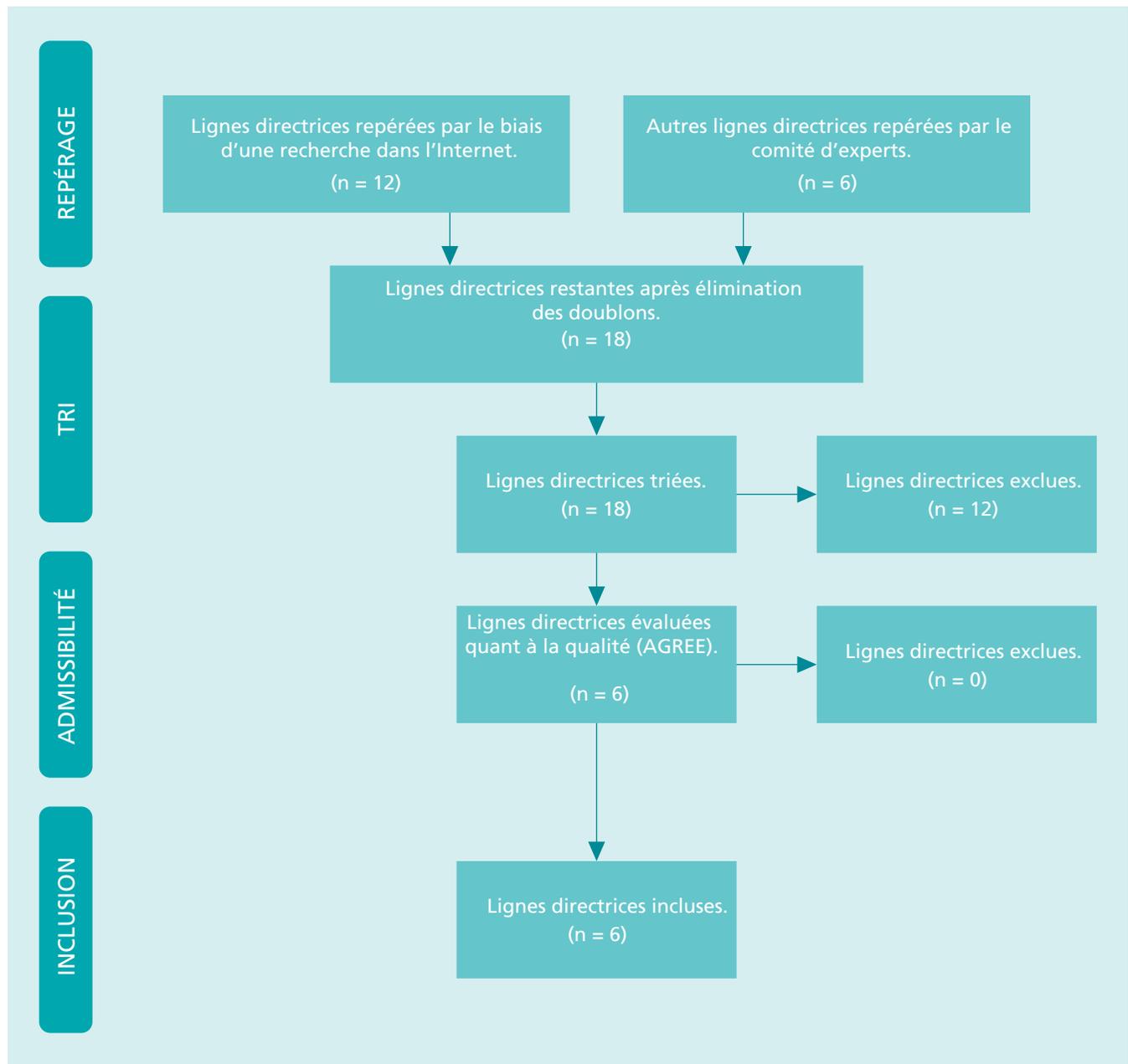
Pour cette ligne directrice, l'AIIAO a réuni un comité d'experts qui représentent une vaste gamme de secteurs et de domaines de pratique (veuillez consulter la section sur le comité d'experts de l'AIIAO au début de la présente ligne directrice). Une revue systématique des données probantes a été effectuée en fonction de l'objectif et de la portée de la ligne directrice et des quatre questions de recherche ci-dessous. La revue systématique de la littérature a permis de recueillir une documentation pertinente parmi les lignes directrices et les études évaluées par des pairs publiées entre 2006 et 2015. Les questions de recherche suivantes ont été établies pour guider la revue systématique de la littérature :

1. Quelles méthodes de dépistage et d'évaluation utilisées par les professionnels de santé sont les plus efficaces pour favoriser la réduction des effets nocifs, les tentatives d'abandon du tabagisme, le sevrage tabagique et la prévention des rechutes chez les patients qui consomment du tabac?
2. Chez les patients qui consomment du tabac, quelles interventions/stratégies de traitement et d'intervention utilisées par les professionnels de santé sont les plus efficaces pour traiter la dépendance au tabac et le sevrage de la nicotine et pour favoriser la réduction des effets nocifs et l'abandon du tabagisme et prévenir les rechutes?
3. Quelle formation les professionnels de la santé doivent-ils suivre pour traiter efficacement les patients ayant une dépendance au tabac?
4. Quelles approches et quels mécanismes systématiques utilisés dans les organismes de soins de santé incitent efficacement les professionnels de la santé à intégrer les interventions antitabagiques à leur pratique?

Le mandat du comité d'experts de l'AIIAO était d'élaborer une ligne directrice sur les pratiques exemplaires fondée sur des données probantes qui permettra aux infirmières et aux autres fournisseurs de soins de santé de connaître les pratiques exemplaires actuelles pour intervenir auprès des clients qui consomment du tabac. Les recommandations de cette ligne directrice visent à combler les lacunes observées entre la pratique actuelle et la pratique fondée sur des données probantes.

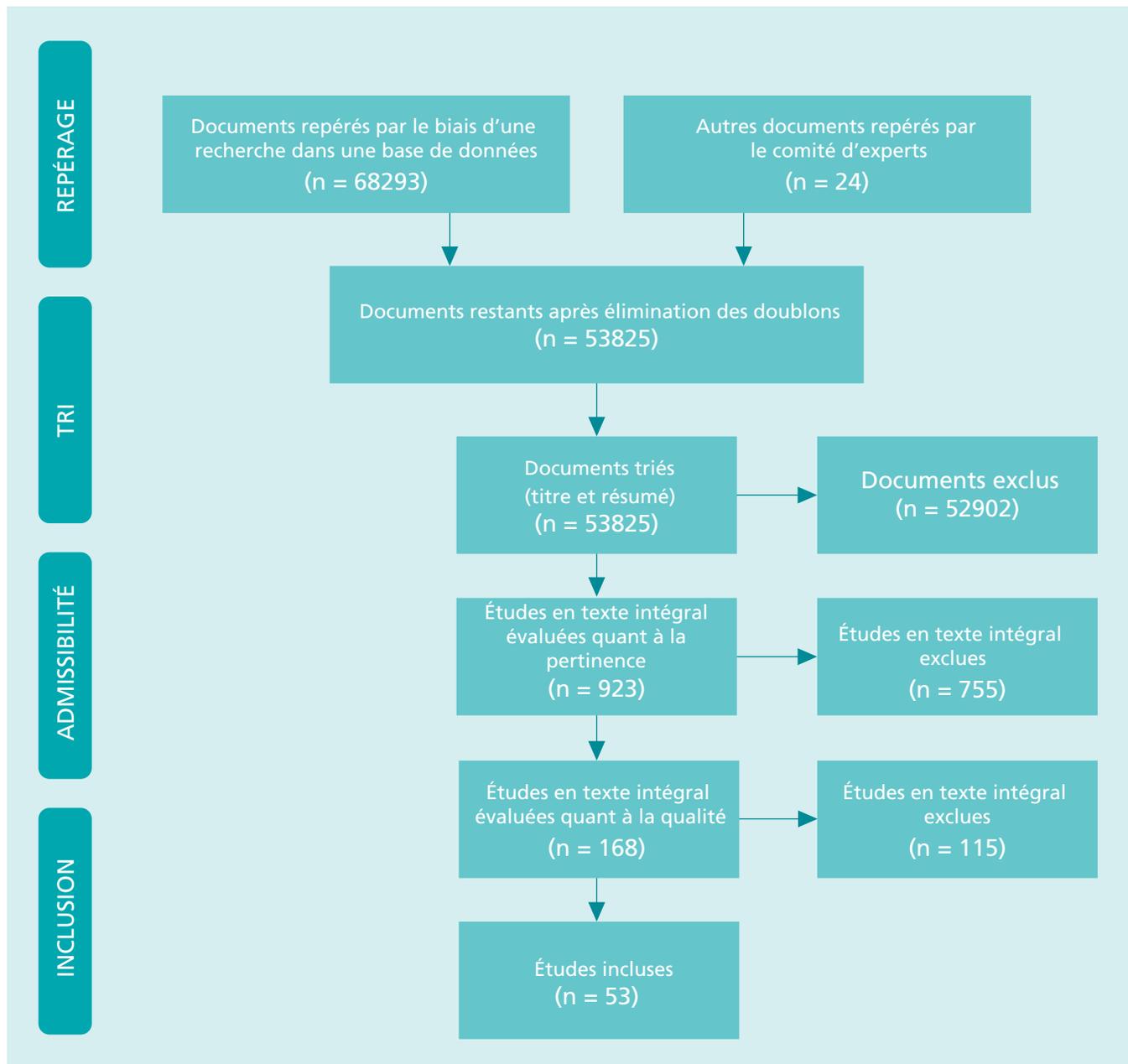
Cette édition (2017) est le résultat du travail du comité d'experts visant à intégrer aux recommandations les données probantes les plus récentes et les plus fiables et à les étayer par des études sérieuses.

Organigramme du processus d'examen des lignes directrices



Organigramme adapté de Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman et The PRISMA Group (2009).

Organigramme du processus d'examen des articles

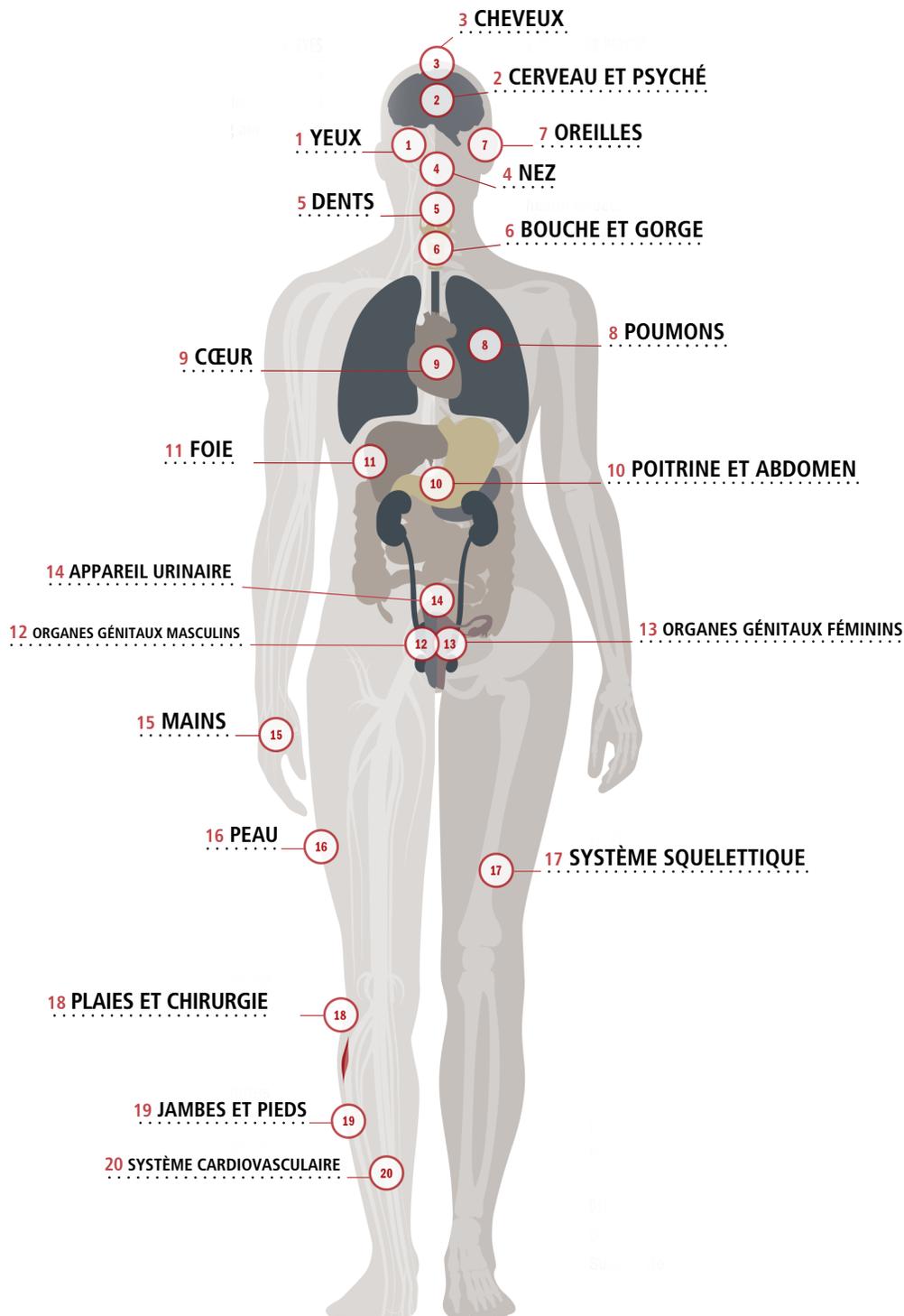


Organigramme adapté de Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman et The PRISMA Group (2009).

Annexe D : Effets nocifs du tabac

Le tabagisme provoque des maladies et des dysfonctionnements dans presque tous les organes.

Source : Eriksen, Mackay, Schluger, Gomeshtapeh et Drope (2015, p. 18).



1. **Yeux**
Cécité due à la cataracte (dégénérescence maculaire)
Sensation de brûlure, larmoiement excessif et clignotement des yeux
 2. **Cerveau et psyché**
AVC (accident vasculaire cérébral)
Dépendance/sevrage
Modification de la chimie du cerveau
Anxiété quant aux effets du tabac sur la santé
 3. **Cheveux**
Odeur et décoloration
 4. **Nez**
Cancer des fosses nasales et des sinus paranasaux
Rhinosinusite chronique et altération de l'odorat
 5. **Dents**
Maladie parodontale (maladie des gencives, gingivite, parodontite)
Dents déchaussées, perte de dents
Caries à la surface des racines, plaques
Décoloration et taches
 6. **Bouche et gorge**
Cancer des lèvres, de la bouche, de la gorge, du larynx et du pharynx
Maux de gorge et altération du goût
Mauvaise haleine
 7. **Oreilles**
Perte auditive, infection de l'oreille
 8. **Poumons**
Cancer des poumons, des bronches et de la trachée
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et emphysème
Bronchite chronique, infection respiratoire (grippe, pneumonie, tuberculose)
Essoufflement, asthme, toux chronique, production excessive de sécrétions
 9. **Cœur**
Thrombose coronaire (crise cardiaque)
Athérosclérose (occlusion et dommages dans le système vasculaire coronarien)
 10. **Poitrine et abdomen**
Cancer de l'œsophage
Cancer de l'estomac, du côlon et du pancréas
Anévrisme de l'aorte abdominale
Ulcère peptique (œsophage, estomac, partie supérieure de l'intestin grêle)
Augmentation possible du risque de cancer du sein
 11. **Foie**
Cancer du foie
 12. **Organes génitaux masculins**
Infertilité (malformation et perte de mobilité des spermatozoïdes, réduction de leur nombre)
Impuissance
Décès par cancer de la prostate
 13. **Organes génitaux féminins**
Cancer du col de l'utérus et de l'ovaire, insuffisance ovarienne primitive, ménopause précoce
Fertilité réduite
Menstruations douloureuses
 14. **Appareil urinaire**
Cancer de la vessie, du rein et de l'uretère
 15. **Mains**
Maladie vasculaire périphérique, mauvaise circulation (doigts froids)
 16. **Peau**
Psoriasis
Perte de tonus de la peau, rides et vieillissement prématurés
 17. **Système squelettique**
Ostéoporose
Fracture de la hanche
Susceptibilité aux problèmes de dos
Cancer de la moelle osseuse
Polyarthrite rhumatoïde
 18. **Plaies et chirurgie**
Trouble de la cicatrisation des plaies
Faible récupération postopératoire
Brûlures et incendies causés par des cigarettes
 19. **Jambes et pieds**
Acrosyndrome, pieds froids, douleur aux jambes et gangrène
Thrombose veineuse profonde
 20. **Système cardiovasculaire**
Thrombo-angéite oblitérante (inflammation des artères, des veines et des nerfs dans les jambes)
Leucémie myéloblastique aiguë
- Système immunitaire**
Résistance réduite à l'infection
Augmentation possible du risque de maladies allergiques
- Autres**
Diabète, mort subite

Annexe E : Avantages de l'abandon du tabagisme

Dans les 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.

Dans les 8 heures :

- La quantité de monoxyde de carbone dans le sang chute.
- Le niveau d'oxygène dans le sang augmente.

Dans les 24 heures :

- On peut réduire le risque de crise cardiaque.

Dans les 48 heures :

- Les terminaisons nerveuses peuvent se régénérer.
- Les sens de l'odorat et du goût s'améliorent.

Dans les 72 heures :

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

Entre 2 semaines et 3 mois :

- La circulation s'améliore.
- Marcher devient plus facile.
- La fonction pulmonaire peut augmenter jusqu'à 20 %.

Entre 1 et 9 mois :

- La toux, la congestion des sinus, la fatigue et 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 50 %. 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 est réduit comparativement à celui des femmes qui continuent de 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 pour 100 000 à 72 pour 100 000.
- De 5 à 15 ans après le renoncement au tabac, le risque d'accident vasculaire cérébral retrouve le niveau d'une personne qui n'a jamais fumé.

10 ans et plus :

- Les cellules précancéreuses sont remplacées.
- Le risque de souffrir d'autres cancers, comme ceux de la bouche, du larynx, de l'œsophage, de la vessie, du rein et du pancréas diminue.
- Longtemps après l'abandon du tabagisme, le risque de décès par bronchopneumopathie chronique obstructive est réduit comparativement à celui d'une personne qui continue à fumer.

Les durées de temps susmentionnées servent uniquement d'exemple général et varieront selon l'individu, la durée de la période de tabagisme et la quantité de cigarettes fumées.

© Tous droits réservés. Santé Canada. (2016). Benefits of quitting. Reproduit avec l'autorisation du ministre de la Santé, 2016.

Annexe F : Stratégies pour éviter une rechute

- Encourager le client à reconnaître les situations où il a envie de fumer et à établir un plan précis pour y faire face (p. ex., dresser une liste de trois stratégies et porter cette liste sur lui en tout temps).
- Considérer une rechute (céder à l'envie de fumer) comme une occasion d'apprendre de ses erreurs et non comme un échec.
- Recommander au client :
 - d'apprendre des techniques de gestion du stress et de relaxation;
 - d'apprendre à équilibrer son mode de vie de façon à ce que les pressions et les facteurs déclencheurs ne soient pas insurmontables.

Parmi les facteurs courants associés à une rechute, on compte les suivants :

- Consommation d'alcool
- Humeur négative ou dépression
- Discours intérieur négatif
- Présence d'autres fumeurs dans le ménage
- Symptômes de sevrage prolongés
- Exposition à des situations à haut risque, telles que des situations d'ordre social, des disputes et d'autres sources de stress
- Restriction alimentaire
- Manque de soutien à l'abandon du tabagisme
- Problèmes liés à la pharmacothérapie, comme un dosage insuffisant, des effets secondaires, des problèmes d'observance ou un arrêt prématuré du traitement
- Abus de drogues récréatives.

Source : Reproduit avec la permission du 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) : Une publication de Pegasus Health-care International.

Annexe G : Liste de ressources en intervention antitabagique

A) Ressources pour les fumeurs et les fumeuses

Société canadienne du cancer

Bureau national

55, av. St Clair Ouest, bureau 300

Toronto (Ontario) M4V 2Y7

Courriel : ccs@cancer.ca

Tél. : 1 416-961-7223

Site Web : www.cancer.ca

Cet organisme propose des brochures et des ressources d'autoassistance pour les personnes qui fument, telles que « Pour les fumeurs qui veulent arrêter » et « Pour les fumeurs qui ne veulent pas arrêter » en anglais et en français.

Téléassistance pour fumeurs

Tél. : 1 877-513-5333

Site Web : www.smokershelpline.ca

Cet organisme offre gratuitement des services d'abandon du tabagisme fondés sur des données probantes. Des accompagnateurs hautement qualifiés en matière d'abandon du tabagisme offrent un soutien personnalisé et sans jugement par téléphone. Le service est disponible en français et en anglais et, par le biais d'un traducteur, dans plus de 100 autres langues. SmokersHelpline.ca propose un programme autogéré d'abandon du tabagisme ainsi qu'un forum animé par un modérateur. Les clients de l'Ontario peuvent envoyer le message iQUIT à 123456 pour obtenir du soutien par message texte. Les fournisseurs de soins de santé peuvent en savoir plus sur la façon de diriger les clients en consultant la page Web SmokersHelpline.ca/refer.

Centre for Addiction and Mental Health—Clinique de la dépendance à la nicotine

175, rue College

Toronto (Ontario) M5T 1P7

Tél. : 1 416-535-8501, poste 34455

Site Web : www.nicotinedependenceclinic.com

Cet organisme dirige une clinique d'abandon du tabagisme et offre une formation aux praticiens de la santé par le biais du programme Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health (TEACH).

Santé Canada

Programme de lutte contre le tabagisme – localisateur postal : 0301A

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 1 866-318-1116

Télec. : 1 613-952-5188

Courriel : TCP-PLT-questions@hc-sc.gc.ca

Site Web : www.gosmokefree.ca

Ce site Web contient un éventail de nouveaux outils pour aider les Canadiens et Canadiennes à cesser de fumer. Les fumeurs qui s'inscrivent au programme e-Quit recevront gratuitement pendant 30 jours une série de courriels conçus pour les aider dans leur démarche d'abandon du tabagisme.

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (Cœur + AVC)

1525, av. Carling, bureau 110

Ottawa (Ontario) K1Z 8R9

Tél. : 1 613-727-5060

Télééc. : 613 727-1895

Courriel : info@hsf.ca

Site Web : <http://www.heartandstroke.ca/>

Cœur et AVC est l'un des principaux bailleurs de fonds de la recherche pouvant sauver des vies et ayant conduit à des percées telles que la transplantation cardiaque et la découverte d'un traitement révolutionnaire contre les accidents vasculaires cérébraux qui réduit le taux de mortalité de 50 %.

Cheminer sans fumer

Université Brock, Région de Niagara

1812, voie Sir Isaac Brock, Plaza 514

St. Catharines (Ontario) L2S 3A1

Tél. : 1 905-688-5550, poste 4992

Courriel : ltpliboffice@brocku.ca

Site Web : www.LeaveThePackBehind.org

Ce programme de lutte contre le tabagisme offre aux jeunes adultes de l'information sur le tabagisme et l'abandon du tabac, du soutien personnalisé et des ressources pour cesser de fumer financées par le gouvernement de l'Ontario.

Prevention of Gestational and Neonatal Exposure to Tobacco Smoke (PREGNETS) (Prévention de l'exposition gestationnelle et néonatale à la fumée de tabac)

Site Web : www.pregnets.org

Cet organisme contribue à améliorer la santé des mères et de leurs bébés en offrant de l'information, des ressources et du soutien aux femmes enceintes et en post-partum ainsi qu'à leurs fournisseurs de soins de santé.

Association pulmonaire du Canada

Bureau national

1750, croissant Courtwood, bureau 300

Ottawa (Ontario) K2C 2B5

Tél. : 1 888-566-LUNG (5864)

Courriel : info@lung.ca

Site Web : www.lung.ca

Association pulmonaire de l'Ontario

18 Wynford Drive, Suite 401

Toronto (Ontario) M3C 0K8

Tél. : 1-888-566-LUNG (5864)

Courriel : info@on.lung.ca

Site Web : www.on.lung.ca

Cet organisme fait la promotion de la santé pulmonaire et aide les gens à prévenir et à gérer les maladies pulmonaires en finançant des projets de recherche importants, en faisant pression pour l'amélioration des traitements et l'adoption de politiques plus judicieuses et en aidant les patients à prendre soin de leur santé.

B) Ressources pour les professionnels de la santé

Meilleur départ – Ressources sur le tabagisme

180, rue Dundas Ouest, bureau 301
Toronto (Ontario) M5G 1Z8
Tél. : 1 416-408-2249 ou 1 800-397-9567
Télééc. : 1 416-408-2122
Courriel : beststart@healthnexus.ca
Site Web : www.beststart.org

Cet organisme bilingue de promotion de la santé, qui est une composante du Centre de ressources Meilleur départ et un programme phare de Nexus Santé, collabore avec divers partenaires pour bâtir des collectivités saines, équitables et prospères. Le centre de ressources Meilleur départ soutient les fournisseurs de soins qui travaillent dans le domaine de la santé avant la grossesse, de la santé prénatale et du développement des jeunes enfants.

Physicians for a Smoke-Free Canada (PSC) (Médecins pour un Canada sans fumée)

134, av. Caroline
Ottawa (Ontario) K1Y 0S9
Tél. : 1 613-297-3590
Télééc. : 1 613-728-9049
Courriel : psc@smoke-free.ca
Site Web : www.smoke-free.ca

Un organisme national de médecins canadiens qui partagent un même objectif : la réduction des maladies causées par le tabac grâce à la diminution du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire. PSC fournit également de l'information sur divers sujets liés au tabagisme.

Centre de toxicomanie et de santé mentale – Ontario Tobacco Research Unit (OTRU)

33, rue Russell
Toronto (Ontario) M5S 2S1
Tél. : 1 416-595-6888
Télééc. : 1 416-595-6068
Courriel : info@otru.org
Site Web : www.otru.org

Un réseau de recherche établi en Ontario reconnu comme un chef de file canadien en matière de recherche, de suivi et d'évaluation, d'enseignement et de formation dans le domaine de la lutte antitabagique et reconnu comme une source respectée d'informations scientifiques dans ce domaine.

Centre de formation et de consultation (CFC)

a/s d'Action Cancer Ontario
505, av. University, 16^e étage
Toronto (Ontario) M5G 2L7
Tél. : 1 800-363-7822
Courriel : admin@ptcc-cfc.on.ca
Site Web : www.ptcc-cfc.on.ca

Cet organisme fournit des services de formation et de consultation pour le territoire ontarien. Il vise la mise en place de stratégies communautaires efficaces pour réduire le tabagisme.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

158, rue Pearl

Toronto (Ontario) M5H 1L3

Tél. : 416 599-1925 ou 1 800 268-7199

Télec. : 416 599-1926

Site Web : www.tobaccofreernaoo.ca

Cet organisme propose des ateliers, des webinaires et des cours en ligne pour contribuer à former les professionnels de la santé aux interventions antitabagiques.

Centre de toxicomanie et de santé mentale – Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health (TEACH)

175, rue College, 3^e étage

Toronto (Ontario) M5T 1P7

Tél. : 1 416-535-8501, poste 204

Courriel : teach@camh.ca

Site Web : www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/Pages/Home.aspx

Cet organisme forme les praticiens aux interventions antitabagiques.

Centre de toxicomanie et de santé mentale – The Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CAN-ADAPTT)

175, rue College

Toronto (Ontario) M5T 1P7

Courriel : can_adaptt@camh.net

Site Web : www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Pages/Home.aspx

Ce réseau de recherche fondé sur la pratique vise à faciliter la recherche et l'échange de connaissances entre les praticiens, les chercheurs et les décideurs dans le domaine de l'abandon du tabagisme.

Votre apport est important

Site Web : <http://www.youcanmakeithappen.ca/?lang=fr>

Une source exhaustive d'informations, d'outils et de ressources sur l'abandon du tabagisme pour les fournisseurs de soins de santé proposée par les unités de santé publique et Téléassistance pour fumeurs.

C) Ressources internationales

Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence (ATTUD)

Site Web : www.attud.org

Cet organisme de fournisseurs de soins de santé s'emploie à promouvoir les traitements antitabagiques fondés sur des données probantes et à en améliorer l'accès pour les fumeurs.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

1600 Clifton Road

Atlanta, Géorgie, 30329-4027

ÉTATS-UNIS

Tél. : 1 800-CDC-INFO (1-800-232-4636); TTY : 1 888-232-6348

Site Web : www.cdc.gov/tobacco/index.htm

Organisation mondiale de la santé (OMS) – Initiative pour un monde sans tabac (TFI)

Prévention des maladies non transmissibles (OMS)

20 Avenue Appia

1211 Genève 27

Suisse

Tél. : +41-22-791-4426

Télec. : 41-22-791-4832

Courriel : tfi@who.int

Site Web : www.who.int/tobacco/research/cessation/en

Annexe H : Test de Fagerström sur la dépendance à la nicotine (révisé)

Le test suivant est conçu pour vous aider à déterminer l'intensité de votre dépendance à la nicotine. Encerclez le score approprié pour chaque question. Faites le total du nombre de points pour obtenir votre score final.

Le score le plus élevé est 10.

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?

- Dans les 5 min. 3 points
- 5 à 30 min. 2 points
- 31 à 60 min.1 point
- Après 60 min. 0 point

Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans des endroits où vous ne devriez pas le faire, comme à l'église, à l'école, au cinéma, dans l'autobus, au tribunal ou à l'hôpital?

- Oui1 point
- Non 0 point

Laquelle de vos cigarettes souhaiteriez-vous le moins abandonner?

- La première le matin1 point
- N'importe quelle autre 0 point

Combien de cigarettes fumez-vous chaque jour?

- 10 ou moins0 point
- 11 à 201 point
- 21 à 302 points
- 31 ou plus3 points

Fumez-vous davantage dans les premières heures suivant votre réveil que durant le reste de la journée?

- Oui1 point
- Non0 point

Continuez-vous de fumer même si vous êtes tellement malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ou si vous avez la grippe ou une toux grave?

- Oui1 point
- Non0 point

TOTAL _____ points

Interprétation du score

De 7 à 10 : Vous avez une forte dépendance à la nicotine et vous pourriez bénéficier d'un programme d'abandon du tabagisme fondé sur une thérapie pour traiter la dépendance à la nicotine. Commencez par un timbre de 21 mg ou une gomme de 4 mg.

De 4 à 6 : Vous avez une dépendance modérée à la nicotine. Cependant, cela n'exclut pas que vous puissiez bénéficier d'un programme d'abandon du tabagisme fondé sur une thérapie pour traiter la dépendance à la nicotine. Commencez par un timbre de 14 mg ou une gomme de 2 mg.

Moins de 4 : Vous avez une faible dépendance à la nicotine et il est peu probable que vous ayez besoin de suivre une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN).

Source : Reproduit avec la permission du Dr Karl Fagerström.

Annexe I : Programme STOP : exemple d'algorithme de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)

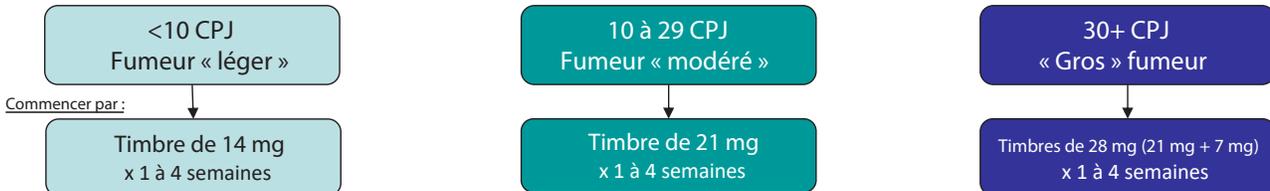
Programme STOP : exemple d'algorithme de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)



DEMANDER : Combien de cigarettes fumez-vous par jour (CPJ)?

CONSEILLER/ÉVALUER : Invitez le client à cesser de fumer à la date cible d'abandon du tabagisme ou de réduire de 50 % le nombre de CPJ qu'il fume d'ici à la prochaine consultation (si aucune date n'a été fixée pour l'abandon du tabagisme).

AIDER :



+ Choisir une TRN à effet rapide (gomme, pastille, vaporisateur buccal ou inhalateur) pour les envies soudaines de fumer, au besoin.

PLANIFIER : Faites un suivi de 1 à 4 semaines après la date d'abandon du tabagisme.

Évaluez la consommation de tabac et ajustez la dose de la TRN, au besoin :

- **Si le client fume 10+ CPJ :** Ajoutez un timbre de 21 mg à la dose actuelle.
- **6 à 9 CPJ :** Ajoutez un timbre de 14 mg à la dose actuelle.
- **1 à 5 CPJ :** Ajoutez un timbre de 7 mg à la dose actuelle.
- **Si le client fume 0 CPJ :** Maintenez la dose actuelle. [x 1 à 4 semaines]

+ Choisissez une TRN à action brève (gomme, pastille, vaporisateur buccal ou inhalateur) pour éliminer les envies de fumer inattendues, au besoin.

Visites subséquentes :

Continuez le traitement en suivant les indications générales ci-dessus (en ajoutant des timbres au besoin).

Lorsque le client est prêt à réduire la TRN :

- Diminuez la dose de 7 mg toutes les 1 ou 2 semaines jusqu'à la fin du traitement.
- Réduisez ensuite la TRN à action brève (gomme, pastille, vaporisateur buccal ou inhalateur) jusqu'à ce qu'elle ne soit plus nécessaire.

Remarque : des timbres comptant au total 84 mg (4 x 21 mg) constituent la dose maximale.

Il ne s'agit que d'indications générales. Les praticiens doivent utiliser leur jugement clinique au cas par cas. La durée maximale du traitement est de 26 semaines dans le cadre du programme STOP.

Source : Selby, P. (2016). *Programme STOP : exemple d'algorithme de thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)*. Centre de toxicomanie et de santé mentale : Service de la dépendance à la nicotine

Annexe J : Programmes de formation pour les fournisseurs de soins de santé

- **L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)** offre des ateliers, des webinaires et des cours en ligne pour contribuer à former les fournisseurs de soins de santé aux pratiques exemplaires en matière d'intervention antitabagique.
www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-best-practice-smoking-cessation-initiative
www.tobaccofreernao.ca
- **Le Centre de formation et de consultation (CFC)** est un centre de ressources de la Stratégie pour un Ontario sans fumée. Le CFC offre des ateliers, des webinaires, des ressources et de l'aide technique aux fournisseurs de soins de santé qui travaillent dans le domaine de la lutte contre le tabagisme en Ontario. Il collabore étroitement avec les réseaux régionaux de lutte contre le tabagisme (TCAN) et les bureaux de santé publique de l'Ontario.
www.ptcc-cfc.on.ca
- **L'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)** propose des ateliers interactifs sur les principes, les compétences et les méthodes de l'entretien motivationnel (EM).
www.ottawa.cmha.ca/programs-services/motivational-and-advanced-interviewing-training/#.WBtgmforLcs
- **Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)** propose des cours et des programmes de formation, comme le programme complet Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health (TEACH). Le programme TEACH vise à améliorer les connaissances et les compétences des fournisseurs de soins de santé des secteurs public, privé et sans but lucratif qui offrent des conseils et des interventions intensives d'abandon du tabagisme à leurs clients.
www.teachproject.ca
- **L'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario (OTRU)** est un centre de recherche, de surveillance et d'évaluation de la lutte contre le tabagisme qui fournit de la formation et de l'information fondée sur des données probantes sur la lutte contre le tabagisme.
www.otru.org
- **Votre apport est important** est une source exhaustive d'informations, d'outils et de ressources sur l'abandon du tabagisme pour les fournisseurs de soins de santé offerte par les unités de santé publique et Téléassistance pour fumeurs. Cet organisme fournit des liens vers des programmes de formation sur les interventions de courte durée, les interventions intensives, les entretiens motivationnels, etc.
<http://www.youcanmakeithappen.ca/?lang=fr>

Annexe K : Description de la *Trousse*

Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne peuvent être mises en œuvre efficacement que par une planification, des ressources, un soutien organisationnel et administratif adéquats ainsi qu'une intervention facilitatrice appropriée. L'AIIAO, par le biais d'un comité d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs, a élaboré la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* en se fondant sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. La *Trousse* est recommandée pour orienter la mise en œuvre de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans un organisme de soins de santé.

La *Trousse* offre des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et aux interventions facilitatrices lors de la mise en œuvre des lignes directrices. Plus particulièrement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes :

1. Trouver une ligne directrice pour la pratique clinique bien conçue et fondée sur des données probantes.
2. Trouver, évaluer et faire participer les intervenants.
3. Évaluer l'état de préparation de l'environnement pour la mise en œuvre de la ligne directrice.
4. Définir et planifier des stratégies de mise en œuvre fondées sur des données probantes.
5. Planifier et mettre en œuvre un processus d'évaluation.
6. Déterminer les ressources nécessaires à la mise en œuvre et les obtenir.

La mise en œuvre de lignes directrices qui se traduisent par des changements fructueux de pratique et un impact clinique positif est une entreprise complexe. La *Trousse* constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus.

Elle est offerte par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Le document est offert en version reliée pour une somme modique et est accessible gratuitement sur le site Web de l'AIIAO. Pour obtenir de plus amples renseignements ou un bon de commande ou pour télécharger la *Trousse*, veuillez consulter le site Web de l'AIIAO à l'adresse suivante : www.RNAO.ca.

Appuis



Centre for Addiction and Mental Health
100 Stokes Street
Toronto, ON M6J 1H4
www.camh.ca

Centre de toxicomanie et de santé mentale
100, rue Stoke
Toronto, ON M6J 1H4
www.camh.ca/fr

Le 1^{er} février 2017

Dre Doris Grinspun, IA, M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
158, rue Pearl
Toronto (Ontario)
M5H 1L3

Madame,

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) est ravi d'annoncer qu'il approuvera la ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires fondée sur des données probantes de l'AIIAO intitulée :
« *Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne* ».

Le CAMH, qui est le plus grand hôpital d'enseignement dans les domaines de la toxicomanie et de la santé mentale au Canada et un centre de recherche de renommée internationale, a pour vocation de soutenir les personnes touchées par des problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Nous appuyons les efforts de l'AIIAO visant à aider les infirmières et les autres professionnels de la santé à fournir de l'aide aux clients qui consomment du tabac et à leur offrir les ressources nécessaires pour les aider dans leur démarche d'abandon du tabagisme. Notre projet Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health (TEACH) [Amélioration de la formation dans le domaine du counseling et de la santé appliquée à l'abandon du tabagisme], qui s'est mérité de nombreux éloges, a permis de former des milliers de professionnels de la santé à l'intervention antitabagique. De plus, notre clinique de traitement de la dépendance à la nicotine et notre programme STOP ont fourni des ressources et un soutien essentiels aux clients qui consomment du tabac, notamment des thérapies de remplacement de la nicotine. Ces ressources sont en parfaite adéquation avec les recommandations formulées dans cette ligne directrice.

Il est essentiel que les professionnels de la santé disposent des connaissances et des compétences requises pour intervenir auprès des clients qui consomment du tabac et les soutenir dans leurs démarches antitabagiques. Cette ligne directrice constituera une ressource précieuse pour les professionnels de la santé, pour les clients qui consomment du tabac ainsi que pour les nombreuses personnes indirectement touchées par le tabagisme.

Nous saluons le travail considérable accompli par tous les contributeurs de cette ligne directrice et nous mesurons l'importance de ce document dans le renforcement du rôle des professionnels de la santé dans la lutte contre l'un des plus grands défis sanitaires de notre époque.

Cordialement,

Catherine Zahn, M.D., FRCP (C)
Présidente et directrice générale



Canadian Cancer Society
Société canadienne du cancer

Le 8 février 2017

Dre Doris Grinspun, IA, M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
158, rue Pearl
Toronto (Ontario)
M5H 1L3

Madame,

Au nom de la Société canadienne du cancer, c'est avec plaisir que nous offrons notre appui à la ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires fondées sur des données probantes de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) intitulée : « *Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne* ».

La Société canadienne du cancer est le chef de file national de la lutte contre le cancer. Notre mission consiste à éradiquer le cancer et à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de cette maladie. Le tabagisme étant une cause majeure et directe de cancer, nous faisons front commun dans notre lutte contre ce fléau de santé publique. La collaboration entre la Société canadienne du cancer et l'AIIAO est renforcée par notre participation conjointe à la stratégie Ontario sans fumée par le biais de programmes tels que Téléassistance pour fumeurs, qui offrent du soutien et des ressources sur le tabagisme aux clients et à leurs familles.

La troisième édition de la ligne directrice de l'AIIAO aidera les organismes et les fournisseurs de soins de santé à reconnaître l'importance de l'évaluation et de l'intervention auprès des clients qui consomment du tabac. Nos efforts communs à l'échelle du Canada font une différence.

Le travail de l'AIIAO sur l'intervention antitabagique contribuera grandement à aider les fournisseurs de soins de santé à soutenir leurs clients pour qu'ils cessent de fumer ou réduisent leur consommation de tabac.

Toutes nos félicitations pour votre superbe travail.

Avec nos sincères salutations,

Mark Hiebhay
Directeur général
Société canadienne du cancer, Ontario

1 888 939-3333 | cancer.ca

Ontario Division

55 St. Clair Avenue West, Suite 500
Toronto, Ontario M4V 2Y7
T 416 488-5400 F 416 488-2872
ontdiv@ontario.cancer.ca

Division de l'Ontario

55, avenue St. Clair Ouest, bureau 500
Toronto (Ontario) M4V 2Y7
Tél. 416 488-5400 Téléc. 416 488-2872
ontdiv@ontario.cancer.ca



UNIVERSITY OF OTTAWA
HEART INSTITUTE
INSTITUT DE CARDIOLOGIE
DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA

Le 31 janvier 2017

Dre Doris Grinspun, IA, M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
158, Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3

Madame Grinspun,

Nous sommes ravis d'approuver la ligne directrice de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) intitulée : *Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne*. L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa établit et maintient constamment de nouvelles normes de soins cliniques dans le but d'approfondir les connaissances sur les maladies cardiaques et de contribuer à la base mondiale de données probantes sur les connaissances dans le domaine cardiovasculaire. Le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabagisme (MOAT) a été créé en réponse au besoin d'élaborer des pratiques permettant d'assurer que le soutien à l'abandon du tabagisme est fourni de manière systématique, homogène et cohérente à tous les patients concernés et qu'il est intégré aux soins de routine.

La vision adoptée par l'AIIAO dans son Initiative sur l'intervention antitabagique s'aligne pleinement sur le MOAT, un modèle reconnu comme une pratique de pointe par Agrément Canada. Ces deux programmes ont pour objectif d'inciter les fournisseurs de soins de santé à intervenir davantage auprès de leurs clients fumeurs pour les conseiller et les aider à arrêter de fumer, d'améliorer les taux d'abstinence tabagique à long terme et de réduire le risque de décès prématuré, et obtiennent de bons résultats dans ce domaine. L'élaboration de cette ligne directrice, qui a bénéficié de la participation stratégique d'un grand nombre de professionnels de la santé, d'intervenants de différents domaines et d'organismes partenaires de premier plan, a donné lieu à un ensemble de recommandations et d'étapes pratiques que les fournisseurs de soins de santé peuvent suivre pour aider leurs clients qui consomment du tabac à abandonner leur tabagisme.

Les lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires insistent sur l'importance de la collaboration interdisciplinaire, de la transparence, des partenariats, de la primauté du patient et, en ce qui concerne l'abandon du tabagisme, de la prestation de soins personnalisés qui inspirent des changements de comportement positifs à l'égard des clients fumeurs. Cette ligne directrice de l'AIIAO aura une grande influence sur les infirmières, les enseignants, les organismes de soins de santé et, surtout, sur les patients eux-mêmes.

Cordialement,

Andrew Pipe, CM, M.D., LL.D. (hon.), D.Sc. (hon.), Dip. méd. du sport, CCMF (SEM)
Professeur, Faculté de médecine, Université d'Ottawa
Chef, Division de prévention de réadaptation, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa.
Pour :
Dr Thierry Mesana, MD, Ph.D., FRCSC
Président et chef de la direction, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

40, RUE RUSKIN STREET, OTTAWA, ON K1Y 4W7
T. 613 696-7000 WWW.OTTAWAHEART.CA

ia BPG

AFFAIRES INTERNATIONALES
ET LIGNES DIRECTRICES SUR
LES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TRANSFORMER
LES SOINS INFIRMIERS
PAR LA CONNAISSANCE

Ligne directrice
sur les pratiques cliniques exemplaires

JUIN 2017

Intégration d'interventions antitabagiques à la pratique quotidienne

Troisième édition

ISBN 978-1-926944-73-9



9 781926 944739

 **RNAO**

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



Ontario