

Prise en charge infirmière des fumeurs hospitalisés

Le modèle de l'Institut de cardiologie de Montréal

Selon la politique de lutte contre le tabagisme du ministère de la Santé et des Services sociaux diffusée en 2016, les CISSS et les CIUSSS devront avoir adopté une politique « sans fumée » au sein de leur établissement au plus tard le 26 novembre 2017. L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) a pris l'initiative en planifiant, dès 2004, un programme de soutien à la cessation tabagique pour les fumeurs hospitalisés pris en charge par le personnel infirmier. L'ICM fait encore un pas de plus en vue de répondre aux exigences de cette nouvelle politique, puisque la direction des soins infirmiers de l'établissement s'engage à encourager les infirmiers et infirmières à obtenir leur droit de prescrire, afin qu'ils puissent prescrire en cessation tabagique, et à tenir à jour le registre des prescripteurs autres que médecins.

Par **Martine Robert**, inf., M. Sc.

Acette date, les CISSS et les CIUSSS devront donc s'être dotés d'un plan visant, à terme, à offrir un environnement sain à tous, notamment en instaurant des services de soutien à l'abandon du tabagisme à l'intention des employés et des patients, ainsi qu'en proposant des moyens de soulagement temporaire des symptômes de sevrage pour ceux qui ne souhaitent pas s'engager dans cette démarche.

La politique « sans fumée » devra viser les trois grands objectifs suivants :

- Créer des environnements totalement sans fumée à l'intérieur comme à l'extérieur des établissements de santé.
- Promouvoir le non-tabagisme.
- Favoriser l'abandon du tabagisme chez le personnel et les patients.

Les infirmières sont particulièrement bien positionnées pour jouer un rôle de premier plan auprès de la population des fumeurs hospitalisés en raison de leurs activités professionnelles, de leur nombre et de leur proximité avec ces patients. De plus, il a été démontré que l'intervention brève et intensive du personnel infirmier auprès des patients fumeurs est efficace (Rice *et al.*, 2013).

Le tabagisme est non seulement une cause majeure d'hospitalisation, mais aussi de réhospitalisation (Mohiuddin *et al.*, 2007). Le séjour à l'hôpital constitue donc une occasion à saisir pour le personnel infirmier, car il réunit plusieurs conditions favorables à la cessation tabagique du patient fumeur. En effet, l'hospitalisation pour un problème de santé aigu peut mener le patient à se remettre en question et à modifier ses habitudes. Elle constitue une occasion d'éducation. En abstinence forcée et soustrait aux facteurs qui déclenchent habituellement leur envie de fumer, le patient fumeur vit un moment de vulnérabilité qui peut augmenter sa motivation à arrêter de fumer. Pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, il a accès à des conseils, à un soutien psychologique et à toute la pharmacothérapie relative à la cessation tabagique.



© Serge Rousseau illustrateur

Pertinence du counseling tabagique en centre hospitalier

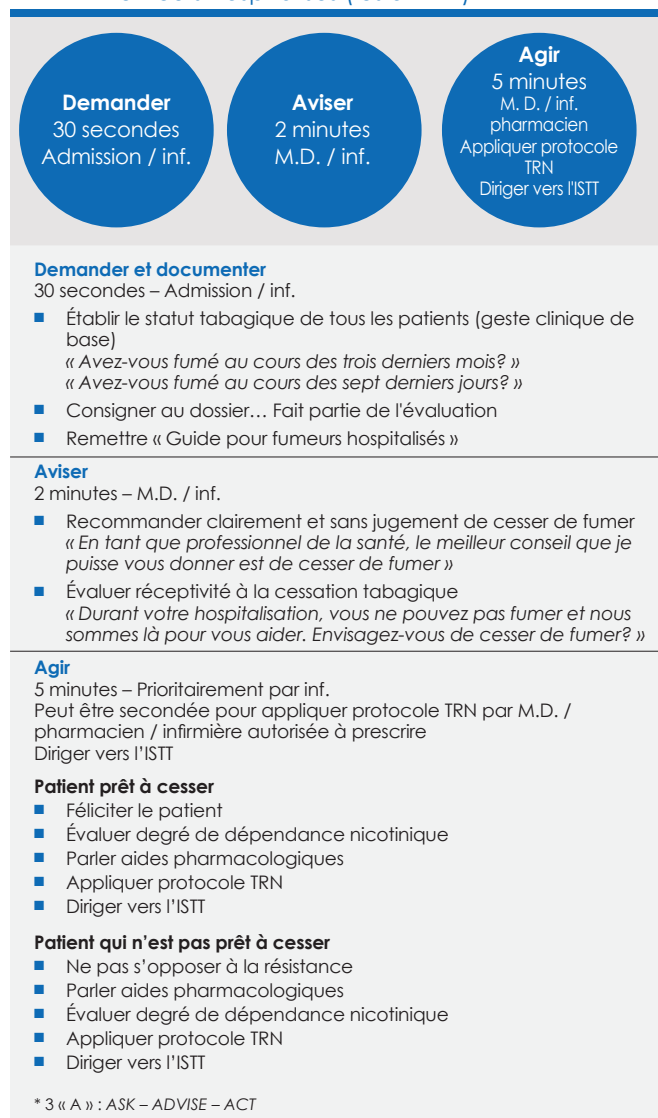
Le counseling en cessation tabagique effectué à l'hôpital n'est pas un coup d'épée dans l'eau, au contraire, puisque 65 % des fumeurs hospitalisés pour un infarctus du myocarde manifestent leur intention de cesser de fumer dans les 30 jours suivant leur hospitalisation, tandis que seulement 20 % des fumeurs non hospitalisés ont cette intention (Reid *et al.*, 2011). De plus, des données indiquent que les traitements du tabagisme post événements ou post procédures en maladies cardiovasculaires, instaurés durant l'hospitalisation

sont plus efficaces que ceux qui sont entrepris à l'extérieur du milieu hospitalier (Reid et al., 2011).

Au Québec, les maladies attribuables au tabagisme comptaient pour le tiers des coûts d'hospitalisation pour la seule année 2008, soit une moyenne de près d'un milliard de dollars par année (Crémieux et al., 2010). Les auteurs expliquent que ces coûts élevés sont attribuables au fait que, pour une même maladie, le tabagisme entraîne des séjours hospitaliers plus longs pour les fumeurs et les anciens fumeurs, probablement en raison de la nature plus aiguë des crises, d'un plus grand nombre de complications et d'un rétablissement échelonné sur une plus longue période. Ils ont également calculé le fardeau du tabagisme sur les soins infirmiers au Québec et en ont conclu que plus du quart (27,3 %) sont la cause de consultations infirmières en dehors des séjours hospitaliers.

Chaque jour, près de 100 Canadiens meurent des suites de leur tabagisme. En plus des souffrances pour eux et leurs proches, le tabagisme entraîne des coûts directs et indirects de 17 milliards de dollars au pays (Rehm et al., 2006).

Figure 1 Intervention brève pour tous les patients fumeurs hospitalisés (les 3 « A »)*



Sources : UO, 2011; DH, 2009.

Obligation de traiter?

Est-il envisageable de penser qu'un jour les professionnels de la santé pourraient potentiellement commettre une faute professionnelle s'ils n'offrent pas aux fumeurs des traitements visant la cessation tabagique? C'est du moins ce qu'avancent certains chercheurs (CAMH, 2015; Khara et al., 2014).

Cette « obligation de moyens » pourrait prendre appui sur les trois critères suivants :

- Le tabagisme est désormais considéré comme une maladie chronique et récidivante qui requiert des interventions répétées et de multiples tentatives pour cesser de fumer (AHRQ, 2015).
- Il existe des *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme* (CAN-ADAPT, 2011).
- Il existe nombre de données probantes prouvant que le traitement du tabagisme est efficace (Torrijos et Glantz, 2006).

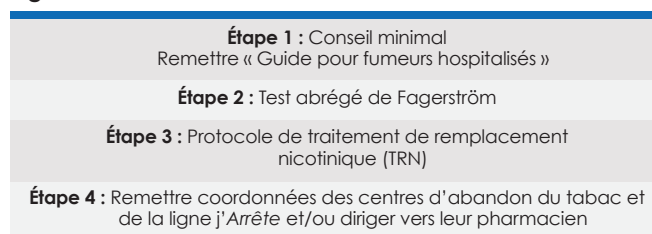
Il a été largement démontré que le tabagisme augmente le risque de nombreuses maladies dont le cancer, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires. Et cesser de fumer est une action reconnue comme efficace pour prévenir les maladies chroniques. De plus, l'abandon du tabac est considéré comme l'une des mesures les plus efficaces – sinon la plus efficace – dans le traitement de la maladie cardiaque (Torrijos et Glantz, 2006).

En effet, il est prouvé que dès qu'une personne arrête de fumer, son risque d'infarctus du myocarde commence à diminuer 24 heures après la dernière cigarette grillée. Un an après cette dernière cigarette, son risque d'accident vasculaire cérébral devient équivalent à celui d'une personne n'ayant jamais fumé et son risque d'infarctus du myocarde est diminué de moitié. Les bienfaits augmentent avec le temps, et cinq ans après cette ultime cigarette, le risque d'infarctus du myocarde est équivalent à celui des non-fumeurs (Santé Canada, 2011).

Les avantages de cesser de fumer après un infarctus du myocarde sont importants : le fait d'arrêter de fumer diminue de 36 % le risque de décès par coronaropathie et de 32 % le risque de survenue d'un second événement cardiovasculaire (Critchley et Capewell, 2003). Il est à noter qu'après un infarctus du myocarde, la prise de bêtabloquants et d'aspirine augmente les chances de survie de moins de 50 %. L'arrêt du tabac est le SEUL traitement qui DOUBLE les chances de survie et DIVISE par deux les risques de récurrence après un infarctus du myocarde (USPHS, 1983; Daly et al., 1983; USDHHS, 2014).

Les bienfaits de la cessation tabagique se vérifient également après une intervention de revascularisation coronaire (rétablissement d'un flux sanguin satisfaisant pour le muscle cardiaque), par exemple un pontage ou une angioplastie. Après un pontage, le risque de devoir intervenir à nouveau après un an est multiplié par 2,5 chez les fumeurs (Voors

Figure 2 En l'absence de l'ISTT, vous devez...



© Marilène Robert

et al., 1996). Quant au risque de décès ou d'infarctus, il est multiplié par 1,4 dans les quatre à cinq ans suivant une angioplastie chez les fumeurs (Hasdai et al., 1997). À l'ICM, les patients sont formellement informés que l'arrêt tabagique est le meilleur traitement qu'ils puissent entreprendre pour recouvrer leur santé cardiovasculaire et éviter les récurrences d'événements cardiaques.

Il est également intéressant de noter qu'après dix ans de tabagisme actif, le fumeur a un risque de 30 % à 40 % plus élevé qu'un non-fumeur de souffrir du diabète de type 2, et ce, peu importe son degré de tabagisme (USDHHS, 2014).

Le programme « Votre cœur a ses raisons »

L'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) a officiellement lancé en 2005 son programme d'interventions en abandon du tabagisme menées par les infirmières auprès des patients fumeurs. Ce programme, baptisé « Votre cœur a ses raisons », comprend plusieurs outils spécialement conçus pour ce programme visant à faciliter l'intégration d'interventions de base aux soins infirmiers courants en plus des interventions de l'infirmière clinicienne conseillère en tabacologie, en vue de la prise en charge systématique des fumeurs hospitalisés, et ce, sans augmenter le fardeau de tâches des infirmières soignantes.

Il est important de souligner que le maintien d'un tel programme repose sur le leadership, le soutien et la collaboration de la direction des soins infirmiers de même que sur l'appui du directeur de la prévention de l'ICM, le Dr Martin Juneau, cardiologue. Le programme de cessation tabagique « Votre cœur a ses raisons » a opté pour l'intervention brève en cessation tabagique intitulée « 3A », qui s'intègre aisément dans les soins infirmiers courants (Figure 1).

L'intervention brève débute par l'établissement du statut tabagique du patient fumeur dès son admission. Une fois que le patient est reconnu comme un fumeur, soit par la procédure d'admission ou par l'infirmière soignante, il est dirigé vers l'infirmière clinicienne conseillère en tabacologie, certifiée en traitement du tabagisme et comme éducatrice dans ce domaine (désignée sous l'acronyme ISTT à l'ICM), pour une consultation, peu importe qu'il soit prêt ou non à cesser de fumer. Cette consultation a lieu dans les 24 heures suivant l'admission. Un suivi est assuré auprès du patient durant tout son séjour par l'ISTT. Au congé, s'il y a lieu, une

ordonnance de médicament en cessation tabagique est remise au patient soit pour une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN – timbre, gomme, pastille, inhalateur ou vaporisateur), soit pour la varénicline ou le bupropion. Selon son évaluation de la situation et des besoins du patient, l'ISTT rédige et signe une ordonnance individuelle pour toute TRN en vertu du règlement permettant aux infirmières de prescrire. Si la situation nécessite une ordonnance de varénicline ou de bupropion, l'infirmière pourra alors procéder par ordonnance collective ou diriger le patient vers le médecin. Un suivi téléphonique d'un mois est offert par une infirmière en prévention du Centre ÉPIC de l'ICM formée en cessation tabagique et en entretien motivationnel.

Pendant son séjour à l'hôpital, le patient fumeur doit faire face à un arrêt brutal de sa consommation de tabac et risque de présenter des symptômes de sevrage de la nicotine. Une TRN lui est offerte systématiquement comme le prévoit le protocole de l'ICM. L'instauration d'une TRN peut mener le patient fumeur à une tentative d'arrêt après son congé de l'hôpital.

Le but du programme ne vise pas seulement la cessation tabagique mais la prise en charge de tous les patients fumeurs hospitalisés, qu'ils soient prêts ou non à cesser de fumer. L'ISTT tentera de les faire cheminer vers un niveau de conviction et de confiance élevées afin qu'ils puissent cesser de fumer définitivement.

Lorsque le patient a obtenu son congé, l'infirmière du Centre de prévention assure un suivi téléphonique auprès de lui pendant le mois suivant son séjour dans l'établissement, à raison d'un appel à une semaine post congé et d'un second appel à quatre semaines post congé.

Les plus récentes données scientifiques montrent que les interventions de counseling intensif en cessation tabagique amorcées pendant l'hospitalisation et poursuivies par des appels de soutien pendant au moins un mois après la sortie d'hôpital augmentent la durée du sevrage tabagique (Rigotti et al., 2012).

Bien qu'il existe bon nombre d'études rigoureuses ayant démontré la pertinence des interventions infirmières en cessation tabagique, plusieurs patients fumeurs hospitalisés reçoivent toujours un soutien insuffisant, voire ne bénéficient d'aucun soutien à cet égard. Le peu de temps et l'absence de formation en cessation tabagique sont reconnus comme deux éléments pouvant expliquer le manque d'engagement du personnel infirmier dans la prise en charge de leurs patients fumeurs. En revanche, le modèle de l'ICM démontre que l'on peut faire la différence grâce à la formation continue offerte aux infirmières soignantes pour la prise en charge des fumeurs hospitalisés et l'intégration dans les soins infirmiers de l'intervention brève, les 3 « A ». De nouvelles statistiques de l'ICM montrent que, pour l'année 2016-2017, 872 patients fumeurs (75 %) ont été rencontrés par l'ISTT. De ce nombre, 59 % ont pris la décision de cesser de fumer durant leur hospitalisation et 16 % étaient en préparation d'un arrêt tabagique au cours du mois suivant. Ces données révèlent aussi que 28 % des patients fumeurs hospitalisés (214) ont accepté le suivi téléphonique et que, de ce nombre, 47 % (114) étaient d'ex-fumeurs à un mois post congé.

Ce que révèlent certaines études

Une enquête menée auprès d'environ 200 infirmières de deux établissements de santé de la Colombie-Britannique, dont les résultats ont été publiés dans le *Canadian Journal of Nursing*

Encadré 1 Prescrire les thérapies de remplacement de la nicotine

Le 11 janvier 2016, le « Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier » est entré en vigueur. Ce Règlement autorise l'infirmière détenant une attestation de prescription à prescrire des médicaments dans le domaine de la santé publique, notamment la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), sauf la varénicline et le bupropion.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a publié en 2016 une directive clinique s'adressant aux infirmières autorisées à prescrire une thérapie de remplacement de la nicotine pour la cessation tabagique. Ces thérapies incluent les timbres de nicotine, la gomme, les pastilles, l'inhalateur et le vaporisateur, mais excluent les médicaments sans nicotine par voie orale (varénicline et bupropion) (OIIQ, 2016).

Cette directive clinique, qui s'appuie sur les lignes directrices, les plus récents consensus de traitements et des guides de pratique professionnelle, constitue un document de référence pour l'infirmière. Elle présente les éléments à prendre en considération pour l'évaluation, les interventions, les choix de thérapies ainsi que les éléments d'enseignement et de suivi.

Encadré 2 Pour optimiser l'engagement infirmier en cessation tabagique dans les CISSS et les CIUSSS du Québec

Une formation sur le counseling bref en cessation tabagique, d'une durée de deux à trois heures, devrait être offerte à tout le personnel infirmier travaillant en milieu hospitalier.

Cette formation devrait comprendre :

La présentation des étapes de l'intervention brève (les « 3A »).

Une revue des méfaits du tabagisme relativement aux maladies chroniques.

Une mise à jour sur la dépendance nicotinique et les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN).

Des outils conçus par l'ISTT facilitent et consolident l'engagement du personnel infirmier dans le programme de soutien à la cessation tabagique destiné aux fumeurs hospitalisés. Ces outils peuvent soutenir la pratique des infirmières et leur permettre d'intervenir en toute confiance auprès de leurs patients fumeurs.

1. Affiche énumérant les étapes des « 3A » bien en vue dans chaque unité de soins.
2. Protocole de thérapie de remplacement nicotinique (TRN). L'ajout d'une TRN à une intervention de conseils intensifs augmente les taux de sevrage tabagique comparativement aux conseils intensifs seuls.
3. Guide de référence « Le personnel infirmier et la cessation tabagique » qui fournit les connaissances essentielles sur le tabagisme et son impact sur les maladies cardiovasculaires pour intervenir auprès de leurs patients fumeurs.
4. Dépliant de poche qui rappelle aux infirmières soignantes comment aider les fumeurs.
5. Formations et conférences offertes annuellement à tous les membres du personnel soignant.

Research, a permis de mettre en lumière leurs points de vue au sujet des interventions visant la cessation tabagique au sein de leur hôpital. Ces infirmières ont reconnu qu'elles avaient un rôle à jouer afin d'aider leurs patients fumeurs à mettre fin à leur tabagisme. Or, exception faite de l'évaluation du statut tabagique de leurs patients, la plupart d'entre elles n'avaient appliqué aucune des méthodes recommandées en matière d'intervention visant la cessation tabagique. Elles ont évoqué deux

raisons pour expliquer cela : le manque de formation qui leur permettrait d'accompagner adéquatement les patients en sevrage tabagique et le soutien trop modeste de leur établissement de santé à cet égard (Schultz et al., 2006).

Une méta-analyse de Cochrane est parvenue à des conclusions semblables, c'est-à-dire que les infirmières avaient un sentiment d'inefficacité en matière d'interventions en cessation tabagique en raison d'un manque de formation. Elles ont aussi déploré le peu

de temps accordé pour mener à bien ces interventions (Rice et al., 2013). En revanche, cette méta-analyse note que les infirmières désirent suivre une formation afin de développer leurs compétences professionnelles en matière d'interventions visant la cessation tabagique.

Plus près de nous, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été mandaté en 2004 pour mettre au point, conjointement avec six ordres professionnels dont l'OIIQ, un projet visant à optimiser les pratiques de counseling de leurs membres. Une première enquête menée en 2004-2005 auprès des membres de ces ordres professionnels a permis de connaître leurs pratiques de counseling en matière d'abandon du tabac. Les résultats ont aussi guidé le développement d'activités et d'outils de formation pour répondre aux besoins de formation établis. C'est dans ce contexte que l'OIIQ a publié en 2006 le document *Counseling en abandon du tabac – Orientations pour la pratique infirmière*. L'infirmière autorisée pouvant, depuis janvier 2016, prescrire certains médicaments dans le cadre d'une thérapie de remplacement de la nicotine, ce document a été remplacé par un nouveau, intitulé *Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)*, disponible sur le site de l'OIIQ (Encadré 1).

Une deuxième enquête réalisée par l'INSPQ auprès d'infirmières entre 2005 et 2010 n'a révélé aucun changement dans leurs pratiques de counseling en abandon du tabac par rapport aux résultats de la première enquête. Toutefois, elle révèle que, comparativement à celles qui n'en avaient pas suivi, les infirmières ayant suivi une formation sur le counseling en matière de cessation tabagique après leurs études avaient de meilleures pratiques d'intervention en la matière, à la fois auprès des patients fumeurs prêts à renoncer au tabac qu'auprès de ceux qui ne l'étaient pas.

Selon l'INSPQ, il est donc essentiel que les infirmières suivent de la formation sur le counseling en abandon du tabac si l'on souhaite observer des changements appréciables dans les pratiques de counseling de l'ensemble des infirmières (Tremblay et al., 2014).

Conclusion

Grâce à l'engagement dans la prévention et le traitement du tabagisme du directeur de la prévention à l'ICM, l'établissement peut compter sur une infirmière clinicienne conseillère en tabacologie.

Encadré 3 Outils à l'intention des patients fumeurs de l'ICM

1. Affiche du programme placée à différents endroits et en diffusion simultanée et continue sur les écrans télévisuels d'information de l'ICM avisant les patients et les visiteurs que l'arrêt tabagique est considéré comme le meilleur traitement pour les malades cardiaques, et que des services en cessation tabagique sont offerts aux fumeurs.
2. « Guide pour fumeurs hospitalisés », dépliant que chaque patient reçoit dès lors qu'il est reconnu comme un fumeur par le personnel à l'admission ou par les infirmières. Ce dépliant fournit au patient de l'information sur le soutien en matière de cessation tabagique qu'il recevra durant son hospitalisation, et ce, qu'il soit prêt ou non à cesser de fumer.
3. Brochure « Tabagisme péri-opératoire », remise à chaque patient fumeur devant subir une chirurgie cardiaque, expliquant pourquoi il devrait cesser de fumer avant, pendant et après l'opération.

Cette infirmière assure un counseling bref et intensif auprès de tous les fumeurs hospitalisés, des patients fumeurs devant subir une chirurgie, ainsi que des patients ambulatoires qui sont adressés par des cardiologues et des infirmières praticiennes spécialisées. Elle assure aussi une consultation individualisée pour tous les membres du personnel de l'ICM qui sont fumeurs ou qui souhaitent cesser de fumer. Son rôle s'étend également à la formation du personnel infirmier afin que toutes les infirmières acquièrent les compétences les habilitant à poser des gestes cliniques de base (intervention brève « 3 A ») auprès des patients fumeurs hospitalisés à l'ICM.

L'hospitalisation est une occasion de changer durablement le comportement tabagique de ces patients grâce à des moyens simples visant à s'assurer que tous les patients fumeurs bénéficient rapidement et efficacement d'une prise en charge durant leur séjour hospitalier. Leur statut tabagique doit faire partie de l'évaluation de leur état de santé et les interventions en cessation tabagique de leur traitement, afin d'assurer une prise en charge globale de leur situation de santé.

C'est pourquoi les milieux hospitaliers devraient tout mettre en œuvre pour fournir un encadrement propice à l'engagement des infirmières dans la prise en charge des patients fumeurs aux prises avec cette dépendance délétère. ■

Pour obtenir du matériel didactique de l'Institut de cardiologie de Montréal, on peut communiquer avec Martine Robert (martine.robert@icm-mhi.org)

L'auteure



Martine Robert est infirmière clinicienne responsable de la Clinique pour le traitement du tabagisme et sa dépendance de l'Institut de cardiologie de Montréal. Elle est titulaire d'une maîtrise en santé communautaire de l'Université de Montréal. Elle a également obtenu un certificat d'éducatrice dans le domaine du tabagisme (CTE) du Réseau canadien pour les soins respiratoires (RCSR), un certificat en Counseling intensif d'arrêt du tabagisme du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) affilié à la Faculté de médecine de l'Université de Toronto et une certification de spécialiste du traitement du tabagisme de la Clinique Mayo. Elle est membre de la Société francophone de tabacologie.

Références

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). « Treating tobacco use and dependence: 2008 update », juin 2015. Repéré à <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/index.html>
- Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). « An Interprofessional Comprehensive Course on Treating Tobacco Use Disorder », 2015. Repéré à <https://www.nicotine-dependenceclinic.com/English/teach/SiteAssets/Pages/Courses/Online-Courses/September%202015%20Core%20Competencies.pdf>
- Crémieux, P.Y., L. Pinheiro, M. Ginn et M. Cloutier. *Impact direct du tabagisme sur le système de santé au Québec, Groupe d'analyse Conseils en économie, finance et stratégie*, 10 août 2010, 83 p. Repéré à http://ccqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2010/ETUD_10_08_10_GroupeDAnalyse_FardeauTabac_FINAL.pdf
- Critchley, J.A., et S. Capewell. « Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review », *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, n° 1, 2 juill. 2003, p. 86-97.
- Daly, L.E., R. Mulcahy, I.M. Graham et N. Hickey. « Long term effect on mortality of stopping smoking after unstable angina and myocardial infarction », *British Medical Journal*, vol. 287, n° 6388, 30 juill. 1983, p. 324-326.
- Department of Health (DH). *NHS Stop Smoking Services*, London (UK), 30 nov. 2009, 108 p. Repéré à <https://www.lanlcaeknir.is/servlet/file/store93/item12056/Best%20practise%20and%20surveillance%20NHS.pdf>
- Hasdai, D., K.N. Garratt, D.E. Grill, A. Lerman et D.R. Holmes Jr. « Effect of smoking status on the long-term outcome after successful percutaneous coronary revascularization », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, n° 11, 13 mars 1997, p. 755-761. Repéré à <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199703133361103#t=article>
- Khara, M., A. Rotem et A. van Driesum. « Assessing tobacco use in clinical practice: a step-wise approach », in C. Els, D. Kunyk et P. Selby (s.l. dir. de), *Disease Interrupted: Tobacco Reduction and Cessation*, Sainte-Foy (QC), Presses de l'Université Laval, 2014, p. 101-111. Repéré à http://livre.prologuenumerique.ca/telechargement/extrait_cfm?ISBN=9782763719900&type=pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Orientations ministérielles. Politique de lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et de services sociaux*, Québec, MSSS, 2016, 17 p. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-006-1-1W.pdf>
- Mohiuddin, S.M., A.N. Mooss, C.B. Hunter, T.L. Grollmes, D.A. Cloutier et D.E. Hilleman. « Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease », *Chest*, vol. 131, n° 2, févr. 2007, p. 446-452.

- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). *Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)*, Montréal, OIIQ, 2016, 18 p.
- Rehm, J., D. Baiunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra et al. « Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. Points saillants », Ottawa (ON), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), 2006, 14 p. Repéré à <http://ccsa.ca/Ressource%20Library/ccsa-011333-2006.pdf>
- Reid, R.D., K.A. Mullen et A.L. Pipe. « Systematic approaches to smoking cessation in the cardiac setting », *Current Opinion in Cardiology*, vol. 26, n° 5, sept. 2011, p. 443-448.
- Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique (CAN-ADAPTT). « Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme », Toronto (ON), 2011, 53 p. Repéré à <https://www.nicotine-dependenceclinic.com/Francais/CANADAPTT/Guideline/Introduction.aspx>
- Rice, V.H., J. Hartmann-Boyce et L.F. Stead. « Nursing interventions for smoking cessation », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 8, 12 août 2013, p. Cd001188. Repéré à <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub4/full>
- Rigotti, N.A., C. Clair, M.R. Munafò et L.F. Stead. « Interventions for smoking cessation in hospitalised patients », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 5, 16 mai 2012, p. CD001837-CD001837. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4498489/>
- Santé Canada. « Le tabagisme et la maladie cardiaque », 21 sept. 2011. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/legislation/label-etiquette/heart-coeur-fra.php>
- Schultz, A.S., J.L. Johnson et J.L. Bofforff. « Registered nurses' perspectives on tobacco reduction: views from Western Canada », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 38, n° 4, déc. 2006, p. 192-211.
- Torrijos, R.M. et S.A. Glantz. « The US Public Health Service "treating tobacco use and dependence clinical practice guidelines" as a legal standard of care », *Tobacco Control*, vol. 15, n° 6, déc. 2006, p. 447-451.
- Tremblay, M., J. O'Loughlin et D. Comtois. « Les pratiques de counseling en abandon du tabac des infirmières : une comparaison entre 2005 et 2010 », Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 8 p. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1755_pratcounselabandtabacinf_comp2005et2010.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). *The Health Consequences of Smoking 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*, Rockville (MD), USDHHS, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2014, 944 p. Repéré à <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>
- United States Public Health Services (USPHS). *The Health Consequences of Smoking: Cardiovascular Disease*, USPHS-Office of the Surgeon General, 1983, 385 p. Repéré à <https://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/T/D/>
- University of Ottawa (UO). *Ottawa Model for Smoking Cessation*, Ottawa (ON), UO-Heart Institute, 2011. Repéré à : <https://ottawamodel.ottawaheart.ca/primary-care>
- Voors, A.A., B.L. van Brussel, H.W. Plokker, S.M. Ernst, N.M. Ernst, E.M. Koomen et al. « Smoking and cardiac events after venous coronary bypass surgery. A 15-year follow-up study », *Circulation*, vol. 93, n° 1, 1^{er} janv. 1996, p. 42-47.