



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



Counseling en abandon du **TABAC**

**Orientations
pour la pratique
infirmière**

Pour le bien-être
et la santé des populations

Counseling
en abandon
du **TABAC**

**Orientations
pour la pratique
infirmière**

Pour le bien-être
et la santé des populations

COORDINATION

Suzanne Durand, inf., M.Sc.inf., DESS en bioéthique, directrice
Direction du développement et du soutien professionnel, OIIQ

AUTEURS

John William Kayser, inf., B.Sc.
Coordonnateur du Programme pour cesser de fumer
Institut thoracique de Montréal – CUSM

Céline Thibault, inf., M.A., adjointe à la directrice
Direction du développement et du soutien professionnel, OIIQ

RÉVISION SCIENTIFIQUE

Michèle Tremblay, M.D.
Institut national de santé publique du Québec

Hélène Poirier, M.Sc.
Institut national de santé publique du Québec

Daniela Jukic, Ph.D.
Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATEURS

Jean-Marc Assaad, Ph.D., psychologue
Université de Montréal

Danielle Beaucage, inf., M.Sc.(c.)
Institut thoracique de Montréal – CUSM

Laurie Gottlieb, inf., Ph.D., professeure
Flora Madeline Shaw Chair of Nursing, Université McGill

Marie Létourneau, inf., B.Sc.
Institut thoracique de Montréal – CUSM

Diane Nault, inf., M.Sc.
Institut thoracique de Montréal – CUSM

Gaston Ostiguy, M.D., M.Sc., FRCP(c), pneumologue
Institut thoracique de Montréal – CUSM

France Paquet, inf., M.Sc.
Institut thoracique de Montréal – CUSM

PRODUCTION

Service de l'édition
Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ

RÉVISION LINGUISTIQUE

Odette Lord

CONCEPTION ET RÉALISATION GRAPHIQUE

Urbain communications

DISTRIBUTION

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, boul. Dorchester Ouest
Montréal (Québec) H3Z 1V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur : 514 935-5273
cdoc@oiiq.org
www.oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006
ISBN-10 : 2-89229-398-7
ISBN-13 : 978-2-89229-398-2

ISBN-10 : 2-89229-399-5 (version PDF)
ISBN-13 : 978-2-89229-399-9 (version PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Tous droits réservés

Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ,
le féminin est utilisé pour alléger la présentation.

TABLE

DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
LE TABAGISME	8
L'AMPLEUR DU PHÉNOMÈNE	9
EFFETS DU TABAC SUR LA SANTÉ ET BÉNÉFICES DE L'ABANDON DU TABAC	13
LES EFFETS DU TABAC SUR LA SANTÉ	13
LES BÉNÉFICES DE L'ABANDON DU TABAC	14
DÉPENDANCE AU TABAC	19
DÉFINITION	19
MÉCANISME	19
DÉVELOPPEMENT	19
SEVRAGE À LA NICOTINE	20
IMPACT SUR LA FAMILLE	20
PROCESSUS DE CHANGEMENT	23
LES STADES DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	23
UN PROCESSUS CYCLIQUE	23
LA RECHUTE : UNE ÉTAPE NORMALE DU PROCESSUS	24
L'AMBIVALENCE : AU CŒUR DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	24
EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS AUPRÈS DES FUMEURS	27
DÉPISTAGE	27
CONSEILLER DE CESSER DE FUMER	27
DURÉE ET FRÉQUENCE DES RENCONTRES	27
TYPES D'INTERVENTION	27
COMPOSANTES POUR UNE INTERVENTION EFFICACE	28
PHARMACOTHÉRAPIE	28
TRAITEMENTS ALTERNATIFS	28
CARACTÉRISTIQUES DES FUMEURS LIÉES À L'ABSTINENCE	28
INTERVENTIONS AUPRÈS DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES	29

L'ABANDON DU TABAC ET LA PRATIQUE INFIRMIÈRE	30
PRINCIPES SOUS-JACENTS À TOUTE INTERVENTION	
EN COUNSELING EN ABANDON DU TABAC	31
RÔLE DE L'INFIRMIÈRE	33
DÉPISTER L'USAGE DU TABAC	33
ÉVALUER L'ÉTAT DE SANTÉ DU CLIENT ET LUI CONSEILLER DE CESSER DE FUMER	34
ÉVALUER LA RÉCEPTIVITÉ DU CLIENT AU CHANGEMENT	34
INTERVENIR SELON LES STADES DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	
DU CLIENT ET ÉVALUER LES PROGRÈS AU MOMENT DU SUIVI	34
» Aider un fumeur qui n'envisage pas de cesser de fumer au cours du prochain mois (préréflexion, réflexion)	36
» Aider un fumeur qui a l'intention de cesser de fumer au cours du prochain mois (préparation)	38
» Aider l'ex-fumeur récent (action)	42
» Aider l'ex-fumeur abstinente depuis plus de six mois (maintien)	44
» Aider un client qui a recommencé à fumer	44
LA DOCUMENTATION AU DOSSIER	47
LES RESPONSABILITÉS DE L'INFIRMIÈRE	
EN CE QUI CONCERNE L'ABANDON DU TABAC	49
RÉFÉRENCES	51
ANNEXES	55
TABLEAUX	
Tableau 1: Effets du tabac sur la santé	15
Tableau 2: Bénéfices de l'abandon du tabac	16
Tableau 3: Étapes de changement de comportement selon Prochaska et DiClemente	25
Tableau 4: Principes sous-jacents à toute intervention en counseling en abandon du tabac	31
Tableau 5: Documenter le statut tabagique	33
Tableau 6: Exemples de conseils	35
Tableau 7: Évaluer le stade du changement de comportement du client	35
Tableau 8: Exemple de réponses d'un client qui a utilisé la balance décisionnelle	37
Tableau 9: Utilisation de la balance décisionnelle	37
Tableau 10: Questions pour explorer les motivations à fumer	39
Tableau 11: Exemple d'aide-mémoire	39
Tableau 12: Conseils pratiques	40

Tableau 13 :	Questions pour mesurer la dépendance à la nicotine	41
Tableau 14 :	Symptômes de sevrage	41
Tableau 15 :	Exemple d'un calendrier	43
Tableau 16 :	Technique de relaxation	43
Tableau 17 :	Facteurs couramment associés à la rechute	43
Tableau 18 :	À propos du gain de poids après avoir cessé de fumer	44

FIGURES

Figure 1 :	Cycle des stades de changement comportemental	23
Figure 2 :	Balance décisionnelle	36
Figure 3 :	Exemple d'un journal du fumeur	39
Figure 4 :	Conduite clinique concernant le tabagisme : intervenir selon les stades de changement de comportement	45

ANNEXES

Annexe 1 :	Autres produits du tabac et leurs effets sur la santé	55
Annexe 2 :	Médicaments qui peuvent aider à cesser de fumer	56
Annexe 3 :	Ressources	60
Annexe 4 :	Test sur les raisons de fumer	62
Annexe 5 :	Exemple d'une intervention	64

INTRODUCTION

Chaque année, environ 13 000 Québécois meurent de maladies liées au tabagisme (Makomaski et Kaiserman, 2004). Bien que les effets néfastes du tabagisme soient assez bien connus de la population – troubles pulmonaires, maladies cardiaques, cancers –, la forte dépendance au tabac fait en sorte qu'environ un Québécois sur quatre en faisait toujours usage en 2005 (Statistique Canada, 2006). Les conséquences de l'usage du tabac sont très lourdes sur les plans humain, social et économique. En outre, l'habitude de consommer du tabac s'acquiert dès le jeune âge et elle constitue un facteur de risque pour la santé des personnes exposées à la fumée secondaire du tabac.

Malgré tous les efforts entrepris pour contrer ce grave problème de santé publique, le tabagisme est encore élevé et sa réduction demeure, encore aujourd'hui, l'une des priorités de santé publique ciblée au *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003). Dans sa stratégie, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) convie tous les professionnels de la santé à joindre leurs efforts pour lutter contre ce fléau, notamment en intégrant à leur pratique le counseling en abandon du tabac. Pour l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), il s'agit d'une occasion de réaffirmer ses engagements en matière de lutte contre le tabagisme.

À l'instar du MSSS, l'OIIQ reconnaît que l'usage du tabac est un grave problème de santé publique et que les infirmières sont des intervenantes clés qui, en agissant en interrelation et en complémentarité avec les autres professionnels et intervenants, peuvent contribuer de façon significative à réduire l'ampleur du tabagisme et ses conséquences sur la santé de la population québécoise. Les infirmières occupent effectivement une place privilégiée pour dépister les personnes qui font usage du tabac ou qui sont à risque de l'utiliser et pour les aider à rompre cette dépendance ou à la prévenir. Elles sont, entre autres, omniprésentes dans le réseau de la santé. La mise en place de mesures organisationnelles et de soutien professionnel est toutefois essentielle pour permettre aux infirmières d'intégrer le counseling en abandon du tabac dans leur pratique quotidienne ainsi que pour assurer la qualité des soins et des services offerts à la population québécoise.

L'Ordre reconnaît également que, dans la lutte contre le tabagisme, les infirmières peuvent intervenir dans le cadre de la prévention et de la protection. La prévention du tabagisme vise à réduire le risque que les jeunes enfants et les adolescents expérimentent l'usage du tabac et en deviennent dépendants. La protection vise à encourager la mise en place d'environnements sans fumée afin de protéger l'ensemble de la population contre les méfaits de la fumée secondaire du tabac, notamment les enfants, les personnes âgées et les personnes qui souffrent de maladies chroniques, et de freiner la tendance actuelle du tabagisme chez les jeunes.

En publiant *Counseling en abandon du tabac : Orientations pour la pratique infirmière* avec le soutien scientifique de l'Institut national de santé

publique du Québec (INSPQ) et grâce à l'appui financier du MSSS, l'OIIQ invite les infirmières à joindre leurs efforts pour que cesse l'usage du tabac. Sans nier le rôle important des infirmières dans la prévention du tabagisme et dans la protection des non-fumeurs, le présent guide cible principalement le rôle de l'infirmière en matière d'abandon du tabac. Il contient l'information nécessaire pour comprendre la problématique du tabagisme et mieux intervenir, sur une base individuelle, auprès des clients fumeurs pour les aider à se libérer de l'usage du tabac.

Dans un premier temps, ce guide décrit l'ampleur du tabagisme, les effets du tabac sur la santé et les bénéfices de l'abandon du tabac, la dépendance au tabac, le processus de changement de comportement d'un client et les interventions efficaces. Pour chacun de ces aspects, le guide explique les implications cliniques pour l'infirmière. Dans un deuxième temps, cette publication aborde le rôle de l'infirmière en counseling en abandon du tabac et présente les types d'intervention qu'elle peut effectuer en fonction de la réceptivité du client à se libérer du tabagisme. Ce guide rappelle aussi les principales données à inscrire au dossier du client. Finalement, il résume les responsabilités des infirmières dans la lutte au tabagisme et contient divers outils d'évaluation et d'intervention utiles pour la pratique.

L'OIIQ souhaite que ce guide, basé sur les connaissances à jour dans le domaine du tabagisme, devienne pour les infirmières un outil pratique pour aider les clients fumeurs à se libérer complètement de l'usage du tabac et qu'il permette d'améliorer les soins et les services offerts à cette clientèle.



LE TABAGISME

L'AMPLEUR

DU PHÉNOMÈNE

L'usage du tabac, sous différentes formes, existe depuis environ 2 000 ans chez les populations de l'Est de l'Amérique du Nord. En Europe, il s'est répandu au XVI^e siècle (von Gernet, 2000). Au milieu du XIX^e siècle, la production de masse et les campagnes publicitaires ont fait en sorte que la consommation de cigarettes a rapidement augmenté, qu'elle s'est répandue dans toutes les classes sociales et qu'elle a dominé le marché mondial. Actuellement, il y a 1,4 milliard de fumeurs au monde. Si la croissance de la population et la prévalence de l'usage du tabac à l'échelle mondiale demeurent constantes, il y aura, dès 2050, 2,2 milliards de fumeurs (Mackay et Eriksen, 2002).

Au Québec

Le Québec est l'une des provinces canadiennes où le taux de tabagisme figure parmi les plus élevés, bien que sa prévalence diminue depuis 20 ans (INSPQ, 2004). En 2005, 25 % des Québécois et 24 % des Québécoises de 12 ans et plus fumaient chaque jour ou à l'occasion (Statistique Canada, 2006). Pour l'ensemble du Québec, la prévalence était de 24 %. Ce taux dépasse le taux canadien qui était de 22 % (Statistique Canada, 2006). À cette période, le Québec comptait environ 1,6 million de fumeurs et fumeuses.

Les adolescents

- › 84 % des fumeurs quotidiens ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans (Institut de la statistique du Québec, 2001) ;
- › Les jeunes ont en moyenne 12 ans lorsqu'ils fument leur première cigarette au complet. Et depuis 1998, on constate une légère augmentation de l'âge d'initiation à la cigarette chez les élèves du secondaire (ISQ, 2005) ;
- › Entre les années 2002 et 2004, la prévalence de l'usage du tabac au cours des 30 jours qui ont précédé l'enquête a diminué de façon importante : de 20 à 15 % chez les garçons du secondaire et de 26 à 23 % chez les filles (ISQ, 2005) ;
- › En 2004, parmi les 21 % des élèves québécois du secondaire qui avaient fumé au cours d'une période de 12 mois, environ 63 % ont essayé de cesser de fumer (ISQ, 2005).

Les femmes enceintes

- › D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001, 21 % des Québécoises et 17 % des Canadiennes de 15 à 54 ans, qui ont eu un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête, affirment avoir fumé pendant leur grossesse (Millar et Hill, 2004);
- › Selon l'ESCC de 2000-2001, les femmes enceintes étaient huit fois plus susceptibles de fumer si elles étaient régulièrement en présence de fumeurs (Millar et Hill, 2004);
- › Selon plusieurs études, environ 25 % des fumeuses cessent spontanément de fumer quand elles apprennent qu'elles sont enceintes ou qu'elles prévoient le devenir. Ces femmes seraient plus jeunes, plus scolarisées et primipares; la majorité d'entre elles ont un conjoint non-fumeur et elles éprouveraient moins de stress et présenteraient moins de symptômes dépressifs que les femmes qui ne cessent pas spontanément de fumer (Dauphin et Gendreau, 2004);
- › Le renoncement n'est malheureusement que temporaire, puisque 50 à 85 % des femmes auront recommencé à fumer au cours des 12 mois qui suivent leur accouchement (Dauphin et Gendreau, 2004);
- › La prévalence du tabagisme pendant la grossesse est plus élevée chez les jeunes femmes de moins de 20 ans et chez les femmes de milieux défavorisés (Dauphin et Gendreau, 2004).

Les populations spécifiques

- › La prévalence de l'usage du tabac chez certains groupes particuliers est en moyenne jusqu'à deux fois plus élevée que dans la population en général, notamment chez :
 - Les personnes des Premières nations et les Inuits (Santé Canada, 2003);
 - Les personnes qui présentent des troubles de santé mentale, des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues (Lasser *et al.*, 2000);
 - Les personnes à faible revenu (ISQ, 2001).

Les personnes exposées à la fumée secondaire du tabac

- › En 2003, 41 % des non-fumeurs québécois étaient exposés régulièrement (la plupart des jours) à la fumée secondaire du tabac. C'était le cas de 33 % des non-fumeurs canadiens (Pérez, 2004);
- › En 2003, les lieux publics (bars, restaurants, centres commerciaux, arénas, salles de bingo, salles de quilles) et la maison sont les endroits où les Québécois non-fumeurs étaient le plus régulièrement exposés à la fumée secondaire du tabac (Pérez, 2004).

En résumé

L'usage du tabac existe depuis très longtemps. La production de masse et les campagnes publicitaires ont fait en sorte que la consommation de cigarettes a rapidement augmenté. Et même si les taux de tabagisme diminuent, ils demeurent élevés, particulièrement au Québec. Le tabagisme touche tous les individus, peu importe l'âge, le sexe et la culture.

Implication clinique

Connaître l'ampleur de l'usage du tabac dans notre société aide à comprendre qu'il s'agit d'un grave problème de santé publique, tant à l'échelle mondiale qu'au Québec. Les infirmières doivent donc s'en préoccuper dans le cadre de leur pratique quotidienne.

Il est alors important pour les infirmières de dépister l'usage du tabac chez tous les clients et de porter une attention particulière aux jeunes, aux femmes enceintes et aux personnes de certains groupes plus vulnérables. Il est également important d'encourager les environnements sans fumée pour protéger la santé des non-fumeurs et, particulièrement, celle des enfants et des femmes enceintes.



EFFETS DU TABAC SUR LA SANTÉ ET BÉNÉFICES DE L'ABANDON DU TABAC

LES EFFETS DU TABAC SUR LA SANTÉ

À juste titre, le tabagisme est le pire ennemi de la santé publique, car c'est la principale cause des décès évitables dans la population canadienne et québécoise. Depuis plus de 40 ans, la relation entre la consommation de tabac et la maladie est en effet clairement établie, que le tabac soit consommé sous forme de cigarette, de cigare ou de tabac à chiquer ou qu'il soit fumé dans une pipe ou autrement (Annexe 1). Il est également reconnu que la fumée secondaire du tabac est néfaste pour la santé des personnes qui ne fument pas et, particulièrement, pour celle des enfants, des femmes enceintes et des personnes qui présentent des problèmes respiratoires et cardiaques ainsi que pour celle des fœtus. Enfin, en 2002, les coûts sociaux directs et indirects associés au tabagisme au Canada étaient plus élevés que ceux qui sont attribuables à la consommation d'alcool ou de drogues illicites (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006). Les principaux effets du tabac sur la santé sont mentionnés au Tableau 1.

LES BÉNÉFICES DE L'ABANDON DU TABAC

Quel que soit l'âge d'une personne, cesser de fumer est bénéfique pour la santé, tant à court, à moyen qu'à long terme. Ces bénéfices sont multiples ; ils apparaissent dès les 20 premières minutes après la dernière cigarette fumée et continuent à se manifester même 10 ans plus tard (Tableau 2). Ainsi, le risque de mortalité chez un ancien fumeur, peu importe la cause, diminue pendant la première année et rejoint, après une période de 10 à 15 ans, celui que courent les personnes qui n'ont jamais fumé (U.S. Department of Health and Human Services, 1990). Les fumeurs qui ont abandonné le tabac à l'âge de 60, 50, 40 et 30 ans voient donc leur espérance de vie augmenter respectivement de 3, 6, 9 et 10 ans (Doll *et al.*, 2004). Par contre, ceux qui continuent à fumer meurent généralement 10 ans plus jeunes que les non-fumeurs. La probabilité de mourir entre l'âge de 35 et 70 ans serait par ailleurs jusqu'à trois fois plus grande chez les fumeurs (Doll *et al.*, 2004). En plus des bénéfices physiologiques, les ex-fumeurs apprécient le fait d'être libérés de leur dépendance, de réaliser des économies, de ne plus exposer les membres de leur famille à la fumée secondaire du tabac et d'être devenus de bons exemples pour leurs enfants.

TABLEAU 1

Effets du tabac sur la santé

La mortalité

- › Le tabagisme est la cause principale de décès prématurés évitables, de maladies et d'invalidité au Québec, au Canada et au monde ;
- › En 1998, plus de 47 000 décès seraient directement liés au tabagisme chez les Canadiens âgés de 35 ans et plus (30 000 hommes et 17 000 femmes) ;
- › Le tabagisme fait plus de 13 000 victimes annuellement au Québec ;
- › Il contribue à 22 % de tous les décès annuels au Canada (27 % des décès chez les hommes, 17 % des décès chez les femmes) ;
- › Il tue six fois plus de personnes chaque année que les accidents de la route, les homicides, l'alcool et les drogues illicites réunis.
(Makomaski et Kaiserman, 2004)

La morbidité

- › Le tabagisme accroît le risque de maladies cardiovasculaires, de cancers, de maladies respiratoires, de complications pendant la grossesse, de troubles gastro-intestinaux, de maladies dentaires et gingivales, d'ostéoporose et de cataractes (USDHHS, 2004).

L'usage de l'alcool et du cannabis

- › Les risques de souffrir de cancers de l'œsophage, du larynx, du pharynx et de l'oropharynx doublent chez les personnes qui fument quotidiennement 30 cigarettes et moins et qui boivent aussi 4 verres d'alcool et moins (Zeka *et al.*, 2003) ;
- › Les fumeurs qui sont aussi des adeptes du cannabis présentent une diminution plus importante des fonctions pulmonaires que les fumeurs de tabac seulement (Taylor *et al.*, 2002).

La grossesse

- › Le tabagisme pendant la grossesse est l'une des causes importantes d'avortement spontané et il double l'incidence du syndrome de mort subite du nourrisson (Dauphin et Gendreau, 2004 ; Windsor, 2001) ;
- › Le tabagisme serait le principal facteur de risque modifiable en ce qui concerne l'insuffisance de poids à la naissance. Ce risque augmente en fonction du nombre de cigarettes fumées (Delcroix, 2004) ;
- › Le tabagisme actif et passif pendant la grossesse est la principale cause des problèmes respiratoires et de la diminution de la fonction pulmonaire chez les nouveau-nés (Windsor, 2001).

La fumée secondaire du tabac

- › Chaque année, 1 100 Canadiens et 359 Québécois non-fumeurs, exposés à la fumée secondaire du tabac à la maison, meurent de cancer du poumon, d'infarctus du myocarde ou de mort subite du nourrisson (Makomaski et Kaiserman, 2004) ;
- › La fumée du tabac expirée renferme environ 4 000 composés chimiques et 50 d'entre eux sont reconnus pour causer le cancer (Makomaski et Kaiserman, 2004).

Les coûts

- › En 2002, au Canada, les coûts sociaux directs et indirects associés au tabagisme étaient de 17 milliards de dollars (CCLAT, 2006) ;
- › En 2002, au Québec, les coûts directs et indirects de l'usage du tabac ont totalisé 4 milliards de dollars (CCLAT, 2006) ;
- › Les coûts supplémentaires d'un employeur qui embauche un fumeur sont estimés en moyenne à 2 565 \$ par année (Conference Board of Canada, 1997).

TABLEAU 2

Bénéfices de l'abandon du tabac

20 minutes après la dernière cigarette

- › La pression artérielle peut redescendre à la normale ;
- › Le pouls peut ralentir et revenir à la normale ;
- › La température des mains et des pieds augmente et revient à la normale.

8 heures après

- › Le niveau de monoxyde de carbone dans le sang baisse ;
- › Le niveau d'oxygène dans le sang augmente.

24 heures après

- › Le risque de crise cardiaque peut être réduit.

48 heures après

- › Les terminaisons nerveuses peuvent se régénérer ;
- › La capacité de sentir et de goûter s'améliore.

72 heures après

- › Les bronches se relâchent ; si elles ne sont pas abîmées, la respiration devient plus facile ;
- › La capacité pulmonaire augmente.

2 semaines à 3 mois plus tard

- › La circulation s'améliore ;
- › La marche devient plus facile ;
- › La fonction pulmonaire peut augmenter de 5 %.

1 à 9 mois plus tard

- › La toux, la congestion des sinus, la fatigue et l'essoufflement peuvent diminuer considérablement après quelques semaines ;
- › Les cils vibratiles des bronches peuvent se régénérer, rejetant ainsi le mucus des bronches et diminuant les risques d'infection.

1 an plus tard

- › Le risque d'avoir une maladie cardiaque est réduit de moitié et, après 15 ans, il est le même que celui des personnes qui n'ont jamais fumé.

2 ans plus tard

- › Le risque de cancer du col de l'utérus est réduit par rapport au risque que courent les personnes qui continuent à fumer ;
- › Le risque de cancer de la vessie est réduit de moitié par rapport au risque que courent les personnes qui continuent à fumer.

5 ans plus tard

- › Le taux de décès causé par le cancer du poumon chez les fumeurs moyens (un paquet par jour) baisse de 137 à 72 pour 100 000 ;
- › De 5 à 15 ans après l'abandon du tabac, le risque d'accident vasculaire cérébral est semblable au risque que courent les personnes qui n'ont jamais fumé.

10 ans plus tard ou plus

- › Les cellules précancéreuses sont remplacées ;
- › Le risque d'autres cancers – comme le cancer de la bouche, du larynx, de l'œsophage, de la vessie, du rein et du pancréas – diminue ;
- › Après l'abandon prolongé, le risque de mourir d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) diminue par rapport au risque que courent les personnes qui continuent à fumer.

Sources : Ville d'Ottawa — Direction de la santé publique et des soins de longue durée (2001). *Health Benefits of Quitting Smoking*, cité dans l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2003, p. 61) ; USDHHS (1990).

Note : Les périodes de temps qui suivent l'abandon du tabac sont données à titre indicatif seulement et varient d'une personne à une autre. Par ailleurs, elles dépendent de la durée de l'habitude et du nombre de cigarettes fumées.

En résumé

Il n'est jamais trop tard pour cesser de fumer et améliorer ainsi son espérance de vie. Plus l'abandon est fait précocement, plus la personne peut espérer vivre longtemps.

Implication clinique

Compte tenu des conséquences multiples du tabagisme sur la santé, l'infirmière a plusieurs occasions et motifs d'aborder le sujet du tabac lorsqu'elle intervient auprès des clients. La connaissance des effets du tabac sur la santé et des bénéfices liés à l'abandon du tabac facilite l'individualisation des conseils à donner aux clients.



DÉPENDANCE

AU TABAC

DÉFINITION

La dépendance au tabac comporte les mêmes caractéristiques que la dépendance aux autres substances. Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (American Psychiatric Association, 2003, p. 222), la dépendance à une substance est définie comme « [...] un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance. Il existe un mode d'utilisation répétée qui conduit, en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive ».

MÉCANISME

La dépendance au tabac est la plus commune des dépendances chimiques à vie en Amérique du Nord (Anthony *et al.*, 1994) et elle est engendrée par l'inhalation de nicotine qui atteint le cerveau en quelques secondes à peine (Jarvis, 2004). La nicotine agit au niveau du cerveau en faisant appel à un système composé de deux noyaux : l'aire tegmentale ventrale et le noyau accumbens. Elle provoque une grande libération de dopamine et reproduit chez l'individu la sensation qu'un besoin vital est assouvi (Roy, 2001). De plus, la libération de dopamine entraîne un apprentissage des associations objet-nicotine-contexte spatial (Roy, 2001). Ainsi, voir une cigarette qui brûle peut déclencher chez l'ex-fumeur une envie insoutenable de fumer, même plusieurs années après qu'il ait cessé de fumer.

DÉVELOPPEMENT

Alors qu'on croyait jusqu'à récemment que la dépendance s'installait sur une période de deux à trois ans chez les jeunes qui expérimentent le tabac, les chercheurs observent que les symptômes de dépendance pourraient survenir beaucoup plus rapidement, avant même l'usage quotidien, et après quelques cigarettes seulement chez certains fumeurs (DiFranza *et al.*, 2002 ; O'Loughlin *et al.*, 2003).

Saviez-vous que...

- › Pour chaque cigarette fumée, un fumeur doit faire en moyenne 10 mouvements de la main vers la bouche et que cela lui procure autant de doses de nicotine au cerveau ?
- › Un fumeur moyen qui consomme 20 cigarettes quotidiennement répète ce geste 200 fois par jour, 73 000 fois par année et 1,5 million de fois sur une période de 20 ans et qu'il inhale autant de doses de nicotine ?
- › Un fumeur doit fumer toutes les 30 minutes pour que le seuil de nicotine reste stable dans son cerveau ?

SEVRAGE À LA NICOTINE

La majorité des fumeurs qui cessent de fumer ressentent des symptômes de sevrage. Ces symptômes apparaissent généralement au cours des 24 heures qui suivent l'arrêt de la consommation et ils atteignent leur intensité maximale dans les 48 heures qui suivent la dernière cigarette. Ils durent en moyenne un mois. Les symptômes de sevrage possibles sont : humeur dysphorique ou dépressive, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficulté à se concentrer, fièvre, diminution du rythme cardiaque et augmentation de l'appétit ou prise de poids.

IMPACT SUR LA FAMILLE

La dépendance tabagique d'un fumeur peut affecter ses proches. Ces derniers peuvent, en effet, ressentir diverses émotions en ce qui a trait au comportement du fumeur : impuissance, colère, incompréhension, crainte pour la santé du fumeur et des personnes exposées à la fumée secondaire du tabac, espoir ou découragement devant les différentes tentatives infructueuses du fumeur de cesser de fumer. Parmi les inquiétudes possibles, ils peuvent craindre que le fumeur perde son autonomie à la suite de complications liées à la cigarette et redouter de devoir par la suite assumer ses soins.

De plus, les membres de la famille peuvent éprouver des difficultés à composer avec les comportements agressifs ou passifs d'un proche qui sont liés au sevrage, surtout s'ils ignorent que ces symptômes sont normaux et temporaires. Les conséquences du sevrage tabagique peuvent effectivement être très importantes chez certains fumeurs. Et parfois, ce sont les fumeurs eux-mêmes qui ont peur de froisser les autres en raison de leurs sautes d'humeur.

En résumé

La dépendance au tabac est la plus commune des dépendances chimiques à vie. La grande majorité des fumeurs présente un ou plusieurs symptômes cognitifs, comportementaux ou physiologiques liés à l'usage du tabac. Ces symptômes peuvent apparaître dès le jeune âge. Ainsi, un fumeur qui renonce au tabac est fort susceptible d'éprouver des symptômes de sevrage.

Implication clinique

Reconnaître le fait que la plupart des fumeurs ressentent des symptômes de dépendance au tabac permet de contrer le mythe fort répandu que les fumeurs qui n'ont pas réussi à cesser de fumer manquent de volonté. L'évaluation de la dépendance à la nicotine permet d'individualiser les interventions et de recommander au client une pharmacothérapie pour réduire l'intensité des symptômes de sevrage.



PROCESSUS

DE CHANGEMENT

LES STADES DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

L'une des clés pour aider les fumeurs à rompre avec l'usage du tabac est de comprendre le changement qui s'opère chez eux. À ce sujet, Prochaska et DiClemente ont élaboré l'une des plus importantes théories des vingt dernières années dans le domaine du changement comportemental. Leurs recherches auprès des fumeurs qui ont cessé de fumer, avec ou sans aide, leur ont permis de constater que la plupart d'entre eux traversent cinq stades de changement et reviennent en moyenne de trois à quatre reprises à un stade antérieur avant d'adopter de façon permanente leur nouveau comportement (Prochaska *et al.*, 1992). Les différents stades de changement sont décrits au Tableau 3.

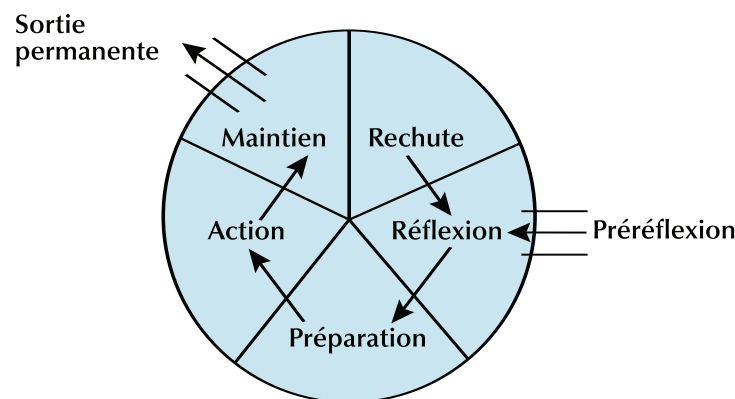
Bien que la plupart des fumeurs désirent cesser de fumer, seuls 10 à 15 % d'entre eux se préparent activement à le faire. Les autres réfléchissent à la possibilité de cesser de fumer, ne se sentent pas concernés ou ne se croient pas capables de passer à l'action.

UN PROCESSUS CYCLIQUE

Le processus de changement est donc cyclique et les rechutes en font partie. Chaque tentative d'abandon du tabac devrait être considérée comme un pas en avant pour devenir non-fumeur. Le cycle des stades de changement comportemental est illustré à la Figure 1.

FIGURE 1

Cycle des stades de changement comportemental



LA RECHUTE : UNE ÉTAPE NORMALE DU PROCESSUS

La reprise de l'usage du tabac peut décourager un fumeur et ses proches si elle est perçue comme un échec ou un signe de faiblesse. La théorie du changement proposée par Prochaska et DiClemente porte donc un message important et positif pour les clients et leurs familles, en soulignant le fait que la reprise de l'usage du tabac est une étape possible avant que le fumeur soit complètement libéré de cette dépendance.

L'AMBIVALENCE : AU CŒUR DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Les stades de changement de comportement de Prochaska et DiClemente aident à comprendre comment les gens changent, alors que le concept de l'ambivalence permet d'expliquer comment les aider à changer. L'ambivalence est en effet l'élément central sur lequel repose le changement et elle provient d'une contradiction entre les valeurs du client et son comportement. Voici un exemple de valeur : le client considère que sa santé est importante, parce qu'il veut vivre pour voir ses petits-enfants grandir. La contradiction serait : le client continue à fumer parce qu'il se sent accroché, tout en sachant que la cigarette pourrait un jour affecter sa santé. Ce conflit provoque un état émotionnel très inconfortable. D'une part, le client veut cesser de fumer, car il connaît les effets néfastes du tabac sur la santé. D'autre part, il continue à fumer parce que cela lui procure du plaisir ou réduit son stress.

TABLEAU 3

Étapes de changement de comportement selon Prochaska et DiClemente

Étape	Définition	Description
Préréflexion 50 à 60 % des fumeurs	› La personne n'envisage pas de cesser de fumer au cours des six prochains mois.	› Elle ne perçoit pas son tabagisme comme un problème. › Elle a tendance à ignorer les renseignements qui pourraient la convaincre de cesser de fumer.
Réflexion 30 à 40 % des fumeurs	› La personne envisage de cesser de fumer au cours des six prochains mois.	› Elle commence à considérer son tabagisme comme un problème. › Elle peut reconnaître les bienfaits liés à l'abandon. › Elle ressent beaucoup d'ambivalence par rapport à la cessation.
Préparation 10 à 15 % des fumeurs	› La personne envisage de cesser de fumer au cours du prochain mois.	› Elle est convaincue de la nécessité d'arrêter de fumer. › Elle se prépare à cesser de fumer. › Elle cherche des moyens pour le faire.
Action	› La personne a cessé de fumer depuis moins de six mois.	› Elle utilise différentes stratégies pour contrôler son envie de fumer. › Elle est vigilante pour ne pas recommencer à fumer.
Maintien	› La personne a cessé de fumer depuis plus de six mois.	› Elle demeure vigilante pour ne pas recommencer à fumer. › Elle se considère en confiance dans son nouveau comportement.

Sources : Lacroix et Ladouceur (1999) ; Prochaska *et al.* (1992).

En résumé

Les fumeurs traversent cinq stades de changement et peuvent y revenir plusieurs fois avant d'être complètement libérés du tabagisme. L'ambivalence est au cœur du changement et suscite un conflit émotionnel chez la personne qui voit s'opposer ses valeurs et ses comportements.

Implication clinique

Il importe d'intervenir en fonction du stade de changement des clients et de les aider à changer en explorant avec eux leur ambivalence.



EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS AUPRÈS DES FUMEURS

Cette section présente plusieurs facettes de l'intervention en abandon du tabac dont l'efficacité a été démontrée dans de nombreuses études (USDHHS, 2000).

DÉPISTAGE

Selon les lignes directrices américaines publiées en 2000, les systèmes d'identification qui permettent de connaître de façon systématique le statut tabagique augmentent de manière significative le nombre d'interventions faites par les cliniciens. Il est ainsi recommandé de mettre en place des systèmes de dépistage dans les réseaux de santé (USDHHS, 2000).

CONSEILLER DE CESSER DE FUMER

De nombreuses études ont démontré que le simple fait de conseiller au client fumeur de cesser de fumer prend à peine trois minutes et qu'une telle intervention peut faire une différence. En effet, on a évalué à 13,4 % le taux d'abandon du tabac lorsqu'une intervention de trois minutes ou moins a été faite, comparativement à 10,9 % lorsqu'aucune intervention n'a été offerte (USDHHS, 2000). Ainsi, si tous les professionnels de la santé, y compris les infirmières, déterminaient le statut tabagique de tous leurs clients et leur conseillaient de cesser de fumer, le nombre d'ex-fumeurs pourrait atteindre plusieurs milliers chaque année (Tremblay et Gervais, 2001).

DURÉE ET FRÉQUENCE DES RENCONTRES

Il a été démontré que plus la durée de l'intervention est longue et plus les rencontres avec le client sont fréquentes, meilleurs sont les résultats d'abandon du tabac (USDHHS, 2000).

TYPES D'INTERVENTION

Plusieurs études ont démontré l'efficacité du counseling individuel et du counseling de groupe ainsi que du counseling effectué par contact téléphonique (USDHHS, 2000).

COMPOSANTES POUR UNE INTERVENTION EFFICACE

Au cours des interventions de counseling en abandon du tabac, les experts recommandent :

- › De faciliter la résolution de problèmes en reconnaissant les situations à risque et en déterminant des stratégies pour y faire face ;
- › D'offrir un soutien pendant la consultation ;
- › D'encourager la recherche d'un soutien auprès de l'entourage et des ressources de la communauté (USDHHS, 2000).

L'intervention a aussi plus de chances de réussir si la personne qui intervient est empathique, si elle évite l'argumentation avec le fumeur et si elle met en valeur les succès antérieurs du client (Hetteima *et al.*, 2005 ; USDHHS, 2000).

PHARMACOTHÉRAPIE

L'utilisation de plusieurs modalités de traitement qui tiennent compte des aspects biologique, psychologique et social de la dépendance du fumeur donne de meilleurs résultats. La pharmacothérapie est l'un des aspects très importants de cette approche. Il existe deux catégories de médicaments de première ligne approuvés au Canada, soit : 1) la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), sous forme de gomme, d'inhalateur ou de timbre, et 2) l'antidépresseur bupropion (Zyban^{MD}). L'efficacité de ces produits est reconnue et double les taux d'abandon du tabac en diminuant l'intensité des symptômes de sevrage. Le choix de la pharmacothérapie se fait en fonction du niveau de dépendance à la nicotine, des contre-indications, des effets secondaires vécus ou possibles et des préférences du client (Annexe 2).

TRAITEMENTS ALTERNATIFS

Il existe peu d'études portant sur l'efficacité des interventions alternatives, comme l'acupuncture, le laser et l'hypnose. À ce jour, ces traitements ne sont pas considérés comme des méthodes efficaces pour l'abandon du tabac (USDHHS, 2000).

CARACTÉRISTIQUES DES FUMEURS LIÉES À L'ABSTINENCE

Différentes caractéristiques individuelles de la personne peuvent influencer l'efficacité des interventions (USDHHS, 2000).

Voici les caractéristiques associées à des taux d'abstinence élevés :

- › Un haut degré de motivation ;
- › Le désir de cesser de fumer au cours du mois suivant ;
- › La confiance de pouvoir réussir à cesser de fumer ;
- › Un environnement de travail sans fumée et des amis, des membres de la famille qui ne fument pas en présence de la personne qui renonce au tabac.

Voici les caractéristiques associées à de faibles taux d'abandon du tabac :

- › Une forte dépendance au tabac qui a été démontrée par des symptômes de sevrage importants au cours des tentatives antérieures ;
- › La consommation de plus de 20 cigarettes par jour ou le fait d'allumer la première cigarette moins de 30 minutes après le réveil ;
- › Des antécédents de comorbidité psychiatrique, notamment une schizophrénie, une dépendance à l'alcool ou à une autre substance, une dépression ou des niveaux élevés de stress.

INTERVENTIONS AUPRÈS DES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

À des degrés variables, les interventions décrites précédemment sont efficaces auprès de toute personne, quels que soient ses problèmes de santé (ex. : problèmes de santé mentale, dépendance aux drogues, hospitalisation), son groupe d'âge (ex. : adolescents, adultes, personnes âgées), son sexe (homme ou femme) ou son origine (USDHHS, 2000). Ces interventions doivent cependant être adaptées aux particularités de la personne et à sa situation clinique. Les résultats varieront donc selon les caractéristiques de la clientèle.

En résumé

Le counseling en abandon du tabac est efficace. En outre, plus l'intervention est longue et comporte des suivis, plus elle est efficace. La pharmacothérapie double les taux de succès.

Implication clinique

Les infirmières doivent dépister l'usage du tabac chez tous leurs clients, intervenir auprès de tous ceux qui fument et, si possible, offrir une intervention de plus de trois minutes et un suivi. Quand elles interviennent auprès des clients fumeurs, elles doivent aussi intégrer les éléments qui ont prouvé leur efficacité. Il est également crucial que les infirmières soient familières avec la TRN et le bupropion, car l'efficacité de ces thérapies est reconnue. Enfin, les établissements de santé doivent mettre en place un système de dépistage de l'usage du tabac. Ils doivent également soutenir la pratique infirmière en abandon du tabac et favoriser les activités de développement professionnel dans ce domaine.

L'ABANDON
DU TABAC ET
LA PRATIQUE
INFIRMIÈRE

PRINCIPES SOUS-JACENTS À TOUTE INTERVENTION EN COUNSELING EN ABANDON DU TABAC

Le counseling en abandon du tabac est une activité clinique qui doit faire partie de la pratique infirmière. Cette activité doit donc être incluse dans le plan de soins et de traitements infirmiers. Elle s'inscrit dans le cadre des activités d'évaluation de la condition de santé physique et mentale de la personne et de l'activité d'initier des mesures thérapeutiques, selon une ordonnance. De plus, elle s'inscrit dans le cadre des activités de promotion de la santé et de prévention de la maladie comprises dans le champ d'exercice de la profession infirmière. Elle s'appuie également sur certains principes directeurs (Tableau 4).

En effet, le succès du dépistage et du counseling en abandon du tabac repose, entre autres, sur la qualité de la relation qui s'établit entre l'infirmière et le client, sur le respect du désir du client de parler ou non de son tabagisme et d'accepter ou non une intervention sur le tabac. Ce partenariat influence, notamment, le type et le niveau d'exploration des données, les objectifs à atteindre ainsi que la nature des interventions qu'il faut prévoir pour y parvenir. Tout au long de ce processus, le rôle de l'infirmière est de guider le client et de l'encourager à trouver ses propres réponses et à poursuivre sa démarche de changement, malgré les difficultés qu'il peut rencontrer.

TABLEAU 4 Principes sous-jacents à toute intervention en counseling en abandon du tabac

- › Établir une relation de confiance avec le client et sa famille et amorcer les interventions seulement après avoir obtenu l'accord du client ;
- › Respecter les croyances, les choix, les décisions et l'autonomie du client, et reconnaître que les solutions pour améliorer sa situation lui appartiennent ;
- › Faire preuve de jugement clinique tout au long de l'intervention en counseling en abandon du tabac et adapter celui-ci au cheminement du client dans son processus de changement ;
- › Encourager le client à explorer son vécu en ce qui concerne le tabagisme, le guider et l'accompagner dans son processus de changement ;
- › Intervenir en interrelation avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et en complémentarité avec les autres ressources ;
- › Baser sa pratique sur des résultats probants.

RÔLE DE

L'INFIRMIÈRE

Le rôle de l'infirmière en counseling en abandon du tabac consiste à :

- › Dépister l'usage du tabac ;
- › Évaluer l'état de santé du client et lui conseiller de cesser de fumer ;
- › Évaluer la réceptivité du client au changement ;
- › Intervenir en fonction des stades de changement de comportement du client ;
- › Évaluer les progrès du client au moment du suivi.

DÉPISTER L'USAGE DU TABAC

L'infirmière détermine le statut tabagique de tous ses clients et, par la suite, adapte ses interventions aux particularités de chacun.

Pour dépister l'usage du tabac, l'infirmière doit :

1. Poser, au cours de l'évaluation initiale et du suivi, la question : « Est-ce que vous fumez ? » et ce, d'une façon neutre, donc sans porter de jugement ;
2. Inscrire bien en vue au dossier le statut tabagique du client (Tableau 5).

TABLEAU 5

Documenter le statut tabagique

Est-ce que vous fumez ?

Oui

Non

Oui, tous les jours

Fumeur quotidien : _____ cigarettes par jour

Oui, à l'occasion

Fumeur occasionnel

Non, j'ai cessé de fumer

Ex-fumeur

Date d'abandon du tabac : _____

Non, je n'ai jamais fumé

N'a jamais fumé

ÉVALUER L'ÉTAT DE SANTÉ DU CLIENT ET LUI CONSEILLER DE CESSER DE FUMER

Au cours de l'évaluation initiale et du suivi, l'infirmière doit évaluer l'état de santé actuel du fumeur, les risques pour sa santé s'il continuait à fumer et les bénéfices potentiels pour sa santé, s'il cessait de fumer. Les informations obtenues lui permettront, entre autres, de personnaliser ses conseils au client pour l'aider à cesser de fumer.

L'infirmière doit :

1. Procéder à l'évaluation clinique du client ;
2. Conseiller au client de cesser de fumer (Tableau 6) ;
3. Écouter la réponse du client à la suite du conseil ;
4. Inscrire au dossier les données relatives à l'évaluation.

ÉVALUER LA RÉCEPTIVITÉ DU CLIENT AU CHANGEMENT

L'infirmière évalue le stade du changement de comportement du client pour mieux cibler ses interventions et pour augmenter la probabilité d'une intervention efficace.

L'infirmière doit :

1. Évaluer le stade du changement de comportement du client (Tableau 7) ;
2. Inscrire le stade du changement de comportement au dossier.

INTERVENIR SELON LES STADES DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT DU CLIENT ET ÉVALUER LES PROGRÈS AU MOMENT DU SUIVI

Le contexte clinique, le temps disponible, les priorités, la raison de la consultation et le stade du changement de comportement sont des variables qui influencent l'évaluation et le choix des interventions auprès des clients fumeurs. Ces mêmes variables déterminent également comment et quand intervenir auprès de ces clients.

L'infirmière doit :

1. Intervenir selon les stades du changement de comportement du client ;
2. Évaluer les progrès du client au moment du suivi ;
3. Inscrire au dossier les données relatives aux interventions et au suivi.

Les interventions proposées dans les pages qui suivent tiennent compte des stades du changement de comportement et des différents concepts mentionnés précédemment.

TABLEAU 6

Exemples de conseils

1. Conseil général que l'infirmière peut donner à un client qui ne souffre d'aucune maladie :
 - « Comme infirmière, je dois vous dire que cesser de fumer est la décision la plus importante que vous puissiez prendre pour conserver votre santé maintenant et dans le futur. Qu'en pensez-vous? »
2. Conseil personnalisé que l'infirmière peut donner à un client atteint d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) :
 - « La seule façon d'arrêter la détérioration de votre fonction pulmonaire est de cesser de fumer complètement. Qu'en pensez-vous? »

TABLEAU 7

Évaluer le stade du changement de comportement du client

Si le client fume, lui demander :
Avez-vous l'intention de cesser de fumer?

Réponse	Stade de changement
Non, pas au cours des six prochains mois	<input type="checkbox"/> PRÉRÉFLEXION
Oui, au cours des six prochains mois, mais pas au cours du prochain mois	<input type="checkbox"/> RÉFLEXION
Oui, au cours du prochain mois	<input type="checkbox"/> PRÉPARATION

Si le client ne fume pas, mais s'il a déjà fumé, lui demander : Quand avez-vous cessé de fumer?

Réponse	Stade de changement
Il y a moins de six mois	<input type="checkbox"/> ACTION
Il y a plus de six mois	<input type="checkbox"/> MAINTIEN

» Aider un fumeur qui n'envisage pas de cesser de fumer au cours du prochain mois (préréflexion, réflexion)

Afin de faciliter le passage d'un stade de changement à un autre, plusieurs éléments d'intervention se sont avérés efficaces. Ces éléments utilisés en combinaison sont les suivants (Hettema *et al.*, 2005 ; Miller et Rollnick, 2002) :

- › Poser des questions ouvertes ;
- › Utiliser la reformulation – reformuler ce que le client a dit afin de résumer ses sentiments ;
- › Confirmer les sentiments du client et exprimer de l'empathie ;
- › Explorer l'engagement du client à l'égard du changement, de ses désirs, de ses habiletés, de ses raisons, de ses besoins ;
- › Explorer les écarts entre les avantages et les désavantages de l'abandon du tabac, comparativement aux avantages et aux désavantages de continuer à fumer ;
- › Explorer et soutenir la confiance du fumeur en sa réussite ;
- › Éviter les argumentations ;
- › Reconnaître que la résistance est souvent provoquée par une discussion prématurée sur les stratégies d'action avec un client qui n'est pas prêt à un changement de comportement important.

Tout fumeur voit des avantages et des désavantages à fumer, ainsi que des avantages et des désavantages à cesser de fumer. Celui qui ne songe pas à abandonner le tabac considère habituellement qu'il retire plus d'avantages à fumer et plus de désavantages à cesser de fumer. Les interventions doivent alors viser à augmenter sa perception des désavantages, des risques et des problèmes associés à l'usage du tabac ainsi que des avantages à cesser de fumer. Plus les avantages à cesser de fumer et les désavantages associés à l'usage du tabac seront élevés, plus la motivation du fumeur à cesser de fumer se développera (Figure 2).

L'utilisation de la balance décisionnelle auprès des clients fumeurs les aide à réfléchir sur leur tabagisme (Tableau 8). Il s'agit d'un outil qui permet d'explorer les avantages et les désavantages d'une décision et de faciliter le changement. En outre, la balance décisionnelle est à la fois un outil d'évaluation et un outil thérapeutique. Son utilisation est expliquée plus en détail au Tableau 9.

FIGURE 2
Balance décisionnelle

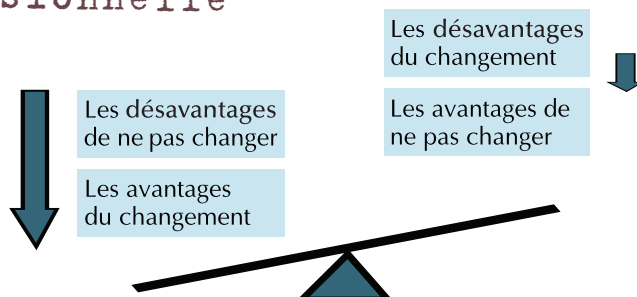


TABLEAU 8

Exemple de réponses d'un client qui a utilisé la balance décisionnelle

Je veux continuer à fumer

Avantages

Me calme
Me donne du plaisir
Améliore ma concentration
Contrôle mon appétit

Désavantages

Me fait tousser
Me tuera un jour
A des conséquences sur la santé des autres

Je veux cesser de fumer

Avantages

Améliore le goût et l'odorat
Augmente mon espérance de vie
Me permet de réaliser des économies
Améliore ma respiration
Améliore ma condition physique

Désavantages

Je crois que je serais très irritable
Je ne saurais plus comment gérer mon stress

TABLEAU 9

Utilisation de la balance décisionnelle

La balance décisionnelle peut être utilisée verbalement ou par écrit.

- › Demander la permission au client d'explorer avec lui ses opinions au sujet du tabac :
« Est-ce que ça vous conviendrait si nous prenions quelques minutes pour discuter de la cigarette ? »
- › Utiliser un formulaire où figurent les quatre colonnes de la balance décisionnelle, tel qu'illustré au Tableau 8 et laisser le client choisir par quelle colonne il veut commencer ;
- › Se servir de questions ouvertes si la balance décisionnelle est utilisée verbalement.
Par exemple :
 - **Les avantages de fumer** : « Quels avantages personnels retirez-vous à fumer ? », « Qu'est-ce que vous aimez quand vous fumez ? »
 - **Les désavantages de fumer** : « Quels désavantages personnels éprouvez-vous à fumer ? », « Qu'est-ce que vous n'aimez pas concernant la cigarette ? »
 - **Les avantages de l'abandon du tabac** :
« Quels avantages personnels croyez-vous que vous retireriez si vous cessiez de fumer ? », « Qu'est-ce qui vous attire dans l'idée d'abandonner le tabac ? »
 - **Les désavantages de l'abandon du tabac** : « Quels désavantages personnels éprouveriez-vous à cesser de fumer ? », « Qu'est-ce qui vous rebute concernant l'abandon du tabac ? »
- › Écouter, écouter, écouter.
- › Résumer : « Si j'ai bien saisi ce que vous m'avez dit... »
- › Demander : « Dans quel état d'esprit êtes-vous par rapport à la cigarette maintenant ? », « Quelle serait la prochaine étape pour vous ? »
- › Écouter et résumer de nouveau.
- › Démontrer de l'appréciation : « Je vous remercie de votre ouverture à discuter avec moi de la cigarette. Je suis sûre que si vous prenez la décision de cesser de fumer, vous trouverez une façon de la concrétiser ! »

Le fumeur qui est au stade de la préréflexion ou de la réflexion peut être résolu à continuer à fumer pour l'instant ou être ambivalent. Il est cependant important de mentionner de façon claire, personnalisée et non moralisatrice que la décision la plus importante qu'il puisse prendre pour conserver sa santé est de cesser de fumer (Tableau 6). Il est également important de lui offrir du matériel éducatif ainsi qu'une liste des ressources qu'il peut consulter (Annexe 3).

» Aider un fumeur qui a l'intention de cesser de fumer au cours du prochain mois (préparation)

› Explorer avec le client ses inquiétudes et ses attentes relatives à l'abandon du tabac

Dans le cas d'un fumeur qui est au stade de la préparation, il est recommandé de l'aider à mieux se connaître. Pour ce faire, l'infirmière peut explorer avec le fumeur ses inquiétudes et ses attentes relatives à l'abandon du tabac. De nombreuses personnes craignent, en effet, les symptômes de sevrage et les fortes envies de fumer ou ont peur de prendre du poids.

L'infirmière peut alors demander au fumeur de lui décrire une journée type avec la cigarette. Une telle description fournit une mine d'informations qui permet d'amorcer une discussion sur des stratégies et des substituts efficaces à la cigarette. Le Tableau 10 suggère quelques questions pour explorer les motivations à fumer.

L'infirmière peut également utiliser deux autres outils pour aider le client fumeur à découvrir les associations qu'il fait avec la cigarette, notamment les situations qui déclenchent chez lui l'envie de fumer. Il s'agit du test sur les raisons de fumer (Annexe 4) et du journal du fumeur (Figure 3). L'utilisation de l'un ou l'autre de ces outils permet au fumeur de prendre conscience de son comportement et de trouver des stratégies efficaces pour se libérer de sa dépendance au tabac.

Pour aider le client à surmonter les périodes difficiles qu'il vivra quand il cessera de fumer, l'infirmière peut également explorer avec lui les raisons qui le poussent à abandonner le tabac, lui proposer de les noter sur une carte et lui suggérer d'utiliser celle-ci comme aide-mémoire (Tableau 11).

FIGURE 3

Exemple d'un journal du fumeur




Cigarettes	Heure	Besoin (1 à 5)	Ce que je fais	Raison de fumer	Mon humeur   
1 ^{re}	6 h 30	+++++	<i>En prenant mon café</i>	<i>J'en ai vraiment besoin</i>	✓
2 ^e	7 h 45	+++++	<i>En me rendant au travail</i>	<i>Ça me calme</i>	✓
3 ^e	10 h	++	<i>À la pause-café</i>	<i>C'est une vraie détente pour moi</i>	✓
4 ^e	Midi	+++	<i>Avant de manger</i>	<i>C'est encore une détente</i>	✓
5 ^e	12 h 30	+	<i>Dehors, avec mes collègues</i>	<i>C'est une habitude sociale C'est plaisant</i>	✓
... 25 ^e					

TABLEAU 10

Questions pour explorer les motivations à fumer

- « Décrivez-moi une journée type avec la cigarette. »
- « Dans quelles situations fumez-vous le plus (le moins) ? »
- « Comment vous sentez-vous quand vous fumez vos meilleures (pires) cigarettes ? »
- « Comment vous sentez-vous lorsque vous ne fumez pas pendant quelques heures ? »

TABLEAU 11

Exemple d'aide-mémoire

Mes raisons pour cesser de fumeur

1. *Mieux respirer*
2. *Mes petits-enfants*
3. *Économie de 2 800 \$ par année*
4. *Liberté*

› Discuter des difficultés anticipées et des stratégies possibles

Une fois que le fumeur a cerné les principaux moments ou activités associés à la cigarette, il est alors possible de discuter des difficultés qu'il risque de rencontrer quand il aura cessé de fumer et des stratégies qu'il pourrait utiliser pour demeurer non-fumeur. Le Tableau 12 donne quelques exemples de conseils qui peuvent faire l'objet d'une discussion avec le fumeur (Tremblay et Thibault, 2005).

› Déterminer le niveau de dépendance

Il est essentiel d'évaluer le niveau de dépendance du fumeur à la nicotine. Le test de Fagerström permet d'effectuer cette mesure (Heatherton *et al.*, 1991). Deux des six questions de ce test sont particulièrement utiles (Tableau 13) (John *et al.*, 2004). Plus le nombre de cigarettes fumées est élevé, plus le fumeur allume rapidement sa première cigarette du matin, plus le niveau de dépendance est élevé. Dans le questionnaire du Tableau 13, un score inférieur à 4 dénote une dépendance légère à la nicotine, alors qu'un score de 4 et plus indique une dépendance élevée.

TABLEAU 12
Conseils pratiques

Stress	Situations déclenchant l'envie de fumer	Situations sociales	Prise de poids	Fortes envies de fumer	Symptômes de sevrage
Reconnaître et éviter les principales sources de stress Modifier sa réaction au stress Utiliser certaines façons de diminuer le stress, comme les respirations profondes, les étirements, l'activité physique, la musique, etc.	Diminuer la consommation d'alcool et de café Modifier les habitudes liées au fait de fumer Éliminer les cigarettes de l'environnement	Éviter les endroits enfumés Demander du soutien aux proches qui ne fument pas Informer les proches qui fument de ne pas offrir de cigarettes	Priorité : cesser de fumer Alimentation saine Pratique d'activités physiques Attention aux diètes sévères	Penser à autre chose Boire de l'eau Prendre des respirations profondes et se détendre Faire une activité qui exige de la concentration Se rappeler que l'envie de fumer passera, que vous fumiez ou non	Suggérer une thérapie médicamenteuse (gomme, timbre ou inhalateur à la nicotine, bupropion)

Le fumeur qui présente une dépendance élevée à la nicotine court plus de risques d'éprouver des symptômes de sevrage et il bénéficiera davantage des aides pharmacologiques. Les symptômes de sevrage apparaissent en général dès la première journée, ils sont plus intenses au cours de la deuxième journée et ils durent habituellement un mois.

Pour évaluer le sevrage, on demande au client comment il se sent lorsqu'il cesse de fumer pendant plus de 24 heures. Les symptômes de sevrage possibles sont décrits au Tableau 14.

Il est important de discuter avec le fumeur des médicaments qui atténuent les symptômes de sevrage et qui pourraient l'aider dans sa tentative d'abandon du tabac. Consulter l'Annexe 2 pour le choix des médicaments, les doses recommandées et les informations à donner au client. À ce sujet, il est important que l'infirmière informe le client des produits qui sont remboursés par le régime général d'assurance médicaments.

TABLEAU 13

Questions pour mesurer la dépendance à la nicotine

Questions	Réponses	Points
Combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Moins de 5 minutes	3
	De 6 à 30 minutes	2
	De 31 à 60 minutes	1
	Plus de 60 minutes	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins	0
	De 11 à 20	1
	De 21 à 30	2
	Plus de 30	3

Source : Diaz *et al.* (2005).

TABLEAU 14

Symptômes de sevrage

- › Humeur dysphorique ou dépressive
- › Insomnie
- › Irritabilité, frustration et colère
- › Anxiété
- › Difficulté à se concentrer
- › Fébrilité
- › Diminution du rythme cardiaque
- › Augmentation de l'appétit ou gain de poids

Source : American Psychiatric Association (2003).

› Fixer une date pour cesser de fumer

Il est primordial que l'infirmière négocie avec le client une date pour l'abandon du tabac. Cette date devrait idéalement se situer au cours des deux semaines qui suivent la consultation. L'infirmière pourra ainsi planifier une rencontre au cours de la semaine suivant la date de l'abandon (en personne ou par téléphone) ou encore effectuer le suivi au moment de la prochaine visite. L'infirmière devrait profiter de l'occasion pour lui offrir du matériel éducatif, l'informer des différentes ressources à sa disposition et au besoin, le diriger vers celles-ci (Annexe 3).

› Rappeler l'importance du soutien

Enfin, il faut rappeler au client qui se prépare à renoncer au tabac l'importance d'obtenir un soutien de la part de son entourage (proches, amis ou collègues de travail) et l'informer des ressources disponibles dans sa communauté.

» Aider l'ex-fumeur récent (action)

Les rechutes sont plus fréquentes au cours des deux premières semaines qui suivent l'abandon du tabac, il importe donc à l'infirmière :

- › De féliciter et d'encourager le client à maintenir son abstinence ;
- › De l'encourager à parler ouvertement des bénéfices de l'abandon du tabac, des succès obtenus, des ambivalences qui peuvent encore être présentes et des difficultés qu'il rencontre ou qu'il redoute en ce qui concerne le maintien de son abstinence ;
- › De discuter des stratégies utilisées, de leur efficacité et des autres solutions possibles ;
- › De rappeler au client de relire sa carte aide-mémoire résumant ses raisons de cesser de fumer ;
- › D'encourager le client à noter chaque journée sans tabac sur un calendrier (Tableau 15) ;
- › D'encourager le client à utiliser des techniques de relaxation, comme les respirations profondes (Tableau 16) ;
- › De discuter des symptômes de sevrage (Tableau 14) ;
- › De vérifier la pharmacothérapie (Annexe 2) ;
- › De discuter des facteurs couramment associés à la rechute et de donner les conseils appropriés (Tableau 17) ;
- › De donner des conseils relativement au gain de poids, si nécessaire (Tableau 18).

TABLEAU 15

Exemple d'un calendrier

	jour	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
semaine	1	25	5	0	0	0	1	0
	2	0	0	0	2	0	0	0
	3	0	0	0	0	0	0	0

Note : À chaque jour, le client écrit le nombre de cigarettes qu'il fume.

TABLEAU 16

Technique de relaxation

- › Pensez à quelque chose qui vous aide à vous sentir bien.
- › Relâchez vos épaules.
- › Fermez votre bouche.
- › Inspirez lentement et le plus profondément possible.
- › Gardez vos épaules relâchées.
- › Gardez votre respiration et comptez jusqu'à quatre.
- › Expirez lentement en vidant l'air de vos poumons.
- › Répétez lentement ces étapes cinq fois.

Source : American Lung Association (1999/2002).

TABLEAU 17

Facteurs couramment associés à la rechute

- › Consommation d'alcool
- › Mauvaise humeur ou dépression
- › Pensées négatives
- › Autres fumeurs à la maison
- › Symptômes de sevrage prolongés
- › Exposition à des situations à haut risque, comme des situations sociales, des querelles et d'autres sources de stress
- › Restriction alimentaire
- › Manque de soutien
- › Problèmes avec la pharmacothérapie, comme des doses insuffisantes, des effets secondaires, la non-conformité au traitement ou une interruption prématurée de ce traitement
- › Consommation de drogues à usage récréatif

Source : Université de Toronto — Département de médecine familiale et communautaire (2000).

» Aider l'ex-fumeur abstinent depuis plus de six mois (maintien)

Ce client se sent généralement plus à l'aise comme non-fumeur. Bien que le risque de recommencer à fumer soit moins grand chez ce type de client, il est toujours important de le féliciter de sa persévérance et d'explorer ses motivations, les bénéfices personnels qu'il retire, ses croyances et ses intentions à maintenir son abstinence. Il est également important de lui rappeler de ne pas consommer de nouveau une seule cigarette, afin de maintenir ses chances de demeurer non-fumeur à vie.

» Aider un client qui a recommencé à fumer

Devant une rechute, le client peut se sentir coupable d'avoir brisé son engagement envers lui-même et être extrêmement déçu et découragé. Si le client constate qu'il est incapable de surmonter sa rechute, il faut l'aider à se déculpabiliser en soulignant les efforts qu'il a faits et en lui mentionnant que plusieurs essais sont souvent nécessaires avant d'être complètement libéré du tabagisme. Il convient alors de réévaluer le stade du changement de comportement du client et d'adapter les interventions en conséquence.

La Figure 4 résume sous forme d'algorithme l'ensemble des interventions appropriées à chacun des stades de changement de comportement, et l'Annexe 5 présente un exemple d'intervention.

TABLEAU 18

À propos du gain de poids après avoir cessé de fumer

Quelques faits

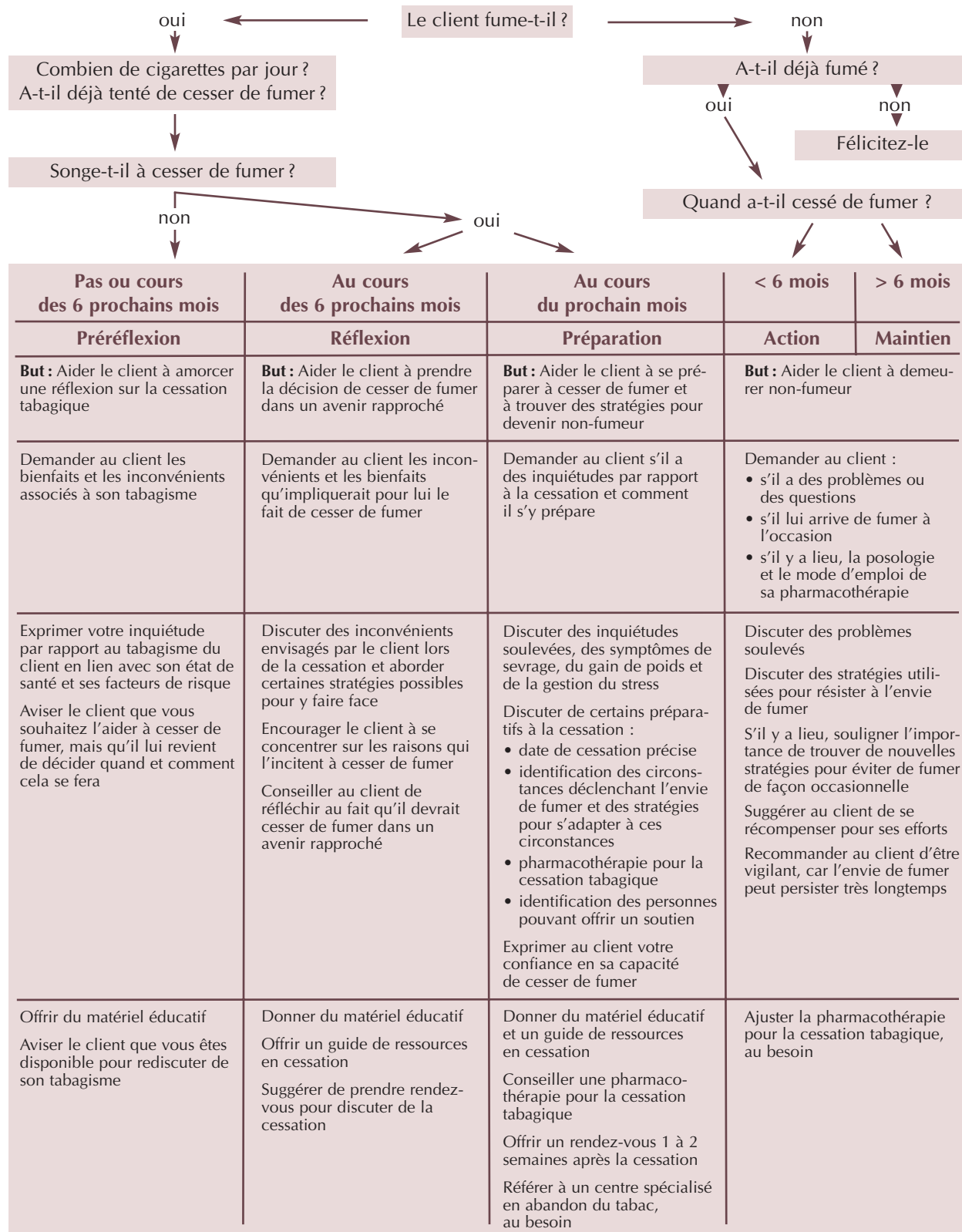
- › De façon générale, le gain de poids est modéré, soit environ 4,5 kg (10 lb) ;
- › Quatre ex-fumeurs sur cinq prendront du poids ;
- › Dans de nombreux cas, les fumeurs pèsent déjà de 3 à 4 kg (7 à 9 lb) de moins que les non-fumeurs ;
- › Le gain de poids est généralement causé par un apport accru en calories et par une diminution du métabolisme de base.

Les interventions

- › Les régimes hypocaloriques pourraient augmenter le risque de rechute ;
- › L'activité physique régulière, combinée à une alimentation saine, peut retarder la prise de poids ;
- › Les aides pharmacologiques, comme le bupropion et la gomme de nicotine, peuvent retarder la prise de poids.

FIGURE 4

Conduite clinique concernant le tabagisme : intervenir selon les stades du changement de comportement



Source : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998).

LA DOCUMENTATION

AU DOSSIER

Plusieurs études ont démontré que l'inscription au dossier du statut tabagique du client favorise l'intervention du professionnel et peut augmenter les taux d'abandon du tabac. La documentation en soins est donc essentielle pour les interventions qui concernent l'abandon du tabac. Elle permet ainsi de connaître les progrès du client en ce qui a trait à l'abandon du tabac, à l'efficacité des stratégies et aux interventions utilisées, aux réactions du client et de son entourage ainsi qu'au suivi à apporter. Elle permet aussi d'ajuster le plan de soins et de traitements infirmiers. Enfin, la documentation facilite la continuité des soins et la communication entre les professionnels qui interviennent auprès du client et de ses proches (OIIQ, 2002).

Les éléments à documenter au dossier du client concernant le tabagisme sont notamment :

- › Les données relatives à l'évaluation initiale et en cours d'intervention, comme le statut tabagique, le stade de changement de comportement, les raisons de fumer et de cesser de fumer, etc. ;
- › Les données relatives aux interventions, y compris les résultats obtenus ;
- › Les données relatives au suivi.

LES RESPONSABILITÉS DE L'INFIRMIÈRE EN CE QUI CONCERNE L'ABANDON DU TABAC

- › Reconnaître que le tabagisme est un grave problème de santé publique qui affecte la santé des personnes aux prises avec la dépendance à la nicotine et celle des personnes qui respirent la fumée secondaire du tabac ;
- › Examiner ses croyances, ses attitudes, ses valeurs, ses comportements et sa pratique envers le tabagisme et les fumeurs ;
- › Intervenir auprès des personnes qui fument sans porter de jugement de valeur et en ayant une attitude d'ouverture ;
- › Agir en partenariat avec la personne qui est aux prises avec la dépendance à la nicotine dans le respect de ses valeurs, de ses choix et de son rythme, ainsi que de la confidentialité ;
- › Reconnaître l'importance du dépistage et du counseling en abandon du tabac pour réduire l'ampleur du tabagisme et ses conséquences sur la santé des fumeurs et sur celle des personnes exposées à la fumée secondaire du tabac ;
- › Intégrer le dépistage et le counseling en abandon du tabac dans sa pratique au moment de l'évaluation de la situation de santé de la personne, entre autres :
 - Dépister l'usage du tabac ;
 - Évaluer l'état de santé du client et lui conseiller de cesser de fumer ;
 - Évaluer la réceptivité du client au changement ;
 - Intervenir en fonction des stades de changement de comportement du client ;
 - Évaluer les progrès du client au moment du suivi ;
- › Faire preuve de jugement clinique pour adapter l'évaluation de la situation du client et l'intervention immédiate ;

- › Aider les personnes aux prises avec la dépendance à la nicotine à élaborer des stratégies d'abandon du tabac et à établir, le cas échéant, un réseau de ressources auxquelles se référer ;
- › Porter une attention particulière aux jeunes, aux femmes enceintes et aux personnes de certains groupes plus vulnérables ;
- › Consigner au dossier, de façon très précise, toute l'information pertinente relative au counseling en abandon du tabac afin de faciliter et d'assurer la continuité des soins et des services ;
- › Inciter ses collègues à intégrer le dépistage et le counseling en abandon du tabac dans leur pratique ;
- › Fonder sa pratique sur les résultats probants en matière de tabagisme ;
- › Élaborer, de concert avec les autres professionnels du réseau de la santé et des ressources communautaires, des mécanismes pour assurer la continuité des soins et des services aux personnes aux prises avec la dépendance à la nicotine ;
- › Amorcer ou soutenir des projets qui visent à améliorer le dépistage et le counseling en abandon du tabac ;
- › Maintenir à jour ses compétences sur la problématique du tabagisme et sur le counseling en abandon du tabac ;
- › Participer à des recherches dans le domaine de la lutte contre le tabac afin de mieux comprendre le problème et d'améliorer les interventions visant à prévenir, à dépister et à contrer le tabagisme.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN LUNG ASSOCIATION (2002). *Programme de cessation tabagique. Devenir non-fumeur : feuilles de cours/trad. de Freedom from Smoking: Clinical Facilitator Training Workshop Manual* [1999] par l'Association pulmonaire du Québec, Montréal, APQ.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003). « Troubles liés à la nicotine », dans *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e éd., Paris, Masson, p. 222-229 et 305-311.

ANTHONY, J.C., WARNER, L.A., et KESSLER, R.C. (1994). « Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the national comorbidity survey », *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, vol. 2, n° 3, p. 244-268.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO (2003). *La cessation du tabagisme : intégration dans la pratique quotidienne des soins infirmiers*, Toronto, AIIAO.

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA (2006). *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, Ottawa, APhC.

BARTH, T., et ERNST, D. (2004). *Introduction to Motivational Interviewing: Practitioners Workshop (PW)*, Portland (Me.), 26 et 27 octobre 2004.

BENOWITZ, N.L. (1998). « Nicotine pharmacology and addiction », dans N.L. Benowitz (sous la dir. de), *Nicotine Safety and Toxicity*, New York, Oxford University Press, p. 3-16.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2005a). *Bidis and Kreteks: Fact Sheet*, [www.cdc.gov/tobacco/factsheets/bidisandkreteks.htm].

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2005b). *Smokeless Tobacco: Fact Sheet*, [www.cdc.gov/tobacco/factsheets/smokelesstobacco.htm].

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : points saillants*, Ottawa, CCLAT.

CHASSIN, L., PRESSON, C.C., PITTS, S.C., et SHERMAN, S.J. (2000). « The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood in a midwestern community sample: Multiple trajectories and their psychosocial correlates », *Health Psychology*, vol. 19, n° 3, p. 223-231.

CONFERENCE BOARD OF CANADA (1997). *Bilan de la consommation de tabac : les coûts de l'usage du tabac en milieu du travail*, [www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/index_f.html].

CONSEIL CANADIEN SUR LE TABAGISME ET LA SANTÉ (1991). *Guidez vos patients vers un avenir sans tabac*, Ottawa, CCTS.

CUMMINGS, K.M., MORLEY, C.P., HORAN, J.K., STEGER, C., et LEAVELL, N.R. (2002). « Marketing to America's youth: Evidence from corporate documents », *Tobacco Control*, vol. 11 (suppl. 1), p. i5-i17.

DAUPHIN, J., et GENDREAU, P.L. (2004). « Grossesse et tabac : pourquoi et comment faut-il intervenir ? », *Revue de psychoéducation*, vol. 33, n° 2, 2004, p. 381-412.

DELROIX, M. (2004). *La grossesse et le tabac*, 3^e éd., Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », n° 3490.

DIAZ, F.J., JANE, M., SALTO, E., PARDELL, H., SALLERAS, L., PINET, C., et al. (2005). « A brief measure of nicotine dependence for busy clinicians and large epidemiological surveys », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 39, n° 3, p. 161-168.

DI FRANZA, J.R., SAVAGEAU, J.A., RIGOTTI, N.A., FLETCHER, K., OCKENE, J.K., MCNEILL, A.D., et al. (2002). « Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 months follow-up data from the DANDY study », *Tobacco Control*, vol. 11, n° 3, p. 228-235.

DOLL, R., PETO, R., BOREHAM, J., et SUTHERLAND, I. (2004). « Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors », *British Medical Journal*, vol. 328, n° 7455, p. 1519-1528.

ETTER, J.F., DUC, T.V., et PERNEGER, T.V. (1999). « Validity of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers », *Addiction*, vol. 94, n° 2, p. 269-281.

HEATHERTON, T.F., KOZLOWSKI, L.T., FRECKER, R.C., et FAGERSTRÖM, K.O. (1991). « The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire », *British Journal of Addiction*, vol. 86, n° 9, p. 1119-1127.

HETTEMA, J., STEELE, J., et MILLER, W.R. (2005). « Motivational interviewing », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 1, p. 91-111.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2001). *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e éd., Sainte-Foy, Les Publications du Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2005). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002 ?*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2004). *La prévention du tabagisme chez les jeunes*, Québec, INSPQ.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2003). *Tobacco Control and Smoking Cessation: The Role of the Nurse*, Genève, ICN.

IRIBARREN, C., TEKAWA, I.S., SIDNEY, S., et FRIEDMAN, G.D. (1999). « Effect of cigar smoking on the risk of cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer in men », *New England Journal of Medicine*, vol. 340, n° 23, p. 1773-1780.

JARVIS, M.J. (2004). « Why people smoke », *British Medical Journal*, vol. 328, n° 7434, p. 277-279.

JOHN, U., MEYER, C., SCHUMANN, A., HAPKE, U., RUMPF, H.J., ADAM, C., et al. (2004). « A short form of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and the Heaviness of Smoking Index in two adult population samples », *Addictive Behaviors*, vol. 29, n° 6, p. 1207-1212.

KAISERMAN, M.J. (1997). « Le coût du tabagisme au Canada, 1991 », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 18, n° 1, p. 15-22.

KOZLOWSKI, L.T., PORTER, C.Q., ORLEANS, C.T., POPE, M.A., et HEATHERTON, T. (1994). « Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 34, n° 3, p. 211-216.

LACROIX, C., et LADOUCEUR, R. (1999). « J'aide mon patient à cesser de fumer », *L'Omnipraticien*, vol. 3, n° 8, p. 5-18.

LASSER, K., BOYD, J.W., WOOLHANDLER, S., HIMMELSTEIN, D.U., MCCORMICK, D., et BOR, D.H. (2000). « Smoking and mental illness: A population-based prevalence study », *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n° 20, p. 2606-2610.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., c. I-8.

LUJIC, C., REUTER, M., et NETTER, P. (2005). « Psychobiological theories of smoking and smoking motivation », *European Psychologist*, vol. 10, n° 1, p. 1-24.

MACKAY, J., et ERIKSEN, M. (2002). *The Tobacco Atlas*, Genève, World Health Organization.

MAKOMASKI, E.M., et KAISERMAN, M.J. (2004). « Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998 », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 95, n° 1, p. 38-44.

MALSON, J.L., LEE, E.M., MURTY, R., MOOLCHAN, E.T., et PICKWORTH, W.B. (2003). « Clove cigarette smoking: Biochemical, physiological, and subjective effects », *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, vol. 74, n° 3, p. 739-745.

MANGUNEGORO, H., et SUTOYO, D.K. (1996). « Environmental and occupational lung diseases in Indonesia », *Respirology*, vol. 1, n° 2, p. 85-93.

- MILLAR, W.J., et HILL, G. (2004). « Grossesse et usage du tabac », *Rapports sur la santé*, vol. 15, n° 4, p. 55-58.
- MILLER, W.R., et ROLLNICK, S. (sous la dir. de) (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York, Guilford Press.
- MILLER, W.R., et ROLLNICK, S. (sous la dir. de) (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2^e éd., New York, Guilford Press.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*, Québec, MSSS — Direction générale de la santé publique.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, MSSS — Direction générale de la santé publique.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE (1992). *Smokeless Tobacco or Health: An International Perspective*, Baltimore (Md.), NCI.
- O'LOUGHLIN, J., DIFRANZA, J., TYNDALE, R.F., MESHEFEDJIAN, G., MCMILLAN-DAVEY, E., CLARKE, P.B., et al. (2003). « Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 25, n° 3, p. 219-225.
- O'LOUGHLIN, J., TARASUK, J., DIFRANZA, J., et PARADIS, G. (2002). « Reliability of selected measures of nicotine dependence among adolescents », *Annals of Epidemiology*, vol. 12, n° 5, p. 353-362.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2002). *Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers*, Montréal, OIIQ.
- PAIS, P., POGUE, J., GERSTEIN, H., ZACHARIAH, E., SAVITHA, D., JAYPRAKASH, S., et al. (1996). « Risk factors for acute myocardial infarction in Indians: A case-control study », *Lancet*, vol. 348, n° 9024, p. 358-363.
- PÉREZ, C.E. (2004). « Exposition à la fumée secondaire : qui est à risque ? », *Rapports sur la santé*, vol. 16, n° 1, p. 9-18.
- PIASECKI, T.M., FIORE, M.C., et BAKER, T.B. (1998). « Profiles in discouragement: Two studies of variability in the time course of smoking withdrawal symptoms », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 107, n° 2, p. 238-251.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C., et NORCROSS, J.C. (1992). « In search of how people change: Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, vol. 47, n° 9, p. 1102-1114.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE — DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1998). « Tabagisme », *Prévention en pratique médicale*.
- ROJAS, N.L., KILLEN, J.D., HAYDEL, K.F., et ROBINSON, T.N. (1998). « Nicotine dependence among adolescent smokers », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 152, n° 2, p. 151-156.
- ROLLNICK, S., MASON, P., et BUTLER, C. (1999). *Health Behavior Change: A Guide for Practitioners*, Edinburgh, Churchill Livingstone.
- ROY, J.P. (2001). « La neurobiologie de la dépendance à la nicotine », *L'Actualité médicale*, vol. 22, n° 5, p. 32.
- SANKARANARAYANAN, R., DUFFY, S.W., PADMAKUMARY, G., NAIR, S.M., DAY, N.E., et PADMANABHAN, T.K. (1991). « Risk factors for cancer of the oesophagus in Kerala, India », *International Journal of Cancer*, vol. 49, n° 4, p. 485-489.
- SANTÉ CANADA (1999). *Le tabagisme chez les femmes pendant les périodes prénatale et postnatale*, Ottawa, Santé Canada.
- SANTÉ CANADA. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS (2003). *Créer et maintenir des partenariats : un guide de ressources pour lutter contre la consommation non traditionnelle de tabac*, Ottawa, Santé Canada — DGSPNI.
- SHIELDS, M. (2005). « Cheminement vers l'abandon du tabac », *Rapports sur la santé*, vol. 16, n° 3, p. 23-43.
- SINGLE, E., ROBSON, L., XIE, X., et REHM, J. (1998). « The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992 », *Addiction*, vol. 93, n° 7, p. 991-1006.

STATISTIQUE CANADA (2005). « Genre de fumeur, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 12 ans et plus, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de juin 2005) et groupes de régions homologues, aux 2 ans », *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 3.1)*, CANSIM, Tableau 105-0427, [cansim2.statcan.ca].

STATISTIQUE CANADA (2006). *Votre collectivité, votre santé : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Usage du tabac et soins pour le diabète : résultats tirés du cycle 3.1 de l'ESCC (2005)*, [www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=82-621-XWF2006002].

TAYLOR, D.R., FERGUSSON, D.M., MILNE, B.J., HORWOOD, L.J., MOFFITT, T.E., SEARS, M.R., et al. (2002). « A longitudinal study of the effects of tobacco and cannabis exposure on lung function in young adults », *Addiction*, vol. 97, n° 8, p. 1055-1061.

TREMBLAY, M., et GERVAIS, A. (2001). *Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec.

TREMBLAY, M., et THIBAUT, C. (2005). « La lutte au tabagisme : comment quelques minutes peuvent sauver des vies », *Perspective infirmière*, vol. 2, n° 4, p. 30-34.

UNIVERSITÉ DE TORONTO — DÉPARTEMENT DE MÉDECINE FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE (2000). *Désaccoutumance au tabac — Lignes directrices : Comment traiter la dépendance au tabac chez vos patients*, Toronto, Pegasus Healthcare International.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1982). *The Health Consequences of Smoking Cancer: A Report of the Surgeon General, 1982*, Rockville (Md.), USDHHS—Public Health Service—Office on Smoking and Health.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1986). *The Health Consequences of Using Smokeless Tobacco: A Report of the Advisory Committee to the Surgeon General, 1986*, Bethesda (Md.), USDHHS—Public Health Service.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1988). *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction: A Report of the Surgeon General, 1988*, Rockville (Md.), USDHHS—Office on Smoking and Health.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1990). *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General, 1990*, Rockville (Md.), USDHHS—Office on Smoking and Health.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline*, Rockville (Md.), USDHHS—Public Health Service.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*, Atlanta (Ga.), USDHHS—Office on Smoking and Health.

VAN DEN BREE, M.B., WHITMER, M.D., et PICKWORTH, W.B. (2004). « Predictors of smoking development in a population-based sample of adolescents: A prospective study », *Journal of Adolescent Health*, vol. 35, n° 3, p. 172-181.

VON GERNET, A., (2000). « Origins of nicotine use and the global diffusion of tobacco », dans R. Ferrence, J. Slade, R. Room et M. Pope, *Nicotine and Public Health*, Washington D.C. (Md.), American Public Health Association, p. 3-15.

WATSON, C.H., POLZIN, G.M., CALAFAT, A.M., et ASHLEY, D.L. (2003). « Determination of tar, nicotine, and carbon monoxide yields in the smoke of bidi cigarettes », *Nicotine and Tobacco Research*, vol. 5, n° 5, p. 747-753.

WINDSOR, R.A. (2001). « Smoking, cessation and pregnancy », dans J.M. Samet et S.Y. Yoon (sous la dir. de), *Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century*, Genève, World Health Organization, p. 147-162.

ZEKA, A., GORE, R., et KRIEBEL, D. (2003). « Effects of alcohol and tobacco on aerodigestive cancer risks: A meta-regression analysis », *Cancer Causes and Control*, vol. 14, n° 9, p. 897-906.

ANNEXE 1

AUTRES PRODUITS DU TABAC ET LEURS EFFETS SUR LA SANTÉ

Produits	Description	Effets sur la santé
Cigare et pipe	<p>La longueur et la largeur des cigares varient beaucoup. Ils contiennent de 5 à 17 g de tabac, comparativement aux cigarettes qui n'en contiennent qu'un gramme.</p> <p>Les pipes brûlent des quantités très variables de tabac.</p>	<p>Les taux de nicotine et de goudron sont plus élevés que ceux qui sont contenus dans la cigarette.</p> <p>Moins d'inhalation qu'avec la cigarette, mais le cigare et la pipe causent des problèmes pulmonaires ainsi que des cancers de la bouche, du larynx, des poumons, de l'œsophage et du pancréas. Les fumeurs de pipe et de cigares courent aussi plus de risques de souffrir de maladies cardiovasculaires, comparativement aux non-fumeurs (Iribarren <i>et al.</i>, 1999 ; USDHHS, 1982).</p>
Bidis	<p>Il s'agit de cigarettes importées de l'Inde. Elles sont minces, faites à la main et roulées dans une feuille végétale de tendu ou de temburni. Il en existe différentes saveurs.</p>	<p>Les taux de nicotine et de goudron sont plus élevés que ceux de la cigarette (Watson <i>et al.</i>, 2003).</p> <p>Leur usage augmente les risques de maladies cardiovasculaires, de bronchite chronique ainsi que les risques de cancer des poumons et du système digestif (Mangunegoro et Sutoyo, 1996 ; Pais <i>et al.</i>, 1996 ; Sankaranarayanan <i>et al.</i>, 1991).</p>
Kreteks	<p>Il s'agit de cigarettes importées de l'Indonésie et elles existent en plusieurs saveurs mélangées avec du clou de girofle et d'autres produits.</p>	<p>Les taux de nicotine sont aussi élevés que ceux de la cigarette et ce type de tabac contient 28 produits carcinogènes (Benowitz, 1998 ; National Cancer Institute, 1992).</p> <p>Leur usage est associé à la fibrose des muqueuses buccales, à la leucoplasie, aux cancers de la bouche (lèvres, langue, gencives, oropharynx) ainsi qu'à des caries dentaires et à des gingivites (USDHHS, 1986).</p>
Tabac à priser	<p>Ce type de tabac est une poudre sèche ou humide qui est inhalée et absorbée par les narines.</p>	<p>Son usage est associé à la bronchite chronique, aux tumeurs des lèvres et aux maladies dentaires (International Council of Nurses, 2003).</p>
Tabac à chiquer	<p>Il s'agit d'un tabac en forme de feuille qui possède une certaine saveur et qui, une fois mâché, est placé entre la joue et la gencive.</p>	
Shisha	<p>Il s'agit d'un tabac mélangé avec de la mélasse et des saveurs de fruits. La fumée du tabac traverse une pipe à réservoir comme un narguilé (houka) avant d'être inhalée et absorbée par les poumons.</p> <p>Traditionnellement utilisé pour fumer le hashish et l'opium, le houka sert aussi actuellement à fumer le shisha. Consommé de cette façon, le tabac est plus doux et procure une sensation de refroidissement dans la gorge.</p>	

ANNEXE 2

MÉDICAMENTS QUI PEUVENT AIDER À CESSER DE FUMER

Médicament	Posologie	Informations au client
<p>Gomme de nicotine</p> <p>Gomme Nicorette®, 2 mg</p> <p>Gomme plus Nicorette®, 4 mg</p> <p>Disponibles sans ordonnance</p>	<p>La gomme est disponible en doses de 2 mg et de 4 mg :</p> <ul style="list-style-type: none"> › Utiliser la dose de 2 mg si la première cigarette est fumée plus de 30 minutes après le réveil ; › Utiliser la dose de 4 mg si la première cigarette est fumée au cours des 30 minutes qui suivent le réveil. <p>La gomme peut être consommée selon un horaire fixe, mais elle peut aussi être utilisée au besoin.</p> <p>› Recommander :</p> <ul style="list-style-type: none"> › 1 gomme à l'heure pendant le 1^{er} mois ; › 1 gomme aux 2 à 4 heures pendant le 2^e mois ; › 1 gomme aux 4 à 8 heures pendant le 3^e mois. <p>La posologie ne devrait pas dépasser 20 gommes par jour.</p> <p>Un traitement de 12 semaines est recommandé, bien qu'un traitement de 8 semaines soit aussi efficace.</p> <p>Si la personne craint une rechute, elle peut poursuivre le traitement pendant 12 autres semaines.</p>	<p>La technique de mastication est très importante pour éviter l'apparition d'effets secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> › Mâcher la gomme 2 à 3 fois, puis l'immobiliser entre la joue et la gencive pendant 1 minute pour favoriser l'absorption de la nicotine par la muqueuse buccale ; › Mastiquer la gomme de nouveau 2 ou 3 fois et la transférer ensuite de l'autre côté ; › Répéter ces étapes pendant 30 minutes ; › Ne pas boire ni manger 15 minutes avant et pendant l'utilisation de la gomme ; › Garder hors de portée des enfants et des animaux, car ce produit est nocif pour eux.
<p>Inhalateur de nicotine Nicorette®</p> <p>Disponible sans ordonnance</p>	<p>L'inhalateur est constitué d'un embout buccal et de cartouches de 10 mg de nicotine à insérer dans l'embout. Il est utilisé comme s'il s'agissait d'une cigarette. Malgré son appellation, la nicotine ne se rend pas aux poumons, mais est absorbée dans la bouche et la gorge.</p> <p>La dose initiale de l'inhalateur Nicorette varie selon le client :</p> <ul style="list-style-type: none"> › Utiliser de 6 à 12 cartouches par jour pendant une période allant jusqu'à 12 semaines ; › Réduire progressivement la dose sur une période de 6 à 12 semaines ; › Le traitement peut être cessé quand seulement 1 ou 2 cartouches par jour suffisent. <p>L'emploi de l'inhalateur de nicotine pendant plus de 6 mois n'est pas recommandé par le fabricant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Inhaler la vapeur de nicotine à travers l'embout buccal ; › De fréquentes inhalations pendant 20 minutes procurent un effet optimal en permettant de libérer 4 mg de la nicotine contenue dans la cartouche ; › L'utilisation d'une cartouche pendant 10 minutes permet 2 utilisations ; › Garder hors de portée des enfants et des animaux, car ce produit est nocif pour eux ; › Conserver les cartouches à l'abri de la lumière et de l'humidité ; › Une fois ouverte, la cartouche peut être utilisée pendant 24 heures.

Effets secondaires possibles	Contre-indications	Avantages/Notes
<ul style="list-style-type: none"> › Douleur musculaire à la mâchoire ; › Irritation de la bouche ou de la gorge ; › Troubles digestifs : nausées, vomissements ; › Hoquet si la gomme est mastiquée trop rapidement. 	<ul style="list-style-type: none"> › Infarctus du myocarde récent ; › Accident vasculaire cérébral récent ; › Angine instable ou sévère ; › Arythmie sévère ; › Grossesse ou allaitement ; › Être âgé de moins de 18 ans ; › Maladie de l'articulation temporo-mandibulaire active. 	<ul style="list-style-type: none"> › Permet de décider quand prendre la nicotine et de contrôler la dose ; › Satisfait le besoin oral ; › Aide à contrôler la prise de poids pendant le traitement ; › Est remboursé par le régime général d'assurance médicaments pour une période de 12 semaines consécutives, une fois par année, sur ordonnance.
<ul style="list-style-type: none"> › Toux ; › Irritation de la gorge et pharyngite ; › Stomatite ; › Rhinite ; › Céphalées ; › Dyspepsie et nausées. 	<ul style="list-style-type: none"> › Infarctus du myocarde récent ; › Accident vasculaire cérébral récent ; › Angine instable ou sévère ; › Arythmie sévère ; › Grossesse ou allaitement ; › Être âgé de moins de 18 ans ; › Hypersensibilité ou allergie au menthol. <p>L'inhalateur doit être utilisé avec prudence chez les personnes atteintes d'une affection bronchospasmodique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Permet de décider quand prendre la nicotine et de contrôler la dose ; › Satisfait le rituel « main-bouche ».

ANNEXE 2 (SUITE)

Médicament	Posologie	Informations au client
<p>Timbre de nicotine</p> <p>Nicoderm®</p> <p>Habitrol^{MC}</p> <p>Disponibles sans ordonnance</p>	<p>Le timbre de nicotine est disponible sous deux marques de commerce. Les deux offrent trois doses différentes : 21 mg, 14 mg et 7 mg.</p> <p>Les fabricants recommandent une posologie différente en fonction du nombre de cigarettes fumées.</p> <p>Si le client fume plus de 10 cigarettes/jour, recommander :</p> <ul style="list-style-type: none"> › 21 mg pendant les 4 à 6 premières semaines ; › 14 mg pendant les 2 à 4 semaines suivantes ; › 7 mg pendant les 2 à 4 dernières semaines. <p>Si le client fume moins de 10 cigarettes/jour, recommander :</p> <ul style="list-style-type: none"> › 14 mg pendant les 6 à 8 premières semaines ; › 7 mg pendant les 2 à 4 semaines suivantes. 	<ul style="list-style-type: none"> › Au réveil, mettre le timbre sur une zone sans poil, entre le cou et la taille ; › Changer de timbre après 24 heures ; › Changer de site d'application chaque jour et ne pas réutiliser le même site pendant une période de 7 jours ; › Suggérer de retirer le timbre avant le coucher, si des cauchemars surviennent, et d'en mettre un nouveau le lendemain ; › Garder hors de portée des enfants et des animaux, car ce produit est nocif pour eux ; › Jeter le timbre hors de portée des enfants en le remettant dans son enveloppe.
<p>Bupropion</p> <p>Zyban®</p> <p>Disponibles sur ordonnance seulement</p>	<p>Le bupropion est un antidépresseur dont l'efficacité pour cesser de fumer a été démontrée. Il est disponible comme antidépresseur (Wellbutrin SR) ou comme aide pour l'abandon du tabac (Zyban).</p> <p>Il n'y a qu'une seule dose sur le marché, soit 150 mg.</p> <ul style="list-style-type: none"> › Commencer le traitement en prenant 150 mg par jour pendant 3 jours ; › Prendre ensuite 150 mg, 2 fois par jour pendant 7 à 12 semaines ; toujours respecter un intervalle de 8 heures entre les 2 doses ; › Commencer le traitement 1 ou 2 semaines avant de cesser de fumer. <p>La durée du traitement recommandée est de 12 semaines, mais il est possible de prolonger le traitement pendant une année entière.</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Avaler le comprimé et ne pas le mâcher, ni le diviser ni l'écraser ; › Ne pas dépasser 300 mg par jour ; › Ne jamais prendre une dose unique de plus de 150 mg ; › Toujours respecter un intervalle de 8 heures entre les 2 doses à cause des risques de convulsions ; › Suggérer de devancer la dose du soir à l'heure du souper ou de prendre seulement la dose du matin, si le médicament cause de l'insomnie.

IMPORTANT : CE TABLEAU EST PROPOSÉ À TITRE INDICATIF SEULEMENT. POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS QUI SERAIENT NÉCESSAIRES À LA PRISE DE DÉCISION CLINIQUE, CONSULTER LES MONOGRAPHIES DU MANUFACTURIER ET SUIVRE LES DIRECTIVES QUI Y SONT INDIQUÉES.

Source : Association des pharmaciens du Canada (2006).

Effets secondaires possibles	Contre-indications	Avantages/Notes
<ul style="list-style-type: none"> › Irritation de la peau ; › Problèmes de sommeil et cauchemars. 	<ul style="list-style-type: none"> › Infarctus du myocarde récent ; › Accident vasculaire cérébral récent ; › Angine instable ou sévère ; › Arythmie sévère ; › Grossesse ou allaitement ; › Être âgé de moins de 18 ans ; › Allergie aux pansements adhésifs ; › Maladie cutanée généralisée. 	<ul style="list-style-type: none"> › Nécessite seulement une application par jour ; › Contrôle le besoin de nicotine pendant 24 heures ; › Aide à contrôler la prise de poids pendant le traitement ; › Est remboursé par le régime général d'assurance médicaments pour une période de 12 semaines consécutives, une fois par année, sur ordonnance.
<ul style="list-style-type: none"> › Sécheresse de la bouche ; › Insomnie. 	<p>Il existe plusieurs contre-indications qui sont, pour la plupart, liées au risque de convulsions associé à ce médicament :</p> <ul style="list-style-type: none"> › Troubles convulsifs ; › Prise de bupropion comme anti-dépresseur ; › Diagnostic ou antécédents de boulimie ou d'anorexie ; › Sevrage éthylique abrupt ; › Retrait soudain de benzodiazépines ou d'autres sédatifs ; › Hypersensibilité au bupropion ; › Prise d'un antidépresseur de la classe des inhibiteurs de la monoamine-oxydase ou de thioridazine ou utilisation depuis moins de 14 jours de ces médicaments. <p>Il existe aussi plusieurs mises en garde et précautions dont il faut tenir compte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> › Traite la dépression ; › Aide à contrôler le poids temporairement ; › Est remboursé par le régime général d'assurance médicaments pour une période de 12 semaines consécutives, une fois par année, sur ordonnance.

ANNEXE 3

RESSOURCES

- › **La ligne téléphonique sans frais J'Arrête 1 866 jarrete (1 866 527-7383)** : du lundi au jeudi de 8 h à 21 h et le vendredi de 8 h à 20 h ; permet de parler à un spécialiste formé pour soutenir les fumeurs qui désirent cesser de fumer.
- › **La ligne téléphonique sans frais 1 888 POUMON-9 (1 888 768-6669 poste 232)** : du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30 ; offre un service personnalisé et assuré par des professionnels de la santé spécialement formés en abandon du tabac.
- › **Le site Internet www.jarrete.qc.ca** : propose une approche interactive et offre une section aux adolescents et une autre aux adultes ; permet d'obtenir de l'aide en ligne.
- › **Les centres d'abandon du tabagisme** : offrent des consultations individuelles ou des programmes de groupe sur rendez-vous avec des professionnels de la santé spécialement formés en abandon du tabac. Il existe plus de 150 centres établis dans les différentes régions du Québec. Le **1 866 527-7383** ou le site **www.jarrete.qc.ca** permet de connaître le centre le plus près du domicile du fumeur.
- › Pour commander le **Répertoire québécois des ressources visant la réduction du tabagisme au Québec** : Conseil québécois sur le tabac et la santé
4126, rue Saint-Denis, bureau 302, Montréal (Québec), H2W 2M5 ;
Téléphone : 514 948-5317 ; Télécopieur : 514 948-4582 ;
Courriel : info@cqts.qc.ca ; Internet : www.cqts.qc.ca
- › **Les ressources et les programmes destinés aux personnes des Premières nations** :
 - National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization
Téléphone : 450 632-0892.
 - Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 250, place Chef Michel-Laveau, Wendake (Québec), G0A 4V0 ;
Téléphone : 418 842-1540 ; Télécopieur : 418 842-7045 ;
Courriel : iverret@csspnl.com ; Internet : <http://csspnl.com>

› Les organismes qui disposent de plusieurs ressources concernant l'abandon du tabac

Nom	Adresse	Coordonnées
ACTI-MENU	2064, rue Saint-Hubert Montréal (Québec) H2L 3Z5	Téléphone : 514 985-2466 Télécopieur : 514 844-0786 Courriel : information@actimenu.ca Internet : www.actimenu.ca
Association pulmonaire du Québec	855, rue Sainte-Catherine Est Bureau 222 Montréal (Québec) H2L 4N4	Téléphone : 514 287-7400 Extérieur : 1 800 295-8111 Télécopieur : 514 287-1978 Courriel : info@pq.poumon.ca Internet : www.pq.poumon.ca
Conseil québécois sur le tabac et la santé	4126, rue Saint-Denis Bureau 302 Montréal (Québec) H2W 2M5	Téléphone : 514 948-5317 Télécopieur : 514 948-4582 Courriel : info@cqts.qc.ca Internet : www.cqts.qc.ca
Fondation des maladies du cœur du Québec	1434, rue Sainte-Catherine Ouest Bureau 500 Montréal (Québec) H3G 1R4	Téléphone : 514 871-1551 Extérieur : 1 800 567-8563 Télécopieur : 514 871-9385 Internet : ww2.fmcoeur.ca
Société canadienne du cancer	5151, boul. de l'Assomption Montréal (Québec) H1T 4A9	Téléphone : 514 255-5151 Télécopieur : 514 255-2808 Courriel : webmestre@quebec.cancer.ca Internet : www.cancer.ca

ANNEXE 4

TEST SUR LES RAISONS DE FUMER

Indiquez à côté des énoncés suivants le chiffre qui décrit le mieux votre expérience

1 = Jamais

2 = Rarement

3 = De temps
en temps

4 = La plupart
du temps

5 = Toujours

- A. Je fume pour ne pas ralentir dans mes activités
- B. Tenir une cigarette fait partie du plaisir de fumer
- C. Il est agréable et reposant de fumer
- D. J'allume une cigarette lorsque je suis en colère
- E. Être à court de cigarettes me semble presque une torture
- F. Pour moi, fumer est un automatisme ; je ne m'en rends même pas compte
- G. Je fume lorsque les personnes de mon entourage fument
- H. Je fume pour me remonter le moral
- I. Le fait de me préparer à allumer une cigarette fait partie intégrante du plaisir que j'ai à fumer
- J. J'éprouve beaucoup de plaisir lorsque je fume
- K. J'allume une cigarette lorsque je suis mal à l'aise ou contrarié(e)
- L. Je suis très conscient(e) des moments où je ne fume pas
- M. Il m'arrive souvent d'allumer une cigarette lorsque j'en ai déjà une qui se consume dans le cendrier
- N. Je fume lorsque je m'amuse avec mes amis
- O. Quand je fume, je prends plaisir à regarder la fumée que j'exhale
- P. J'ai plus souvent envie d'une cigarette lorsque je suis à l'aise et détendu(e)
- Q. Je fume lorsque je n'ai pas le moral et que je souhaite me changer les idées
- R. J'éprouve une forte envie de fumer lorsque cela fait un bon moment que je n'ai pas fumé
- S. Il m'arrive d'avoir une cigarette aux lèvres sans même m'en rendre compte
- T. Je fume toujours quand je suis en compagnie d'amis, à une soirée, dans un bar, etc.
- U. Je fume pour me remettre d'aplomb

CARTE DES RÉSULTATS DU TEST SUR LES RAISONS DE FUMER

Transcrivez le chiffre que vous avez écrit à côté de chaque lettre du TEST SUR LES RAISONS DE FUMER à côté de la même lettre sur la carte des résultats.

Par exemple, si vous avez répondu « 3 » à la question « C » du test, inscrivez « 3 » à côté de la lettre « C » de la carte des résultats. Ensuite, faites le total de chaque catégorie

<p>A ___ H ___ U ___ « Stimulation » Total ___</p>	<p>« FUMER ME STIMULE » Un résultat élevé dans cette catégorie indique que vous pensez que fumer vous donne de l'énergie et vous remet d'aplomb. Par conséquent, vous devriez envisager des solutions de rechange qui vous donnent de l'énergie, telles que vous laver la figure, vous promener d'un bon pas ou faire du jogging. Les personnes qui font partie de cette catégorie peuvent bénéficier d'une aide pharmacologique pour cesser de fumer.</p>
<p>B ___ I ___ O ___ « S'occuper les mains » Total ___</p>	<p>« J'AI BESOIN D'AVOIR QUELQUE CHOSE DANS LA MAIN » Vous pouvez faire beaucoup d'autres choses pour vous occuper les mains. Essayez de gribouiller avec un crayon, de faire du tricot ou encore de jouer avec une « fausse » cigarette. Les personnes qui font partie de cette catégorie peuvent bénéficier d'une aide pharmacologique pour cesser de fumer.</p>
<p>C ___ J ___ P ___ « Plaisir/détente » Total ___</p>	<p>« C'EST AGRÉABLE » Un résultat élevé dans cette catégorie signifie que vous prenez beaucoup de plaisir physique à fumer. Diverses formes d'exercice peuvent remplacer cette mauvaise habitude de façon efficace. Les personnes qui font partie de cette catégorie peuvent bénéficier d'une aide pharmacologique pour cesser de fumer.</p>
<p>D ___ K ___ Q ___ « Soutien/tension » Total ___</p>	<p>« C'EST UN SOUTIEN » Le fait de trouver un certain réconfort dans la cigarette pendant les moments de stress peut rendre la cessation difficile. Toutefois, il existe de nombreuses façons de faire face au stress. Apprenez plutôt à mieux respirer pour vous détendre ou à utiliser d'autres techniques de relaxation. Les personnes qui font partie de cette catégorie peuvent bénéficier d'une aide pharmacologique pour cesser de fumer.</p>
<p>E ___ L ___ R ___ « Envie/dépendance » Total ___</p>	<p>« JE SUIS ACCROCHÉ(E) » En plus de souffrir d'une dépendance psychologique, vous risquez également de souffrir de dépendance physique à la nicotine. Il est difficile de s'en débarrasser, mais on peut y arriver. Les personnes qui font partie de cette catégorie sont celles qui bénéficieront vraisemblablement le plus d'une aide pharmacologique pour cesser de fumer.</p>
<p>F ___ M ___ S ___ « Habitude » Total ___</p>	<p>« CELA FAIT PARTIE DE MA VIE QUOTIDIENNE » Si la cigarette fait simplement partie de votre vie quotidienne, il est primordial que vous preniez conscience de chaque cigarette que vous fumez. Il est bon de conserver un journal ou de prendre note de chaque cigarette que vous fumez, par exemple, à l'intérieur de votre paquet de cigarettes. Les personnes qui font partie de cette catégorie peuvent bénéficier d'une aide pharmacologique pour cesser de fumer.</p>
<p>G ___ N ___ T ___ « Fumeur social » Total ___</p>	<p>« JE SUIS UN FUMEUR SOCIAL » Vous fumez en société, lorsque vous êtes entouré(e) de personnes qui fument et que l'on vous offre une cigarette. Il est important de rappeler aux gens que vous ne fumez pas. Vous pouvez choisir de modifier vos comportements sociaux pour éviter les « stimulants » qui vous incitent à fumer de nouveau. Les personnes qui font partie de cette catégorie peuvent bénéficier d'une aide pharmacologique pour cesser de fumer.</p>

Encerclez les totaux les plus élevés. Ils vous indiquent les raisons les plus vraisemblables pour lesquelles vous fumez.

ANNEXE 5

EXEMPLE D'UNE INTERVENTION

- › **Demander :** « Est-ce que vous fumez ? »
Si la réponse est positive :
- › **Demander au client la permission d'en discuter avec lui :** « Accepteriez-vous que nous prenions quelques minutes pour discuter de la cigarette ? »
- › **Conseiller le client, par exemple :** « Je dois vous dire que cesser de fumer est la décision la plus importante que vous puissiez prendre pour conserver votre santé maintenant et dans le futur. Qu'en pensez-vous ? » OU
« La décision la plus importante que vous puissiez prendre pour conserver votre santé est de cesser de fumer. Qu'en pensez-vous ? »
- › **Évaluer la dépendance du client :** (Tableau 13, p. 41)
« Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? »
« Combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette ? »
« De quelle façon la cigarette affecte-t-elle votre vie maintenant ? »
« Quand vous êtes 24 heures et plus sans fumer, comment vous sentez-vous ? »
- › **Évaluer l'historique du client :**
« Avez-vous déjà essayé de cesser de fumer par le passé ? » (« Quand, comment, pourquoi, pendant combien de temps ? »)
« Quelle raison vous a amené à cesser de fumer ? »
« Pour quelle raison avez-vous recommencé à fumer ? »
- › **Évaluer le stade du changement du client :** (Tableau 7, p. 35)
« Quand pensez-vous cesser de fumer ? » OU
« Avez-vous l'intention de cesser de fumer dans les 30 prochains jours ? » OU
« Que seriez-vous prêt à faire maintenant concernant l'usage du tabac ? » OU
« Comment vous sentez-vous face à l'idée d'abandonner l'usage du tabac ? »
- › **Intervenir en fonction du stade du changement du client :**
Voir conduite clinique (Figure 4, p. 45)
Offrir du matériel éducatif
Informar le client des ressources disponibles
- › **Donner un renforcement positif :**
« Je vous félicite de parler de votre tabagisme avec moi » OU
« Merci de prendre le temps d'en parler avec moi » OU
« Je vous félicite d'avoir pris la décision de faire une autre tentative prochainement »
« Je suis intéressée à vous aider à cesser de fumer. Aimerez-vous que je vous aide ? »

