
Guide de pratiques visant à soutenir l'abandon du tabagisme à l'intention des conseillers en centres d'abandon du tabagisme et à la ligne j'Arrête

Le Québec *respire* mieux



ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été préparé par le Service de la promotion des saines habitudes de vie de la Direction générale de la santé publique.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-73439-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2015

Rédaction

Chantal Gohier, professionnelle de recherche, Direction générale, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS)

Line Gagné, professionnelle de recherche, Direction générale, CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Collaboration à la rédaction de l'information relative aux rôles et aux responsabilités des acteurs qui soutiennent l'abandon du tabagisme en CIUSSS et dans les RTS

Geneviève Guindon, assistante à la coordination professionnelle, Direction générale, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Sophie Gaudreau, professionnelle de recherche, Direction générale, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Collaboration à la rédaction de certains aide-mémoires

Denis Petitot, conseiller en abandon du tabagisme, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSS de Lanaudière)

Anik Lamborelle, formatrice, ligne j'Arrête

Coordination

Geneviève Guindon, assistante à la coordination professionnelle, Direction générale, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Julie Lane, conseillère-cadre par intérim, Direction générale, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Recension des écrits

Chantal Gohier, professionnelle de recherche, Direction générale, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Line Gagné, professionnelle de recherche, Direction générale, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Stéphanie Marengo, professionnelle de recherche, Direction générale, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Approbation des orientations des travaux par le comité de suivi du projet

Caroline de Pokomandy-Morin, Direction générale de la santé publique, MSSS

Yovan Fillion, coordonnateur de la lutte contre le tabagisme, Service de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

Jean-Maurice Roy, agent de planification de programmation et de recherche (APPR), Service de la promotion des saines habitudes de vie, MSSS

André Marchand, responsable du programme de lutte contre le tabagisme, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Denis Petitot, conseiller en abandon du tabagisme CISSS de Lanaudière

Michèle Tremblay, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

Isabelle Éthier, directrice, ligne j'Arrête

Christiane Ste-Croix, formatrice régionale, CISSS de la Gaspésie

Nicole Bégin, conseillère en abandon du tabagisme, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Comité de relecture

Jean-Maurice Roy, (APPR), MSSS

Denis Petitot, conseiller en abandon du tabagisme, CISSS de Lanaudière

Anik Lamborelle, formatrice, Ligne j'Arrête

André Marchand, responsable du programme de lutte contre le tabagisme CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Madeleine Paradis, conseillère en abandon du tabagisme, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Ann Royer, responsable de l'évaluation, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Citation suggérée

GOHIER, C. et L. GAGNÉ (2015). *Guide de pratiques visant à soutenir l'abandon du tabagisme à l'intention des conseillers en centre d'abandon du tabagisme et à la ligne j'Arrête*, Direction de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 111 p.

Secrétariat

Valérie Plante, technicienne en bureautique, Direction générale, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

Félicia Letendre, agente administrative, Direction générale, CIUSSS de l'Estrie - CHUS

REMERCIEMENTS

La production du présent document a été possible grâce à la collaboration et à l'investissement des personnes suivantes, que nous souhaitons remercier chaleureusement.

Les conseillers suivants, qui ont participé à l'analyse des besoins de formation des conseillers en abandon du tabagisme lors d'entrevues et qui nous ont généreusement fait part de leurs besoins concernant les pratiques qui permettent de soutenir l'abandon du tabagisme.

Julie Cossette du CIUSSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec, Nancy Hogue du CISSS des Laurentides, Marilène Bélisle et Jacinthe Blanchet du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Johanne Morel du CIUSSS de la Capitale-Nationale, Chantale Roy du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Linda Charest du CISSS de la Montérégie-Centre, Jean Pepin du CISSS de la Montérégie-Est, Christiane Houle du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Josiane Kiliko du CISSS de Laval et Lélia Lessard du CISSS de la Côte-Nord.

Chacun des 92 conseillers qui ont participé à l'analyse des besoins au moyen du système de sondage *Androfact* sur Internet. Nous n'avons pas de liste nominative de ces conseillers, mais nous tenons à les remercier, tous, pour leur précieuse et réelle contribution et leurs commentaires pertinents.

Les répondants suivants du « Dossier tabac » et les formateurs régionaux, qui ont nourri, par la richesse de leur expertise, la réflexion sur l'utilité d'un guide de pratiques à l'intention des conseillers ainsi que sur les éléments à inclure dans un tel guide :

Dre Denise Beauséjour du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Anne-Sophie Brunelle du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Jeannine Buteau du CISSS de l'Outaouais, Caroline Cejka du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, Julie Chagnon du CISSS de Lanaudière, Suzanne Clermont et Anick Lamborelle de la ligne j'Arrête, Stéphanie Denoncourt du CISSS du Bas-Saint-Laurent, Diane Duranleau du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Dre Claire Jutras du CISSS des Laurentides, Sylvie Lamirande du CISSS de Chaudière-Appalaches, Danielle Léveillé du CISSS de l'Outaouais, André Marchand du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, Sarah Monette du CISSS de Lanaudière, Jean Pepin du CISSS de la Montérégie-Est, Denis Petitot du CISSS de Lanaudière, Nancy Plourde du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CS de Chibougamau et CS René-Ricard), Dre Joanne Provencher du CIUSSS de la Vieille-Capitale, Christiane Ste-Croix du CISSS de la Gaspésie.

Les participants au projet pilote de formation des formateurs, qui nous ont fourni de précieux commentaires en vue d'améliorer l'arrimage du contenu du guide avec la pratique des conseillers.

Anne-Sophie Brunelle du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Suzanne Clermont et Anick Lamborelle de la ligne j'Arrête, Guylaine Émond du CISSS de la Montérégie-Ouest, Françoise Gendron du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Dre Claire Jutras du CISSS des Laurentides, France Martin du CISSS de Laval, Catherine V. Perreault du CIUSSS de la Capitale-Nationale ainsi que Ellen Ward du CISSS de la Côte-Nord.

Les personnes suivantes, qui ont travaillé à la rédaction de l'édition 2010 du *Guide des conseillers en abandon du tabagisme des centres d'abandon du tabagisme* et dont les travaux ont contribué à inspirer le présent guide :

Réjean Lamontagne, MSSS, Guy Thibault et Mélanie Lemieux, ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR), Dr André Gervais, CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, Diane Côté, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, France Côté, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, Dre Dallal Badlissi, CISSS de Lanaudière, Dr Gaston Ostiguy, Institut thoracique de Montréal (ITM), André Bourgeois, Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS), Dr Conrad Pouliot, CISSS de Chaudière-Appalaches, Jean-Paul Gagné, CISSS de la Montérégie-Centre, Dre Michèle Tremblay, INSPQ, Nancy Légaré, Institut Philippe-Pinel, Réjean Lamontagne, MSSS, Flory Doucas,

Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (CQCT).

Et enfin, Annick Simard du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui a participé à la vérification du contenu portant sur l'abandon du tabagisme relativement à la santé mentale.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	2
2. LES CONNAISSANCES SUR LE TABAGISME	3
3. LES SERVICES OFFERTS POUR SOUTENIR L'ABANDON DU TABAGISME	7
4. LES PRATIQUES À INCLURE DANS L'INTERVENTION VISANT À SOUTENIR L'ABANDON DU TABAGISME	11
4.1 Accueillir et créer une relation propice à la collaboration	14
4.2 Prendre connaissance de la situation tabagique	17
4.3 Estimer l'étape de changement	20
4.4 Explorer et construire la motivation	23
4.5 Faciliter l'élaboration d'un plan d'action	28
4.6 Soutenir l'arrêt et prévenir la rechute	32
4.7 Adapter l'intervention aux caractéristiques des adolescents	36
4.8 Adapter l'intervention aux caractéristiques de la femme enceinte ou qui allaite	39
4.9 Adapter l'intervention aux caractéristiques de la personne ayant un trouble de santé mentale	42
4.10 Adapter l'intervention aux caractéristiques de la personne dont la situation socioéconomique est précaire	46
4.11 Informer et outiller en accord avec les principes de l'entretien motivationnel	49
4.12 Informer et outiller relativement au phénomène de la dépendance	52
4.13 Informer et outiller relativement aux symptômes de sevrage	55
4.14 Informer et outiller relativement à la gestion du stress	58
4.15 Informer et outiller relativement à la prise de poids	61
4.16 Informer et outiller relativement à l'activité physique	64
4.17 Renseigner sur les aides pharmacologiques en général	66
4.18 Renseigner sur les aides pharmacologiques remboursables	70
4.19 Intervenir en groupe	73
5. BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXE	91

À la mémoire de Pierre et de toutes les personnes dont la vie a été emportée par
le tabagisme
À celles qui souhaitent aujourd'hui s'affranchir du tabagisme afin de vivre
pleinement
Aux conseillers qui croient en elles et qui les accompagnent

1. INTRODUCTION

À qui s'adresse ce guide?

Le présent guide de pratiques s'adresse à vous, conseillères et conseillers en abandon du tabagisme qui travaillez dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT) et à la ligne j'Arrête.

Pourquoi un guide à l'intention des conseillers des CAT et de la ligne j'Arrête?

Ce guide, complémentaire de votre formation de base, vise à vous soutenir dans l'appropriation de votre rôle de conseiller en abandon du tabagisme. Il vise plus particulièrement à vous soutenir lorsque vous accompagnez une personne dans sa démarche de changement menant à l'abandon du tabagisme. À cet égard, vous jouez un rôle essentiel. Vous avez à accueillir la personne, à prendre connaissance de sa situation tabagique et à la guider dans sa démarche. Vous êtes également appelé à la référer vers d'autres services des CISSS ou des CIUSSS, des partenaires du réseau territorial de services (RTS) ou vers les autres services j'Arrête. Pour bien jouer votre rôle, vous devez disposer d'outils pratiques, efficaces et facilement accessibles. Le guide vise également à vous soutenir lorsque vous accompagnez des groupes de personnes dans une démarche d'abandon du tabagisme.

Quelle est l'utilité du guide?

Le guide propose un processus d'intervention simplifié et soutient l'harmonisation des pratiques en vue d'instaurer un langage commun et de s'assurer que les pratiques déployées sont efficaces. Il présente les pratiques à mettre de l'avant pour soutenir l'abandon du tabagisme. Il ne peut, à lui seul, mener au développement ou au rehaussement des compétences. Bien que ce guide constitue une référence complémentaire de votre formation de base pour soutenir l'abandon du tabagisme, il ne peut remplacer cette formation. Toutefois, en plus de constituer un outil de référence à la pratique, il servira à alimenter les efforts et les réflexions déployés en vue d'améliorer les pratiques actuelles. Ces efforts et ces réflexions pourront s'ajouter aux bonnes pratiques et aux initiatives en abandon du tabagisme ayant déjà cours sur plusieurs territoires.

Le guide ne se substitue pas à votre jugement professionnel. Ce jugement doit être exercé au moment d'utiliser les pratiques proposées, et ce, afin de prendre des décisions éclairées pour accompagner la personne dans sa démarche de changement menant à l'abandon du tabagisme.

D'où vient ce guide?

Le guide s'inspire des travaux précédents relatifs à la formation nationale des formateurs et des conseillers en CAT et à la ligne j'Arrête. Il est conçu en accord avec les travaux du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui a lancé le projet Optimisation des services en abandon du tabagisme du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT). Ce projet d'optimisation a pour objectif d'améliorer et de maintenir la qualité des services offerts dans les CAT et à la ligne j'Arrête, notamment. Le rehaussement de la formation des conseillers, en CAT et à la ligne j'Arrête, et du guide complémentaire de cette formation s'inscrit dans les mesures déployées en vue d'optimiser les services en abandon du tabagisme.

La Direction de la santé publique du MSSS a choisi de s'associer au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS) en vue de rehausser la formation de base des conseillers en CAT et à la ligne j'Arrête. Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS a la désignation d'institut universitaire de gériatrie et celle de centre affilié universitaire. Ces désignations lui attribuent le mandat de contribuer à l'excellence dans les services et de soutenir l'ensemble des CISSS et des CIUSSS et leurs partenaires, tant en matière d'innovation clinique qu'en matière d'enseignement et de recherche. Au regard de cette double désignation, le CIUSSS de l'Estrie - CHUS a acquis une expertise particulière en ce qui concerne :

- la conception de guides de pratiques;
- la réalisation de processus de concertation;
- la conception de démarches partenariales adaptées aux besoins exprimés;

- la définition et la diffusion de moyens visant à favoriser la mise en commun de connaissances entre intervenants, gestionnaires et chercheurs dans les CISSS et CIUSSS.

En raison de cette expertise, le MSSS sollicite la collaboration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS dans plusieurs projets d'implantation ou d'intégration des pratiques (ex. : démarche d'implantation des bonnes pratiques en prévention du suicide, démarche d'intégration des services liés aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dans les CISSS et les CIUSSS, démarche de développement des compétences des gestionnaires et des intervenants des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Le présent guide s'inspire d'ailleurs du modèle des guides de pratique en prévention du suicide produits par le CIUSSS de l'Estrie - CHUS pour le MSSS et du *Guide de pratiques pour l'accompagnement d'étudiants* produit par le CIUSSS de l'Estrie - CHUS pour ses superviseurs.

Le rehaussement de la formation de base des conseillers en abandon du tabagisme et l'élaboration du présent guide, complémentaire de cette formation, constituent un exemple concret de travaux mis en œuvre par le CIUSSS de l'Estrie - CHUS afin de contribuer à l'excellence dans les services et de soutenir l'ensemble des CISSS, des CIUSSS et leurs partenaires.

En quoi le guide répond-il aux besoins des conseillers en CAT et à la ligne j'Arrête?

Une analyse de besoins a été effectuée auprès des conseillers en CAT et à la ligne j'Arrête afin de mieux cerner leurs besoins en matière de formation et d'outils. Les données issues de cette analyse ont permis d'orienter les travaux de rehaussement de la formation et d'élaboration du guide. Voici ce que cette analyse des besoins a permis de mettre en relief :

- Les conseillers ont le sentiment d'être insuffisamment outillés, même s'ils disposent de nombreux outils.
- Ils veulent être mieux outillés en ce qui a trait à l'entretien motivationnel et aux interventions dont l'efficacité est reconnue et qui sont adaptées à la réalité de leur pratique.
- Ils affirment avoir besoin d'être soutenus par leurs gestionnaires.
- Ils veulent travailler davantage en réseau.
- Ils estiment qu'il est pertinent et nécessaire pour eux de recevoir des formations qui mettent l'accent sur le développement des compétences.

L'analyse des besoins a également révélé qu'un guide regroupant les pratiques dont l'efficacité en abandon du tabagisme est reconnue serait utile aux conseillers dans l'exercice de leur rôle. Ce guide doit proposer un modèle d'intervention, fournir un cadre à la pratique et regrouper l'information et les outils nécessaires à cette pratique.

2. LES CONNAISSANCES SUR LE TABAGISME

Pourquoi faut-il soutenir l'abandon du tabagisme?

Au Québec, le tabagisme constitue un problème majeur de santé publique¹; il demeure la principale cause de maladies et de décès évitables². On estime qu'environ 10 000 personnes meurent chaque année d'une maladie associée au tabagisme, soit 1 décès sur 5³. Il est indispensable que les efforts se poursuivent en vue d'en réduire la prévalence. De plus, la majorité des personnes qui fument se préoccupent des méfaits du tabac sur leur santé⁴. Les personnes qui souhaitent cesser de fumer ont toutefois besoin d'aide pour y parvenir⁴. Pour une majorité, plusieurs tentatives sont nécessaires avant de parvenir à cesser définitivement de fumer⁵. Il importe que ces personnes aient accès à des services de soutien à l'abandon du tabagisme.



10 000
personnes
meurent
chaque année
des
conséquences
du tabagisme³.

Quel est le portrait du tabagisme au Québec?

Les données de surveillance de santé de la population québécoise montrent que le taux de tabagisme a connu une diminution significative au cours des dernières décennies au Québec. Dans la population âgée de 12 ans et plus, ce taux est passé de 34 % en 1992-1993 à 24,4 % en 2012^{6,7}. Ce taux prend seulement en compte les consommateurs de cigarettes.



Au Québec,
1,5 million
de personnes
fument⁹.

Malgré cette diminution prometteuse, le taux de tabagisme stagne depuis 2005⁷. La proportion des personnes qui fument au Québec demeure l'une des plus élevées à l'échelle canadienne⁸. Toutefois, le taux de tabagisme varie d'une région à une autre, d'où l'importance de connaître l'état de la situation dans votre région et sur le territoire de votre réseau territorial de services (RTS).

Des pistes de réflexion pour votre pratique

- Connaissez-vous le taux de tabagisme dans votre région ou sur le territoire de votre RTS?
- Est-ce que, dans votre région ou sur le territoire de votre RTS, les personnes qui fument présentent des caractéristiques particulières?
- Est-ce que ces personnes se retrouvent davantage dans des milieux, des secteurs ou des quartiers en particulier?

Quels sont les méfaits du tabagisme sur la santé?

Le tabagisme est associé à plusieurs dizaines de maladies et d'affections. Il touche pratiquement tous les systèmes et les organes du corps humain¹⁰. La recherche a depuis longtemps démontré que l'usage de la cigarette cause des dommages à la santé des personnes de tous âges : enfants à naître, nourrissons, enfants, adolescents, adultes¹¹. Une personne qui fume voit son espérance de vie réduite d'environ 10 ans¹².

Une personne qui fume voit son espérance de vie réduite d'environ 10 ans¹².

Pourquoi le tabagisme est-il nocif pour la santé?

Tous les produits du tabac renferment des substances chimiques toxiques¹³ pouvant, entre autres, causer le cancer ou en augmenter les risques. Ces substances sont absorbées par le corps au moment de la consommation du tabac, et ce, indépendamment du mode de consommation (ex. : tabac mâché, prisé, fumé)¹³. Quant à la fumée du tabac, elle contient plus de 7 000 produits chimiques¹⁴ dont 70 sont reconnus pour causer le cancer¹⁴ (ex. : acétone, ammoniac, plomb)¹⁵. Les produits du tabac sans fumée contiennent près d'une trentaine de produits cancérigènes¹³.

La fumée du tabac contient 7 000 produits chimiques, dont 70 sont reconnus pour causer le cancer¹⁴.

Quelles sont les principales maladies causées par le tabagisme?

Les principales maladies causées par le tabagisme sont :

- les cancers du poumon et des voies respiratoires ainsi que d'autres types de cancer (ex. : bouche, gorge, larynx, œsophage, vessie, estomac, reins, pancréas, col de l'utérus, leucémie). Le tabagisme augmenterait également les risques de cancer colorectal, du foie et de cancer du sein.
- les affections respiratoires chroniques, dont l'emphysème, la bronchite chronique, l'asthme, la pneumonie et la toux chronique.
- les maladies cardiovasculaires, dont les maladies coronariennes, l'anévrisme de l'aorte, l'athérosclérose et les accidents vasculaires cérébraux (AVC)^{10, 16, 17}.

Les cancers du poumon et d'autres types de cancer, les maladies et les problèmes respiratoires et les maladies cardiovasculaires sont les principales maladies causées par le tabagisme^{10, 16}.

Parmi les autres maladies et problèmes de santé causés par le tabagisme, on trouve entre autres les risques d'infertilité chez l'homme et chez la femme, les ulcères d'estomac¹⁸, un taux de cholestérol élevé, le vieillissement prématuré de la peau¹⁹, la mauvaise haleine, la diminution du goût et de l'odorat²⁰, l'ostéoporose et les troubles du sommeil²¹.

Quels sont les effets du tabagisme sur la grossesse?

Le tabagisme durant la grossesse peut entraîner des complications graves pour la femme et pour le fœtus²². En effet, il augmente notamment le risque de décollement placentaire, de rupture précoce des membranes et d'accouchement prématuré^{22, 23, 24, 25}. Le tabagisme nuit au développement de l'enfant à naître. Il peut ralentir la croissance et augmente le risque de faible poids à la naissance^{10, 24}. De plus, le tabagisme augmente le risque d'accoucher d'un enfant mort-né ou d'un enfant qui mourra dans les jours suivant sa naissance^{10, 24}. Enfin, le risque de mort subite du nourrisson est de trois à quatre fois plus élevé chez l'enfant dont la mère a fumé durant et après la grossesse¹⁰.

Le tabagisme durant la grossesse peut entraîner des complications graves pour la femme et pour le fœtus²².

Qu'est-ce que la fumée de tabac dans l'environnement et en quoi est-elle nocive?

La fumée de tabac dans l'environnement (FTE) est composée de la fumée exhalée par la personne qui fume et de la fumée provenant de la cigarette¹⁵. La FTE contient les mêmes substances chimiques et cancérigènes que la fumée inhalée par la personne qui fume, mais puisqu'elle est consommée à une température plus basse, elle présente des concentrations plus importantes de substances chimiques et cancérigènes²⁶. Les personnes qui sont exposées à la FTE courent un risque plus élevé d'être atteintes d'un cancer du poumon et d'autres types de cancer, de maladies cardiovasculaires, de maladies et de problèmes respiratoires^{20, 26}. Au Québec, une soixantaine de personnes meurent chaque année d'un cancer du poumon associé à l'exposition à la FTE et 145 autres personnes meurent d'une maladie cardiaque attribuée à celle-ci²⁶. La FTE est également associée à divers maux et problèmes de santé (ex.: irritation des yeux, de la gorge, maux de tête, nausées, étourdissements)²⁷. Les bébés et les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables à la FTE²⁸. Leur rythme et leur volume respiratoire de même que l'immaturité de leur système immunitaire les rend plus susceptibles que les adultes d'éprouver des maux et de contracter des maladies lorsqu'ils sont exposés à la FTE²⁸ (ex.: otites moyennes à répétition, bronchites, pneumonies)²⁹. La FTE est également associée à un plus faible poids à la naissance de même qu'à la mort subite du nourrisson²⁶.

Les personnes qui sont exposées à la FTE courent un risque plus élevé d'être atteintes d'un cancer du poumon et d'autres types de cancer, de maladies cardiovasculaires, de maladies et de problèmes respiratoires²⁰.

Quels sont les bienfaits de l'abandon du tabagisme?

Les personnes qui cessent de fumer en retirent rapidement de nombreux bienfaits (voir liste en annexe) et ce, quel que soit leur âge, qu'elles aient ou non une maladie et peu importe l'ampleur et la durée de leur consommation³⁰.

3. LES SERVICES OFFERTS POUR SOUTENIR L'ABANDON DU TABAGISME

Quels sont les services offerts pour soutenir l'abandon du tabagisme?

Promouvoir et soutenir l'abandon des habitudes tabagiques chez les personnes qui fument est une mesure qui augmente considérablement leurs chances de cesser de fumer³¹. Des services de soutien à l'abandon du tabagisme sont offerts dans les CAT, à la ligne téléphonique j'Arrête et sur le site Internet j'Arrête³. De plus, les professionnels de la santé et des services sociaux, dans le cadre de leur pratique régulière, soutiennent l'abandon du tabagisme³. Tous ces services de soutien à l'abandon du tabagisme sont complémentaires les uns des autres³. Le tableau A qui suit présente les services offerts en abandon du tabagisme. Il importe de bien connaître ces services afin d'y référer la personne que vous accompagnez, au besoin.

Tableau A Services en abandon du tabagisme

Service offert	Centre d'abandon du tabagisme (CAT)	Ligne j'Arrête	Site Internet j'Arrête	Professionnels de la santé et des services sociaux
Information et documentation	●	●	● Information seulement	●
Intervention brève ou complète	●	●	● Clavardage	●
Intervention intensive	● Individuelle (au téléphone ou en personne) ou de groupe	● Mode proactif (appels initiés par les conseillers)	● Clavardage	●
Référence vers des services	●	●	●	●
Aides pharmacologiques*	● Information seulement	● Information seulement		● Médecins et pharmaciens (individualisation de l'ordonnance)

À partir des travaux de Tremblay et Roy, 2013³

Quels sont les rôles et les responsabilités des acteurs qui soutiennent l'abandon du tabagisme?

La promotion et le soutien de l'abandon du tabagisme constituent une responsabilité partagée entre plusieurs acteurs qui ont chacun des rôles et des responsabilités. Le tableau B qui suit expose ces rôles et ces responsabilités. Ces acteurs se trouvent dans un CISSS, dans un CIUSSS ou dans les organisations partenaires d'un réseau territorial de services (RTS), par exemple les centres de réadaptation, les centres hospitaliers, les groupes de médecine familiale (GMF), les pharmacies, les centres jeunesse, les écoles et les établissements d'enseignement, les organismes communautaires, les milieux de travail et les municipalités.

* Voir les détails dans l'aide-mémoire intitulé *Renseigner sur les aides pharmacologiques*

Tableau B Rôles et responsabilités des acteurs qui soutiennent l'abandon du tabagisme dans un CISSS, un CIUSSS et dans le RTS

Acteurs	Rôles et responsabilités
Gestionnaire responsable de la santé publique du CISSS et du CIUSSS	• Connaître le taux de tabagisme de la population de son territoire. • Faire de la réduction de la prévalence du tabagisme une priorité d'établissement. • Assurer une cohérence et un arrimage entre les actions déployées en matière d'abandon du tabagisme sur le territoire (ex. : prévention de l'initiation au tabagisme, soutien à l'abandon du tabagisme, protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, promotion des saines habitudes de vie). • Mobiliser les partenaires de l'établissement et du RTS.
Gestionnaires des CAT	• S'assurer : - du maintien de l'offre et de la qualité des services du CAT; - que les conseillers ont les compétences pour offrir les services; - de la coordination optimale des services offerts, tant au CISSS et au CIUSSS que dans le RTS; - que des partenaires de l'établissement et du RTS participent aux efforts collectifs et intersectoriels en matière d'abandon du tabagisme; - que des formations de base et de mise à jour en abandon du tabagisme à l'intention des professionnels de la santé du CISSS, du CIUSSS et du RTS sont planifiées et déployées; - que des activités de promotion des services du CAT sont mises en œuvre sur le territoire du RTS (ex. : auprès de la population en général, des professionnels de la santé, des représentants de la Ville, des travailleurs de divers milieux, etc.).
Conseillers en CAT	• Offrir à la population les services de soutien à l'abandon du tabagisme (intervention individuelle en personne ou par téléphone, intervention de groupe). • Établir des liens de collaboration avec les équipes des programmes clientèles du CISSS, du CIUSSS et les partenaires du RTS (médecins, GMF, pharmaciens et autres) en vue de répondre aux besoins spécifiques des clients du CAT. • Soutenir les intervenants et les professionnels de la santé du CISSS, du CIUSSS et du RTS afin qu'ils intègrent, dans leur pratique régulière, le soutien à l'abandon du tabagisme. • Réaliser des activités de promotion et de prévention en CISSS, en CIUSSS et dans le RTS.
Pharmaciens	• Intégrer aux pratiques régulières des interventions minimales visant l'abandon du tabagisme. • Amorcer et assurer le suivi de la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN). • Référer vers le CAT, la ligne j'Arrête, les sites Internet j'Arrête ou IQUITNOW.
Infirmiers et infirmières scolaires	• Intervenir directement auprès des jeunes (de 5 à 17 ans) en milieu scolaire (ex. : rencontre individuelle, information, soutien, conseil). • Référer vers les ressources appropriées. • Sensibiliser le personnel scolaire à l'existence de ressources.
Gestionnaires du CISSS, du CIUSSS et des organisations partenaires du RTS	• S'assurer que les intervenants et les professionnels de la santé intègrent dans leurs pratiques des interventions minimales visant l'abandon du tabagisme. • Faciliter les collaborations avec le conseiller du CAT.
Intervenants et professionnels de la santé	• Intégrer dans ses pratiques des interventions minimales visant l'abandon du tabagisme. • Référer vers le CAT, la ligne j'Arrête ou les sites Internet.

- Collaborer avec le conseiller du CAT pour soutenir l'abandon du tabagisme.

Les gestionnaires des CAT et de la santé publique des CISSS et des CIUSSS doivent s'assurer que ces acteurs connaissent leurs rôles et leurs responsabilités ainsi que les services offerts en abandon du tabagisme.

4. LES PRATIQUES À INCLURE DANS L'INTERVENTION VISANT À SOUTENIR L'ABANDON DU TABAGISME

D'où viennent les pratiques proposées dans le guide?

Les pratiques proposées dans le guide reposent sur les connaissances les plus récentes en matière de tabagisme et s'inscrivent en accord avec les lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme, dont l'objectif est de guider la pratique en abandon du tabagisme³². La pertinence et la valeur de ce guide résident dans l'adaptation des résultats de recherche aux réalités de la pratique dans les CAT et à la ligne j'Arrête. Cette adaptation a été validée auprès de conseillers et de formateurs qui interviennent auprès des personnes en abandon du tabagisme. Ces conseillers et formateurs connaissent très bien les réalités de ces personnes et ils ont acquis une maîtrise des aspects concrets de l'intervention auprès de celles-ci. Le guide propose donc une alliance entre les pratiques issues des résultats de recherche et des savoirs d'expérience.

Quelle approche est proposée dans le guide?

Plusieurs approches peuvent être mises de l'avant pour accompagner une personne dans sa démarche d'abandon du tabagisme. Les pratiques présentées dans le guide découlent majoritairement de l'approche de l'entretien motivationnel³³, laquelle partage les objectifs des interventions réalisées dans les CAT et à la ligne j'Arrête. L'entretien motivationnel permet d'aider la personne à engager un changement³⁴ menant à l'abandon du tabagisme ou de la soutenir dans ce changement si elle y est déjà engagée.

Qu'elle est l'efficacité de l'entretien motivationnel pour les conseillers en CAT et à la ligne j'Arrête?

Plusieurs études empiriques ont démontré l'efficacité de l'entretien motivationnel lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès des personnes qui doivent changer des habitudes de vie, dont le tabagisme, dans l'intérêt de leur santé^{35, 36, 37}.

Quelle est la caractéristique principale de l'entretien motivationnel?

L'entretien motivationnel est avant tout une *façon d'être avec* la personne accompagnée et un moyen de communiquer avec elle pour favoriser l'émergence d'un changement³³. Plus précisément, l'entretien motivationnel est une méthode directive centrée sur la personne^{33, 38}. Cette méthode vise à soutenir la personne qui est réticente ou qui ressent de l'ambivalence face à un changement³⁹, par exemple cesser de fumer. Cette méthode contribue à résoudre l'ambivalence ressentie par la personne au regard du changement et à accroître sa motivation intrinsèque à s'engager dans ce changement³³. En ayant recours à l'entretien motivationnel, vous agissez de manière à guider la personne vers le changement et non à l'y contraindre⁴⁰. Vous reconnaissez d'emblée que cette personne est l'experte du changement qu'elle envisage et qu'elle porte déjà en elle les ressources et les motivations nécessaires pour changer^{33, 38}. Vous agissez avec bienveillance envers cette personne en vous engageant à promouvoir son bien-être et en accordant la priorité à ses intérêts et à ses besoins³⁸. Vous cherchez à valoriser son autonomie⁴⁰ en mettant en valeur ses droits, ses points de vue et ses ressources^{34, 38}. Enfin, vous cherchez à créer et à maintenir une relation de collaboration avec cette personne^{33, 34, 38, 41}.

Quels sont les principes structurants de l'entretien motivationnel?

Les principes structurants de l'entretien motivationnel fournissent des indications quant à la posture à privilégier et aux actions à entreprendre afin de guider la personne dans sa démarche de changement menant à l'abandon du tabagisme. Ces principes sont les suivants :

- **Éviter le réflexe correcteur**³⁴

Adhérer à ce principe consiste à vous abstenir de privilégier une option ou une direction que vous jugez être la *bonne* pour la personne accompagnée⁴². Ainsi, vous évitez d'adopter certains comportements (ex. : donner des conseils, confronter, argumenter, tenter de convaincre, faire peur³³) qui risqueraient de nuire au processus de changement de cette personne.

- **Explorer et comprendre les motivations**³⁴

Ce principe vous amène à vous intéresser sincèrement à la réalité de la personne accompagnée (ex. : perceptions, valeurs, aspirations, schèmes de référence) et à l'encourager à les exprimer^{20, 33, 34}.

- **Écouter avec empathie**³⁴

Ce principe vous invite à répondre au besoin fondamental de la personne accompagnée d'être entendue, comprise et reconnue dans ce qu'elle vit⁴³ (ex. : émotions, croyances). Le fait d'être écoutée avec empathie lui permet notamment de diminuer sa charge émotionnelle, d'être plus disponible et plus encline à avancer dans son processus de changement^{20, 33}. Votre écoute empathique contribue également à la création d'une relation propice à la collaboration^{20, 43}.

- **Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle**³⁴

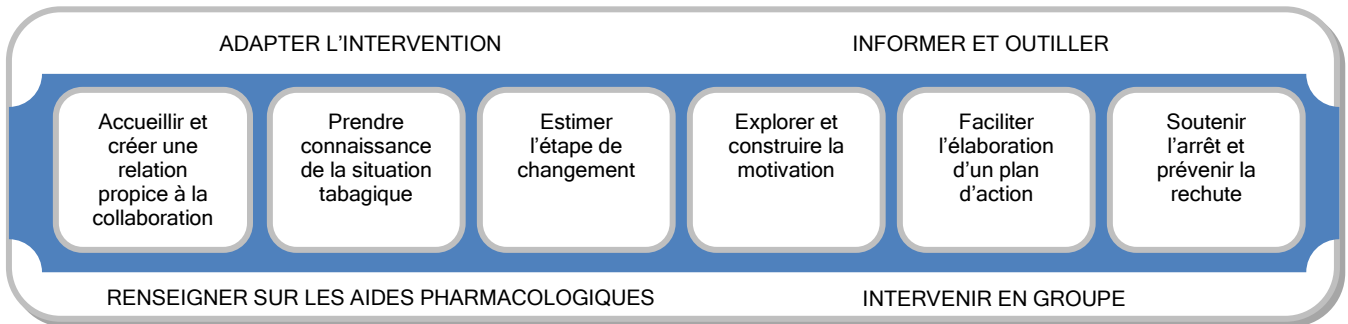
Le sentiment d'efficacité personnelle se définit comme la confiance d'une personne dans ses propres compétences et ses propres capacités à réussir ce qu'elle entreprend⁴³. Ce sentiment est nécessaire au changement et il constitue « un élément clé » de la motivation³⁴. En amenant la personne accompagnée à percevoir ses forces et ses capacités à réussir, vous l'aidez à renforcer son sentiment d'efficacité personnelle³⁸. Votre perception positive à l'égard de ses capacités joue également un rôle important et peut l'amener à amorcer le changement^{33, 34}.

Lorsque vous appliquez l'entretien motivationnel à l'abandon du tabagisme, vous amenez la personne accompagnée à préciser ce qu'elle souhaite relativement à sa démarche et quels sont ses besoins. Vous l'amenez progressivement à prendre conscience des avantages et des désavantages perçus relativement au tabagisme et à l'abandon du tabagisme. Lorsqu'elle se montre prête à s'engager dans un changement menant à l'abandon du tabagisme, une planification de celui-ci peut être envisagée. Un plan d'action peut alors être élaboré et le soutien peut se poursuivre au moyen de plusieurs rencontres. Guider la personne dans un tel changement requiert une démarche souple et adaptée à son cheminement. Cette démarche doit tenir compte du rythme de la personne accompagnée et de l'étape à laquelle elle se situe au regard de l'abandon du tabagisme.

Quel est le processus d'intervention proposé pour réaliser l'entretien motivationnel?

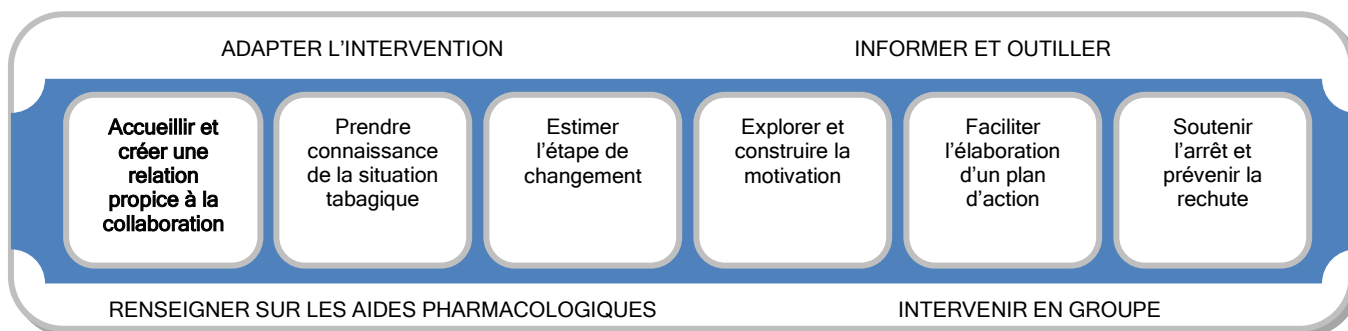
Le schéma qui suit propose aux conseillers un processus pour accompagner la personne dans sa démarche de changement menant à l'abandon du tabagisme. Ce processus repose sur l'approche de l'entretien motivationnel et s'inspire largement des travaux de Miller et Rollnick (2006)³³, de Miller, Rollnick et Butler, (2009)³⁴ et de Miller et Rollnick, (2013)³⁸.

Processus d'intervention proposé aux conseillers en CAT et à la ligne j'Arrête pour accompagner la personne dans sa démarche d'abandon du tabagisme



Le schéma du processus d'intervention permet d'illustrer la manière dont l'approche de l'entretien motivationnel se concrétise lorsque vous accompagnez une personne dans une démarche de changement menant à l'abandon du tabagisme. On trouve, au centre du schéma, les pratiques à mettre de l'avant auprès de la personne accompagnée. Bien que ces pratiques soient présentées de façon linéaire, elles peuvent se chevaucher. Vous aurez bien sûr à exercer votre jugement professionnel afin d'adapter vos interventions aux besoins de la personne accompagnée. Les trois pratiques suivantes, situées en périphérie du processus d'intervention, s'appliquent de manière transversale, à savoir : 1) Adapter l'intervention, 2) Informer et outiller et 3) Renseigner sur les aides pharmacologiques. La pratique *Intervenir en groupe* est intégrée au processus d'intervention afin d'outiller les conseillers des CAT qui accompagnent la personne dans le cadre d'une démarche de groupe.

4.1 ACCUEILLIR ET CRÉER UNE RELATION PROPICE À LA COLLABORATION



La personne que vous accompagnez fait preuve de courage en envisageant une démarche d'abandon du tabagisme et elle a besoin de se sentir acceptée, là où elle se trouve dans son cheminement (ex. : apeurée ou incertaine à l'idée de cesser de fumer, honteuse de fumer ou d'avoir recommencé à fumer). Pour s'engager avec vous dans cette démarche, elle a besoin de se sentir en confiance³⁸. Votre rôle consiste à privilégier des attitudes qui suscitent la confiance de cette personne et qui contribuent à la création d'une relation propice à la collaboration entre vous⁴⁴. Il consiste également à recourir à des pratiques qui permettent d'assurer le bon déroulement des rencontres.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **La personne accompagnée est sensible à l'accueil que vous lui réservez et au respect que vous portez à ce qu'elle vit, pense et ressent⁴⁴.** Dès votre première rencontre et lors des rencontres subséquentes, votre présence attentive et votre écoute empathique lui inspireront confiance.
- **Les chances de réussir le changement sont plus grandes si l'autonomie de la personne accompagnée est valorisée et encouragée.** Celle-ci doit donc jouer un rôle actif dès le début et tout au long de sa démarche³⁸. En abordant la démarche d'abandon du tabagisme à partir de son point de vue, vous renforcez son autonomie⁴³. Cette personne est responsable de sa démarche et elle est libre de faire les choix qui la concernent (ex. : accepter ou refuser de recevoir une information ou un conseil, continuer de fumer ou cesser)^{33, 38}. Elle doit être encouragée à prendre ses propres décisions⁴³. En vous intéressant sincèrement à elle, en l'amenant à exprimer ses aspirations, à découvrir ses forces et ses ressources, vous favorisez son implication³⁸. De plus, vous contribuez à créer avec elle une relation propice à la collaboration.
- **Dans vos échanges avec la personne accompagnée, privilégiez la plupart du temps l'usage de questions ouvertes³⁸.** Ce type de questions l'incite à en dire davantage sur ce qu'elle vit relativement à l'abandon du tabagisme (ex. : croyances, préoccupations, doutes, espoir). Assurez-vous de poser une seule question à la fois et d'accorder le temps nécessaire à la réflexion que suscite cette question. Les questions fermées sont nécessaires, mais elles devraient être utilisées avec parcimonie.
- **Le formulaire intitulé *Formulaire d'information sur le client*⁵² (présenté en annexe) est un outil qui doit être mis au service de la personne accompagnée et de sa démarche.** Il importe d'en faire un usage en accord avec l'approche de l'entretien motivationnel. Dans cette optique, certains conseillers suggèrent à la personne accompagnée d'arriver plus tôt à la première rencontre afin de remplir le formulaire. Ils l'utilisent ensuite pour solliciter les ressources de cette personne, en l'invitant à parler de sa situation tabagique (ex. : partager des constats, des prises de conscience qu'elle aurait pu faire en le remplissant). D'autres conseillers choisissent de remplir le formulaire avec la personne. En faisant appel à votre jugement professionnel, vous saurez utiliser ce formulaire de manière adaptée à la réalité de la personne accompagnée. Enfin, le formulaire d'information sur le client est un document officiel qui ne peut pas être modifié et qui doit être rempli. Ce formulaire constitue un élément du dossier de la personne accompagnée. Ce dossier répond à une exigence de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS)^{47, 64}. De plus, les données tirées de ce formulaire jouent un rôle important dans le suivi des services en abandon du tabagisme au Québec.

• **AIDE-MÉMOIRE – ACCUEILLIR ET CRÉER UNE RELATION PROPICE À LA COLLABORATION**

Attitudes et pratiques à privilégier

De façon générale :

- reconnaître que la personne accompagnée est l'experte de sa situation;
- reconnaître et valoriser avec sincérité les efforts déployés par la personne accompagnée (ex. : « Vous franchissez un grand pas en choisissant de venir ici aujourd'hui! »);
- éviter de mettre l'accent sur l'évaluation de la situation au détriment de la personne accompagnée ou de la relation avec elle;
- s'intéresser aux préoccupations, aux buts, aux valeurs de la personne accompagnée (ex. : « Qu'est-ce qui vous préoccupe dans votre situation actuelle? » « Qu'est-ce qui vous a décidé à venir à cette rencontre? » « Qu'est-ce qui compte le plus pour vous? »);
- éviter d'adopter une posture d'expert (ex. : éviter de conseiller, de chercher à convaincre, d'argumenter);
- éviter de recourir à l'étiquette de « fumeur » et s'adresser plutôt à la personne;
- utiliser des pratiques de communication qui favorisent une compréhension mutuelle et qui facilitent l'évolution vers le changement (ex. : poser des questions ouvertes, refléter et résumer les propos);
- éviter d'engager trop rapidement la démarche dans une direction précise et respecter le rythme de la personne accompagnée;
- faire préciser les besoins et les attentes concernant la rencontre. (ex. : « Qu'est-ce qui est important pour vous d'aborder aujourd'hui? »);
- convenir du déroulement de la rencontre (ex. : ordre des sujets à aborder ou à approfondir);
- conclure l'entretien (faire résumer l'entretien par la personne, répondre à ses dernières questions, convenir d'exercices ou de « devoirs » à faire, encourager et exprimer sa confiance quant à la réussite de la démarche).

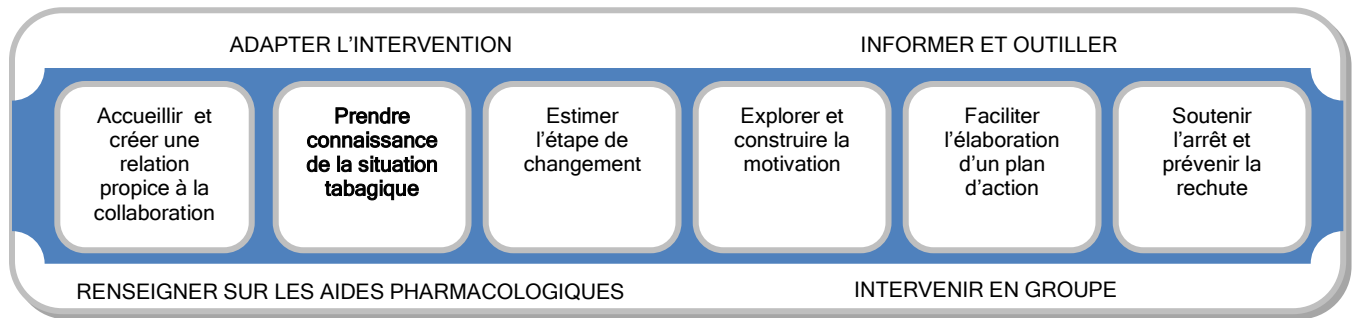
(À partir des travaux de Miller et Rollnick, 2013³⁸; Miller, Rollnick et Butler, 2009³⁴; Miller et Rollnick, 2006³³)

Dans le cadre d'une première rencontre :

- Se présenter et situer son rôle d'accompagnateur.
- Valider les raisons de la consultation (ex. : aide à l'arrêt ou soutien après l'arrêt).
- Faire préciser les besoins et les attentes concernant l'ensemble de la démarche (ex. : « Que connaissez-vous de nos services? » « Comment croyez-vous qu'ils pourront vous aider? » « De quelle manière pourrais-je vous soutenir dans votre démarche? » « Qu'est-ce qui vous amène à consulter nos services? » « Quelles sont vos attentes concernant cette première rencontre? »).
- Donner un aperçu complet du programme d'abandon du tabagisme.
Par exemple :
 - Préciser que le soutien offert repose sur le respect de l'autonomie (liberté de choix) et que ce soutien vise le renforcement de la motivation et des capacités à cesser de fumer.
 - Présenter l'approche privilégiée, soit celle de collaboration.
 - Offrir un aperçu honnête et positif de l'expérience d'abandon du tabagisme vécue par d'autres personnes et de l'efficacité du programme.
 - Indiquer quelles sont les possibilités de soutien individuel (ex. : première rencontre d'environ 60 minutes, 3 rencontres de suivi de durée variable (environ 30 minutes); option de rendez-vous téléphoniques d'une durée de 15 à 20 minutes chacun).
 - Présenter les modalités en cas d'annulation (ex. : avis souhaité de 24 heures).
- Convenir ensemble du mode de fonctionnement des rencontres (ex. : déroulement, fréquence).

[illegible]

4.2 PRENDRE CONNAISSANCE DE LA SITUATION TABAGIQUE



La personne que vous accompagnez est unique. Elle a un parcours et des habitudes de consommation du tabac qui lui sont propres⁴. Elle doit pouvoir bénéficier d'un soutien personnalisé, adapté à sa réalité et à ses besoins³⁹. Votre rôle consiste à aborder avec elle l'ensemble de sa situation tabagique et à adapter vos interventions en fonction de sa réalité et de ses besoins.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **Prendre connaissance de la situation tabagique est un moment opportun pour accéder aux valeurs, aux croyances et aux perceptions de la personne accompagnée à l'égard du tabagisme.** Cela vous permet également d'accéder plus largement au contexte dans lequel s'inscrit le changement et de tenir compte des éléments qui peuvent faciliter ce changement ou le rendre difficile (ex. : caractéristiques de la personne accompagnée, conditions de vie, relations interpersonnelles)⁴².
- **Échanger avec la personne accompagnée sur ses expériences antérieures d'abandon du tabagisme vous donne des indices sur la perception qu'elle a de son sentiment d'efficacité personnel.** L'inviter à parler de sa période d'abstinence la plus longue l'amène à mettre en relief ses forces, ses ressources et le fait qu'elle est capable de cesser de fumer⁴⁸. Il importe d'être à l'écoute des réussites et des obstacles issus de ses expériences (ex. : symptômes de sevrage, méthodes utilisées)⁴⁸.
- **Évaluer le niveau de dépendance à la nicotine permet d'anticiper les symptômes de sevrage et leur intensité au moment de l'arrêt⁴⁹** (et d'obtenir des pistes quant au type d'aide pharmacologique à privilégier (ex. : TRN fournissant un apport immédiat de nicotine comparativement à un apport prolongé). Évaluer la dépendance psychologique et comportementale permet de comprendre à quels besoins répond la cigarette et comment l'habitude de fumer est ancrée dans la vie de la personne accompagnée.
- **Explorer l'environnement social de la personne accompagnée permet de mettre en évidence les défis qui attendent celle-ci et les ressources dont elle dispose.** Sa démarche sera facilitée et ses chances de demeurer abstinente augmenteront si les personnes de son entourage ne fument pas, approuvent sa décision de cesser de fumer et peuvent la soutenir^{37, 43}. À l'opposé, elle fera face à des obstacles importants si ces personnes fument, désapprouvent sa décision ou ne peuvent pas lui offrir leur soutien. Dans ce dernier cas, elle aura besoin d'encouragement additionnel⁴³ et devra chercher un soutien social ailleurs que dans son entourage.
- **Il est nécessaire de tenir compte des habitudes de vie dans l'ensemble de la démarche parce qu'elles peuvent être associées au tabagisme** (ex. : consommer de l'alcool, des drogues, du café; être sédentaire; sauter un repas, dont le petit déjeuner). Parmi les personnes qui fument, plusieurs peuvent souffrir de multiples formes de consommation de substances ou d'autres problèmes de santé mentale ou d'une combinaison de ces troubles⁵⁰. Il importe d'évaluer systématiquement la présence de ces troubles ou d'autres diagnostics nécessitant une attention particulière dans le contexte d'une démarche d'abandon du tabagisme⁵⁰.
- **Le statut tabagique doit être validé à chaque rencontre³⁷.**

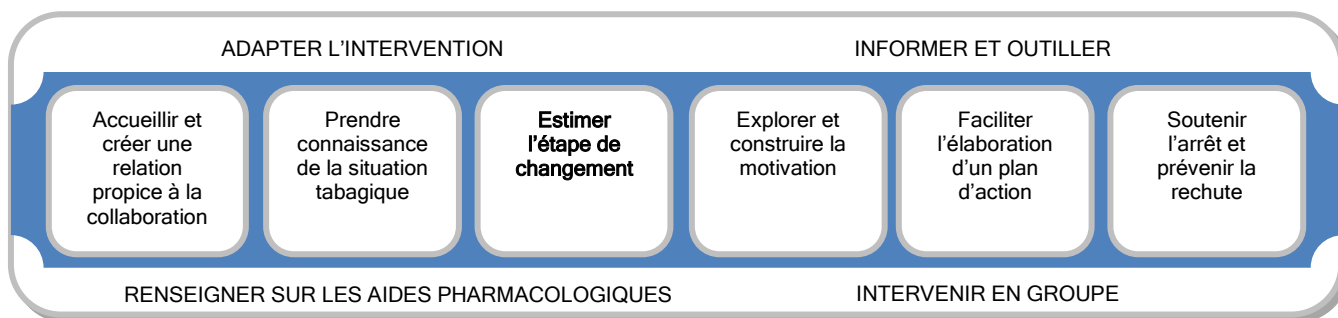
AIDE-MÉMOIRE – PRENDRE CONNAISSANCE DE LA SITUATION TABAGIQUE

PRATIQUES	ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER
Discuter des habitudes tabagiques	- Statut tabagique - Âge à la première cigarette - Nombre de cigarettes fumées par jour 10 ou moins (0) 11 à 20 (1) 21 à 30 (2) 31 ou plus (3) - Occasions privilégiées pour fumer (ex. : après les repas, en regardant la télévision)
Explorer les tentatives d'abandon du tabagisme	- Nombre de tentatives antérieures (à vie et au cours de la dernière année) - Date d'arrêt de la dernière tentative - Symptômes de sevrage actuels ou antérieurs - Utilisation d'aides ou de méthodes pour cesser de fumer et effets secondaires ressentis - Causes de rechute
Évaluer le niveau de dépendance à la nicotine à l'aide du test de Fagerström	- Nombre de minutes écoulées après le réveil avant de fumer la première cigarette : 5 minutes (3) 6 à 30 minutes (2) 31 à 60 minutes (1) plus de 60 minutes (0) - S'abstenir difficilement de fumer dans les endroits où c'est interdit : (1) - Fumer même lorsque la maladie oblige de rester au lit toute la journée : (1) - Considérer la première cigarette de la journée comme la plus indispensable : (1) - Fumer davantage pendant la matinée que pendant le reste de la journée : (1)
Interpréter les résultats du Test de Fagerström⁵¹	Niveaux de dépendance à la nicotine : très faible : 0 à 2 faible : 3 ou 4 moyenne : 5 forte : 6 ou 7 très forte : 8 à 10
Évaluer la dépendance psychologique et comportementale	- La personne fume pour : - se détendre, se sentir bien (1); - ne pas se sentir seule (ex. : considère la cigarette comme une « amie ») (1); - gérer le stress, se reconforter lorsque des émotions sont ressenties (1); - contrôler son appétit (1); - ressentir du plaisir (1). - La personne se sent angoissée à l'idée de cesser de fumer (1).
Discuter de l'environnement et du soutien	- Personnes qui fument dans l'entourage - Degré de difficulté à résister à la tentation de fumer en compagnie d'autres personnes qui fument - Entourage favorable à l'arrêt - Accès à un soutien de l'entourage (ex. : parrainage)
Discuter des habitudes de vie	- Activité physique et alimentation (ex. : prise de trois repas par jour ou repas sauté) - Produits consommés (ex. : café, alcool) - Préoccupations relatives à la prise de poids
Explorer le portrait médical	- Problèmes de santé (ex. : maladie cardiovasculaire, hypertension, dépression) - Prise de médicaments, incluant les produits naturels (ex. : millepertuis) - Présence d'allergies, etc. - Poids et taille
À partir des travaux de Leclerc et coll., 2009 ⁵²	

NOTES

[illegible]

4.3 ESTIMER L'ÉTAPE DE CHANGEMENT



La personne que vous accompagnez peut se préparer de manière active à cesser de fumer, y réfléchir ou ne pas croire en ses capacités d'y parvenir⁵³. Il est possible également qu'elle ne se sente pas concernée par un tel changement et qu'elle ne perçoive pas les bienfaits qui y sont associés⁵⁴. Votre rôle consiste à estimer à quelle étape du changement elle se situe quant à l'abandon du tabagisme, en vue de l'aider à progresser dans sa démarche³⁹.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

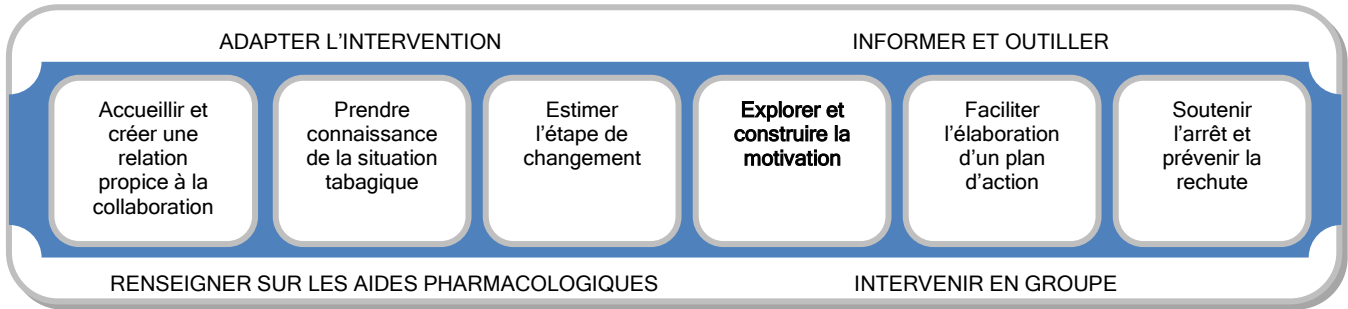
- **Le changement est un processus constitué de cinq étapes⁵⁵** à l'intérieur duquel la personne évolue au cours de sa démarche d'abandon du tabagisme^{42, 56}. Ces étapes sont la préréflexion, la réflexion, la préparation, l'action et le maintien⁵⁵. **La personne accompagnée traverse rarement ces étapes de façon linéaire et elle peut faire des allers-retours d'une étape à une autre³⁹**. Comme la plupart des individus, **elle peut retourner environ 3 ou 4 fois à une étape antérieure avant d'adopter de manière permanente son nouveau comportement^{57, 58}**. Dans cette optique, **les rechutes font partie de la démarche d'abandon du tabagisme et constituent davantage une règle qu'une exception^{58, 59}**.
- **La personne accompagnée présente des caractéristiques spécifiques de chacune des étapes du changement⁵⁴**. Par exemple, ses croyances et ses perceptions à l'égard du tabagisme seront différentes selon qu'elle se trouve à l'étape de la préréflexion ou à l'étape de l'action. Il en va de même pour son comportement. À l'étape de la préparation, par exemple, elle songe ou commence à apporter des changements dans son environnement physique et social pour s'aider à cesser de fumer, tandis qu'à l'étape du maintien, elle a déjà fait ces changements⁵⁸. De plus, sa confiance en ses capacités à entreprendre et à maintenir un changement menant à l'abandon définitif du tabagisme évolue à travers ces étapes⁵⁴.
- **Il importe de vous référer aux étapes du changement avec souplesse**, car il peut arriver que la personne accompagnée semble se situer à une étape (ex. : préréflexion) alors qu'elle se situe plutôt à une autre (ex. : préparation). En demeurant présent à cette personne, en faisant appel à votre jugement professionnel, vous saurez vous référer aux étapes de changement de manière adaptée.
- **Peu importe où se trouve la personne accompagnée dans son cheminement, elle bénéficiera de votre soutien⁶⁰**. Le simple fait de discuter avec elle de ce qu'elle pourrait faire pour cesser de fumer peut l'aider à avancer dans cette voie³⁴.

AIDE-MÉMOIRE – ESTIMER L'ÉTAPE DE CHANGEMENT

ÉTAPE DE CHANGEMENT	EXEMPLES DE CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE ACCOMPAGNÉE À CETTE ÉTAPE
Préréflexion N'a pas l'intention de cesser de fumer au cours des 6 prochains mois	- N'est pas intéressée à cesser de fumer : « Je suis bien comme ça, fumer me convient ». - Ne perçoit pas les effets problématiques associés au tabagisme, les ignore ou les nie. - Surestime les désavantages qu'il y a à cesser de fumer et sous-estime les avantages qu'il y a à cesser de fumer. - Ressent peu d'ambivalence ou n'en ressent pas. - Cesse de fumer à cause de la pression de l'entourage (ex. : famille, médecin), mais recommence lorsque cette pression diminue.
Réflexion Envisage sérieusement de cesser de fumer au cours des 6 prochains mois	- Ne se sent pas prête à arrêter, mais réfléchit aux inconvénients du tabagisme, aux raisons d'arrêter; a développé une certaine conscience des avantages associés à l'abandon du tabagisme : « Je pense à arrêter, mais... ». - Ressent de l'ambivalence : apprécie les bienfaits perçus du tabagisme (ex. : routine, plaisir) et reconnaît ses effets néfastes; se sent paralysée par cette ambivalence. - Se questionne sur la façon de parvenir à cesser de fumer. - Se sent déstabilisée et préoccupée à l'idée de cesser de fumer (ex. : craint pour son confort, se questionne sur son identité, ses capacités à cesser de fumer).
Préparation Envisage de cesser de fumer au cours du prochain mois	- A la conviction que cesser de fumer est nécessaire et est décidée à le faire : « c'est pour bientôt, je me prépare ». - Ressent encore un peu d'ambivalence et a besoin de réaffirmer sa décision de cesser de fumer; recherche des stratégies pour y parvenir. - Se projette dans l'avenir (ex. : voit les aspects positifs et anticipe les difficultés associées à l'arrêt). - Termine les préparatifs en vue de cesser de fumer (ex. : avise l'entourage de sa démarche). - A déjà apporté des changements (ex. : réduction du nombre de cigarettes, modification de la routine).
Action Cesse de fumer ou a cessé de fumer depuis 6 mois ou moins	- Met en pratique son plan d'action et l'ajuste au besoin. - Doit demeurer vigilante afin de ne pas recommencer à fumer : doit composer avec les symptômes de sevrage (ex. : envies intenses de fumer, stress), les déclencheurs, les situations à risque, etc. - Vit des moments d'espoir et d'autres de découragement (ex. : peut expérimenter des défaillances et des rechutes). - Peut ressentir encore un peu d'ambivalence.
Maintien A cessé de fumer depuis plus de 6 mois	- A fait plusieurs changements (ex. : intégration d'activités physiques à son mode de vie). - Met des stratégies en œuvre pour prévenir la rechute et consolide les progrès qu'elle a accomplis à l'étape de l'action. - Doit demeurer vigilante afin de prévenir la défaillance et la rechute. - Se sent en confiance à l'égard de son nouveau comportement. - Le processus de changement peut se terminer ici ou mener à la rechute.
Rechute A recommencé à fumer	- Se sent coupable, honteuse ou découragée d'avoir recommencé à fumer. - Se questionne sur sa capacité à cesser de fumer. - Est hésitante ou ressent de l'ambivalence à l'idée de cesser de fumer à nouveau.
À partir des travaux de Prochaska, Norcross et DiClemente, 2013 ⁵⁵ ; Prochange, 2010-2013 ⁵⁴ ; DiClemente, 2006 ⁵⁸	

This image shows a full page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

4.4 EXPLORER ET CONSTRUIRE LA MOTIVATION



La personne que vous accompagnez n'est pas prête à entreprendre un changement menant à l'abandon du tabagisme, tant qu'elle ne perçoit pas l'importance de ce changement et qu'elle ne se sent pas suffisamment confiante en ses capacités pour le réaliser³⁸. Votre rôle consiste à l'amener progressivement à reconnaître en quoi cesser de fumer est important pour elle et à l'aider à accroître son sentiment de confiance en elle et en ses capacités à cesser de fumer⁴³.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- Pour en arriver à percevoir l'importance du changement, la personne en **préréflexion** ou en **réflexion** doit être encouragée à développer une perception plus juste des **désavantages, des risques et des problèmes associés à son tabagisme** et des **avantages associés à l'abandon du tabagisme**^{54, 57}. Plus cette perception est juste, plus sa motivation à cesser de fumer se développe⁵⁷. Vos interventions doivent viser à ce que la personne exprime les raisons pour lesquelles cesser de fumer est important pour elle (ex. : améliorer sa santé, avoir plus d'argent) et à l'encourager à parler de ces raisons. Vos interventions doivent aussi l'aider à percevoir l'écart qui existe entre ses valeurs ou ce qui est important pour elle (ex. : être un modèle pour ses enfants) et le fait qu'elle fume.
- Il peut être difficile pour la personne accompagnée de considérer l'importance qu'il y a à cesser de fumer si elle se croit incapable d'y arriver³³. Vos interventions doivent viser à faire émerger, à valoriser et à renforcer les aspects pour lesquels elle a confiance en elle^{33, 43}. Pour ce faire, vous l'amenez à mettre en relief ses propres ressources, en l'encourageant à parler de celles-ci^{34, 40}. En exprimant sa confiance en ses ressources, elle a plus de chances de réussir le changement⁴³. Il se peut aussi qu'elle se sente complètement démunie quant à certains aspects de sa démarche et qu'elle s'en remette à vous, par exemple en vous demandant conseil³⁸. Dans ce cas, lui demander son point de vue avant de lui offrir un conseil demeure une pratique à privilégier³⁸.
- En faisant confiance aux ressources de la personne accompagnée et à sa créativité, en lui témoignant un **optimisme réaliste** sur sa capacité à changer, vous l'aidez à accroître son **sentiment d'efficacité personnelle**⁴³. Vous l'aidez aussi à trouver en elle-même l'espoir nécessaire au changement^{34, 40}.
- La personne en **préparation**, qui est déjà motivée à cesser de fumer, n'a pas besoin de construire sa motivation³³. Elle peut toutefois ressentir encore de l'ambivalence et avoir besoin d'être soutenue dans le **renforcement de sa motivation**³³. Dans ce cas, elle doit être encouragée à réaffirmer les raisons pour lesquelles elle souhaite cesser de fumer.

**AIDE-MÉMOIRE — EXPLORER ET CONSTRUIRE LA MOTIVATION
EN SUSCITANT L'EXPRESSION DU CHANGEMENT**

PRATIQUES	EXEMPLES DE QUESTIONS
Utiliser l'échelle de l'importance	« Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie <i>pas du tout</i> et 10 signifie <i>extrêmement</i>, à quel point est-il important pour vous de...? » « Qu'est-ce qui fait que vous dites... et non...? (chiffre inférieur à celui indiqué)? » « Qu'est-ce qui devrait se passer pour que vous passiez de... à... (chiffre supérieur)? »
Explorer la balance décisionnelle (en annexe)	Relativement aux avantages perçus, associés au tabagisme : « Qu'est-ce qui vous plaît dans le fait de fumer? » Relativement aux inconvénients perçus, associés à l'abandon du tabagisme : « Quels pourraient être les désavantages à cesser de fumer? » Relativement aux inconvénients perçus, associés au tabagisme : « Qu'est-ce qui vous déplaît dans le fait de fumer? » Relativement aux avantages perçus, associés à l'abandon du tabagisme : « Quels pourraient être les avantages à cesser de fumer? »
Questionner les extrêmes	« Qu'est-ce qui vous inquiète le plus concernant votre santé? » « Quels seraient les bénéfices les plus importants pour votre santé si vous arrêtiez de fumer maintenant? »
S'intéresser aux raisons qui motivent la décision de cesser de fumer (ex.: santé, argent)	« Quelles raisons vous motivent à cesser de fumer? » « Quel serait votre but en cessant de fumer? » « Quels avantages pourriez-vous retirer en cessant de fumer? »
S'intéresser aux buts, aux valeurs, aux rêves	« Quels sont vos objectifs de vie les plus importants? » « Lequel de vos rêves souhaitez-vous le plus réaliser? »
Amener la personne à regarder en arrière	« Comment vous sentiez-vous, physiquement, durant cette période où vous ne fumiez pas? » « De quelle manière répondiez-vous à vos besoins (ex. : plaisir, appartenance, détente) avant que vous ne commenciez à fumer? »
Amener la personne à se projeter dans l'avenir	« Si vous décidez d'arrêter de fumer, qu'est-ce qui va s'améliorer dans votre vie ? » « En supposant que vous décidiez de continuer de fumer, comment voyez-vous votre vie dans 10 ans? »

À partir des travaux de Miller, Rollnick et Butler, 2009³⁴; Miller et Rollnick, 2006³³

AIDE-MÉMOIRE – EXPLORER ET CONSTRUIRE LA MOTIVATION EN SUSCITANT L'EXPRESSION DE LA CONFIANCE

PRATIQUES	EXEMPLES DE QUESTIONS
Utiliser l'échelle de confiance	« Sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie <i>pas du tout</i> et 10 signifie <i>extrêmement</i>, à quel point vous sentez-vous capable de...? » « Qu'est-ce qui fait que vous répondez ... et non ... (chiffre inférieur à celui nommé)? » « Qu'est-ce que ça prendrait pour que vous passiez de ... à ... (chiffre supérieur)? » « Qu'est-ce qu'il y aura de différent quand vous serez passé de ... à ...? » « Qu'aurez-vous fait pour vous y rendre? »
Encourager l'expression de réussites passées (ex.: compétences, stratégies et apprentissages)	« Parlez-moi d'une réussite dont vous vous sentez fière... » (ex. : un apprentissage, un changement d'habitude) Et, lorsque la personne accompagnée s'est exprimée : « Qu'aviez-vous fait pour que ça fonctionne? » « Quels obstacles avez-vous alors rencontrés et comment les avez-vous dépassés? » « À quoi attribuez-vous cette réussite? » (ex. : compétences, aptitudes, moyen utilisé) « Parlez-moi de vos réussites précédentes, de vos essais. » « Qu'avez-vous appris de cette expérience sur vous-même, sur vos forces et vos capacités? » « Qu'avez-vous fait à ce moment-là pour ne pas fumer? »
Faire évoquer les ressources personnelles et les autres ressources	« Comment vous décririez-vous, que diriez-vous des forces qui vous caractérisent et qui pourrait vous aider à réaliser ce changement? » Au besoin, utiliser une liste de caractéristiques afin d'aider la personne accompagnée à nommer ses forces. « Qui, dans votre entourage, pourrait vous offrir du soutien si vous cessiez de fumer? Quelle forme prendrait ce soutien? »
Faciliter l'élaboration d'un remue-ménages (<i>brainstorming</i>)	« Je vous invite à dresser une liste de toutes les idées qui vous traversent l'esprit sur la façon dont pourrait se faire ce changement. Surtout, ne vous censurez pas. Notez toutes vos idées, même celles qui vous paraissent insensées. Il est possible que je vous fasse quelques suggestions, si vous êtes d'accord, mais il est certain que je préfère que vous laissiez libre cours à votre propre créativité. » « Prenons le temps ensemble de trouver 2 ou 3 stratégies pour vous aider à faire face à... »
Encourager l'expression d'hypothèses sur le changement	« Supposons que vous ayez arrêté de fumer pour de bon, qu'est-ce qui aurait pu rendre ce changement possible? Comment les choses se seraient-elles passées? » « Vous ne semblez pas croire que ce soit possible en ce moment mais, en faisant preuve d'imagination, quel serait le meilleur moyen d'y arriver si vous décidiez d'essayer une autre fois? » « Si vous décidiez d'arrêter, quels moyens vous aideraient? »
Rechercher l'exception	« Parlez-moi de la réussite de votre dernière cessation, comment vous y étiez-vous pris? » « Parlez-moi des moments ou des endroits où vous êtes en mesure de vous abstenir de fumer. »

À partir des travaux de Miller et Rollnick, 2013³⁸; Miller, Rollnick et Butler, 2009³⁴; Miller et Rollnick, 2006³³

**AIDE-MÉMOIRE – EXPLORER ET CONSTRUIRE LA MOTIVATION
EN SOUTENANT LA RÉOLUTION DE L'AMBIVALENCE**

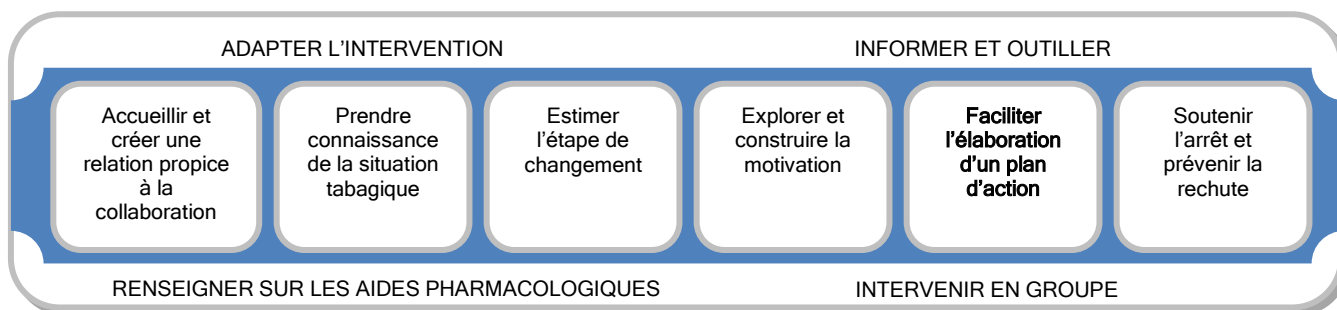
PRATIQUES	EXEMPLES	
	Personne accompagnée	Conseiller
Faire des reflets	« Je ne suis pas intéressée à utiliser les aides pharmacologiques. Je veux y arriver sans ça. »	« Vous croyez que les aides pharmacologiques ne vous seraient d'aucune utilité. » ou « Vous préférez y arriver par vous-même, sans avoir recours à cette forme d'aide. »
Changer de focus	« Parce que je fume et que je fais de l'emphysème, mon médecin m'a dit que je devais venir vous rencontrer. Dites-moi maintenant ce qui doit se passer pour moi. »	« Je ne vous connais pas suffisamment pour que nous commencions par ce qui devrait se passer pour vous. Il serait important pour nous d'aborder, dans un premier temps, vos propres préoccupations. Qu'en dites-vous? »
Recadrer	« Ça fait déjà quatre fois que j'essaie d'arrêter de fumer et chaque fois, je recommence. Je n'y arriverai jamais. »	« Ce qui est remarquable, c'est que vous ayez déjà essayé quatre fois. À chacune de ces tentatives, vous vous rapprochez d'une abstinence définitive. Vous savez, la plupart des personnes font de nombreuses tentatives avant d'arrêter de fumer pour de bon. Je vous encourage à continuer d'essayer! »
Approuver et nuancer	« Vous allez me dire, vous aussi, que pour arriver à arrêter de fumer, il faut en plus que je me mette à faire de l'exercice ou que je change mon alimentation... mais c'est trop d'habitudes à changer d'un seul coup! »	« Vous dites vrai : faire de l'exercice et manger sainement peut vous aider à arrêter de fumer. Ça peut vous sembler irréalisable d'entreprendre tous ces changements en même temps. Si vous le voulez, nous pourrions regarder quels changements réalistes vous pourriez apporter et comment faire pour que ce soit confortable pour vous. »
Mettre en relief l'autonomie	« Vous allez sûrement me dire la même chose que ma femme et mon médecin : il faut que j'arrête de fumer maintenant... »	« C'est vous qui ferez le choix d'arrêter de fumer ou de continuer. Je ne peux pas prendre cette décision à votre place. »
Aller dans le même sens	« J'ai tout essayé, ça ne fonctionne pas et je ne crois pas réussir si j'essaie d'arrêter une autre fois. »	« Il est bien possible qu'après une nouvelle rechute, vous ne vous sentiez pas la force de faire un nouvel essai. Que souhaitez-vous? »

À partir des travaux de Miller et Rollnick, 2013³⁸; Miller, Rollnick et Butler, 2009³⁴; Miller et Rollnick, 2006³³

NOTES

[illegible]

4.5 FACILITER L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION



La personne que vous accompagnez a besoin de se préparer adéquatement pour cesser de fumer⁵⁰. Elle doit, entre autres, trouver de nouvelles façons de répondre à ses besoins, chercher du soutien dans son entourage⁵⁴, anticiper les obstacles qu'elle risque de rencontrer et trouver des moyens de les surmonter^{37, 43}. Votre rôle consiste à faciliter une discussion avec elle sur différents sujets (ex. : changement de routine, situations à risque) et à faciliter l'élaboration de son plan d'action en faisant appel à ses ressources³⁸.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- La personne accompagnée est la mieux placée de vous deux pour trouver les moyens adaptés de procéder au changement qu'elle amorce et pour intégrer adéquatement ce changement dans sa vie^{38, 44}. Dans cette optique, votre expertise doit être utilisée avec modération³⁸.
- La personne accompagnée devrait être encouragée à fixer une date d'arrêt⁴⁸. Cet encouragement doit se faire sans pression, dans le respect de son rythme. Le fait de fixer une date d'arrêt et de la mettre par écrit confirme son engagement à cesser de fumer³⁰. Cette date devrait idéalement se situer à l'intérieur des deux semaines qui suivent la prise de décision de cesser de fumer^{37, 43, 48} car au-delà de ce délai, la motivation risque de s'effriter⁴³. Rappelez-lui qu'il n'y a pas de « moment idéal » pour cesser de fumer, mais que certains moments semblent plus propices que d'autres (ex. : jours de congé)⁴³. Il importe de choisir un moment où le niveau de stress est le moins élevé³⁰. Si la personne accompagnée est une femme en préménopause, elle devrait éviter de fixer une date d'arrêt trop proche du début de ses règles³⁰. Tentez de faire coïncider une rencontre de suivi avec la date fixée pour l'arrêt afin d'offrir votre soutien à la personne accompagnée.
- Cesser de fumer progressivement et cesser abruptement sont deux méthodes dont l'efficacité est reconnue lorsque l'intention de cesser de fumer est claire⁶¹. Discutez de ces méthodes avec la personne accompagnée et soutenez-la dans son choix⁴³. Il importe également de l'aider à anticiper les symptômes de sevrage^{48, 50} et de l'encourager à recourir aux aides pharmacologiques lors de cette discussion³⁷.
- La personne accompagnée doit être encouragée à recourir aux autres moyens dont l'efficacité est reconnue pour se préparer adéquatement à cesser de fumer⁵⁰. Par exemple, informer les membres de son entourage de sa décision de cesser de fumer et leur demander clairement du soutien rend cette décision plus concrète⁶² et renforce son engagement³⁰; faire des changements dans sa routine (ex. : éviter de fumer dans la maison ou dans la voiture) permet de faire disparaître progressivement le tabagisme de son mode de vie^{43, 50, 62}. Assurez-vous que la personne se donne des moyens réalistes (ex. : rompre les liens avec les amis qui fument comparativement à prendre ses distances pour quelque temps).

- **La personne accompagnée a besoin d'apprendre à reconnaître les situations qui risquent de l'amener à fumer et ce qui déclenche chez elle des envies de fumer** (ex. : certains lieux, la présence de personnes qui fument, la consommation d'alcool, le stress)^{37, 48, 50}. Elle doit également développer des compétences afin de composer efficacement avec ces situations (ex. : apprendre à dire « non » lorsqu'on lui offre une cigarette)³⁷. Au besoin, proposez-lui des stratégies additionnelles (voir en annexe le texte *Comment réduire les déclencheurs d'envie de fumer*). S'il y a lieu, discutez ensemble de ses tentatives antérieures d'abandon du tabagisme afin de cibler ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et ce qui peut avoir causé une rechute⁵⁰.
- **Même à cette étape de sa démarche, la personne accompagnée peut ressentir de l'ambivalence et peut avoir besoin de réaffirmer sa décision d'arrêter de fumer**³³. Elle doit être encouragée à parler de ses raisons de cesser de fumer, de ses peurs, de ses préoccupations, de ses réussites passées et des difficultés qu'elle entrevoit³⁷. De plus, elle doit être encouragée à chercher du soutien additionnel entre les rencontres de suivi ou un soutien plus intensif au besoin³⁷ (ex. : en téléphonant à la ligne j'Arrête, en faisant une demande de service dans un CAT, en accédant au site Internet j'Arrête).
- **Lorsque vous résumez le contenu de son plan d'action, vous aidez la personne accompagnée à se l'approprier**³⁸. De plus, cela permet de vérifier votre compréhension mutuelle et de vous entendre sur le contenu³⁸.

AIDE-MÉMOIRE – FACILITER L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION

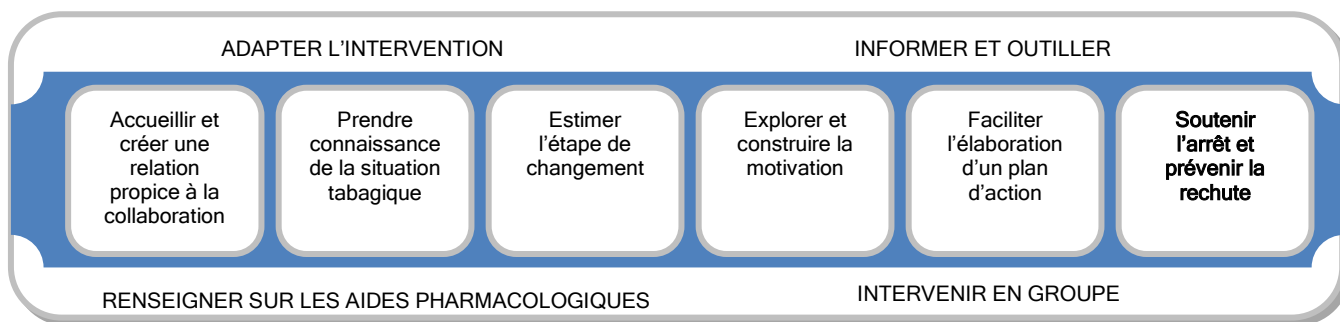
PRATIQUES	EXEMPLES DE QUESTIONS
Susciter l'expression de l'engagement	« Et maintenant, que souhaitez-vous faire? » « Comment voyez-vous la suite des choses? »
Inviter à fixer une date d'arrêt	« Quel moment serait propice pour vous de cesser de fumer? » « Que diriez-vous de réfléchir à une date d'arrêt? »
Faire appel aux ressources de la personne accompagnée	« Qu'est-ce qui serait un bon plan pour vous? » « Que devrait contenir ce plan pour être efficace pour vous? »
Discuter du mode de cessation (abrupte ou progressif)	« De quelle façon comptez-vous cesser de fumer? »
Discuter du recours aux aides pharmacologiques	« Pensez-vous utiliser une aide pharmacologique? » « Quel type d'aide pharmacologique pensiez-vous utiliser? »
Encourager les changements dans les habitudes, la routine et l'environnement	« Quels changements pourriez-vous apporter dans vos habitudes, votre routine et votre environnement afin de vous préparer à cesser de fumer? »
Discuter des obstacles possibles (ex. : peur de prendre du poids ou de vivre du stress, personnes qui fument dans l'entourage)	« Quels obstacles pourraient vous empêcher d'atteindre votre but? »
Discuter des situations à risque et des déclencheurs (ex. : conflit relationnel, fin des repas, consommation de café ou d'alcool)	« Quelles situations pourraient présenter un risque ou une tentation pour vous de fumer? » « Qu'est-ce qui pourrait déclencher une envie de fumer? »
Faire évoquer des stratégies pour composer avec les obstacles, les situations à risque et les déclencheurs	« Comment comptez-vous surmonter les moments de stress? » « Quels moyens efficaces utilisez-vous déjà dans les moments de stress? » « Que pourriez-vous faire après les repas pour...? »
Discuter de l'importance d'informer l'entourage, de trouver du soutien auprès de celui-ci et auprès d'autres ressources	« Avec qui souhaitez-vous partager votre démarche? » « Quels aspects de votre démarche voulez-vous partager avec...? » « Quel genre de soutien attendez-vous de la part de...? » « Que connaissez-vous du parrainage? » « Comment les personnes qui fument dans votre entourage pourront-elles vous aider à...? » « Que connaissez-vous des autres services de soutien à l'abandon du tabagisme? »
Encourager l'autorécompense	« Comment récompenserez-vous vos efforts et vos progrès? »
Faire un résumé du plan d'action	« Je vais tenter de résumer votre plan. Vous cesserez de fumer progressivement à compter du... vous éliminerez les cigarettes suivantes... vous pensez utiliser les timbres pour vous aider à... vous prendrez dorénavant votre douche le matin et vous vous coucherez 15 minutes plus tôt pour... l'idée de prendre du poids vous préoccupe et vous croyez que les sorties entre amis risquent d'être une source de tentations... marcher 15 minutes par jour et demander du soutien à... sont pour vous des moyens de... les récompenses que vous vous accorderez sont... Est-ce que j'ai oublié quelque chose? »

À partir des travaux de Sackey, 2013⁵⁰; McEwen, 2012⁴⁸; Ligne j'Arrête 2012²⁰; Association pulmonaire, 2012c⁶²; Perkins, Conklin et Levine, 2008⁴³; Fiore et coll., 2008³⁷

NOTES

[illegible]

4.6 SOUTENIR L'ARRÊT ET PRÉVENIR LA RECHUTE



La personne que vous accompagnez déploie des efforts considérables pour cesser de fumer et pour demeurer abstinente⁵⁵. Pour y parvenir, elle doit renforcer sa confiance et sa motivation afin de surmonter, entre autres, les symptômes de sevrage physiques et psychologiques. Son principal défi est maintenant de mettre en œuvre son plan d'action et d'y apporter, au besoin, les changements nécessaires⁵⁶. Votre rôle consiste à la soutenir dans le renforcement de sa confiance et de sa motivation et à l'encourager dans les efforts qu'elle déploie pour demeurer abstinente^{32, 48}.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **Il est particulièrement important d'offrir un soutien accru dans les semaines qui suivent l'abandon du tabagisme^{32, 37}.** Les deux premières semaines présentent un risque particulièrement élevé de rechute⁶³. Idéalement, une rencontre de suivi devrait être offerte dans la semaine qui suit l'arrêt³⁷. Si vous travaillez dans un CAT, les rencontres de suivi peuvent avoir lieu en personne ou par téléphone, selon ce qui aura été convenu à la première rencontre⁵⁰. Revoir les notes évolutives et le formulaire d'information sur le client avant la rencontre de suivi vous permet de mieux vous préparer et de personnaliser votre accompagnement²⁰.
- **Inviter la personne accompagnée à décrire une de ses journées types est une pratique efficace pour l'amener à parler de ce qu'elle vit (ex. : comportements, humeurs, préoccupations).** Cette personne a besoin de parler de ses progrès et de recevoir des rétroactions à ce sujet. Les affirmations positives et sincères que vous faites sur ses progrès contribuent à renforcer son sentiment d'efficacité personnelle, sa motivation et sa persévérance³⁸. En saisissant chaque occasion de l'encourager, vous soutenez son abstinence⁵⁰. En stimulant sa réflexion sur les moyens qu'elle utilise et sur les moyens qu'elle pourrait utiliser pour faire face aux difficultés, vous faites appel à ses propres ressources et vous l'aidez à évaluer et à réajuster son plan d'action³⁸.
- **Bien qu'elle ait cessé de fumer, la personne accompagnée peut encore avoir des appréhensions et des doutes à cette étape de sa démarche.** Le fait de l'amener à exprimer à nouveau les raisons pour lesquelles elle a choisi de cesser de fumer vous permet d'explorer son degré de motivation et de mieux comprendre l'ambivalence qui peut subsister³⁸.

- **Il se peut que la personne accompagnée ait de la difficulté à composer avec certains aspects du changement (ex. : diminution ou perte de plaisir, réactions négatives de l'entourage, changements dans les habitudes).** En facilitant l'expression de ses émotions inconfortables, vous soutenez sa motivation et ses efforts de changement²⁰. Cette personne peut avoir besoin d'être rassurée quant aux symptômes de sevrage (ex. : lui rappeler qu'ils font normalement partie du processus d'abandon du tabagisme, qu'ils sont plus intenses dans les premiers jours suivant l'arrêt et qu'ils s'estompent avec le temps)³⁷. Reconnaître combien ils sont éprouvants et souligner le fait que plusieurs de ces symptômes sont positifs (ex. : la toux), puisqu'ils indiquent que le corps se désintoxique, peut aider la personne accompagnée à poser un regard constructif sur cet aspect plus difficile de sa démarche. Il importe de vérifier si certains symptômes tels que la déprime, les troubles de sommeil ou l'anxiété ont déjà été ressentis dans un autre contexte que celui de l'abandon du tabagisme et voir quelles stratégies ont été déployées pour composer avec ces symptômes. Il y a lieu de référer la personne vers un professionnel de la santé (ex. : pharmacien, médecin) si elle rencontre des difficultés avec les aides pharmacologiques ou si elle a des besoins spécifiques à ce propos ou d'autres besoins concernant sa santé.
- **Le fait de ne pas prendre une seule bouffée de cigarette est l'un des moyens les plus efficaces de ne pas aggraver les symptômes de sevrage et de prévenir la rechute⁴⁸.** Discutez de cette question avec la personne accompagnée, par exemple en l'invitant à nommer les impacts possibles si elle prenait une seule bouffée⁴⁸. Si une ou plusieurs défaillances sont survenues, aidez-la à relativiser cette expérience et à revoir l'efficacité de ses stratégies^{20, 37}.
- **Rappelez à la personne accompagnée l'importance de chercher du soutien additionnel entre les rencontres de suivi ou un soutien plus intensif au besoin,** particulièrement si les difficultés éprouvées sont importantes (ex. : défaillances répétées, symptômes de sevrage intenses ou persistants)³⁷. Rappelez-lui également qu'*une porte est toujours ouverte* pour obtenir du soutien.
- **Les notes évolutives doivent être rédigées au terme de chaque rencontre de suivi⁶³ et le plus tôt possible après la rencontre^{47, 64}.** Ces notes permettent entre autres de suivre la démarche de la personne accompagnée et de faciliter la continuité des services^{47, 64}.

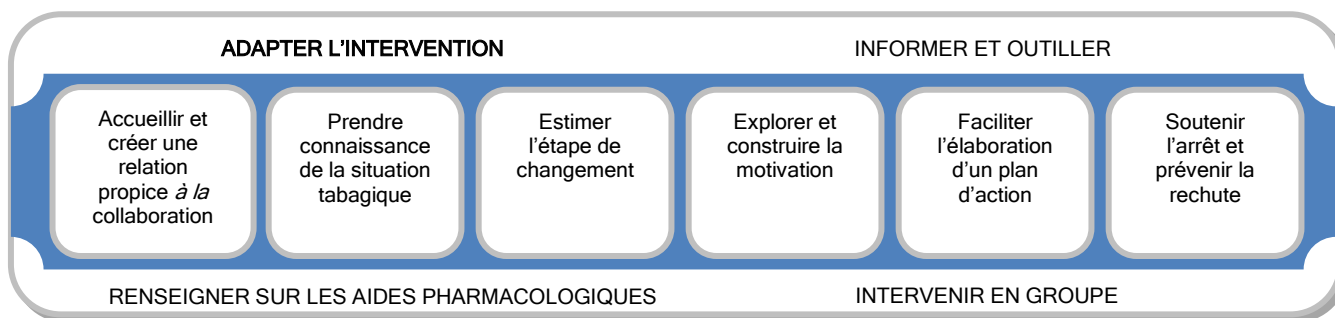
AIDE-MÉMOIRE – SOUTENIR L'ARRÊT ET PRÉVENIR LA RECHUTE

PRATIQUES	EXEMPLES DE QUESTIONS
Discuter des progrès accomplis (abstinence complète; diminution en cours, défaillance (une ou quelques bouffées; 1 à 5 cigarettes ou plus de 5 cigarettes) ; « bons coups », gains associés à la cessation)	« Vous aviez prévu cesser de fumer complètement mardi dernier, comment ça s'est passé pour vous? » « Vous aviez prévu de réduire votre consommation de cigarettes à 25 par jour, où en êtes-vous? » « Vous disiez vouloir cesser de fumer pour monter à nouveau l'escalier sans être essoufflé... qu'en est-il? »
Échanger sur les situations difficiles ayant été vécues depuis la dernière rencontre (types de situations, personnes concernées; moyens utilisés pour y faire face)	« Que diriez-vous si nous regardions ensemble ce qui a bien fonctionné dans votre plan d'action et ce qui a moins bien fonctionné? » « Racontez-moi ce qui a été difficile et ce que vous avez fait pour surmonter ces difficultés? » « Voyons ensemble les circonstances qui ont mené à cette rechute. » « Qu'est-ce qui vous a aidé à ne pas fumer? »
Valoriser et encourager (efforts et progrès)	« Vous n'avez pas fumé, bravo! Parlez-moi de ce qui vous rend fier. » « Vous avez rechuté, mais vous êtes présent au rendez-vous. Bravo! Ça démontre votre désir de vous libérer de la cigarette. » « Vous avez pris quelques bouffées et décidé de jeter la cigarette. Bravo, ça vous a pris du courage! Qu'est-ce que vous avez appris de cette expérience? » « De quels progrès ou réussites vous sentez-vous particulièrement fier? »
Aborder les situations à risque susceptibles de se présenter (encourager le repérage de ces situations et des moyens pour y faire face (ex.: se rappeler ses raisons pour cesser de fumer)	« Quelles situations risquent de présenter des tentations pour vous? » « Qu'est-ce qui pourra vous aider à ne pas fumer lorsque... » « Quels moyens pourriez-vous utiliser pour faire face à cette situation stressante? » « Comment pourriez-vous mettre des limites à... quand...? » « Que ferez-vous pour contrôler la colère? » « Que ferez-vous si on vous offre une cigarette? »
Discuter des symptômes de sevrage et des envies intenses de fumer (types de symptômes ressentis; fréquence des envies de fumer; déclencheurs; moyens utilisés pour composer avec ces symptômes et ces envies de fumer)	« Du côté des symptômes de sevrage, comment ça s'est passé pour vous depuis notre dernière rencontre? » « Qu'est-ce qui déclenche vos envies de fumer? » « Qu'est-ce que vous avez fait pour surmonter ces symptômes? » « Quels moyens utilisez-vous pour faire face aux envies de fumer? »
Discuter des aides pharmacologiques (efficacité; effets secondaires; respect du mode d'emploi et de la posologie; approvisionnement suffisant; etc.)	« Comment ça se passe pour vous avec les timbres et la gomme? » « Quelles sont vos questions et vos préoccupations à ce sujet? »
Discuter du soutien disponible dans l'entourage (qui peut offrir du soutien et de quelle manière)	« Quelles personnes dans votre entourage pourront vous soutenir? » « Quelle sorte de soutien souhaiteriez-vous obtenir de la part de votre conjoint? »
Vérifier les besoins	« Comment vous sentez-vous à l'idée de cette prochaine semaine sans fumer? » « Quelles sont vos questions et vos préoccupations? »
Résumer le nouveau plan d'action (résumer l'ensemble des propos : problèmes rencontrés; motivations, ambivalence; divergences; moyens ciblés pour faire face aux envies de fumer et aux situations à risque, personnes qui offriront du soutien)	« Je vais tenter de résumer ce dont nous venons de discuter... c'est difficile de dire non aux offres de cigarettes... vous avez des doutes sur votre capacité à demeurer abstinent... être un modèle pour vos enfants vous motive à... pour quelque temps, vous prendrez vos pauses à une heure différente et après le souper, vous irez marcher 30 minutes... votre belle-sœur demeure disponible pour vous écouter... Est-ce que j'ai oublié quelque chose? »
Féliciter la personne accompagnée pour le cheminement parcouru et encourager la poursuite de sa démarche	« Je vous félicite pour votre détermination et pour votre persévérance. Ça démontre vos capacités à atteindre votre but. »

NOTES

[illegible]

4.7 ADAPTER L'INTERVENTION AUX CARACTÉRISTIQUES DES ADOLESCENTS



La majorité des adolescents désirent cesser de fumer et font des tentatives pour y parvenir⁶⁵. Ils doivent être encouragés et soutenus dans leurs efforts⁶⁵. L'approche de l'entretien motivationnel leur convient particulièrement, parce qu'elle permet de s'ajuster à leurs besoins, respecte leur autonomie et met l'accent sur la responsabilisation⁶⁶. La dimension sociale constitue l'élément clé à considérer dans leur démarche⁶⁷.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **Les adolescents traversent une période de changement et de construction identitaire³².** Leurs habitudes associées au tabagisme évoluent durant cette période et varient en fonction de facteurs tels que la pression des pairs, l'influence des modèles présents dans l'entourage (ex.: parents, fratrie), la prédisposition génétique, le faible statut socioéconomique des parents, un rendement scolaire sous la moyenne, l'influence des films et de la publicité et l'accessibilité aux produits^{32, 67}. Les adolescents sont davantage susceptibles d'expérimenter le tabagisme sous une forme ou une autre (cigarette, cigarillo, pipe à eau)⁶⁶. Au secondaire, le taux de tabagisme des adolescents est estimé à 22 % (cigarettes et cigarillos)⁷.
- **Les adolescents sont plus susceptibles de devenir dépendants de la nicotine⁶⁶,** car leur système neurologique est particulièrement sensible⁶⁹. Cette dépendance peut se développer très rapidement, rendre l'abandon du tabagisme plus difficile et les rechutes, plus probables^{69, 70}.
- **Les adolescents ont besoin de développer des compétences et des aptitudes associées à l'affirmation de soi et les capacités nécessaires afin de repousser, par exemple, la pression des pairs^{71, 72}.**
- **Le soutien téléphonique est facilement accessible aux adolescents et permet un échange confidentiel⁷³.** Ce soutien peut être combiné, entre autres, aux nouvelles approches électroniques (ex. : messagerie électronique). Cependant, ces nouvelles approches ne peuvent à elles seules avoir un impact sur l'abandon du tabagisme chez les adolescents⁷³.
- **L'intervention de groupe semble plus attrayante et moins menaçante que l'intervention individuelle pour les adolescents⁶⁶.** Les adolescents ont tendance à accorder une plus grande crédibilité à leurs pairs qu'à l'animateur lorsqu'il est question, par exemple, des méfaits du tabagisme⁶⁶. L'approche de l'entretien motivationnel est idéale en intervention de groupe auprès des jeunes, car elle favorise les interactions et encourage la collaboration⁶⁶.
- **La TRN peut être proposée aux adolescents qui fument régulièrement et qui ont fait plusieurs tentatives pour cesser de fumer sans succès³².** La combinaison du timbre et de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) serait plus efficace que la combinaison des gommes à la nicotine et de la TCC³². De façon générale, le chlorhydrate de bupropion et le tartrate de varénicline ne sont pas recommandés chez les adolescents⁷⁴. Il importe d'orienter la personne accompagnée vers un médecin en ce qui a trait aux aides pharmacologiques.

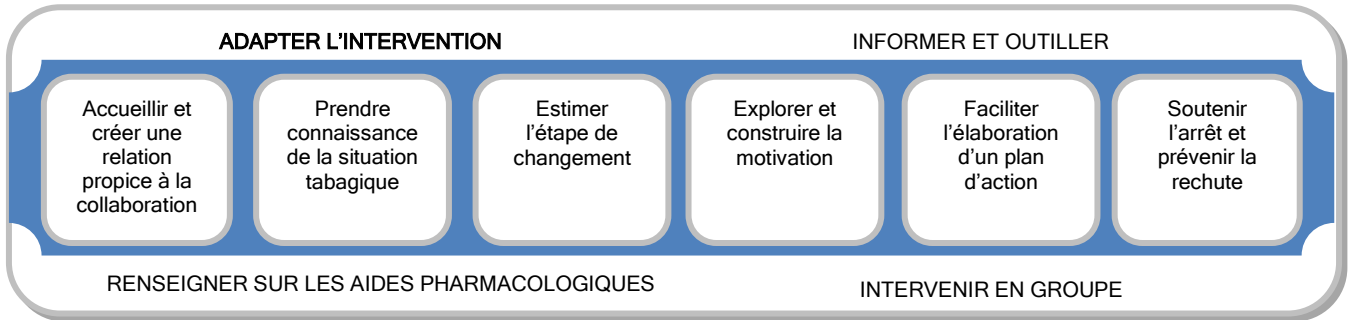
AIDE-MÉMOIRE — ADAPTER L'INTERVENTION AUX CARACTÉRISTIQUES DES ADOLESCENTS

PRATIQUES	EXEMPLES
Explorer l'histoire et les expériences tabagiques	Discuter d'éléments tels que : – moment de la première bouffée; – produits essayés et consommés (ex. : cigarette, cigarillo, cigarette électronique, pipe à eau, tabac à chiquer, produits du tabac aromatisés); – contexte de consommation.
Utiliser un langage connu des jeunes	Être attentif au vocabulaire des jeunes et aux expressions qu'ils utilisent afin d'adapter son langage.
Porter une attention particulière aux sujets qui préoccupent les jeunes	Faciliter un échange portant sur des éléments tels que: – relations avec les autres (parents, amis); – prise de poids; – stress; – recherche d'autonomie; – perturbation émotionnelle.
Impliquer les parents et les membres de la famille	Tenir des rencontres dans le milieu avec les parents
Tenir compte de la pression exercée par la famille et les pairs	Considérer les aspects suivants : – contexte familial et social – rapports avec l'autorité – entourage qui fume
Discuter des techniques de manipulation utilisées par la publicité et de son influence	Susciter un échange sur des sujets tels que : – modèles proposés par l'industrie du tabac (ex. : image de liberté); – apparence inoffensive et amusante des produits.
Soutenir le développement de l'affirmation de soi et la capacité de repousser la pression	Discuter d'outils pouvant être utilisés afin de : – favoriser la construction de l'identité; – développer de l'assurance, de la confiance en soi – composer avec la peur du jugement
Planifier des interventions de groupe	Favoriser la tenue de rencontres dans le milieu scolaire : – encourager les interactions avec les pairs.
Travailler en collaboration	Solliciter le soutien et la collaboration de personnes ressources de l'établissement et du RTS : – infirmière scolaire, travailleur social, psychoéducateur, médecin, intervenants de maison des jeunes, etc.

À partir des travaux de Naar-King et Suarez, 2011⁶⁶; Dino et coll., 2011⁷³; Perkins, Conklin et Levine, 2008⁴³

[illegible]

4.8 ADAPTER L'INTERVENTION AUX CARACTÉRISTIQUES DE LA FEMME ENCEINTE OU QUI ALLAITE



Le counseling est le traitement de première ligne recommandé pour la femme enceinte ou qui allaite qui veut cesser de fumer^{32, 75}.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **L'approche à privilégier en matière d'abandon du tabagisme chez la femme enceinte suggère de centrer les interventions sur la femme enceinte plutôt que seulement sur le fœtus⁷⁶.** Cette approche met en relief la valeur de la femme accompagnée et permet de susciter chez elle ses propres motivations à cesser de fumer et à demeurer abstinente⁷⁶. Cette approche, centrée sur la femme enceinte, est en accord avec l'approche de l'entretien motivationnel, mise de l'avant dans ce guide, et son efficacité en abandon du tabagisme est reconnue.
- **La femme enceinte qui fume durant sa grossesse peut subir des pressions sociales (stigmatisation) particulièrement fortes, parfois au point qu'elle n'ose pas avouer qu'elle fume⁷⁶.** Il importe d'être sensible à ces pressions et de lui offrir un soutien exempt de jugement⁷⁶ afin de nourrir chez elle un sentiment de confiance et d'ouverture³⁸.
- **Lorsque la femme enceinte est incapable de cesser de fumer ou qu'elle n'est pas intéressée à cesser de fumer, l'approche de réduction des méfaits est reconnue comme une pratique à promouvoir⁷⁶.** Cette approche comporte toutefois des risques⁷⁷. La femme enceinte est susceptible de modifier sa façon de fumer (ex. : prendre un plus grand nombre de bouffées, inhaler plus profondément) et d'absorber à peu près la même quantité de produits toxiques^{77, 78}.
- **En dernier recours, la femme enceinte peut utiliser la TRN⁷⁵. Une évaluation doit préalablement être faite par un professionnel de la santé, qui assurera par la suite le suivi du traitement de la TRN⁷⁵.** Certains auteurs recommandent que la femme enceinte privilégie l'usage de TRN par voie orale (ex. : gomme) et en doses intermittentes plutôt que continues (ex. : timbre)^{32, 75, 79}. La TRN peut également être utilisée par la femme qui allaite⁷⁷. En ayant recours à la TRN, la mère et son enfant sont exposés à des niveaux moins élevés de produits chimiques que lorsque la mère continue de fumer⁷⁷. Les auteurs ont des opinions partagées en ce qui a trait à l'usage du bupropion chez la femme enceinte ou qui allaite^{74, 76, 80, 81}.
- **La paternité peut inciter le partenaire de la femme accompagnée à réfléchir au type de père qu'il souhaite devenir^{82, 83}.** En tant que futur ou nouveau père, il peut avoir besoin d'être soutenu et informé des méfaits du tabac et de la fumée secondaire^{82, 83}.
- **Jusqu'à 70 % des femmes ayant cessé de fumer pendant leur grossesse recommencent à fumer après la naissance de leur enfant⁷⁷.** La femme qui a cessé de fumer au cours de sa grossesse est particulièrement à risque de rechute entre la 6^e et la 12^e semaine après son accouchement⁷⁷. Cette rechute peut avoir une ou plusieurs causes (ex. : dépression post-partum, prise de poids)⁷⁷. Il importe donc de lui offrir un soutien accru⁷⁶. De plus, le fait d'allaiter son enfant pourrait l'inciter à prolonger son abstinence après la grossesse⁷⁶.

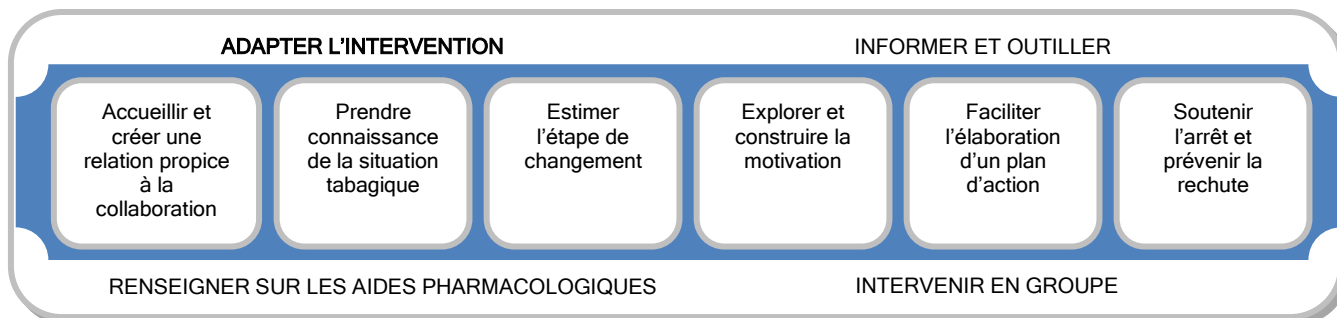
**AIDE-MÉMOIRE – ADAPTER L'INTERVENTION AUX CARACTÉRISTIQUES
DE LA FEMME ENCEINTE OU QUI ALLAITE**

PRATIQUES	EXEMPLES
Privilégier des interventions centrées sur la mère plutôt que seulement sur le fœtus ⁷⁶	S'informer des circonstances entourant la grossesse : – grossesse prévue et désirée ou non; – santé et bien-être de la mère; – dissimulation du tabagisme.
Estimer le niveau de stress ⁷⁹	Vérifier la présence de facteurs de stress : – peur de l'inconnu relativement au processus de la naissance; – peur de ne pas être une bonne mère; – manque de sommeil; – complications relatives à la grossesse ou à la naissance; – difficultés relationnelles (ex. : conflit avec le partenaire); – dépression post-partum.
Sensibiliser à l'importance du soutien du partenaire et du réseau social ⁷⁶	Rappeler l'influence majeure du partenaire et des membres de la famille.
Offrir du counseling individuel au partenaire qui fume ^{75, 76}	Proposer des interventions individuelles au partenaire qui fume : – prise en compte du changement de rôle; – respect de la dynamique de couple.
Encourager la réduction des méfaits ^{76, 79}	Proposer l'approche de la réduction des méfaits lorsque la femme est incapable de cesser de fumer ou ne veut pas cesser de fumer : – diminution du nombre de cigarettes; – brèves périodes d'arrêt, peu importe le stade de la grossesse. Informar des risques associés à cette approche (ex. : inhalation plus profonde).
Promouvoir l'allaitement ^{76, 77, 84, 85}	Encourager l'allaitement, qui demeure le meilleur mode d'alimentation pour l'enfant ⁴⁶ .
	Sensibiliser la mère à l'importance de ne pas fumer en présence du bébé; de ne pas fumer avant ou pendant l'allaitement et d'attendre idéalement deux heures après avoir fumé avant d'allaiter à nouveau ⁴⁵ , sauf si le bébé manifeste des signes de faim ⁸⁵ .
	Sensibiliser la femme qui allaite au fait que le tabagisme peut nuire à la production de lait et que la nicotine présente dans le lait maternel peut causer de l'irritabilité, de l'insomnie et des pleurs chez le bébé ⁴⁶ .
Offrir du soutien dans la réponse aux besoins de base ⁷⁶	Proposer des moyens mobilisateurs dans les situations de faibles revenus : – remise de bons d'achat (couches, céréales pour bébé, etc.).
Intensifier le suivi visant à soutenir l'arrêt et à prévenir la rechute en période postnatale ⁸⁶	Offrir un suivi étroit à la femme qui a cessé de fumer durant sa grossesse : – consultation téléphonique proactive; – visites à domicile.
Travailler en collaboration	Solliciter le soutien et la collaboration de personnes ressources de l'établissement et du RTS: – sage-femme, infirmière en périnatalité, professionnels des cliniques médicales, intervenants d'organismes communautaires, de ressources en allaitement, etc.

NOTES

[illegible]

4.9 ADAPTER L'INTERVENTION AUX CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE AYANT UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE



Les personnes qui ont un trouble de santé mentale ont besoin d'être soutenues dans leur motivation et leurs efforts pour cesser de fumer⁸⁷. En apprenant des stratégies pour contrôler leurs envies de fumer, en changeant leurs habitudes et en obtenant le soutien social nécessaire, elles peuvent y arriver⁸⁷. Elles tirent profit d'un soutien fondé sur l'approche de l'entretien motivationnel^{87, 88} et adapté à l'étape de changement à laquelle elles se situent⁸⁷.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **Les personnes qui fument et qui ont un trouble de santé mentale affichent les taux de tabagisme les plus élevés, soit 40 % à 90 %, selon leur diagnostic⁸⁹.** Près de la moitié d'entre elles fument plus de 40 cigarettes par jour⁹⁰. Elles sont les plus touchées par les méfaits du tabagisme et jusqu'à 60 % d'entre elles meurent de maladies associées au tabagisme⁹⁰. Elles peuvent consacrer jusqu'à 27 % de leur revenu à l'achat des produits du tabac³². Le tabagisme est pour elles un moyen privilégié d'être en interaction avec les autres³². Plusieurs fument également pour atténuer les symptômes associés à leur trouble de santé mentale et aux effets secondaires de leur médication^{32, 91}.
- **La personne ayant un trouble de santé mentale, plus particulièrement celle ayant un diagnostic de schizophrénie, a tendance à fumer davantage^{32, 87} (ex. : inhalation profonde et plus longue, plus grand nombre de bouffées par cigarette, consommation de la cigarette jusqu'au filtre)⁸⁷.** Cette personne est donc susceptible d'être plus fortement dépendante à la nicotine⁸⁷ et d'éprouver des symptômes de sevrage plus marqués en cessant de fumer^{32, 92}, particulièrement l'état de manque et l'humeur dépressive⁹². Elle est également plus à risque de rechuter⁹².
- **L'abandon du tabagisme n'est pas associé à une rechute de la maladie mentale ou à une exacerbation des symptômes psychiatriques lorsqu'un soutien à long terme et un contrôle médical étroit sont assurés^{92, 93}.** Toutefois, le trouble de santé mentale doit être traité et stabilisé avant que la personne tente de cesser de fumer^{32, 94}. De plus, cette tentative doit être à distance d'un épisode aigu⁹⁴.

La réduction du nombre de cigarettes fumées, ou l'arrêt complet, peut accroître les effets secondaires de certains médicaments neuropsychiatriques, d'où l'importance d'orienter préalablement la personne accompagnée vers son médecin en vue d'une évaluation et d'un suivi médical étroit^{92, 93}. Le médecin prendra en considération, notamment, le niveau de dépendance à la nicotine⁸⁷ et les interactions médicamenteuses possibles si la personne prend déjà des médicaments (ex.: antipsychotiques, antidépresseurs). Il évaluera l'impact de la réduction ou de la cessation sur le métabolisme de ces médicaments et ajustera la posologie au besoin⁸⁷. Il assurera également une surveillance étroite des effets secondaires sur les médicaments neuropsychiatriques, et plus particulièrement si la varénicline ou le bupropion est utilisé^{32, 87}. Il importe de dépister régulièrement les changements d'humeur. Ces changements peuvent faire partie du sevrage, être reliés au deuil causé par la perte de l'identité de *fumeur* ou être associés à l'émergence d'un trouble dépressif³².

- **La majorité des pratiques de l'entretien motivationnel peuvent être utilisées auprès des personnes ayant un trouble de santé mentale⁸⁸.** Il importe toutefois d'accroître la directivité des interventions tout en préservant et en valorisant l'autonomie de la personne accompagnée⁸⁸. En faisant appel à votre jugement professionnel, vous déterminerez jusqu'où suivre les décisions de cette personne lorsque son jugement est altéré par sa maladie⁸⁸.
- **Une démarche composée d'étapes plutôt qu'une cessation abrupte permet à la personne ayant un trouble de santé mentale de développer ses aptitudes et de renforcer sa confiance en ses capacités à cesser de fumer⁸⁷.** Le soutien entre pairs constitue aussi une avenue prometteuse pour augmenter le taux de réussite d'abandon du tabagisme⁹⁵. Idéalement, ces pairs ayant aussi un trouble de santé mentale ont réussi à cesser de fumer grâce à leur participation à un programme de groupe⁹⁵. Certains conseillers privilégient toutefois de regrouper des participants qui ont un trouble de santé mentale avec des participants qui n'en ont pas.
- **Les TRN, dont les propriétés antidépressives sont reconnues, sont efficaces pour les personnes souffrant de dépression qui veulent cesser de fumer⁸⁷.** Lorsqu'elles prennent déjà des antidépresseurs, ces personnes devraient continuer à les prendre durant leur démarche de cessation⁹⁴, après avoir obtenu l'avis de leur médecin.

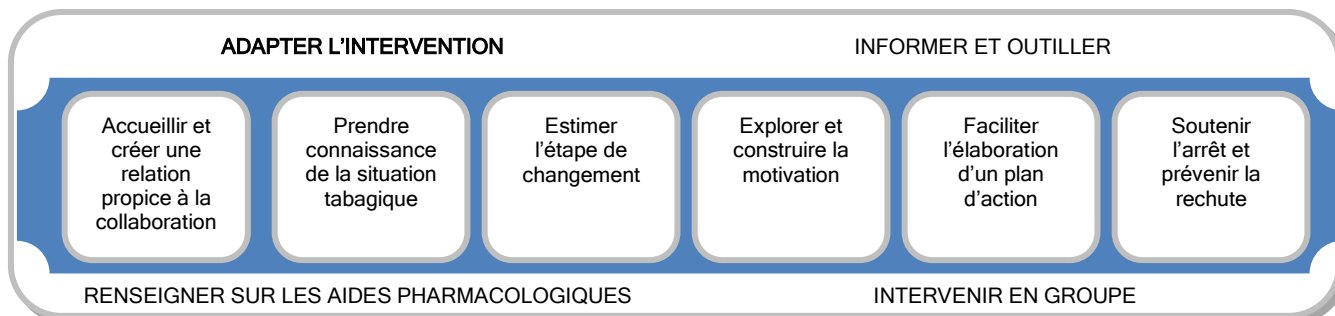
**AIDE-MÉMOIRE — ADAPTER L'INTERVENTION AUX CARACTÉRISTIQUES
DE LA PERSONNE AYANT UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE**

PRATIQUES	EXEMPLES
Offrir un soutien continu et à long terme ⁹⁶	Faire des appels proactifs entre les rencontres.
Encourager une démarche d'abandon du tabagisme composée d'étapes plutôt qu'une cessation abrupte ⁸⁷	- Considérer et soutenir une approche de réduction ou de brefs arrêts de quelques jours menant à l'arrêt complet. - Valoriser les succès obtenus à chacune des étapes de la démarche.
Offrir un plus grand nombre de rencontres de plus courte durée et au contenu simplifié ⁸⁷	- Prioriser un seul objectif à la fois. - Utiliser un support visuel (images, tableau). - S'assurer de la clarté et de la précision des questions posées. - Restreindre, si nécessaire, la portée des questions ouvertes, par exemple⁸⁸ au lieu de : « Qu'est-ce qui serait le plus important de changer dans votre vie? », privilégier : « Au sujet de votre santé... (ou « de votre logement » ou « de votre travail ») qu'est-ce qui serait le plus important de changer? » - Faire des reflets simples, courts et proches du langage de la personne. - Faire un rappel de l'objectif priorisé à plusieurs reprises au cours de la rencontre. - Résumer plus souvent les points importants abordés au cours de la rencontre. - Écourter et reporter la rencontre, au besoin.
Porter une attention particulière aux questions relatives aux symptômes de sevrage et aux aides pharmacologiques ³²	- Bien informer la personne de l'importance de ne pas cesser brusquement la médication et les aides pharmacologiques⁹². - Demeurer attentif aux changements d'humeur³². - Soutenir la personne dans l'utilisation adéquate des aides pharmacologiques⁴⁸. - Encourager un suivi médical assidu³².
Travailler en étroite collaboration avec les professionnels de la santé mentale ⁹⁷	- Offrir simultanément un accompagnement pour l'abandon du tabagisme et pour le trouble de santé mentale. - S'assurer de la surveillance et du suivi de la médication.
Créer des groupes de soutien ^{95, 98}	Favoriser l'accès à du soutien entre pairs.
Travailler en collaboration	- Solliciter le soutien et la collaboration de personnes ressources de l'établissement et du RTS: - psychologue, travailleur social spécialisé en santé mentale, intervenants de divers milieux (ex. : centre de réadaptation en dépendance, services de psychiatrie, ressources alternatives en santé mentale), etc.

NOTES

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

4.10 ADAPTER L'INTERVENTION AUX CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE DONT LA SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE EST PRÉCAIRE



Les personnes qui fument et dont la situation socioéconomique est précaire ont un désir d'abandonner le tabagisme qui est comparable à celui de la population en générale⁹⁹. Toutefois, elles font face à des obstacles qui entravent leur démarche.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

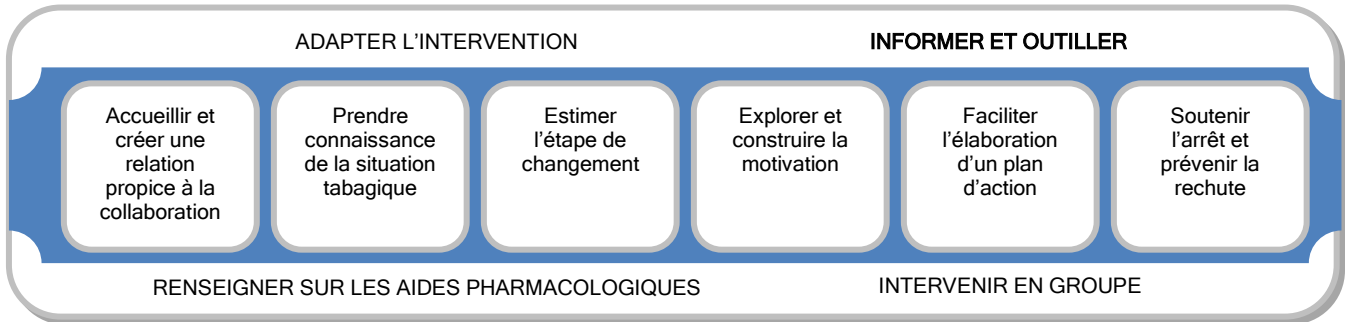
- Pour la personne dont la situation socioéconomique est précaire, fumer est souvent une pratique sociale solidement ancrée dans les moments importants de sa vie familiale, sociale ou au travail¹⁰⁰. La cigarette satisfait, chez cette personne, des besoins de première nécessité et sa vie de tous les jours est fortement marquée de rituels tournant autour du tabagisme¹⁰⁰. Cesser de fumer peut donc être perçu comme une privation et un accablement additionnels¹⁰⁰. Tenir compte de cette réalité vous permet d'adapter vos interventions et de mieux accompagner cette personne dans sa démarche d'abandon du tabagisme¹⁰¹. Le recours à l'entretien motivationnel est particulièrement approprié.
- La personne dont la situation socioéconomique est précaire est susceptible de faire face à plusieurs obstacles spécifiques qui peuvent entraver sérieusement sa démarche d'abandon du tabagisme. Ces obstacles peuvent être : une exposition continuelle au tabagisme, le manque d'activités pour remplacer le tabagisme, une capacité financière limitée, une perception du coût élevé des aides pharmacologiques, une méconnaissance des services d'abandon du tabagisme disponibles, un manque d'accessibilité à ces services et certaines croyances spécifiques associées au tabagisme (ex. : *cesser de fumer est inutile parce que les dommages du tabagisme sont déjà faits*), etc.¹⁰².

AIDE-MÉMOIRE — ADAPTER L'INTERVENTION AUX CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE DONT LA SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE EST PRÉCAIRE

PRATIQUES	EXEMPLES
Porter une attention particulière aux contextes de vie ^{101, 103}	• Évaluer le stress induit par la précarité. • Explorer la fonction socialisatrice du tabagisme. • Valider s'il y a une exposition continue au tabagisme. • S'informer de la présence d'obstacles pouvant nuire à l'accessibilité aux services (ex. : aucun moyen de transport).
S'intéresser aux croyances spécifiques non fondées ¹⁰⁴	• Explorer la présence de croyances spécifiques, telles que : - « la médication peut être dangereuse »; - « le soutien pour cesser de fumer n'est pas efficace »; - « cesser de fumer est inutile parce que les dommages du tabagisme sont déjà faits ».
Prendre en compte le degré d'alphabétisme, les préférences linguistiques, les valeurs culturelles ¹⁰⁵	• Adapter la façon d'utiliser le formulaire d'information sur le client (ex. : le remplir soi-même tout en discutant avec la personne accompagnée). • Cibler la documentation à remettre ou l'adapter (ex. : documentation conçue pour les personnes ayant des compétences réduites en lecture).
Mener des actions de proximité ¹⁰⁶	• Offrir les services dans les lieux d'appartenance (ex. : soupe populaire). • Intervenir en milieu de travail.
Offrir des incitatifs ¹⁰⁷	• Remettre des échantillons gratuits de TRN (gommes, pastilles).
Privilégier les rappels proactifs ¹⁰⁷	• Offrir un soutien personnalisé et continu.
Créer des groupes de soutien adaptés ¹⁰³	• Offrir les rencontres dans des lieux qui sont familiers aux participants (ex. : maison de la famille). • Offrir un service de garde et le transport. • Privilégier un horaire qui tient compte de la disponibilité des participants.
Travailler en collaboration	• Solliciter le soutien et la collaboration de personnes ressources de l'établissement et du RTS : - intervenant de quartier, organisateur communautaire, travailleur de rue, intervenant d'organismes communautaires (soupe populaire, cuisines collectives, ressource en alphabétisation, maison de la famille, maison de quartier), etc.

[illegible]

4.11 INFORMER ET OUTILLER EN ACCORD AVEC LES PRINCIPES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL



La personne que vous accompagnez est souvent habitée de préoccupations et de questionnements relatifs à sa démarche (ex. : prise de poids)⁴³. Elle peut avoir besoin d'information et d'outils adaptés à sa situation (ex. : surmonter les symptômes de sevrage)⁴³. Votre rôle consiste à être à l'écoute de ses besoins et à échanger avec elle l'information de base nécessaire à sa démarche et à lui proposer les outils qui l'aideront, en fonction de ses préoccupations^{34, 37}.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **« Informer et outiller » est une pratique qui doit s'inscrire dans un échange avec la personne accompagnée.** Cela implique qu'une relation de collaboration est établie entre vous³⁸. L'information et les outils que vous lui transmettez doivent être liés à ses préoccupations et ses questionnements et tenir compte de ses particularités^{34, 38}. L'expertise et les ressources de cette personne doivent demeurer au premier plan, et ce, avant, pendant et après l'échange d'information^{38, 40}. En faisant d'abord appel à ses connaissances et à ses points de vue, vous valorisez son autonomie et soutenez le renforcement de son sentiment d'efficacité personnelle³⁸.
- **Lorsque vous échangez ou transmettez de l'information à la personne accompagnée, il importe de demeurer dans une position neutre et d'être vigilant afin d'éviter d'adopter le réflexe correcteur^{34, 38}.** Dans cette optique, lui demander sa permission avant de lui donner de l'information et lui demander ce qu'elle connaît du sujet sont des pratiques à promouvoir³⁴. Le fait de vous renseigner sur ce qu'elle connaît vous évite de lui transmettre inutilement de l'information³⁴. Cela vous permet, au besoin, de compléter l'information et d'apporter des précisions sur des idées ou des renseignements erronés⁴³. Demander un retour sur l'information transmise est également une pratique à promouvoir^{34, 38}. Toutes ces façons de faire respectent et renforcent l'autonomie de la personne accompagnée, suscitent une implication active de sa part dans la prise en charge de sa démarche et augmentent sa motivation au changement^{34, 40}.
- **Dans certaines situations, il est nécessaire de transmettre de l'information à la personne accompagnée, sans obtenir sa permission au préalable³⁴** (ex. : risque pour la santé, par exemple une interaction médicamenteuse anticipée). Lorsque vous devez le faire, annoncez-lui que vous avez de l'information à lui transmettre, offrez-lui de choisir à quel moment elle préfère que vous le fassiez et enfin, mettez en évidence le fait qu'elle peut tenir compte ou non de ce que vous lui direz³⁴.
- **Certaines personnes peuvent être faiblement alphabétisées ou éprouver des difficultés importantes à lire.** Soyez attentif à de possibles indices (ex. : vocabulaire limité pour nuancer la pensée, difficulté de prononciation, attitude soumise ou agressive en cas d'incompréhension), particulièrement lorsque vous prévoyez remettre de la documentation écrite ou lorsqu'il s'agit de lui faire remplir le formulaire d'information sur le client¹⁰⁸.
- **Enfin, l'efficacité des documents et des outils d'autoassistance adaptés, en version papier ou numérique, pour aider la personne accompagnée à cesser de fumer¹⁰⁹ est reconnue.** Il importe d'en mettre à sa disposition. Cette pratique ne devrait toutefois pas être la principale source des efforts déployés pour l'aider dans sa démarche¹¹⁰.

AIDE-MÉMOIRE — INFORMER ET OUTILLER EN ACCORD AVEC LES PRINCIPES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

PRATIQUES	EXEMPLES
AVANT de transmettre de l'information à la personne accompagnée : – lui demander ce qu'elle connaît du sujet; – demander sa permission; – vérifier son besoin d'information.	• « Que connaissez-vous à propos des symptômes de sevrage? Quels outils de gestion du stress connaissez-vous? » • « Seriez-vous d'accord pour qu'on discute ensemble de certains renseignements qui pourraient vous être utiles? » • « Me permettez-vous de vous donner de l'information au sujet de la grossesse et du tabagisme? » • « Accepteriez-vous que je vous fasse une suggestion? » • « Quel genre d'information aimeriez-vous obtenir au sujet des symptômes de sevrage? » • « Qu'est-ce que vous souhaitez le plus connaître au sujet de la gestion du stress? »
DE FAÇON GÉNÉRALE, au moment de lui transmettre de l'information : – considérer ses particularités; – parler de ce que les autres personnes font dans une situation similaire; – lui présenter plusieurs choix adaptés (idéalement au moins trois); – respecter les silences; – demeurer présent.	• Utiliser un langage accessible et compréhensible : éviter le jargon, les abréviations, les termes techniques (un renseignement simple pour vous peut être complexe pour elle). • Offrir de manière progressive de l'information simple et adaptée aux besoins exprimés (un thème à la fois). • S'assurer que l'information transmise ou l'outil proposé s'intègre de manière réaliste dans sa vie de tous les jours. • Proposer des outils présentés sous différentes formes, selon ses préférences (feuillelet, site Web, livre, etc.). • Veiller à ce que les documents écrits soient ajustés à sa langue, à son niveau de littératie, à sa capacité visuelle, à sa disponibilité, etc. Privilégier une affirmation comme celle-ci : • « La plupart des personnes dans votre situation choisissent de se débarrasser de tous les objets associés au tabagisme, par exemple les cendriers et les briquets ». au lieu d'une affirmation comme celle-ci : • « Le mieux pour vous est de vous débarrasser de tous les objets associés au tabagisme ». • « Parmi les options possibles dont nous venons de discuter pour faire face aux moments de stress, lesquelles, croyez-vous, sont les mieux adaptées à votre situation? » • « Qu'est-ce qui vous conviendrait le plus parmi ces trois façons de gérer le stress? » Permettre un temps de réflexion et faire place aux moments de silence, nécessaires à la réflexion. Porter attention à l'attitude non verbale de la personne accompagnée et se questionner, au cours de l'échange afin d'ajuster sa pratique, au besoin. Par exemple : • Le rythme est-il adapté? Favorise-t-il l'expression de la personne accompagnée (ex. : sentiments, pensées)? • La façon de partager l'information est-elle optimale? • Le message est-il reçu, entendu, compris?
APRÈS avoir transmis de l'information à la personne accompagnée : – lui demander de donner son point de vue sur l'information transmise.	« Qu'en pensez-vous? » « En quoi est-ce que cette information sur la dépendance à la nicotine vous <i>parle</i>? » « En quoi est-ce que cette information pourra vous être utile? »

À partir des travaux de Miller, Rollnick et Butler, 2009³⁴; Miller et Rollnick, 2006³³

[illegible]

4.12 INFORMER ET OUTILLER RELATIVEMENT AU PHÉNOMÈNE DE LA DÉPENDANCE

La dépendance causée par la consommation de tabac joue un rôle majeur dans la démarche de la personne que vous accompagnez. Cette dépendance est de trois ordres : physique, psychologique et comportemental^{111, 112, 113}. Pour s'en affranchir, la personne accompagnée peut avoir besoin de mieux comprendre la manière dont se développe cette dépendance et dont elle se manifeste dans sa vie de tous les jours^{37, 43}.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **Le tabac contient une drogue : la nicotine¹¹⁴. La nicotine modifie la composition chimique du cerveau¹¹⁵ et peut entraîner une dépendance aussi puissante que la dépendance à l'héroïne ou à la cocaïne¹¹⁴.** La personne qui consomme des produits du tabac perçoit rapidement des effets de bien-être associés à cette consommation¹¹⁶. Elle en vient progressivement à combler plusieurs de ses besoins par ce moyen (ex. : se donner un regain d'énergie ou se détendre, contrôler les émotions inconfortables, avoir du plaisir) et elle en arrive à croire que c'est uniquement ainsi qu'elle peut les combler¹¹⁷. La consommation des produits du tabac devient pour cette personne une façon d'être au monde⁵⁹. Il peut être difficile pour elle d'imaginer sa vie sans fumer.
- **La nicotine inhalée atteint le cerveau en moins de dix secondes¹¹² et engendre une libération excessive de dopamine, associée au plaisir et à la récompense^{111, 115, 116}.** Cet excès de dopamine provoque, chez la personne qui s'initie au tabagisme, une stimulation des fonctions psychiques (ex. : augmentation du niveau d'éveil, accélération des processus mentaux)^{116, 117}. L'exacerbation de ses fonctions psychiques se traduit par l'accroissement de la vigilance, par la stimulation de l'humeur et de la motricité. La personne se sent plus alerte et ressent une plus grande énergie. Elle éprouve également une sensation de bien-être, de calme et d'assouvissement¹¹³. De plus, la libération excessive de dopamine favorise un apprentissage d'associations chez la personne qui fume¹¹⁶. Elle en vient à associer plus ou moins consciemment le fait de fumer à des situations, des lieux, des activités, des moments, des gestes, des rituels et des stimuli sensoriels précis^{117, 118}.
- **L'organisme humain développe rapidement une tolérance à la nicotine¹¹⁶ et les effets de bien-être initialement procurés par la nicotine diminuent avec le temps (ex. : déclin de l'humeur, perte d'énergie)¹¹⁴.** La personne ressent le besoin de fumer parce qu'elle cherche à éprouver à nouveau les effets de bien-être initialement perçus¹¹¹. Elle ressent également le besoin de fumer pour éviter de ressentir les effets désagréables associés aux symptômes de sevrage¹¹⁶. Plus elle fume, plus elle a besoin de nicotine pour se « sentir bien », c'est-à-dire pour éviter de ressentir les symptômes de sevrage, et ce, malgré les effets nocifs du tabagisme¹¹¹. La vitesse d'élimination de la nicotine de l'organisme est de 2 heures, mais ce temps peut varier selon les personnes¹¹⁵. Ainsi, une personne doit fumer toutes les trente minutes pour maintenir un taux de nicotine stable dans son cerveau⁵⁷.
- **Toute personne qui consomme du tabac (cigarette, cigare, pipe, tabac à chiquer, à priser, etc.) peut développer une dépendance à la nicotine¹¹².** Cette dépendance peut s'installer après quelques cigarettes, quelques mois ou quelques années de consommation, selon les personnes¹¹². Plusieurs facteurs influenceraient la rapidité avec laquelle s'installe la dépendance (ex. : prédisposition génétique, quantité et forme de tabac consommé)^{114, 119, 120}. Elle se développerait toutefois très rapidement chez les adolescents⁶⁹.

AIDE-MÉMOIRE – INFORMER ET OUTILLER RELATIVEMENT AU PHÉNOMÈNE DE LA DÉPENDANCE

PRATIQUES	EXEMPLES
Encourager l'exploration des effets physiques recherchés	- Inviter la personne accompagnée à cibler les phrases qui décrivent le mieux les raisons qui la poussent à fumer. Fumer me permet : - de me stimuler, de me donner « un regain d'énergie »; - d'accroître ma vigilance, ma mémoire, ma concentration; - de me relaxer, de me détendre, de me calmer; - d'améliorer mon humeur, de me sentir bien, d'avoir du plaisir; - de stimuler mes sens (ex. : goûts, odeurs); - de couper mon appétit (m'enlever la faim).
Encourager l'exploration de la dépendance psychologique	- Inviter la personne accompagnée à cibler les phrases qui décrivent le mieux les raisons qui la poussent à fumer. Fumer me permet : - de me reconnaître et de me définir en tant que personne : « je suis une fumeuse » ou « je suis un fumeur »; - de répondre à mes besoins de sécurité et de confiance en moi, de vivre au quotidien en assurant mon bien-être psychologique et émotionnel; - de me créer un mode de vie : organiser ma vie de tous les jours en tenant compte de la cigarette (ex. : planification de ma routine et de mes activités, choix des personnes que je fréquente).
Encourager l'exploration de la dépendance comportementale	- Inviter la personne accompagnée à cibler les phrases qui décrivent le mieux les raisons qui la poussent à fumer. Fumer me permet : - de communiquer avec les autres, d'entrer en relation avec eux; - de partager avec d'autres une chose que nous avons en commun; - de répondre au besoin d'appartenir à un groupe; - de ne pas me sentir seul (ex. : la cigarette est une amie, une compagne). - Aider la personne accompagnée à reconnaître à quoi l'habitude de fumer est associée dans sa vie de tous les jours. Fumer est pour moi associé à : - des lieux (ex. : salon, voiture); - des activités (ex. : boire un café, utiliser l'Internet, parler au téléphone); - une façon de me sentir occupé; - des personnes en particulier (ex. : collègues, amis, membres de ma famille); - des moments précis (ex. : la pause, la fin du repas, le retour à la maison); - un moyen privilégié de m'accorder du temps; - un rituel impliquant une série de petits gestes (ex. : prendre mon paquet de cigarettes, toujours l'ouvrir de la même façon, retirer le papier d'aluminium, le chiffonner, prendre une cigarette, porter ma main à ma bouche de façon répétée).

À partir des travaux de MSSS, 2010¹²¹

[illegible]

4.13 INFORMER ET OUTILLER RELATIVEMENT AUX SYMPTÔMES DE SEVRAGE

La personne qui cesse sa consommation de tabac ou qui la diminue risque de ressentir plusieurs symptômes de sevrage^{37, 111}. Les symptômes de sevrage entraînent des inconforts importants et sont considérés comme l'un des aspects les plus difficiles de la démarche d'abandon du tabagisme⁴³. De plus, ils représentent l'une des principales causes de rechute¹²². Ils peuvent donc constituer un obstacle important à la réussite de la démarche et nécessitent une attention particulière⁴³.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **La personne accompagnée peut rapidement ressentir les effets du sevrage après avoir fumé sa dernière cigarette¹²³, soit de 2 à 6 heures¹²⁴.** Ces effets atteignent un sommet dans les 24 à 48 heures suivant la diminution ou l'arrêt complet de sa consommation^{43, 124, 125}. L'ensemble des symptômes de sevrage diminuent progressivement d'intensité et leur durée s'échelonnent sur une période de 2 à 4 semaines¹²³. Certains symptômes peuvent toutefois durer 6 mois ou plus (ex. : besoin intense de fumer (état de manque), augmentation de l'appétit, irritabilité)⁴³.
- **Les symptômes de sevrage ressentis peuvent être associés à la dépendance physique à la nicotine (ex. : maux de tête) ou à la dépendance psychologique (ex. : humeur négative)¹²⁶.** Les symptômes associés à la dépendance psychologique peuvent se traduire par une préoccupation émotionnelle et mentale associée aux effets d'assouvissement procurés par la nicotine, par un désir obsédant et incessant de fumer à nouveau (état de manque)¹¹³. Dans ce cas, la personne se sent poussée par une pulsion et cherche à fumer par tous les moyens afin de ressentir à nouveau les effets que procure la nicotine¹²⁶. Le désir obsédant, soit l'état de manque, est associé à une obsession désagréable qui envahit et affecte les pensées, perturbe l'humeur et modifie le comportement. **Enfin, la personne qui cesse de fumer ou qui diminue sa consommation de tabac doit également composer avec des éléments de sevrage associés à la dépendance comportementale¹¹¹** (ex. : changements dans les relations, les habitudes).
- **Plus la personne accompagnée présente un niveau élevé de dépendance à la nicotine, plus les symptômes de sevrage risquent d'être intenses et le besoin de soutien, important⁵⁷.** Aussi, plus la personne accompagnée fume tôt après son réveil et plus elle fume un nombre élevé de cigarettes, plus est elle susceptible de ressentir des symptômes de sevrage¹²³.
- **La consommation de cigarettes entraîne généralement des symptômes de sevrage plus marqués que la consommation d'autres produits du tabac** (ex. : tabac sans fumée, pipe, cigare)^{125, 127}. En raison de plusieurs facteurs (ex. : biologiques, socioculturels), chaque personne présente des symptômes de nature et d'intensité variables¹²⁸.
- **Éviter de prendre une seule bouffée de cigarette après l'arrêt complet de la consommation de tabac permet au corps de se désintoxiquer de la nicotine, facilite le processus de sevrage et aide à éviter la rechute⁴³.**

AIDE-MÉMOIRE — INFORMER ET OUTILLER RELATIVEMENT AUX SYMPTÔMES DE SEVRAGE

PRATIQUES	EXEMPLES
De manière générale, informer et outiller en accord avec les principes de l'entretien motivationnel	• Demander d'abord à la personne accompagnée ce qu'elle connaît. • Lui demander la permission de lui transmettre de l'information. • Vérifier son besoin d'information. • Lui demander son point de vue sur l'information transmise.
Donner un aperçu des symptômes de sevrage à anticiper	• Fatigue • Perturbation du sommeil • Augmentation de la toux • Constipation • Humeur négative, stress et dépression • Envie intense de fumer (état de manque)⁴³
Fournir de l'information générale sur les symptômes de sevrage	• Apparition des symptômes de 2 à 6 heures après la consommation de la dernière cigarette¹²⁴. • Manifestation aiguë des symptômes dans les 24 à 48 heures suivant la consommation de la dernière cigarette^{43, 124, 125} • Diminution progressive de l'intensité des symptômes¹²³ • Durée de 2 à 4 semaines ou plus, selon les symptômes
Discuter du rapport entre le niveau de dépendance à la nicotine et l'intensité des symptômes de sevrage	• Risque accru de ressentir des symptômes de sevrage lorsque le niveau de dépendance à la nicotine est élevé (c'est-à-dire plus la première cigarette est fumée tôt après le réveil et plus le nombre de cigarettes fumées par jour est élevé)¹²³
Discuter des moyens efficaces de surmonter les symptômes de sevrage⁴³	• Recours aux aides pharmacologiques • Pratique d'exercices physiques ou de techniques de respiration • Réduction de la consommation de caféine et d'alcool • Abstinence complète (pas même une seule bouffée) • Modification des pensées⁴³ : changer les pensées négatives par des pensées positives et réalistes. Par exemple, au lieu de se dire : « c'est trop difficile, je n'y arriverai jamais », se dire : « c'est un défi que je peux relever une étape à la fois ». • Gratification : se féliciter de ses progrès et de ses réussites.
Remettre de la documentation, au besoin	• Information sur les symptômes de sevrage : durée et moyens de les surmonter (en annexe) • Exercice de relaxation pour gérer le stress (en annexe)

NOTES

[illegible]

4.14 INFORMER ET OUTILLER RELATIVEMENT À LA GESTION DU STRESS

La peur de vivre du stress est reconnue pour être un obstacle à l'abandon du tabagisme⁴³ et le stress éprouvé par la personne qui cesse de fumer est une cause fréquente de rechute^{129, 130}. Les préoccupations associées au stress et la nécessité d'apprendre de nouvelles façons de composer avec celui-ci méritent une attention particulière, et ce, avant, pendant et après l'abandon du tabagisme¹²¹.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **Le stress est un phénomène d'adaptation physique et psychologique : en présence d'événements stressants, le corps réagit en mettant en place des mécanismes qui lui permettent de s'adapter à la situation stressante¹³¹.** La personne que vous accompagnez peut avoir développé l'habitude d'utiliser la nicotine dans sa vie de tous les jours comme un moyen de composer avec le stress¹²⁹. À cet égard, fumer peut représenter pour elle un rituel rassurant.
- **Le stress est ressenti lorsque la personne perçoit un écart entre ce qui lui est demandé et les ressources dont elle croit disposer pour répondre à cette demande^{132, 133}.** L'évaluation qu'elle fait de la demande et de ses ressources influence sa façon de s'adapter¹³³. Ainsi, cesser de fumer peut représenter un stress additionnel pour la personne accompagnée, lorsqu'elle considère ce changement important et menaçant et qu'elle croit ne pas avoir les ressources nécessaires pour y faire face⁴³.
- **Plusieurs moyens efficaces permettent à la personne qui cesse de fumer de composer avec le stress.** Par exemple, changer sa façon de réagir au stress en apprenant à voir les situations sous un angle différent, utiliser des stratégies de résolution de problèmes (ex. : éviter ou modifier la source de stress), utiliser différentes techniques de relaxation^{133, 135, 136}. Les techniques de relaxation doivent toutefois être pratiquées quotidiennement pour entraîner des effets significatifs et durables¹³³. Ces effets se font ressentir tant sur le plan physique (ex. : réduction des tensions musculaires, de la tension artérielle) que sur le plan psychologique (ex. : amélioration de la concentration et de la mémoire)¹³³.

AIDE-MÉMOIRE — INFORMER ET OUTILLER RELATIVEMENT À LA GESTION DU STRESS

PRATIQUES	EXEMPLES
De manière générale, informer et outiller en accord avec les principes de l'entretien motivationnel	• Demander d'abord à la personne accompagnée ce qu'elle connaît. • Lui demander la permission de lui transmettre de l'information. • Vérifier son besoin d'information. • Lui demander son point de vue sur l'information transmise.
Avant l'arrêt : faire la liste de ce qui provoque le stress	• Aider la personne accompagnée à reconnaître ce qui, dans sa vie, provoque du stress au quotidien. Par exemple : - difficultés financières; - perte d'emploi ou retraite; - conflits avec l'entourage (ex. : conjoint, collègues, famille); - grossesse ou naissance d'un enfant; - problèmes de santé; - surcharge de responsabilités (ex. : monoparentalité, soutien à un parent en perte d'autonomie).
Encourager l'exploration de stratégies pour modifier favorablement les pensées, les comportements et les habitudes	• Encourager la personne accompagnée à trouver des stratégies qui lui permettront d'avoir une meilleure perception de son efficacité personnelle. Encourager, par exemple, le recours à des stratégies de résolution de problèmes : - Éviter le stress (ex. : dire « non » à une demande lorsqu'on se sent déjà stressé ou débordé). - Modifier la situation stressante (ex. : si l'on a beaucoup de tâches à accomplir, mais pas assez de temps pour les accomplir : se limiter aux tâches les plus importantes et se féliciter de ce qui est accompli; demander de l'aide ou déléguer; modifier son horaire de manière à avoir plus de temps). - Changer sa façon de penser (ex. : si la voiture tombe en panne et qu'il est impossible de se rendre à son rendez-vous à l'heure prévue, au lieu de se dire que c'est catastrophique, se dire simplement que c'est déplaisant ou compliqué, que ce n'est pas la fin du monde, qu'on peut prendre un autre moyen de transport ou remettre son rendez-vous).
Après l'arrêt : dresser la liste des symptômes de stress	• Aider la personne accompagnée à reconnaître les symptômes de stress, par exemple : - tension ou douleurs musculaires; - fatigue ou trouble du sommeil; - maux de tête; - trouble de concentration; - agitation; - colère.
Proposer des techniques de relaxation	• Suggérer, au besoin, des techniques de relaxation (en annexe) et en encourager l'expérimentation.

À partir des travaux de SCC, 2013¹³⁶; Wilkinson, 2010¹³³

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

4.15 INFORMER ET OUTILLER RELATIVEMENT À LA PRISE DE POIDS

Les préoccupations associées à la prise de poids peuvent avoir un impact défavorable sur la motivation à cesser de fumer et sur le maintien de l'abstinence de la personne accompagnée^{43, 137}. Ces préoccupations méritent une attention particulière, et ce, avant, pendant et après l'abandon du tabagisme¹²¹.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **La nicotine a pour effet de couper l'appétit¹³⁸.** De plus, elle augmente le métabolisme de base du corps¹³⁸ et entraîne une augmentation des dépenses en calories. En cessant de fumer, la dépense d'énergie diminue et l'appétit augmente¹³⁸. L'augmentation de l'appétit est l'un des symptômes de sevrage les plus communs et qui dure le plus longtemps¹³⁹.
- **Les personnes qui cessent de fumer prennent en général de 4 à 5 kg au cours des 12 mois suivants¹⁴⁰.** La prise de poids la plus importante survient dans les 3 premiers mois après l'arrêt¹⁴⁰. Certaines personnes peuvent prendre plus de 10 kg alors que d'autres peuvent même perdre du poids¹⁴⁰.
- Les risques pour la santé associés à une prise de poids normale sont minimes comparativement aux risques associés au tabagisme^{43, 141}.
- **Les femmes sont davantage préoccupées par la prise de poids associée à l'abandon du tabagisme¹³⁷ et elles ont généralement une attitude irréaliste concernant leur poids idéal⁴³.** La confiance en leur capacité à contrôler leur poids après l'arrêt est souvent plus faible¹³⁷.
- **La personne accompagnée peut prévenir une prise de poids excessive en apportant des changements réalistes et durables à ses habitudes de vie (ex. : opter pour une saine alimentation, devenir physiquement plus active)^{30, 142}.**
- **Cesser de fumer et modifier ses habitudes alimentaires dans le but de perdre du poids sont deux démarches exigeantes⁴³.** À moins d'un avis médical contraire, il est recommandé de privilégier d'abord l'abandon du tabagisme⁴³.
- **Encourager la personne accompagnée à reconnaître ses pensées et ses croyances concernant l'alimentation ou certains aliments et discuter des conséquences de celles-ci (ex. : se priver d'un aliment qu'on aime entraîne un sentiment de frustration qu'il est tentant de vouloir apaiser en fumant une cigarette)⁴³.**
- **Il importe d'analyser séparément les comportements associés au tabagisme (ex. : le réflexe de porter quelque chose à sa bouche) et les comportements alimentaires (ex. : sauter un repas) pour établir ensuite les liens qui existent entre les deux¹³⁷.**

AIDE-MÉMOIRE — INFORMER ET OUTILLER RELATIVEMENT À LA PRISE DE POIDS

PRATIQUES	EXEMPLES
De manière générale, informer et outiller en accord avec les principes de l'entretien motivationnel	• Demander d'abord à la personne accompagnée ce qu'elle connaît. • Lui demander la permission de lui transmettre de l'information. • Vérifier son besoin d'information. • Lui demander son point de vue sur l'information transmise.
S'intéresser aux préoccupations associées à la prise de poids et à l'image corporelle	• Degré de satisfaction concernant son corps • Influence des pairs, des médias et de la famille sur la perception de l'image corporelle et sur le besoin de contrôler son poids • Sentiment d'efficacité personnelle et capacité à contrôler son poids • Importance de la motivation associée à la prise de poids comparativement à celle associée à la santé
Dédramatiser l'information concernant la prise de poids	• Prise de poids habituelle de 4 à 5 kg après 1 an • Impact des effets de la nicotine (ex. : perte d'appétit, augmentation des dépenses en calories) • Influence d'états concomitants (ex. : préménopause, ménopause, perte d'emploi) sur la prise de poids • Prévention d'une prise de poids excessive (ex. : par une modification réaliste de l'alimentation)
Discuter des comportements alimentaires	• Importance de prendre trois repas et deux collations santé par jour et de privilégier des aliments dont la teneur en fibres est élevée et la teneur en gras et en sucre est faible • Écoute et reconnaissance des signaux de faim et de satiété (en annexe) • Habitudes alimentaires (ex. : sauter le petit déjeuner) • Fréquence des restrictions alimentaires et leur impact (ex. : perturbation des signaux de la faim et de satiété) • Importance de reporter toute démarche visant la perte de poids au moins 6 à 12 mois après l'abandon du tabagisme, sauf en cas d'avis contraire du médecin
Référer ou orienter la personne accompagnée vers un professionnel de la santé, au besoin	• Nutritionniste, médecin

À partir des travaux de Aubin et coll., 2012¹⁴⁰; Ligne j'Arrête, 2012²⁰; MSSS, 2010¹²¹; Antoine, Dodin et Nandrino, 2009¹³⁷; Perkins, Conklin et Levine, 2008⁴³

NOTES

[illegible]

4.16 INFORMER ET OUTILLER RELATIVEMENT À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

La pratique d'activités physiques peut faciliter la démarche d'abandon du tabagisme et permettre de prévenir la rechute³². Pour la personne qui cesse de fumer, il s'agit d'un élément important à inclure dans sa démarche, en fonction de ses besoins, de son rythme, de ses intérêts, de son état de santé et de sa condition physique¹⁴³.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

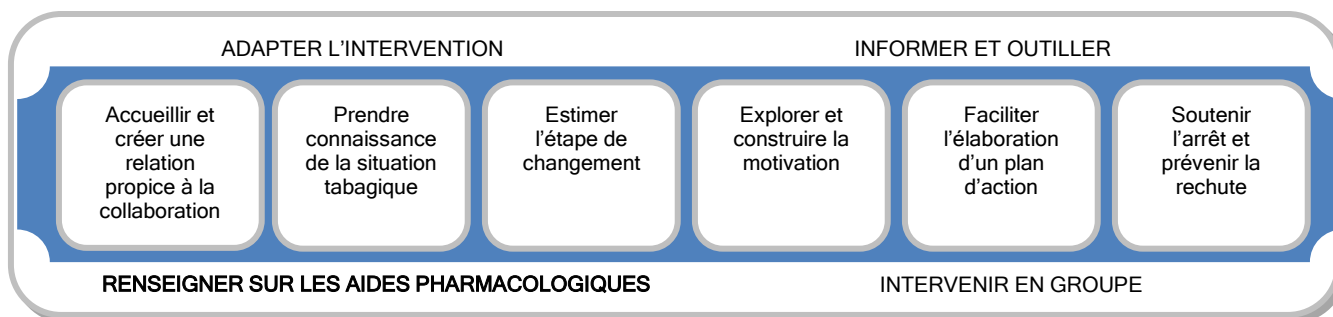
- **En général, la personne qui fume a tendance à être sédentaire et à avoir un plus faible degré d'activité physique¹⁴⁴.** Elle peut avoir une capacité réduite à pratiquer une activité physique en raison de la diminution de sa fonction pulmonaire, causée par le tabagisme^{144, 145}. Ses premiers pas pour devenir physiquement plus active peuvent consister à changer quelques habitudes à son mode de vie (ex. : utiliser l'escalier plutôt que l'ascenseur).
- **Il importe de s'assurer que la pratique d'une activité physique ne présente aucun risque pour la santé de la personne accompagnée¹⁴⁶.** Au besoin, explorer à nouveau son portrait médical (ex. : présence ou soupçons de problèmes de santé). Si nécessaire, l'orienter vers un professionnel de la santé qui évaluera son état de santé et qui lui conseillera une activité physique adaptée à son état de santé et à sa condition physique¹⁴⁶.
- **L'activité physique est un bon moyen de réduire le stress et de maintenir une humeur positive^{43, 133}.** La marche peut être une bonne option, car elle nécessite peu d'équipement et n'exige aucune préparation⁴³.
- **Encouragez la personne accompagnée à percevoir l'intégration de l'activité physique à son mode de vie comme une occasion d'être physiquement active, seule ou en groupe, d'avoir du plaisir et de satisfaire ses besoins autrement^{146, 147}.** Rappelez-lui l'importance de débiter à un niveau qui lui semble confortable et qui respecte son rythme¹³³. Elle pourra ainsi intégrer de manière progressive les activités à ses nouvelles habitudes^{146, 147}.

AIDE-MÉMOIRE — INFORMER ET OUTILLER RELATIVEMENT À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

PRATIQUES	EXEMPLES
De manière générale, informer et outiller en accord avec les principes de l'entretien motivationnel	• Demander d'abord à la personne accompagnée ce qu'elle connaît. • Lui demander la permission de lui transmettre de l'information. • Vérifier son besoin d'information. • Lui demander son point de vue sur l'information transmise.
Discuter des bienfaits associés à la pratique d'activités physiques lors de l'abandon du tabagisme	• Inviter la personne accompagnée à partager ce qu'elle connaît des bienfaits associés à la pratique d'activités physiques relativement à l'abandon du tabagisme. Au besoin, ajouter à quoi ces activités peuvent contribuer, par exemple : – atténuer les envies de fumer; – diminuer les symptômes de sevrage; – permettre de contrôler la prise de poids; – stimuler la production d'endorphines (hormones du plaisir), qui renforcent le système immunitaire, protègent du stress, favorisent la bonne humeur, etc.
Encourager l'exploration des principales sources de plaisir associées à l'activité physique	• Amener la personne accompagnée à cerner les besoins qu'elle peut combler par la pratique d'activités physiques (ex. : être seule ou avec un ami, bouger, se détendre, prendre l'air).
Explorer les préférences en matière d'activités physiques	• Inviter la personne accompagnée à s'exprimer sur : – le type d'activités qu'elle préfère, sur celles qu'elle a déjà pratiquées et appréciées.
Faciliter le repérage d'obstacles à la pratique d'activités physiques	• Aider la personne accompagnée à trouver ce qui fait obstacle à la pratique d'activités physiques, par exemple : – le surcroît de travail; – les responsabilités familiales, professionnelles et autres.
Inviter la personne accompagnée à se fixer des objectifs axés sur la démarche de mise en forme plutôt que sur le résultat	• Encourager la personne accompagnée à se fixer des objectifs de mise en forme, par exemple : – utiliser l'escalier plutôt que l'ascenseur; – stationner la voiture plus loin pour marcher davantage; – réduire le temps passé devant le téléviseur ou l'ordinateur.
Aider la personne accompagnée à structurer un horaire qui permet d'intégrer les activités physiques au mode de vie	• Inviter la personne accompagnée à trouver des moyens d'intégrer l'activité physique à son horaire, à partir des éléments suivants : – le moment, le lieu où se fera l'activité physique, les personnes avec lesquelles elle se fera, etc.
Soutenir la personne accompagnée dans l'organisation d'un environnement favorable à la pratique d'activités physiques	• Encourager la personne accompagnée à organiser son environnement de façon à demeurer motivée à faire de l'exercice, par exemple : – privilégier un parcours de marche agréable; – considérer la possibilité d'avoir de l'équipement à la maison (ex. : vélo stationnaire); – s'informer des services et des installations sportives à proximité de chez elle.
Encourager la personne accompagnée à récompenser l'atteinte de ses objectifs	• Inviter la personne accompagnée à déterminer des moyens de récompenser ses efforts, par exemple : – s'offrir un vêtement adapté à l'activité pratiquée, une pièce d'équipement, un livre spécialisé, etc.

À partir des travaux de Santé Canada, 2012¹⁴⁶ et MSSS, 2010¹²¹

4.17 RENSEIGNER SUR LES AIDES PHARMACOLOGIQUES EN GÉNÉRAL



La personne que vous accompagnez peut doubler et même tripler ses chances de parvenir à une abstinence à long terme en ayant recours aux aides pharmacologiques^{43, 74, 148, 149}. Votre rôle consiste à écouter ses besoins et ses préoccupations concernant les aides pharmacologiques et à lui fournir les renseignements de base à ce sujet (ex. : types d'aides offerts sur le marché) afin qu'elle puisse prendre une décision éclairée³⁷. Votre rôle consiste également à l'orienter vers un professionnel de la santé (ex. : médecin, pharmacien) lorsqu'elle éprouve des difficultés relatives à l'utilisation des aides pharmacologiques, si son état de santé le nécessite ou si elle a des questions spécifiques à ce sujet.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **La personne accompagnée doit être encouragée à utiliser une aide pharmacologique si elle est motivée à cesser de fumer, sauf s'il y a contre-indication ou si elle fait partie d'un groupe spécifique pour lequel les preuves démontrant l'efficacité des aides pharmacologiques sont insuffisantes** (ex. : femmes enceintes ou qui allaitent, adolescents, personnes consommant moins de 10 cigarettes par jour ou consommant des produits du tabac sans fumée)^{37, 74, 150}.
- **Les aides pharmacologiques offertes sur le marché sont : 1) les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN), offertes en vente libre et sur ordonnance et 2) les aides antitabagiques sans nicotine, soit le bupropion (Zyban^{MD}) et la varénicline (Champix^{MD}), offertes sur ordonnance seulement¹⁵¹.** Le recours à la TRN doit être envisagé avant le recours au bupropion (Zyban^{MD}) ou à la varénicline (Champix^{MD})¹⁵².
- **Chaque aide pharmacologique comporte des contre-indications et des mises en garde, nécessite des précautions et peut entraîner des effets secondaires³⁷.** Une évaluation médicale de la personne accompagnée et un suivi sont donc nécessaires et doivent être assurés par un professionnel de la santé⁷⁴. Lors des suivis, le professionnel de la santé pourra, par exemple, surveiller la tension artérielle, évaluer l'humeur et vérifier la manifestation de signes de dépression¹⁵³, ajuster la dose initiale du traitement ou modifier celui-ci au besoin¹²⁸.
- **En règle générale, la durée des traitements varie de 1 à 6 mois^{74, 111}.** Plusieurs aides pharmacologiques peuvent toutefois être utilisées sur une période de plus de six mois, sans risque pour la santé et sans entraîner de dépendance³⁷. Cette approche peut être bénéfique si la personne accompagnée éprouve des symptômes de sevrage persistants, a fait des rechutes après avoir terminé l'utilisation d'une aide pharmacologique ou si elle souhaite un traitement à plus long terme³⁷.
- **Les TRN (timbres transdermiques, gomme à mâcher, vaporisateur buccal, inhalateur et pastilles) permettent une absorption de nicotine exempte de goudron et de monoxyde de carbone^{122, 128}.** Il est plus sécuritaire de les utiliser que de continuer à fumer^{74, 122}.

- **Les timbres transdermiques fournissent un apport prolongé et constant de nicotine tandis que les autres produits fournissent un apport de nicotine plus immédiat¹¹¹.** À doses équivalentes, l'efficacité des TRN est comparable pour favoriser l'atteinte d'une abstinence à long terme⁷⁴. La gomme, les timbres et les pastilles à teneur élevée en nicotine seraient plus efficaces en cas de forte dépendance à la nicotine³⁷. Un usage combiné de TRN (ex. : timbres et gomme) ou de TRN et de bupropion (Zyban^{MD}) serait plus efficace si des symptômes sévères de sevrage ont été ressentis dans le passé³⁷. Cette combinaison aiderait à mieux contrôler les fortes envies de fumer^{37, 74, 122}. Enfin, le recours à la TRN ou au bupropion peut retarder la prise de poids, sans toutefois l'empêcher³⁷.
- **Un tableau synthèse est présenté en annexe. Ce tableau regroupe l'information de base dont vous avez besoin pour renseigner la personne accompagnée sur les aides pharmacologiques** (ex. : types d'aide et coûts approximatifs, indication du moment quand cesser de fumer). Vous aurez à adapter cet outil (ex. : inscrire la posologie prescrite dans l'ordonnance du médecin).
- **L'information concernant les aides pharmacologiques change régulièrement.** Santé Canada peut diffuser des avis, notamment, concernant l'innocuité d'un traitement, par exemple la varénicline (Champix^{MD})¹⁵². Il importe de se tenir informé des changements concernant les aides pharmacologiques.

AIDE-MÉMOIRE – RENSEIGNER SUR LES AIDES PHARMACOLOGIQUES EN GÉNÉRAL

PRATIQUES	EXEMPLES
Considérer un ensemble d'éléments pour guider le choix de l'aide pharmacologique à privilégier ³⁷	• Croyances, préférences et besoins de la personne accompagnée⁵⁰ • Niveau de dépendance à la nicotine (ex. : peu ou très élevé) • État de santé global (ex. : maladie cardiovasculaire, hypertension, diabète, dépression, allergies)¹⁵⁴ • Expériences antérieures avec les aides pharmacologiques (ex. : produits utilisés, sévérité des symptômes de sevrage, effets secondaires ressentis)^{37, 74} • Référer au médecin ou au pharmacien qui pourra évaluer les interactions possibles avec d'autres médicaments (ex. : antidépresseur, antipsychotique) ou des produits naturels (ex. : millepertuis)⁷⁴ • Coûts associés aux produits^{37, 74} • Préoccupation importante associée à la prise de poids
Discuter des types d'aide pharmacologique offerts sur le marché	• Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) (en vente libre et sur ordonnance) : – timbres transdermiques (7 mg, 14 mg ou 21 mg) – gomme à mâcher (2 mg ou de 4 mg) – pastilles (1 mg, 2 mg ou 4 mg) – inhalateur (10 mg) – vaporisateur buccal¹⁵¹ • Aides antitabagiques sans nicotine (sur ordonnance individuelle seulement) : – bupropion (Zyban^{MD}) – varénicline (Champix^{MD})¹⁵¹
Discuter des effets positifs des aides pharmacologiques	• Permettent un sevrage progressif de la nicotine. • Diminuent l'ampleur des symptômes de sevrage et les rendent plus supportables^{111, 154, 155}. • Apaisent les envies intenses de fumer et les états de manque^{111, 154, 155}. • Atténuent ou empêchent les effets du tabagisme perçus comme étant agréables^{43, 154}.
Discuter des effets secondaires possibles, selon l'aide utilisée	• Timbres : éruption cutanée au site d'application, insomnie • Gomme, pastilles : douleur à la bouche, hoquet • Bupropion (Zyban^{MD}) : bouche sèche, maux de tête • Varénicline (Champix^{MD}) : nausées, rêves anormaux
Expliquer les limites des aides pharmacologiques	• Ne remplacent pas totalement le besoin en nicotine⁴³. • Semblent moins efficace pour certaines personnes (ex. : la TRN chez les femmes), particulièrement lorsqu'elles sont utilisées seules⁴³. • N'agissent pas sur certains aspects de la dépendance (ex. : conditionnements associés au tabagisme, tels que les habitudes, les rituels).
Faire connaître les mesures qui renforcent l'efficacité du traitement	• Respect de la posologie, du mode d'emploi et de la durée du traitement^{37, 156}.
Discuter de l'ajustement nécessaire à la fin du traitement	• Nécessité de développer des aptitudes afin de s'abstenir de fumer sans le recours à une aide pharmacologique⁴³.

NOTES

[illegible]

4.18 RENSEIGNER SUR LES AIDES PHARMACOLOGIQUES REMBOURSABLES

La personne que vous accompagnez augmente ses chances de réussir sa démarche d'abandon du tabagisme lorsqu'elle a accès facilement et gratuitement aux aides pharmacologiques¹⁵⁷. Votre rôle consiste à la renseigner sur les conditions d'accès à ces aides ainsi que sur les modalités de remboursement.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- **La personne accompagnée peut voir un accès simplifié aux TRN grâce à l'ordonnance collective de votre région.** Afin de la renseigner adéquatement, assurez-vous de bien connaître les particularités de cette ordonnance, par exemple : intentions thérapeutiques ciblées telles que réduction progressive de l'usage du tabac ou arrêt complet³, type de TRN concernée et posologie, combinaisons possibles. Assurez-vous également de savoir qui sont les professionnels habilités à amorcer le traitement (TRN) prévu dans l'ordonnance collective afin d'y référer la personne accompagnée; il s'agit habituellement du pharmacien. Dans ce cas, la personne accompagnée se rend directement à la pharmacie pour se prévaloir de l'ordonnance collective⁸¹.
- **La personne accompagnée peut bénéficier d'un remboursement des aides pharmacologiques couvertes par le régime général d'assurance médicaments (RGAM) du Québec en présentant une ordonnance médicale individuelle ou collective¹⁵⁸.** Si elle est admissible à un régime d'assurances privé plutôt qu'au RGAM, encouragez-la à s'informer auprès de son assureur ou de son employeur afin qu'elle obtienne des renseignements sur les aides pharmacologiques couvertes et la durée de la couverture¹⁵⁸.
- **Les aides pharmacologiques admissibles à un remboursement par le RGAM sont les timbres transdermiques, la gomme et les pastilles de nicotine, le bupropion et la varénicline¹⁵⁸.** En ce qui concerne les produits de TRN, seules certaines marques sont couvertes, soit les timbres Habitrol^{MD} et Nicoderm^{MD}, les pastilles Thrive^{MD} ainsi que la gomme Nicorette^{MD} et Thrive^{MD}¹⁵⁹.
- **Chaque aide pharmacologique est couverte une fois par an, pour une période de douze semaines consécutives¹⁵⁸.** La personne accompagnée peut donc avoir accès à deux traitements par année, soit un de TRN et un de bupropion ou de varénicline. La couverture de la varénicline peut se prolonger de douze semaines à condition que la personne ait cessé de fumer et que la prolongation du traitement survienne sans interruption à la suite des douze premières semaines de traitement¹⁵⁸. La combinaison de timbres et de gomme ou de pastilles est couverte si les deux traitements débutent à la même date¹⁶⁰. Le remboursement de deux timbres par jour à une personne qui consomme plus d'un paquet de cigarettes quotidiennement constitue une mesure exceptionnelle. La demande doit être faite par le pharmacien à la RAMQ¹⁶⁰.
- **La période de couverture des aides pharmacologiques est calculée à partir de la date de l'achat du produit et non à partir de la date d'utilisation¹⁵⁸.** Il importe donc de rappeler à la personne accompagnée que l'achat des produits doit se faire en continu durant la période de couverture.
- **Les dépenses associées à l'achat des aides pharmacologiques peuvent être un obstacle à l'abandon du tabagisme¹⁵⁷.** Le fait d'y avoir gratuitement accès peut être un incitatif important et un facteur de succès de la démarche.

COMPLÉMENT D'INFORMATION

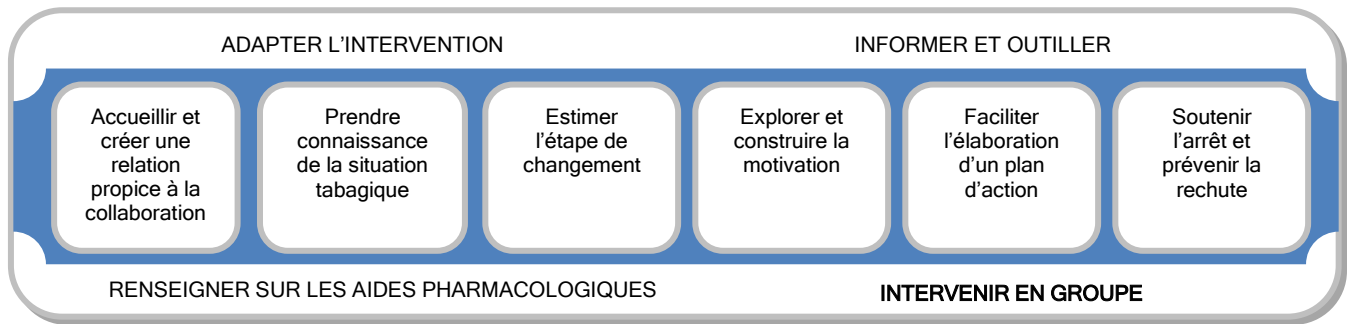
Exemple du fonctionnement de la couverture des aides pharmacologiques par le RGAM

- La personne accompagnée obtient du médecin une ordonnance de timbres (transdermiques). Elle achète les timbres le 1^{er} décembre 2010. À partir de cette date, les timbres seront couverts pour 12 semaines consécutives, soit jusqu'au 22 février 2011.
- Après 4 semaines, la personne accompagnée arrête d'utiliser les timbres. Son médecin lui remet plutôt une ordonnance de gommes à mâcher. Elle pourra alors se faire rembourser un maximum de 840 gommes jusqu'à la fin de la période de 12 semaines, soit le 22 février 2011.
- La personne accompagnée recommence à fumer. Le 12 mars 2011, elle reprend des démarches pour arrêter. Son médecin lui fait une ordonnance de comprimés (ex. : bupropion). Comme les comprimés font partie d'une catégorie différente de produits de celle des gommes à mâcher et des timbres, ces comprimés seront couverts pendant une période de 12 semaines consécutives à partir de la date d'achat (12 mars 2011).
- Par la suite, si la personne accompagnée doit réutiliser les gommes à mâcher et les timbres ils seront de nouveaux couverts à compter du 1^{er} décembre 2011, soit un an après l'achat des premiers timbres. Si elle doit recommencer à utiliser les comprimés (bupropion et varénicline), ces derniers seront de nouveau couverts à compter du 12 mars 2012.

(À partir des travaux de RAMQ, 2012¹⁵⁸)

[illegible]

4.19 INTERVENIR EN GROUPE



L'intervention de groupe est une pratique dont l'efficacité pour aider les personnes à cesser de fumer est reconnue^{50, 161, 162}. Toutefois, elle est peu utilisée (3 %)^{50, 161}. Ce type d'intervention est particulièrement indiquée pour les personnes qui ont rechuté plusieurs fois ou qui présentent des caractéristiques associées à de faibles taux d'abandon du tabagisme (ex.: comorbidité psychiatrique, dépendance élevée à la nicotine, niveau de stress élevé, faible estime de soi)⁶⁸.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- Pour être efficace, l'intervention de groupe doit proposer aux participants un programme **axé sur le développement de leurs compétences et de leurs aptitudes** pour la résolution de problèmes, plutôt que sur l'acquisition de connaissances¹⁶³. En d'autres mots, l'intervention doit viser à ce que les participants apprennent « **comment** » **cesser de fumer plutôt que « pourquoi »**. L'intervention doit également miser sur le soutien mutuel des participants¹²⁸. L'efficacité de l'intervention de groupe est proportionnelle au nombre de rencontres et à leur durée¹²⁸.
- Les discussions entre participants permettent de normaliser le processus d'abandon du tabagisme, contribuent à diminuer le sentiment de culpabilité ressenti et ont pour effet de responsabiliser les participants au regard de leur démarche¹⁶³. La réticence à l'idée de décevoir les autres participants en recommençant à fumer, par exemple, sert de motivation à demeurer abstinents.
- L'entretien motivationnel peut s'appliquer efficacement à l'intervention de groupe^{164, 165}. Une des pratiques à privilégier consiste à fournir le plus d'occasions possibles, à chacun des participants, de s'exprimer en faveur du changement. Il est toutefois recommandé de développer vos habiletés à intervenir selon cette approche en individuel, avant de l'appliquer à l'intervention de groupe³⁸.
- Combiner le recours aux aides pharmacologiques et une participation à un nombre élevé de rencontres de groupe accroît les chances de succès¹⁶³.
- Le cadre proposé pour l'intervention de groupe comprend la tenue d'une rencontre préparatoire individuelle¹¹⁷. Cette rencontre permet entre autres de créer un premier lien avec le participant, de prendre connaissance de sa situation tabagique¹¹⁷, d'estimer à quelle étape de changement il se situe, d'avoir un aperçu de ses motivations à cesser de fumer et de l'informer sur le service qui lui est offert. Lors de cette rencontre préparatoire, le participant doit être invité à remplir le formulaire d'information sur le client.
- Le cadre proposé pour l'intervention de groupe suggère de tenir des rencontres d'une durée de une¹⁶³ à deux heures¹¹⁷, échelonnées sur huit semaines consécutives et combinées à des rencontres individuelles¹⁶³. Vous pouvez former des groupes ouverts ou fermés, selon les besoins.
- Il importe d'assurer un suivi téléphonique au troisième et au douzième mois suivant la fin du programme de groupe¹⁶³. Les personnes qui n'ont pas réussi à cesser de fumer à la fin de ce programme devraient être encouragées à participer à une nouvelle série de rencontres dans un avenir rapproché¹⁶³.

AIDE-MÉMOIRE – INTERVENIR EN GROUPE

OBJECTIFS		DÉROULEMENT GLOBAL PROPOSÉ
Rencontre 1	Estimer la dépendance physique et psychologique	- Inviter les participants à se présenter. - Énoncer brièvement la philosophie du programme. - Présenter l'objectif de la rencontre. - Soutenir les participants dans l'évaluation de leur niveau de dépendance physique et psychologique. - Partager les motivations à cesser de fumer. - Donner de l'information sur les services de soutien disponibles entre les rencontres (ex. : ligne téléphonique, rencontre individuelle, sites Internet).
Rencontre 2	Composer avec les symptômes de sevrage	- Discuter des bénéfices de l'abandon du tabagisme. - Échanger de l'information sur les symptômes de sevrage. - Discuter des stratégies pour soulager les symptômes de sevrage. - Échanger de l'information concernant les aides pharmacologiques offertes sur le marché.
Rencontre 3	Explorer des stratégies pour faire face aux déclencheurs	- Fixer la date d'arrêt. - Inviter les participants à discuter de leurs expériences jusque-là. - Nommer des stratégies pour faire face aux déclencheurs. - Distribuer du matériel d'information.
Rencontre 4	Utiliser des stratégies pour maintenir l'abstinence	- Inviter les participants à partager leurs progrès depuis la dernière rencontre. - Discuter de la motivation et du soutien social nécessaires au maintien de l'abstinence. - Reconnaître et encourager les compétences développées jusque-là. - Proposer des exercices de gestion du stress.
Rencontre 5	Développer de saines habitudes de vie	- Inviter les participants à partager leurs progrès depuis la dernière rencontre. - Discuter des comportements favorables à l'abandon du tabagisme et à la prévention de la prise de poids, par exemple : - saine alimentation; - activité physique adaptée au style de vie.
Rencontre 6	Expérimenter des stratégies de gestion du stress	- Inviter les participants à partager leurs progrès depuis la dernière rencontre. - Proposer un atelier de gestion du stress. - Distribuer de la documentation.
Rencontre 7	Échanger avec d'anciens participants du programme	- Inviter les participants à partager leurs progrès depuis la dernière rencontre. - Favoriser le partage d'expériences d'anciens participants et les inviter à répondre aux questions des participants actuels.
Rencontre 8	Prévenir la rechute	- Féliciter les participants en leur remettant un certificat témoignant de leur réussite. - Discuter du nouveau statut de non-fumeur. - Revoir les stratégies pour faire face aux déclencheurs. - Faire un rappel des services disponibles (ex. : groupe de soutien, ligne téléphonique, site Internet).

À partir des travaux de Southard et Sell (2013)¹⁶³

NOTES

[illegible]

5. BIBLIOGRAPHIE

1. TESSIER, S., M. DROUIN et M.-E. SIMONEAU (2013). *Montréal sans tabac — Plan de lutte contre le tabagisme 2012-2015*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal, 50 p.
2. SIMONEAU, M.-E. et V. LEAUNE (2013). *Montréal sans tabac — Le point sur le tabagisme*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal, 42 p.
3. TREMBLAY, M. et J.-M. ROY (2013). *Plan québécois d'ABANDON du TABAGISME — État de situation après 10 ans d'implantation — Le Québec respire mieux*, ministère de la Santé et des services sociaux, Direction des communications, Québec, 42 p.
4. ASSOCIATION PULMONAIRE (L') (2013). *Pour arriver à écraser — Défis à l'abandon du tabagisme au Québec*, [En ligne], dernière mise à jour 1^{er} octobre 2012.
[\[http://www.poumon.ca/ressources/Pour_arriver_eccraser_rapport.pdf\]](http://www.poumon.ca/ressources/Pour_arriver_eccraser_rapport.pdf). (Consulté le 12 novembre 2012)
5. SANTÉ CANADA (2009). *Renoncement au tabac : intentions, tentatives et techniques*, [En ligne], [\[http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009003/article/10904-fra.pdf\]](http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009003/article/10904-fra.pdf). (Consulté le 12 novembre 2012)
6. ESCC (s. d.) dans BEAUDOIN, C. et D. FORTIN (2010). *État de santé de la population québécoise — Quelques repères (2010)*, [En ligne], [\[http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-01.pdf\]](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-228-01.pdf) (Consulté le 18 avril 2013)
7. COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE CONTRÔLE DU TABAC (CQCT) (2013). *Survol des indicateurs du taux de tabagisme au Québec (mis à jour en octobre 2013)*, [En ligne], [\[http://www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2013/DOCU_13_10_17_Statistiques_Prevalence_QC.pdf\]](http://www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2013/DOCU_13_10_17_Statistiques_Prevalence_QC.pdf). (Consulté le 27 novembre 2013)
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec (2011). *Pour guider l'action — Portrait de santé du Québec et de ses régions*, 156 p.
9. COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE CONTRÔLE DU TABAC (CQCT) (2012). *Survol des indicateurs du taux de tabagisme au Québec (mis à jour en octobre 2012)*, [En ligne], [\[http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2012/DOCU_12_10_25_Statistiques_PrevalenceQC.pdf\]](http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2012/DOCU_12_10_25_Statistiques_PrevalenceQC.pdf). (Consulté le 22 janvier 2015)
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (2013b). *Effets du tabagisme sur la santé*, [En ligne], [\[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?Effets-du-tabagisme-sur-la-sante\]](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?Effets-du-tabagisme-sur-la-sante). (Consulté le 29 avril 2013)
11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (2013a). *Le tabac, un mélange de produits chimiques*, [En ligne], [\[http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?Un-melange-de-produits-chimiques\]](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?Un-melange-de-produits-chimiques). (Consulté le 29 avril 2013)
12. JANZ, T. (2012). *Tendances actuelles du tabagisme*, [En ligne], [\[http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/statcan/82-624-x/82-624-x2012001-1-fra.pdf\]](http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/statcan/82-624-x/82-624-x2012001-1-fra.pdf). (Consulté le 11 novembre 2013)

13. SANTÉ CANADA (2010). *Préoccupations liées à la santé – Produits du tabac sans fumée : analyse chimique de toxicité*, [En ligne], [<http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/smokeless-sansfumee/index-fra.php>]. (Consulté le 30 avril 2013)
14. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS) (2010). *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, 704 p.
15. ASSOCIATION PULMONAIRE (L') (2012a). *Tabagisme – fumée secondaire*, [En ligne], [http://www.poumon.ca/protect-protegez/tobacco-tabagisme/second-secondaire/index_f.php]. (Consulté le 29 avril 2013)
16. SANTÉ CANADA (2011a). *Préoccupations liées à la santé – Le tabagisme et votre corps*, [En ligne], [<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/index-fra.php>]. (Consulté le 29 avril 2013)
17. SANTÉ CANADA (2009). *Préoccupations liées à la santé – Le tabac au-delà de la fumée*, [En ligne], [<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/fact-fait/smoking-tabagisme-fra.php>]. (Consulté le 30 avril 2013)
18. THERRIEN, V. (2009). “Dossier spécial — Cesser de fumer, on peut y arriver”, *L'Institut*, vol. 20, n° 3, août à novembre, p. 8-12
19. STOP TABAC (2013b). *Un vieillissement prématuré de la peau*, [En ligne], [<http://www.stop-tabac.ch/fra/risques-et-maladies-liees-au-tabac/tabac-et-vieillissement-cutane.html>]. (Consulté le 29 avril 2013)
20. LIGNE J'ARRÊTE (2012). *Manuel de formation*, version 2012, Montréal, 346 p.
21. QUICKPATH.CA (2011). *Les effets du tabagisme sur la santé*, [En ligne], [<http://www.quitpath.ca/fr/tobaccoinfo/effects.php>]. (Consulté le 29 avril 2013)
22. SANTÉ CANADA (2007a). *Préoccupations liées à la santé – Grossesse*, [En ligne], [<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/preg-gros-fra.php#problemes>]. (Consulté le 29 avril 2013)
23. STOP TABAC (2013a). *Fumer durant la grossesse : quels risques pour l'enfant?*, [En ligne], [<http://www.stop-tabac.ch/fra/risques-et-maladies-liees-au-tabac/grossesse-et-tabagisme.html>]. (Consulté le 29 avril 2013)
24. DORÉ, N. et D. LE HÉNAFF (2012). *Mieux vivre avec notre enfant*, Québec, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec, 736 p. [http://www.inspq.qc.ca/MieuxVivre/sections/MV2013_Guide.pdf]. (Consulté, le 8 avril 2013)
25. BENOWITZ, N. et D. DEMPSEY (2004) dans MCEWEN, A. (2006). *Manual of smoking cessation: A guide for counsellors and practitioners*, Blackwell Publishing Ltd, Oxford, 151 p.
26. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX (2013c). *La fumée du tabac dans l'environnement*, [En ligne], [<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?La-fumee-de-tabac-dans-l'environnement>]. (Consulté le 29 avril 2013)
27. CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE (CAMH) (2012). *Vous connaissez...le tabac*, [En ligne], [http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/tobacco/Pages/tobacco_dyk.aspx]. (Consulté le 22 janvier 2015)
28. ASSOCIATION PULMONAIRE (L') (2012b). *Tabagisme – Fumée secondaire – Enfants et fumée secondaire* [En ligne], [http://www.poumon.ca/protect-protegez/tobacco-tabagisme/second-secondaire/children-enfants_f.php]. (Consulté le 29 avril 2013)

29. GUÉRIN et coll., (2006) dans SIMONEAU, M.-E. et V. LEAUNE (2013). *Montréal sans tabac — Le point sur le tabagisme*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal, 42 p.
30. SANTÉ CANADA (2007b). *Sur la voie de la réussite – Guide pour devenir non-fumeur*, Ottawa, 37 p.
31. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (2013d). *Service de soutien à l'arrêt tabagique*, [En ligne], [<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/index.php?Service-de-soutien-a-larret-tabagique>]. (Consulté le 30 avril 2013)
32. CAN-ADAPTT (2011). *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme*, 54 p.
33. MILLER, W. R. et S. ROLLNICK (2006). *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*, Paris, InterÉditions, 241 p.
34. ROLLNICK, S., MILLER, W. et C. C. BUTLER (2009). *Pratique de l'entretien motivationnel – Communiquer avec le patient en consultation*, Paris, InterÉditions, 247 p.
35. SMITH, A. (2012). *Recension des écrits et des meilleures pratiques pour soutenir efficacement l'autogestion en maladies chroniques*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 10 p.
36. ANTISS, T. (2009) dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, 28 p.
37. FIORE, M. C. et coll., (2008). *Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Services, 256 p.
38. MILLER, W. R. et S. ROLLNICK (2013). *Motivational interviewing: Helping People Change*, New York, The Guilford Press, 482 p.
39. NOORDMAN, J. J., E. DE VET, T. VAN DER WEIJDEN et S. VAN DULMEN. (2013). "Motivational interviewing within the different stages of change: An analysis of practice nurse-patient consultations aimed at promoting a healthier lifestyle", *Social Science & Medicine*, vol. 87, mars, p. 60-67
40. HOHMAN, M. (2012). *Motivational interviewing in social work practice*, New York, The Guilford Press, 178 p.
41. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*, 28 p.
42. FORTINI, C. et J.-B. DAEPEN (2011). « L'entretien motivationnel? — Développements récents », *Psychothérapies*, vol. 31, mars, p. 159-165
43. PERKINS, K. A., C. A. CONKLIN et M. D. LEVINE (2008). *Cognitive-Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Practical Guidebook to the Most Effective Treatments*, New York, Taylor & Francis Group, 258 p.
44. TREMBLAY, L. (2010). *La relation d'aide au quotidien – Développer des compétences pour mieux aider les autres*, Anjou, Les Éditions Saint-Martin, 234 p.
45. FONTAINE (2005) dans INSPQ, (2011). *Le portail d'information prénatale – Au sujet du tabagisme durant la période périnatale*, [En ligne], [<http://infoprenatale.inspq.qc.ca/tabac.aspx>]. (Consulté le 29 août 2013)
46. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), (2013). *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans — Guide pratique pour les mères et les pères*, [En ligne], [http://www.inspq.qc.ca/MieuxVivre/sections/MV2013_S4.pdf#page=79]. (Consulté le 19 septembre 2013)

47. ARSENAULT et coll., (2011). *Guide de rédaction des notes d'évolution à l'intention des intervenants psychosociaux*, Québec, Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale, 16 p.
48. MCEWEN, A. (2012). *Standard Treatment Programme: One-to-one smoking cessation support*, National Center for Smoking Cessation and Training, 50 p.
49. FIDLER, J. A., L. SHAHAB et R. WEST (2005) dans THE ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (RACGP) (2011). *Supporting smoking cessation: A guide for health professionals*, RACGP, Melbourne, 69 p.
50. SACKKEY, J. A. (2013). *Smoking cessation counseling strategies in primary care*, [En ligne], dernière mise à jour le 4 janvier 2013. [<http://www.uptodate.com/contents/smoking-cessation-counseling-strategies-in-primary-care>]. (Consulté le 12 juillet 2013)
51. CHÊNEVERT, M. et A. ROYER (2012). *Évaluation des services de cessation tabagique offerts dans les centres d'abandon du tabagisme de la région de la Capitale-Nationale — État de situation et pistes d'action pour l'avenir*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 158 p.
52. LECLERC, B.-S. et coll., (2009). *Évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme — Période 2005-2006*, Montréal, Développement des individus et des communautés, INSPQ, 40 p.
53. ABAR, B. et coll., (2013). "Profiles of importance, readiness and confidence in quitting tobacco use", *Journal of Substance Use*, vol. 18, n° 2, p. 75-81
54. PROCHANGE (2010-2013). *The Transtheoretical Model: EVIDENCE-BASED BEHAVIOR CHANGE*, [En ligne], [<http://www.prochange.com/transtheoretical-model-of-behavior-change>]. (Consulté le 28 mai 2013)
55. PROCHASKA, J. O., J. C. NORCROSS et C. C. DICLEMENTE (2013). "Applying the stages of change", *Psychotherapy in Australia*, vol. 19, n°2, février, p. 10-15
56. VILELA, F. A. et coll., (2009). "The transtheoretical model and substance dependence: Theoretical and practical aspects", *Rev Bras Psiquiatr*, vol. 31, n°4, décembre, p. 362-368
57. KAYSER, J. W. et C. THIBAUT (2006). *Counseling en abandon du tabac — Orientations pour la pratique infirmière — Pour le bien-être et la santé des populations*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OPIIQ), Montréal, 64 p.
58. DICLEMENTE, C. C. (2006). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*, New York, The Guilford Press, 317 p.
59. QUINTIN, J. (2012). *Éthique et toxicomanie — Les conduites addictives au cœur de la condition humaine*, Montréal, Liber, 201 p.
60. WEST, R. (2005) dans ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (RACGP) (2011). *Supporting smoking cessation: A guide for health professionals*, RACGP, Melbourne, 69 p.
61. LINDSON, H., P. AVEYARD et J. R. HUGHES (2012). "Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 11, novembre, p. CD008033
62. ASSOCIATION PULMONAIRE (L') (2012c). *Tabagisme — Comment s'y prendre pour cesser de fumer* [En ligne], dernière mise à jour le 1^{er} octobre 2012 [http://www.poumon.ca/protect-protegez/tobacco-tabagisme/quitting-cesser/how-comment_f.php]. (Consulté le 15 juin 2013)

63. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT (ICSI) (2004) dans CAN-ADAPTT (2011). *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme*, 54 p.
64. HARVEY, B., S. RACINE et M. ROBITAILLE (2013). *Guide de rédaction des notes d'évolution à l'intention des infirmières et des infirmières auxiliaires*, Québec, Centre de santé et services sociaux de la Vieille-Capitale, 15 p.
65. CURRY, S. J., R. J. MERMELSTEIN et A. K. SPORER (2009). "Therapy for Specific Problems: Youth Tobacco Cessation", *Annual Review of Psychology*, vol. 20, p. 229-255
66. NAAR-KING, S. et M. SUAREZ (2011). *L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes*, Paris, InterEditions, 320 p.
67. LYNES, D. et A. LYNES. (2012). "Strategies to help adolescents stop smoking", *Nursing Times*, vol. 108, n° 26, juin, p. 12-14
68. TREMBLAY, M. et A. GERVAIS (2001). *Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/057_interv_tabagisme.pdf]. (Consulté le 29 avril 2013)
69. VAN SCHAYCK et coll., (2008). "IPCGR Consensus Statement: Tackling the smoking epidemic – Practical guidance for primary care", *Primary Care Respiratory Journal*, vol.17, n° 3, septembre, p. 185-193
70. CENGELLI, S., J. O'LOUGHLIN, B. LAUZON et J. CORNUZ (2012). "A systematic review of longitudinal population-based studies on the predictors of smoking cessation in adolescent and young adult smokers", *Tobacco Control*, vol. 21, n° 3, août, p. 355-362
71. CURRY et coll., (2007) dans NAAR-KING, S. et M. SUAREZ (2011). *L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes*, Paris, InterEditions, 320 p.
72. HORN et coll., (2005) dans NAAR-KING, S. et M. SUAREZ (2011). *L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes*, Paris, InterEditions, 320 p.
73. DINO, G. A. et coll., (2011). "Adolescent Smoking Cessation: Promising Strategies and Evidence-based Recommendations", *American Academy of Pediatrics*, vol. 22, n° 3, décembre, p. 614-630
74. ZWAR, N. et coll., (2011). *Supporting smoking cessation: A guide for health professionals*, RACGP, Melbourne, 69 p.
75. CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH (CADTH) (2012). *Smoking cessation interventions for pregnant women and mothers of infants a review of the clinical effectiveness, safety, and guidelines*, Ottawa, 19 p.
76. GREAVES, L. et coll., (2011). *Le renoncement au tabac durant la grossesse — Un examen des pratiques exemplaires de renoncement au tabac conçues pour les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale*, (2^e édition) Vancouver, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes, 124 p.
77. LÉVESQUE, S. et M. TREMBLAY, (2011). *Tabac*, Québec, INSPQ, 38 p.
78. DELCROIX, M. et J. LE HOUEZEC (2005) dans LÉVESQUE, S. et M. TREMBLAY (2011). *Tabac*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 38 p.
79. GREAVES, L. et coll., (2005). *Protocole de consultation téléphonique pour le renoncement au tabagisme chez les femmes enceintes et les nouvelles mères*, Vancouver, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes, 34 p.
80. MORIN, C. (2007) dans LÉVESQUE, S. et M. TREMBLAY (2011). *Tabac*, INSPQ, 38 p.

81. GERVAIS, A. et coll., (2010) dans LÉVESQUE, S. et M. TREMBLAY (2011). *Tabac*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 38 p.
82. HEMSING, N. et coll., (2012). "Partner support for smoking cessation during pregnancy: A systematic review", *Nicotine and Tobacco Research*, vol. 14, n° 7, juillet, p. 767-776
83. OLIFFE, J. L., J. L. BOTTORF et G. SARBIT (2012). "Supporting fathers' efforts to be smoke-free: Program principles", *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 44, n° 3, septembre, p. 64-82
84. LACROIX, C. et coll., (2008). « Vivre sans fumée de tabac », *Deux – Magazine santé*, numéro hors série, p. 11-29
85. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), (2011). *Le portail d'information prénatale — Au sujet du tabagisme durant la période périnatale*, [En ligne], [<http://infoprenatale.inspq.qc.ca/tabac.aspx>]. (Consulté le 29 août 2013)
86. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018, Un projet porteur de vie*, Direction des communications, 164 p.
87. ROYER, A. et M. TREMBLAY (2010). *Les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique – Analyse des recommandations actuelles pour les fumeurs souffrant de schizophrénie ou de dépression*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de la santé publique, 35 p.
88. CHANUT, F. (2012). « Psychiatrie et entretien motivationnel », *Santé mentale*, n° 164, janvier, p. 30-35
89. CANADIAN TOBACCO USE MONITORING SURVEY (CTUMS) (2010) dans CAN-ADAPTT (2011). *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme*, 54 p.
90. LAMONTAGNE, R. (2011). *Recommandations des guides de bonnes pratiques*, Institut universitaire en santé mentale de Québec.
91. THORNTON, L. K. et coll., (2012). "Reasons for substance use among people with mental disorders", *Addictive Behaviors*, vol. 37, n° 4, avril, p. 427-434
92. PÉPIN, J. M. (2012). « Doit-on intervenir sur l'arrêt tabagique en centre de réadaptation? », *INFO-TOXICO*, vol. 24, n° 1, mai
93. BAKER et coll., (2006) dans CAN-ADAPTT (2011). *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme*, 54 p.
94. MENDELSON, C. (2012). "Smoking and depression: A review", *Australian Family Physician*, vol. 41, n° 5, mai, p. 304-307
95. GOLDBERG, J.O. (2010). "Successful change in tobacco use in schizophrenia", *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 16, n° 1, janvier-février, p. 30-35
96. RICHARDS, C. S. et coll., (2013). "Treating Depressed and Anxious Smokers in Smoking Cessation Programs", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 81, n° 2, avril, p. 263-273
97. OFFICE FRANÇAIS DE PRÉVENTION DU TABAGISME (OFT) (2009). *Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques – Recommandations*, Conférence d'experts, Paris, 8 p.
98. MORRIS, C. D. et coll., (2011). "Smoking Reduction for Persons with Mental Illnesses: 6-Month Results from Community-Based Interventions", *Community Mental Health Journal*, vol. 47, n° 6, décembre, p. 694-702
99. BRYANT, J., et coll., (2011). "Developing cessation interventions for the social and community service setting: A qualitative study of barriers to quitting among disadvantaged Australian smokers", *BMC Public Health*, vol. 11, juin.

100. CONSTANCE, J. et P. PERETTI-WATEL (2010). « La cigarette du pauvre », *Ethnologie française*, doi : 10.3917/ethn.103.0535, vol. 40, mars, p. 535-542.
101. PERETTI-WATEL, P. (2012). *La cigarette du pauvre – Enquêtes auprès des fumeurs en situation précaire*, Rennes, Presse de l'École des hautes études en santé publique, 139 p.
102. SNYDER, J. E. et M. J. ENGELEN (2010). *Breaking Down Barriers to Care: Treatment of Tobacco Dependence in Vulnerable Populations*, New York, Nova Science Publishers Inc., 105 p.
103. STEWART, M. J. et coll., (2010). "Impacts of a support intervention for low-income women who smoke", *Social Science & Medicine*, vol. 71, n° 11, décembre, p. 1901-1909
104. CHRISTIANSEN, B. et coll., (2012). "Barriers to effective tobacco-dependence treatment for the very poor", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 73, n° 6, novembre, p. 874-884
105. NIEDERDEPPE, J. et coll., (2008). "Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantage populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now?", *Social Science & Medicine*, vol. 67, novembre, p. 1343-1355
106. WONG, J. (2010). *The next stage: Delivering tobacco prevention and cessation knowledge through public health networks – An examination of the academic literature, grey literature and Internet sources for effective interventions for vulnerable populations*, rapport rédigé à l'intention de la Canadian Public Health Association, 64 p.
107. MILLER, C. L. et V. Sedivy (2009). "Using a quit line plus low-cost nicotine replacement therapy to help disadvantaged smokers to quit", *Tobacco Control*, vol. 18, n° 2, avril p. 144-149
108. FONDATION POUR L'ALPHABÉTISATION (2013). *Les adultes – Analphabétisme et alphabétisation*, [En ligne], [http://www.fondationalphabetisation.org/adultes/analphabetisme_alphabetisation/personnes_analphabetes/]. (Consulté le 29 avril 2013)
109. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2008) dans CAN-ADAPTT (2011). *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme*, 54 p.
110. MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA NOUVELLE-ZÉLANDE (MSNZ) (2007) dans CAN-ADAPTT (2011). *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme*, 54 p.
111. MONTEIL, R. A. (2010). « Les bases biologiques de la dépendance au tabac — Comprendre pour lutter efficacement », *Journal des dentistes du Québec*, vol. 47, n° 3, juin-juillet 2010, p.7-19
112. SANTÉ CANADA (2008b). *Préoccupations liées à la santé — Nicotine*, [En ligne], [<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/quit-cesser/now-maintenant/road-voie/addictive-dependance-fra.php>]. (Consulté le 29 avril 2013)
113. ROY, J. P. (2001) dans TREMBLAY, M. (2005). « La pharmacothérapie à la rescousse de la dépendance », *L'Inhalo*, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, vol. 22, n° 4, décembre, p. 10-12
114. SANTÉ CANADA (2008a). *Préoccupations liées à la santé — Nicotine*, [En ligne], [<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/nicotine-fra.php>]. (Consulté le 29 avril 2013)
115. ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC (2010). *Tableau des psychotropes*, [En ligne], [<http://www.acrdq.qc.ca/les-dependances/les-psychotropes>]. (Consulté le 29 avril 2013)
116. JARVIS, M. J. (2004). "ABC of smoking cessation", *BMJ*, vol. 328, janvier, p. 277-279
117. MCEWEN, A. (2006). *Manual of smoking cessation: A guide for counsellors and practitioners*, Blackwell Publishing Ltd, Oxford, 151 p.

118. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS (RCP) (2007) dans ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (RACGP) (2011). *Supporting smoking cessation: A guide for health professionals*, RACGP, Melbourne, 69 p.
119. DIFRANZA et coll., 2002 dans KAYSER, J. W. et C. THIBAUT (2006). *Counseling en abandon du tabac – Orientations pour la pratique infirmière – Pour le bien-être et la santé des populations*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OPIIQ), Montréal, 64 p.
120. O'LOUGHLIN et coll., (2003) dans KAYSER, J. W. et C. THIBAUT (2006). *Counseling en abandon du tabac – Orientations pour la pratique infirmière – Pour le bien-être et la santé des populations*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OPIIQ), Montréal, 64 p.
121. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Guide des conseillers en abandon du tabagisme des centres d'abandon du tabagisme (CAT)*, Guide inédit, Direction des communications, 146 p.
122. REICHERT, J. et coll., (2008). "BTA Guidelines: Smoking cessation guidelines 2008", *J Bras Pneumol.*, vol. 34, n°10, octobre, p. 845-880
123. TREMBLAY, M. (2005). « La pharmacothérapie à la rescousse de la dépendance », *L'Inhalo*, Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, vol. 22, n° 4, décembre, p.10-12
124. RIGOTTI, N. (2002) dans BEN AMAR, M. et N. LÉGARÉ (2006). *Le tabac à l'aube du 21^e siècle – Mise à jour des connaissances*, Montréal, Centre québécois de lutte aux dépendances, 186 p.
125. LAGRUE et coll., (2004) dans BEN AMAR, M. et N. LÉGARÉ (2006). *Le tabac à l'aube du 21^e siècle – Mise à jour des connaissances*, Montréal, Centre québécois de lutte aux dépendances, 186 p.
126. LÉONARD, L. et M. BEN AMAR (sous la direction de) (2002). *Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie*, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 897 p.
127. HUEZEC et SÄWE (2003) dans BEN AMAR, M. et N. LÉGARÉ (2006). *Le tabac à l'aube du 21^e siècle – Mise à jour des connaissances*, Montréal, Centre québécois de lutte aux dépendances, 186 p.
128. BEN AMAR, M. et N. LÉGARÉ (2006). *Le tabac à l'aube du 21^e siècle – Mise à jour des connaissances*, Montréal, Centre québécois de lutte aux dépendances, 186 p.
129. AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS) (2013). *Special concerns after quitting - Weight gain*, [En ligne], dernière mise à jour le 9 septembre 2013. [<http://www.cancer.org/healthy/stayawayfromtobacco/guidetoquittingsmoking/guide-to-quitting-smoking-special-concerns>]. (Consulté le 6 septembre 2013).
130. MONTREUIL, A. (2012) dans TREMBLAY, M. et J.-M. ROY (2013). *Plan québécois d'ABANDON du TABAGISME – État de situation après 10 ans d'implantation – Le Québec respire mieux*, MSSS, Direction des communications, 42 p.
131. CENTRE D'ÉTUDES SUR LE STRESS HUMAIN (CESH) (2010-2013). *Qu'est-ce que le stress?*, [En ligne], [<http://www.stresshumain.ca/le-stress/quest-ce-que-le-stress/historique-du-stress.html>]. (Consulté le 9 décembre 2013)
132. INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS (2013). *Stress : causes et conséquences*, [En ligne], [<http://www.douglas.qc.ca/info/stress>]. (Consulté le 10 décembre 2013)
133. WILKINSON, G. (2010). *Comprendre le stress*, Montréal, Modus Vivendi, 145 p.
134. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2007). *Pour les personnes qui veulent cesser de fumer – Une étape à la fois*, 87 p.

135. SANTÉ CANADA (2007c). *Vie saine – Santé mentale – Gestion du stress*, [En ligne], dernière mise à jour le 7 janvier 2008. [<http://hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/stress-fra.php>]. (Consulté le 29 avril 2013)
136. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2013). *Pour les personnes qui veulent cesser de fumer – Une étape à la fois*, [En ligne], [<http://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/publications/OSAAT%20for%20smokers%20who%20want%20to%20quit/OSAAT-Smokers-who-want-to-quit-2013-FR.pdf>]. (Consulté le 11 décembre 2013)
137. ANTOINE, P., V. DODIN et J.-L. NANDRINO (2009). « Préoccupations alimentaires et pondérales à l'arrêt du tabac : revue de la littérature et implications pour l'accompagnement psychologique », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, vol. 19, juin, p. 72-78
138. FILOZOF, C., M. C. FERNANDEZ PINELLA et A. FERNANDEZ-CRUZ (2004) dans AUBIN, H.-J. et coll., (2012). "Weight gain in smokers after quitting cigarettes: A meta-analysis", *BMJ, Research*, 10 juillet, 21 p.
139. HUGUES, J. R. (2007) dans AUBIN, H.-J. et coll., (2012). "Weight gain in smokers after quitting cigarettes: A meta-analysis", *BMJ Research*, 10 juillet, 21 p.
140. AUBIN, H.-J. et coll., (2012). "Weight gain in smokers after quitting cigarettes: Meta-analysis", *BMJ, Research*, 10 juillet, 21 p.
141. FIORE, M. C. et T. B. BAKER (2013). "Should Clinicians Encourage Smoking Cessation for Every Patients Who Smokes?", *American Medical Association*, mars, vol. 309, n° 10, p. 1032-1033
142. INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA (ICUO) (2013). *Usage du tabac*, [En ligne], [<http://pwc.ottawaheart.ca/fr/sensibilisation/education-en-sante-cardiaque/les-facteurs-de-risque/usage-du-tabac#agir>]. (Consulté le 10 décembre 2013)
143. SMITS, J. A. et coll., (2012). "The efficacy of vigorous-intensity exercise as an aid to smoking cessation in adults with elevated anxiety sensitivity – Study protocol for a randomized controlled trial", *Trials*, vol. 13, n° 1, novembre, p. 207
144. CAN-ADAPTT, (2012). *Smoking Fact Sheets for Clinicians: Physical Activity and Smoking Fact Sheet for Healthcare Providers.pdf*, [En ligne], [<https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/SiteAssets/Pages/Smoking-Fact-Sheets2/Physical%20Activity%20and%20Smoking%20Fact%20Sheet%20for%20Healthcare%20Providers.pdf>]. (Consulté le 10 décembre 2013)
145. KACYNSKI et coll., (2008) dans CAN-ADAPTT, (2012). *Smoking Fact Sheets for Clinicians: Physical Activity and Smoking Fact Sheet for Healthcare Providers.pdf*, [En ligne], [<https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/SiteAssets/Pages/Smoking-Fact-Sheets2/Physical%20Activity%20and%20Smoking%20Fact%20Sheet%20for%20Healthcare%20Providers.pdf>]. (Consulté le 10 décembre 2013)
146. SANTÉ CANADA (2012). *Conseils sur l'activité physique des 18-64 ans*, [En ligne], [<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/pa-ap/07paap-fra.php>]. (Consulté le 10 décembre 2013)
147. J'ARRÊTE (2003-2008b). *Cesser de fumer et activités physiques*, [En ligne], [<http://www.jarrete.qc.ca/fr/fiches/endorphines.html>]. (Consulté le 23 juillet 2013)
148. CAN-ADAPTT (2011) dans ELS, C., D. KUNYK et H. SIDHU (2011). « Abandon du tabagisme et effets neuropsychiatriques indésirables – Les médecins de famille sont-ils coincés entre l'arbre et l'écorce? », *Le médecin de famille canadien*, vol. 57, juin 2011, p.194-197

149. GERVAIS, A. et coll., (2010). *Des professionnels actifs pour traiter le tabagisme et sa dépendance*, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal, 20 p.
150. RIGOTTI, N. (2012). "Strategies to Help a Smoker Who is Struggling to Quit", *American Medical Association*, vol. 308, n°15, 17 octobre, p. 1573-1580
151. TREMBLAY, M. et B. AMAR (2007). "Les interventions efficaces pour aider les fumeurs à renoncer au tabac", *Drogues, santé et société*, vol. 6, n° 1, juin, p. 241-281
152. SANTÉ CANADA (2013). *Canadiens en santé – CHAMPIX (tartrate de varénicline) et ZYBAN (chlorydrate de bupropion) – Révision des renseignements pour le consommateur des traitements antitabagiques non nicotiniques – Pour le public*, [En ligne], [<http://healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2013/33623a-fra.php>]. (Consulté le 7 mai 2013)
153. ELS, C., D. KUNYK et H. SIDHU (2011). « Abandon du tabagisme et effets neuropsychiatriques indésirables — Les médecins de famille sont-ils coincés entre l'arbre et l'écorce? » *Le Médecin de famille canadien*, vol. 57, juin 2011, p.194-197
154. MCROBBIE, H. et coll., (2008). "The New Zealand Medical Journal: New Zealand smoking cessation guidelines", *Journal of the New Zealand Medical Association*, vol. 121, n° 1276, juin, p. 57-70
155. STEELE-MOSES, S. (2008). "Smoking Cessation: What is the evidence?" *Clinical Journal of Oncology Nursing*, vol. 12, n° 5, octobre, p. 813-815
156. SANTÉ CANADA (2011b). *Préoccupations liées à la santé : aides pour renoncer au tabac*, [En ligne], date de modification : 20 octobre 2011. [<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/aid-fra.php>]. (Consulté le 29 avril 2013)
157. PENZ, E. D., B. J. MANNS, P. C. HÉBERT et M. B. STANBROOK (2010) dans BONDY, S. J. et coll., (2012). « Évaluation de la portée des traitements de remplacement de la nicotine comme mesure préventive de santé publique », *Maladies chroniques et blessures au Canada*, vol. 33, n°1, décembre, p. 21-32
158. RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ) (2012). *Assurance médicaments – Médicaments couverts*, [En ligne], [<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/medicaments-couverts.aspx>]. (Consulté le 9 mai 2013)
159. RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ) (2013). *Liste des médicaments – dernière mise à jour le 18 décembre 2013*, [En ligne], [https://www.prod.ramq.gouv.qc.ca/DPI/PO/Commun/PDF/Liste_Med/Liste_Med/liste_med_mod1_2_013_12_18_fr.pdf]. (Consulté le 18 décembre 2013)
160. AUBIN, D. (2011). *Ordonnance collective – Initier la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) et en assurer le suivi*, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, [En ligne], 9 p. [<http://santesaglac.com/medias/documents/tabagisme/Ordonnance-collective-ASSS-02-07-01-11-12-08-16.pdf>]. (Consulté le 19 juillet 2013)
161. LÉGER MARKETING (2010). *Étude sur les fumeurs au Québec – Portrait et stratégies*, présentée à la Société canadienne du cancer, dossier 14380-010, septembre, 72 p.⁵
162. MOTTILLO, S. et coll., (2009). "Behavioural interventions for smoking cessation: A meta-analysis of randomized controlled trials", *European Heart Journal*, vol. 30, mars, p. 718-730
163. SOUTHARD, C. et H. SELL. (2013). "Essential components for success: A smoking cessation programme in a group setting", *Health Education Journal*, vol. 72, n° 3, mai, p. 300-308
164. SCHMIEGE et coll., dans MILLER, W. R. et S. ROLLNICK (2013). *Motivational interviewing: Helping People Change*, New York, The Guilford Press, 482 p.

165. BAILEY et coll., (2004) dans NAAR-KING, S. et M. SUAREZ (2011). *L'entretien motivationnel avec les adolescents et les jeunes adultes*, Paris, InterEditions, 320 p.
166. CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC-NORD. (s.d.) *Promotion de la santé – Respirer sans fumée – Aides pharmacologiques*, [En ligne], [\[http://www.csssqn.qc.ca/fr/publications/promotion-de-la-sante/respirer-sans-fumee/aides-pharmacologiques.download\]](http://www.csssqn.qc.ca/fr/publications/promotion-de-la-sante/respirer-sans-fumee/aides-pharmacologiques.download). (Consulté le 10 décembre 2013)
167. FONDATION DES MALADIES DU CŒUR (2014). *Information AVC et maladies du cœur – Signes d'une crise cardiaque, d'un arrêt cardiaque et du syndrome de la mort subite par arythmie*, [En ligne], [\[http://www.fmcoeur.com/site/pp.aspx?c=ntJXJ8MMIqE&b=3562119&printmode=1\]](http://www.fmcoeur.com/site/pp.aspx?c=ntJXJ8MMIqE&b=3562119&printmode=1). (Consulté le 30 octobre 2014)
168. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2009). *Comment savoir si je fais une crise cardiaque?*, [En ligne], [\[http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/crise_cardiaque-heart_attack_fra.php\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cvd-mcv/crise_cardiaque-heart_attack_fra.php). (Consulté le 30 octobre 2014).
169. ASSOCIATION PULMONAIRE (L') (2014). *Tabagisme – Cesser de fumer – Bienfaits de cesser de fumer*, [En ligne] [\[http://www.lung.ca/protect-protegez/tobacco-tabagisme/quitting-cesser/benefits-bienfaits_f.php\]](http://www.lung.ca/protect-protegez/tobacco-tabagisme/quitting-cesser/benefits-bienfaits_f.php). (Consulté le 17 avril 2013)
170. SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (s.d.). *Ambivalence et balance décisionnelle*, [En ligne], [\[http://www.quebec.cancer.ca/quebec/PDF_SIC/1_Ambivalence.pdf\]](http://www.quebec.cancer.ca/quebec/PDF_SIC/1_Ambivalence.pdf). (Consulté le 29 avril 2013)
171. CAPSANA, (2013). *Zone famille – Vos enfants captent-ils leurs signaux?*, [En ligne], [\[http://www.defisante.ca/fr/chroniques/zone-famille-aller-plus-loin/vos-enfants-captent-ils-leurs-signaux\]](http://www.defisante.ca/fr/chroniques/zone-famille-aller-plus-loin/vos-enfants-captent-ils-leurs-signaux). (Consulté le 16 décembre 2013)
171. J'ARRÊTE (2003-2008a). *Vous voulez arrêter de fumer – Symptômes de sevrage, 2003-2008*, [En ligne], [\[http://www.jarrete.qc.ca/fr/fiches/sevrage.html\]](http://www.jarrete.qc.ca/fr/fiches/sevrage.html). (Consulté le 10 avril 2013)

SUGGESTIONS DE LECTURE

AIDES PHARMACOLOGIQUES

Aides pharmacologiques (conseils généraux, utilisation, effets secondaires, etc.)

<http://www.csssqn.qc.ca/fr/publications/promotion-de-la-sante/respirer-sans-fumee/aides-pharmacologiques.download>

Exemple du fonctionnement de la couverture des produits anti-tabac (couverture des aides pharmacologiques par le régime général d'assurance médicaments (RGAM) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ))

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/pages/exemple-couverture-produits-antitabac.aspx>

Liste des médicaments couverts (remboursés par le RGAM)

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/publications/citoyens/publications-legales/pages/liste-medicaments.aspx>

Listes des rappels et des avis de sécurité (Santé Canada)

<http://healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/index-fra.php>

ADOLESCENTS

Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire – Synthèse de recommandations (voir pages 317 à 348) (INSPQ)

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1065_ReussiteEducativeSanteBienEtre.pdf

J'arrête (version à l'intention des adolescents) (J'Arrête)

<http://www.jarrete.qc.ca/fr/indexFlash.asp?profil=jeune>

FEMMES ENCEINTES OU QUI ALLAIENT

Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans, Tabac, alcool et drogues, p. 79, (INSPQ)

http://www.inspq.qc.ca/mieuxvivre/sections/MV2014_S1.pdf#page=64

Allaitement et tabac, alcool ou drogue, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), Centre des naissances

<http://www.chumontreal.qc.ca/patients-et-soins/centre-des-naissances-du-chum/allaitement/allaitement-et-tabac-alcool-ou-droque>

Portail d'information périnatale (INSPQ)

<http://infoprenatale.inspq.qc.ca/tabac.aspx>

CONTRÔLE DU STRESS

69 trucs pour réduire le stress, Association canadienne pour la santé mentale – Chaudière-Appalaches

<http://www.acsm-ca.qc.ca/assets/69-trucs.pdf>

Gérer son stress, Défi j'arrête, j'y gagne!

http://www.defitabac.qc.ca/sites/default/files/DT13_carte4_FR.pdf

POIDS

Questions de poids, Défi j'arrête, j'y gagne!

<http://www.defitabac.qc.ca/fr/questions-de-poids/questions-de-poids>

Gérer son poids...par où commencer? Institut de recherches cliniques de Montréal

http://www.ircm.qc.ca/CLINIQUE/educocoeur/Documents/15_poids.pdf

SANTÉ MENTALE

Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)

<http://www.cmha.ca/fr/sante-mentale/>

Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD)

<http://www.douglas.qc.ca/>

Fondation des maladies mentales (FMM)

<http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/fr/p/aider-une-personne/les-maladies-mentales/description?gclid=CJ2locWkx7sCFSUOOgodVBEAOw>

Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)

<http://www.institutsmq.qc.ca/>

Santé mentale – Combattre les préjugés, ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS),

http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?accueil

Vie saine – Santé mentale, Santé Canada

<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/mental/index-fra.php>

ANNEXE

Formulaire d'information sur le client Centre d'abandon du tabagisme

SECTION 1 : Renseignements généraux

Section réservée au/à la conseiller(ère) en abandon du tabagisme

N° de région : ☐☐

Nom du CAT : _____

N° dossier usager : ☐☐☐☐☐☐☐☐

1. Date de la rencontre : ____/____/____ Type de rencontre : ☐ Individuelle ☐ Groupe
J M A

2. Comment avez-vous entendu parler du centre d'abandon du tabagisme?

- | | |
|--|---|
| ☐ Au CSSS (ou CLSC) | ☐ Journal |
| ☐ Ligne téléphonique J'arrête | ☐ Entourage (famille/ami(e)/collègue de travail) |
| ☐ Site Internet J'arrête | ☐ Professionnel de la santé, spécifiez (ex. : médecin, infirmière, pharmacien, dentiste) : _____ |
| ☐ Radio/télévision | ☐ Autre (spécifiez) : _____ |
| ☐ Dépliant, affiche, kiosque | |

3. Pour quelle raison consultez-vous?

- ☐ Aide pour l'arrêt tabagique ☐ Soutien après l'arrêt

SECTION 2 : Renseignements sur le client/la cliente

4. Quelle est votre date de naissance? ____/____/____
J M A

5. Quel est votre sexe? ☐ F ☐ M

6. Quelle est votre langue d'usage? ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre (spécifiez) : _____

7. Quel est votre statut matrimonial? ☐ Célibataire ☐ Séparé(e)/divorcé(e)
☐ Veuf/veuve ☐ Marié(e)/Conjoint(e) de fait

8. Quelle est votre occupation?

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| ☐ En emploi | ☐ Retraité(e) | ☐ Sans emploi (chômage, assistance-emploi) |
| ☐ Congé de maternité/paternité | ☐ Étudiant(e) | ☐ Autre (spécifiez) : _____ |
| ☐ Congé de maladie | ☐ À la maison | |

9. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ Primaire | ☐ Universitaire |
| ☐ Secondaire | ☐ Autre (spécifiez) : _____ |
| ☐ Collégial | |

SECTION 3 : Habitudes tabagiques

10. Quel est votre statut tabagique?

- ☐ Ex-fumeur → Si oui, depuis combien de temps? (dernière tentative) J M A
- ☐ Fumeur → Si oui, depuis combien de temps? J M A

11. À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette au complet? _____ ans

12. Combien fumez-vous de cigarettes par jour?

(Si vous avez arrêté de fumer, combien en fumiez-vous au moment d'arrêter) _____ cigarettes par jour

13. À quelles occasions fumez-vous? (Cochez tous les choix applicables, même si vous avez arrêté de fumer)

- | | |
|--|--|
| ☐ Après les repas | ☐ En regardant la télévision |
| ☐ En voiture | ☐ Le matin (routine café, journal) |
| ☐ En utilisant l'ordinateur | ☐ Lors de situations sociales (partys, pauses avec fumeurs, etc.) |
| ☐ En parlant au téléphone | ☐ Autre (spécifiez) : _____ |

SECTION 4 : Tentatives d'abandon du tabagisme

14. Combien avez-vous fait de tentatives d'abandon à vie? (incluant celle en cours) _____

→ Si vous n'en avez fait aucune, passez à la section 5

15. Combien avez-vous fait de tentatives d'abandon au cours de la dernière année? _____
(incluant celle en cours)

16. Quelle est la date de la dernière tentative? _____ J _____ M _____ A

17. Quelle est la durée de la dernière tentative? _____ # J ou _____ # M ou _____ # A

18. Quelle est la durée de la tentative d'arrêt la plus longue? _____ # J ou _____ # M ou _____ # A

19. Quels sont les symptômes de sevrage ressentis lors de tentatives d'abandon antérieures et/ou actuelle?
(Cochez tous les choix applicables):

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| ☐ Envie très forte de fumer | ☐ Insomnie | ☐ Maux de tête |
| ☐ Irritabilité, frustration, colère | ☐ Anxiété | ☐ Fatigue |
| ☐ Difficulté de concentration | ☐ Agitation | ☐ Toux |
| ☐ Augmentation de l'appétit | ☐ Constipation | |
| ☐ Humeur dépressive | ☐ Étourdissements | |
| ☐ Autre (spécifiez) : _____ | | |

20. Quelles sont les méthodes utilisées pour cesser de fumer lors des tentatives d'abandon antérieures et/ou actuelle? (Cochez tous les choix applicables)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Timbres de nicotine | ☐ Champix (varénicline) | ☐ Lecture, consultation de sites Internet, etc. |
| ☐ Gommages de nicotine | ☐ Consultation avec un | ☐ Acupuncture |
| ☐ Inhalateur de nicotine | professionnel de la santé | ☐ Laser |
| ☐ Pastilles de nicotine | ☐ Ligne téléphonique | ☐ Hypnose |
| ☐ Zyban (bupropion) | ☐ Programme de groupe | ☐ Aucune méthode |
| ☐ Autre (spécifiez) : _____ | | |

21. Identifiez les effets secondaires liés à l'utilisation antérieure et/ou actuelle des méthodes d'abandon.
(Cochez tous les choix applicables)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Allergie aux timbres | ☐ Douleur aux mâchoires | ☐ Nausées |
| ☐ Irritation cutanée | ☐ Irritation de la bouche/gorge | ☐ Maux de tête |
| ☐ Cauchemars | ☐ Toux | ☐ Humeur dépressive |
| ☐ Sécheresse de la bouche | ☐ Insomnie | ☐ Étourdissements |
| ☐ Autre (spécifiez) : _____ | | |

22. Quelles sont les causes de rechute lors de tentatives d'abandon antérieures? (Cochez tous les choix applicables)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Malaises physiques (maux de tête, toux) | ☐ Gain de poids | ☐ Incitation sociale (party, pause avec autres fumeurs, etc.) |
| ☐ Irritabilité, dépression | ☐ Pour retrouver le plaisir de fumer | |
| ☐ Situation ou événement stressant | ☐ Manque d'appui de l'entourage | ☐ Manque de motivation |
| ☐ Ennui / solitude | | |
| ☐ Autre (spécifiez) : _____ | | |

SECTION 5 : Dépendance

Veuillez répondre à cette section même si vous avez arrêté de fumer.

23. Après mon réveil, je fume ma première cigarette dans les :

- ☐ 5 premières minutes ☐ 6 à 30 minutes suivantes ☐ 31 à 60 minutes suivantes ☐ plus de 60 minutes après mon réveil

24. Quelles situations s'appliquent à vous? (Cochez tous les choix applicables, même si vous avez arrêté de fumer)

- ☐ J'ai de la difficulté à m'abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit.
☐ Je fume même lorsque je suis malade au point de rester au lit toute la journée.
☐ La première cigarette de la journée est la plus indispensable.
☐ Je fume plus pendant la matinée que pendant le reste de la journée.

25. Quelles phrases décrivent le mieux les raisons qui vous poussent à fumer? (Cochez tous les choix applicables, même si vous avez arrêté de fumer)

- | | |
|---|--|
| ☐ Fumer me procure une détente, c'est une source de bien-être. | ☐ Fumer me réconforte lors d'émotions. |
| ☐ Je me sens seul. La cigarette est ma compagne, mon amie. | ☐ Fumer me permet de contrôler mon appétit. |
| ☐ Je me sens angoissé(e) à l'idée de cesser de fumer. | ☐ J'aime fumer, c'est une source de plaisir |
| ☐ Je fume pour gérer mon stress. | |
| ☐ Autre (spécifiez) : _____ | |

SECTION 6 : Environnement et soutien

26. Y a-t-il des fumeurs dans votre entourage?

- ☐ Non ☐ Oui, qui? → ☐ Conjoint(e) ☐ Collègue(s) de travail
☐ Enfant(s) ☐ Famille élargie (ex : beau-frère, tante, grands-parents, etc.)
☐ Colocataire(s) ☐ Ami(e)s
☐ Autre (spécifiez) : _____

27. À quel point est-ce difficile de résister à la tentation de fumer en compagnie d'autres fumeurs?

- ☐ Très difficile ☐ Assez difficile ☐ Peu difficile ☐ Pas du tout difficile

28. Votre entourage est-il favorable à votre décision de cesser de fumer?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

29. Qui pourrait vous soutenir ou vous parrainer dans votre démarche d'abandon du tabagisme? (Cochez tous les choix applicables)

- | | |
|---|---|
| ☐ Conjoint(e) | ☐ Collègue(s) de travail |
| ☐ Enfant(s) | ☐ Professionnel de la santé (ex. : intervenant CAT, infirmière, médecin, etc.) spécifiez : _____ |
| ☐ Ami(e)s | ☐ Autre (spécifiez) : _____ |
| ☐ Membre(s) de la famille élargie
(ex. : beau-frère, tante, grands-parents, etc.) | ☐ Je ne sais pas |

SECTION 7 : Habitudes de vie

30. À quelle fréquence faites-vous de l'activité physique pendant au moins 30 minutes? (dans le cadre des travaux domestiques, des transports, de votre travail et de vos loisirs)

- ☐ Tous les jours ☐ 3 à 6 fois par semaine ☐ 1 à 2 fois par semaine ☐ Moins d'une fois par semaine

31. En général, quels repas prenez-vous dans une journée? (Cochez tous les choix applicables)

- ☐ Déjeuner ☐ Dîner ☐ Souper

32. Lesquels de ces produits consommez-vous à chaque jour et en quelle quantité? (Si vous ne consommez pas ces produits à chaque jour, indiquez votre consommation par semaine)

Produit	Par jour		Par semaine
☐ Café, thé	_____ tasses	ou	_____ tasses
☐ Boisson gazeuse	_____ verres	ou	_____ verres
☐ Bière	_____ bouteilles	ou	_____ bouteilles
☐ Vin	_____ verres	ou	_____ verres
☐ Spiritueux	_____ verres	ou	_____ verres
☐ Autre produit du tabac			
Spécifiez lequel : _____	_____ unités	ou	_____ unités
☐ Drogue			
Spécifiez laquelle : _____	_____ unités	ou	_____ unités

33. Êtes-vous préoccupé(e) par la prise de poids suite à l'abandon du tabagisme?

- ☐ Très préoccupé(e) ☐ Assez préoccupé(e) ☐ Peu préoccupé(e) ☐ Pas du tout préoccupé(e)

SECTION 8 : Motivation

34. Avez-vous déterminé une date d'arrêt?

- ☐ Oui → Quand? J M A
- ☐ Non → Pensez-vous cesser d'ici ☐ Les 30 prochains jours ☐ Les 6 prochains mois ☐ Je ne sais pas

35. Pour quelles raisons voulez-vous cesser de fumer? (Cochez tous les choix applicables)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Améliorer ma santé | ☐ Recommandation de mon médecin | ☐ Santé de l'entourage |
| ☐ Crainte d'une maladie reliée | ☐ Pression de la famille ou de l'entourage | ☐ Raisons esthétiques |
| ☐ Coût trop élevé du tabac | ☐ Désir de ne plus être dépendant(e) | ☐ Grossesse ou désir de grossesse |
| ☐ Interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail | ☐ Autre (spécifiez) : _____ | |

36. Quelle importance accordez-vous au fait de cesser de fumer?

- ☐ Très important ☐ Assez important ☐ Peu important ☐ Pas du tout important

37. Jusqu'à quel point êtes-vous confiant(e) en votre capacité de réussir à cesser de fumer?

- ☐ Très confiant(e) ☐ Assez confiant(e) ☐ Peu confiant(e) ☐ Pas du tout confiant(e)

38. Pensez-vous utiliser une aide pharmacologique pour cesser de fumer?

- ☐ Non ☐ Je ne sais pas ☐ Oui → Laquelle? ▼
- ☐ Timbres de nicotine
 - ☐ Gommages de nicotine
 - ☐ Inhalateur de nicotine
 - ☐ Pastilles de nicotine
 - ☐ Zyban (bupropion)
 - ☐ Champix (varénicline)
 - ☐ Autre (spécifiez) : _____
 - ☐ Je n'ai pas encore choisi

SECTION 9 : Portrait médical

39. Avez-vous présentement des problèmes de santé? (Cochez tous les choix applicables)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Maladie cardiovasculaire (angine, infarctus, arythmie) | ☐ Diabète | ☐ Accident vasculaire cérébral |
| ☐ Hypertension artérielle | ☐ Ulcère de l'estomac ou du duodénum | ☐ Convulsions |
| ☐ Maladie respiratoire (asthme, bronchite chronique, emphysème) | ☐ Toxicomanie | ☐ Anorexie / boulimie |
| ☐ Dépression | ☐ Cancer | ☐ Insuffisance rénale |
| ☐ Autre (spécifiez) : _____ | | ☐ Atteinte hépatique |

40. Prenez-vous actuellement des médicaments, incluant des produits naturels (ex. : le millepertuis)?

- ☐ Non ☐ Oui, spécifiez → _____

41. Avez-vous des allergies?

- ☐ Non ☐ Oui, spécifiez → _____

42. Quel est votre poids actuel : _____ kg ou _____ lbs ☐ Ne sais pas / ne m'en souviens pas

43. Quelle est votre taille : _____ m _____ cm ou _____ pieds _____ pouces ☐ Ne sais pas / ne m'en souviens pas

Commentaires du/de la conseiller(ère) en abandon du tabagisme

Consentement obtenu : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne s'applique pas

BIENFAITS ASSOCIÉS À L'ABANDON DU TABAGISME

APRÈS	
20 minutes	• La tension artérielle diminue et redevient normale. • Le rythme cardiaque diminue et redevient normal. • Les mains et les pieds retrouvent une température normale.
8 heures	• Le taux de monoxyde de carbone dans le sang diminue et redevient normal. • L'oxygénation du sang redevient normale.
24 heures	• Le risque de subir une crise cardiaque diminue.
48 heures	• Le monoxyde de carbone est éliminé de l'organisme. • Les sens de l'odorat et du goût s'améliorent.
72 heures	• La nicotine est éliminée de l'organisme. • La circulation du sang s'améliore. • Les terminaisons nerveuses se régénèrent.
2 semaines à 9 mois	• Les bronches se détendent et la respiration devient plus facile. • La capacité respiratoire augmente d'environ 30 % et l'essoufflement diminue. • La fatigue s'estompe progressivement et l'énergie augmente.
1 an	• La circulation sanguine et le fonctionnement des poumons continuent de s'améliorer.
5 ans	• Les risques de maladies cardiovasculaires sont diminués de moitié.
10 ans	• Le risque de développer un cancer du poumon est comparable à celui d'une personne qui ne fume pas. • Le risque de cancer de la bouche, de la gorge, de l'œsophage, de la vessie et du pancréas diminue.

À partir des travaux de l'Association pulmonaire (2013e)¹⁶⁹

COMMENT RÉDUIRE LES DÉCLENCHEURS D'ENVIE DE FUMER?

STRATÉGIE	EXEMPLES
Changer d'air	- Faire de ma maison et de ma voiture des lieux sans fumée. - Jeter les briquets, les allumettes et les autres articles associés à la cigarette. - Me défaire de toutes mes cigarettes. - Nettoyer les cendriers, les ranger ou les jeter. - Nettoyer le cendrier de la voiture.
Éviter les tentations	- Essayer de m'entourer de personnes qui ne fument pas. - Fréquenter des lieux où il est interdit de fumer (ex. : bibliothèque, magasins, restaurants). - Faire des activités, à la maison ou au bureau, que je n'ai jamais associées à la cigarette.
Modifier mes habitudes de façon réaliste	- Changer l'heure à laquelle je me lève. - Changer l'ordre de mes activités quotidiennes (ex. : prendre ma douche, mon petit déjeuner, me brosser les dents). - Changer l'ordre de mes activités au travail (ex. : lecture des courriels, planification de la journée, discussion avec les collègues).
Prévenir la fatigue	Essayer de dormir le même nombre d'heures que d'habitude ou me coucher un peu plus tôt.
M'occuper	- Rendre visite à un ami qui ne fume pas. - Réaliser un nouveau projet. - Faire une activité, un loisir qui m'intéresse. - Aller au cinéma. - Faire une marche. - Offrir du temps bénévolement à un organisme.
Penser différemment	- Déramatiser les événements et les situations. - M'exercer à penser de manière positive et réaliste. - Me valoriser, me féliciter pour mes réussites.

À partir des travaux de Perkins, Conklin et Levine (2008)⁴³

BALANCE DÉCISIONNELLE

Je continue de fumer		J'arrête de fumer	
Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients

À partir des travaux de la Société canadienne du cancer (s. d.)¹⁷⁰

JOURNAL DE MA CONSOMMATION

Pour mieux me connaître et m'aider dans ma démarche pour cesser de fumer, je dresse le portrait de ma consommation de cigarettes.

J'indique les éléments suivants :

Nombre de cigarettes fumées	Heure de la journée	Intensité du besoin de fumer	Ce que je faisais au moment de fumer	Endroit où j'ai fumé	Personnes avec lesquelles je me trouvais	Raison qui m'a motivé à fumer
		1 2 3 4 5				
		1 2 3 4 5				
		1 2 3 4 5				
		1 2 3 4 5				
		1 2 3 4 5				
		1 2 3 4 5				
		1 2 3 4 5				
		1 2 3 4 5				
		1 2 3 4 5				

TABLEAU SYNTHÈSE – FORMES D'AIDES PHARMACOLOGIQUES OFFERTES

MÉDICAMENTS ET COÛT APPROXIMATIF		QUANTITÉ DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR et nombre de minutes écoulées après le réveil avant de fumer la première cigarette		QUAND CESSER DE FUMER?	POSOLOGIE Voir l'ordonnance individuelle ou collective		DURÉE Voir l'ordonnance individuelle ou collective		TEMPS ECOULÉ AVANT DE RESSENTIR L'ACTION		REMBOURSÉ PAR LE RGAM 1 FOIS PAR ANNÉE	
Timbres (Habitrol ^{MD} , Nicoderm ^{MD}) Prix : 30 \$/semaine		– de 10 cigarettes		Dès l'application (de préférence le matin)	Timbres de 14 mg				2 à 3 heures à l'application du 1 ^{er} timbre et/ou à l'application lorsque le timbre est enlevé la nuit	1 boîte de timbres par semaine pendant 12 semaines		
		+ de 10 cigarettes			Timbres de 7 mg							
					Timbres de 21 mg							
					Timbres de 14 mg							
				Timbres de 7 mg								
Gomme (Thrive ^{MD} ou Nicorette ^{MD}) Prix approximatif : 35 \$ à 40 \$/100 mcx 15 \$ à 20 \$/30 mcx		2 mg :		– de 20 cigarettes + de 30 minutes		Morceaux de 2 mg Si elle est utilisée en combinaison avec les timbres			Diminuer la dose de façon progressive	15 à 30 minutes	10 morceaux par jour pendant 12 semaines (Total : 840 morceaux)	
		4 mg :		+ de 20 cigarettes – de 30 minutes		Morceaux de 4 mg						
Pastilles Prix approximatif : 35 \$ à 40 \$/100 15 \$ à 20 \$/30		Thrive ^{MD} *	1 mg	– de 20 cigarettes		Pastilles de 1 mg				15 à 30 minutes	10 pastilles par jour pendant 12 semaines (Total : 840 pastilles) (Thrive ^{MD} seulement)	
			2 mg	+ de 20 cigarettes		Pastilles de 2 mg						
		Nicorette ^{MD}	2 mg	+ de 30 minutes		Pastilles de 2 mg				15 à 30 minutes 10 minutes (minipastille)	NON	
			4 mg	+ de 20 cigarettes – de 30 minutes		Pastilles de 4 mg						
Inhalateur Prix approximatif : 40 \$		Possibilité d'utiliser en combinaison avec une TRN		De manière progressive ou complètement						5 minutes		
Vaporisateur Prix approximatif : 40 \$										60 secondes		
Bupropion (Zyban^{MD}) Prix : 70 \$ à 75 \$/30 jours				Entre le 8 ^e jour et le 14 ^e jour d'utilisation						1 semaine	12 semaines	
Varénicline (Champix^{MD}) Prix approximatif : 60 \$ à 65 \$/14 jours						Entre le 8 ^e jour et le 35 ^e jour d'utilisation						12 semaines (renouvelable pour 12 semaines si en arrêt à 3 mois)

* La gomme Thrive^{MD} aux fruits est la seule TRN à courte action qui ne contient pas de menthol.

À partir des travaux de RAMQ, 2013a¹⁵⁹; Ligne j'Arrête, 2012²⁰; CSSS Québec-Nord, (s. d.)¹⁶⁶; Fiore et coll., 2008³⁷

LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE : DURÉE ET MOYENS POUR LES SURMONTER

SYMPTÔMES POSSIBLES	DURÉE APPROXIMATIVE	MOYENS
Étourdissements	1 à 2 jours	- Se lever et changer lentement de position. - Prendre des respirations lentes et profondes.
Maux de tête (sensation de pression aux yeux et à la tête)	Variable	- Faire des exercices de relaxation et de respiration. - Faire des étirements. - Se masser la tête.
Fatigue, manque d'énergie	2 à 4 semaines	- Dormir suffisamment. - Éviter le sucre, manger sainement et boire beaucoup d'eau. - Éviter de se surmener. - Prévoir des siestes. - Faire de l'exercice en respectant sa condition physique.
Toux avec ou sans mucus, gorge sèche, écoulement nasal	Quelques jours à quelques semaines	- Boire beaucoup d'eau. - Bouger et faire de l'exercice en respectant sa condition physique. - Sucer des bonbons sans sucre et des pastilles contre la toux, des glaçons.
Sensation de tension dans la poitrine	Quelques semaines	Respirer lentement et en profondeur. Note importante : Recommander à la personne accompagnée de consulter immédiatement un médecin si elle ressent une douleur ou un inconfort thoracique (ex. : pression, serrement, douleur vive, sensation de brûlure ou de lourdeur à la poitrine)^{167, 168}
Troubles du sommeil	1 à 3 semaines	- Éviter les boissons et les aliments qui contiennent de la caféine (ex. : café, cola), surtout en fin de journée et en soirée. - Faire une marche après le souper. - Prendre un bain; se faire jouer dans les cheveux; regarder un film drôle. - Faire de l'exercice tous les jours. - S'accorder un moment de relaxation au moins une heure avant le coucher. - Vérifier le dosage des timbres de nicotine et/ou les retirer la nuit.
Constipation, maux d'estomac, gaz intestinaux	3 à 4 semaines	- Boire beaucoup d'eau et manger, si possible, des aliments riches en fibres (ex. : fruits, légumes crus, produits de grains entiers). - Faire de l'exercice.
Augmentation de la faim	2 à 4 semaines	- Vérifier s'il s'agit d'une vraie faim ou d'une envie d'avoir quelque chose dans la bouche - Prendre des collations et des repas sains et équilibrés : - privilégier des collations croquantes, faibles en gras et en sucre (ex. : légumes crus, bretzels, maïs soufflé, fruits); - grignoter souvent et en petites quantités des aliments faibles en calories. - Occuper ses mains et sa bouche. - Boire beaucoup d'eau. - Mâcher de la gomme sans sucre.

SYMPTÔMES POSSIBLES	DURÉE APPROXIMATIVE	MOYENS
Prise de poids	Variable	• Boire beaucoup d'eau. • Bouger et faire de l'exercice quotidiennement. • Réduire les portions, la consommation de sel et de gras. • Manger plus de fruits et de légumes.
Difficultés de concentration	Quelques semaines	• Réduire un peu les heures de travail, si possible. • Prendre des pauses fréquemment. • Faire des exercices de respiration et de relaxation. • Utiliser un traitement de remplacement de nicotine (ex. : timbres). • Manger sainement (ex. : fruits, légumes et protéines).
Irritabilité, impatience, anxiété	2 à 4 semaines	• Faire une marche ou une autre activité physique. • Respirer profondément, essayer de se détendre : (ex. : prendre un bain chaud, écouter une musique douce, faire des étirements, se faire masser). • Se rappeler que ces états sont normaux et prouvent que le processus pour recouvrer la liberté suit son cours. • Faire des activités agréables et rire le plus souvent possible. • Réduire ou éviter la consommation de caféine.
Envie très forte de fumer, sensation de manque	2 semaines environ, parfois davantage	• Faire face à l'envie, qui dure environ 3 à 5 minutes¹¹¹. - Se changer les idées (ex. : faire une marche, appeler un ami, faire un exercice de respiration). - Prendre un produit de substitution de la nicotine (ex. : gomme à la nicotine). - Occuper sa bouche (ex. : mâcher de la gomme sans sucre, un bâtonnet de cannelle, boire de l'eau). • Découvrir ce qui déclenche les envies de fumer.
Humeur dépressive, tristesse	10 à 30 jours, pendant lesquels les symptômes diminuent progressivement	• Respecter le traitement de remplacement de nicotine. • Se confier à des amis. • Chercher du soutien auprès des professionnels de la santé. • S'offrir de petits plaisirs. • Faire des activités créatives ou réconfortantes (ex. : bricoler). • Appliquer des techniques comportementales. Consulter son médecin si les symptômes d'humeur dépressive augmentent ou s'ils persistent sur une plus longue période.

À partir des travaux de l'Association pulmonaire du Canada (2012c)⁶²; j'Arrête (2003-2008a)¹⁷¹; Lacroix, C. et coll. (2008)⁸⁴

TECHNIQUES DE RELAXATION

Les techniques de relaxation sont des moyens efficaces pour diminuer les effets du stress¹³³. Pratiquer la relaxation tous les jours permet d'obtenir des effets durables¹²¹. Les techniques suivantes visent à réduire les tensions (musculaires et autres) et à réduire l'impact des effets néfastes du stress.

Utilisez la technique qui vous convient le plus et respectez votre rythme¹²¹.

1) La respiration

La respiration améliore, entre autres, l'apport en oxygène dans le système sanguin et agit sur le système nerveux en favorisant le retour à un état de calme après un stress¹²¹.

1.1 La respiration contrôlée²⁰

La respiration contrôlée comporte les trois étapes suivantes :

1-	Inspirer par le nez pendant 4 secondes.
2-	Retenir l'air pendant 4 secondes.
3-	Expirer par la bouche pendant 8 secondes.

2) La méditation²⁰

La méditation consiste à centrer son attention sur un mot, une expression ou un objet de son choix pour apaiser l'esprit.

1-	S'asseoir confortablement dans un lieu calme.
2-	Garder le dos droit.
3-	Fermer les yeux et respirer profondément en détendant les muscles.
4-	Choisir un mot, une expression ou un objet significatif.
5-	Respirer en répétant le mot ou l'expression ou en visualisant l'objet choisi.
6-	Méditer pendant au moins 5 minutes.
7-	Reprendre lentement les activités en cours.

3) Le massage du cou et des épaules¹²¹

Masser le cou et les épaules favorise la détente de cette région, souvent tendue en raison du stress.

1-	Passer le bras droit devant soi et saisir l'épaule gauche avec la main droite. Mettre la main directement sur la peau.
2-	Masser progressivement avec juste assez d'intensité : 1. l'épaule et le haut du bras; 2. le devant de l'épaule et l'aisselle; 3. le haut de l'omoplate, la clavicule; 4. le cou et la nuque.
3-	Masser, de deux à cinq minutes, l'ensemble du côté gauche.
4-	Prendre le temps de savourer l'effet du massage.
5-	Faire le même exercice de l'autre côté avec la main gauche.

4) Les étirements en douceur¹³⁴

Les étirements aident à réduire la tension musculaire. Ils peuvent se faire en position assise en quelques minutes.

- Soulever les épaules jusqu'à la hauteur des oreilles puis les laisser retomber. Se détendre pendant 10 secondes. Répéter 3 ou 4 fois.
- Tourner lentement la tête vers la droite. Tenir la position pendant 10 secondes. Répéter du côté gauche.
- Pencher la tête jusqu'à ce que le menton touche la poitrine et la relever. Se détendre pendant 10 secondes.
- Soulever le bras droit au-dessus de la tête puis le baisser. Répéter avec le bras gauche. Reprendre 3 ou 4 fois de chaque côté.
- Étendre les bras devant la poitrine puis ramener les coudes en imitant le geste de ramer. Se détendre pendant 10 secondes. Répéter 3 ou 4 fois.
- Pencher le tronc vers la droite aussi loin que possible. Répéter du côté gauche.
- Étirer la jambe droite en soulevant le pied du sol. Tenir la position pendant 10 secondes. Reprendre avec la jambe gauche. Faire l'exercice 3 ou 4 fois de chaque côté.
- Soulever le pied droit et faire tourner la cheville. Reprendre avec le pied gauche. Répéter l'exercice 3 ou 4 fois de chaque côté.

PRISE DE POIDS – RECONNAÎTRE UNE VRAIE FAIM

Il peut être facile de confondre l'envie de fumer avec la faim. Il importe d'apprendre à distinguer une vraie faim d'un faux signal de faim. Cet apprentissage permet d'éviter de compenser le manque de cigarettes par la consommation superflue de nourriture¹²¹.

Signaux de faim	Faux signaux de faim	Signaux de satiété
• Estomac qui gargouille • Sensation de vide dans l'estomac, parfois accompagnée de petites crampes • Baisse d'énergie • Difficulté à se concentrer	• Envie de manger un aliment en particulier (cette envie est stimulée par la vue, par l'odeur d'aliments appétissants, etc.) • Envie de manger parce qu'on se sent seul, stressé, fatigué • Envie de manger pour se récompenser	• Sensation d'être rassasié sans être trop plein • Diminution de l'envie de manger • Augmentation de l'énergie • Disparition des signaux de la faim

À partir des travaux de CAPSANA, 2013¹⁷¹