

PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS POUR LA CESSATION TABAGIQUE

GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE

(MIS À JOUR JUIN 2020)

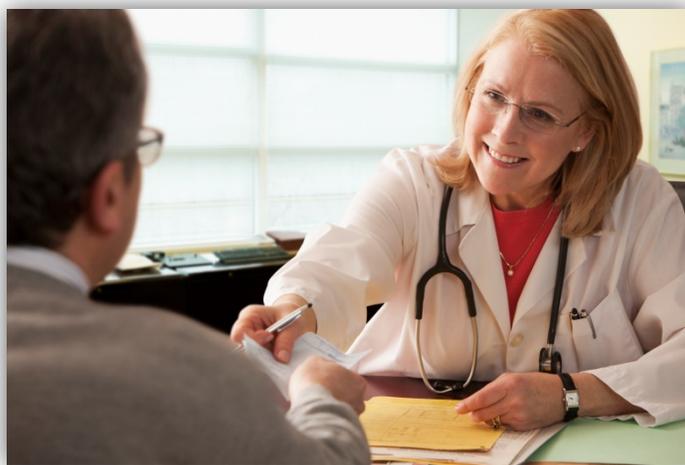


TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction
2. Considérations déontologiques
3. Démarche de prescription de médicaments pour la cessation tabagique
3.1 Processus décisionnel relié à la prescription
3.3.1 Étapes du processus décisionnel
3.1.2 Prescrire des médicaments pour la cessation tabagique
3.1.3 Prescrire le médicament qui convient le mieux au patient
3.1.4 Prescrire hors monographie des produits
3.1.5 Renseignements à transmettre au patient
3.1.6 Remboursement des médicaments pour la cessation tabagique
3.1.7 La cigarette électronique comme aide à l'abandon du tabagisme
3.2 Rédaction de l'ordonnance
3.3 Soutien à l'abandon du tabagisme
3.4 Suivi clinique
3.5 Tenue de dossier
Annexe 1. Outil d'évaluation et d'aide à la pratique en abandon du tabagisme
4. Procédure à suivre pour l'obtention d'un permis de prescripteur
5. Conclusion
Crédits et remerciements
Références



L'ajout de cette icône au texte signifie que le sujet est détaillé dans la formation OPIQ-3003 : *La prescription de médicaments pour la cessation tabagique*, accessible en ligne sur le [Campus OPIQ](#).

1. INTRODUCTION

La prescription de médicaments pour la cessation tabagique* est une activité médicale **autorisée** par le Collège des médecins du Québec (CMQ) en vertu du *Règlement modifiant le Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute (Loi médicale, chapitre M-9, a. 19, 1^{er} al., par. b)*

L'autorisation de prescrire est une activité qui reconnaît les compétences de l'inhalothérapeute dans le domaine de la santé publique¹. Cette activité autorisée permet de faire équipe avec les médecins, les infirmières et les pharmaciens dans la lutte contre le tabagisme, et ce, tout en militant pour une meilleure santé cardiorespiratoire.

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données scientifiques les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la pratique décrite ici. De même, il est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

Bien que non obligatoires, les deux activités de formation suivantes sont fortement recommandées à l'inhalothérapeute qui souhaite exercer cette activité autorisée de façon optimale et sécuritaire.

☞ OPIQ-310 : *Intervenir auprès de vos patients fumeurs* (2017-2018)

☞ OPIQ-2002 : *Les notes au dossier II* (2017-2018)

Pour plus d'information, visitez la page Web dédiée à cette activité autorisée

☞ [Prescription de médicaments pour la cessation tabagique](#)

* À l'exception du tartrate de varénicline et du chlorhydrate de bupropion.

¹ Le concept de santé publique a évolué au fil du temps et les définitions sont nombreuses et variées. Tous s'entendent pour le définir minimalement comme un ensemble d'actions en vue d'améliorer la santé de la population.

La lecture seule du présent document n'autorise pas l'inhalothérapeute à prescrire un médicament pour la cessation tabagique. Elle est toutefois obligatoire pour la réussite de la formation OPIQ-3003 : *La prescription de médicaments pour la cessation tabagique*.

Ce guide de pratique clinique a pour objectif de soutenir et non de remplacer le jugement clinique de l'inhalothérapeute dans sa pratique professionnelle. Pour cette raison, il ne détaille pas les médicaments prescrits en cessation tabagique ni leur utilisation, puisque chaque prescription doit être individualisée selon les préférences et les besoins de chaque patient. Il revient à chaque inhalothérapeute prescripteur de connaître ces médicaments, de se tenir informé des avancées scientifiques médicales et pharmaceutiques et de prescrire celui qui conviendra le mieux au patient fumeur. Il doit être utilisé **en complément** de la formation réglementaire OPIQ-3003 : *La prescription de médicaments pour la cessation tabagique*, accessible sur le *Campus OPIQ*.

Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

Bonne lecture !

2. CONSIDÉRATIONS DÉONTOLOGIQUES

À l'instar de tout autre acte professionnel, celui de prescrire doit s'effectuer en tout respect du [Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec](#).

Les principales considérations déontologiques propres à la prescription par l'inhalothérapeute habilité sont du domaine de :

- A. La compétence et la diligence
- B. L'information et le consentement libre et éclairé
- C. L'indépendance professionnelle et le conflit d'intérêts

Il doit aussi s'effectuer en respectant les règlements suivants :

- [Règlement modifiant le Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute](#);
- [Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin](#);
- [Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec](#).



Ce sujet est détaillé dans la formation OPIQ-3003.

3. DÉMARCHE DE PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS POUR LA CESSATION TABAGIQUE

3.1 PROCESSUS DÉCISIONNEL RELIÉ À LA PRESCRIPTION

3.3.1 Étapes du processus décisionnel¹

L'acte de prescrire le médicament pour la cessation tabagique qui répond le mieux aux besoins du patient résulte d'un processus décisionnel structuré en quatre étapes et qui fait appel à la **pensée critique** et au **raisonnement clinique**.

Prescrire le médicament (seul ou en association) qui répondra le mieux aux besoins du patient relève de deux évaluations distinctes, mais complémentaires.

La première, l'évaluation cardiorespiratoire, est essentiellement la même que celle effectuée lors de toute autre activité clinique par l'inhalothérapeute. La deuxième est celle pendant laquelle l'inhalothérapeute dresse le profil tabagique du patient. Cette dernière peut s'effectuer au moment de son intervention en abandon du tabagisme.

Voyons ici la première, soit l'évaluation cardiorespiratoire.



Définition

«L'évaluation de la condition clinique du patient s'appuie sur une série d'éléments clairement identifiés, qui sublime la simple cueillette de données. Il s'agit d'une démarche rigoureuse, qui repose notamment sur la recherche d'informations, l'observation et l'examen cliniques, et à la suite de laquelle chaque élément analysé contribue à saisir la globalité d'une situation et mène à une décision éclairée². Ainsi, couplée à la pensée critique et au raisonnement clinique, l'évaluation s'avère la pierre angulaire de l'exercice professionnel de l'inhalothérapeute.»

Cette étape implique donc que l'on fasse une collecte d'information rigoureuse à partir de données cliniques pertinentes à une situation dans un contexte donné.

Concrètement, l'exercice consiste à :

- Réviser le dossier du patient, incluant le DSQ ou le Carnet santé Québec s'il y a lieu ;
- Questionner le patient (ou un parent dans le cas d'un enfant) ;
- Recueillir d'autres données pertinentes par observation ou à l'aide de test, d'outil de mesure ou d'un questionnaire le cas échéant ;
- Procéder à un examen clinique ciblé.

Ressource accessible en ligne

 [Contribution à l'évaluation des problèmes respiratoires](#), 2^e édition (OPIQ, 2016)



En pratique clinique, le recours à un ou des outils de collecte structurée d'informations facilite la réalisation de l'anamnèse ou de l'évaluation respiratoire chez l'adulte ou l'enfant. Il favorise une évaluation complète, systématique et rigoureuse et permet d'éviter les oublis au moment de la collecte de données.

L'OPIQ ne préconise pas d'outils en particulier. Voici néanmoins 2 exemples d'aide mnémotechnique qui peut être utilisée **seule ou en combinaison** pour structurer la façon dont l'inhalothérapeute procède à la collecte des données dans le cadre de l'anamnèse (histoire médicale) et de l'évaluation respiratoire d'un patient. Leur utilisation doit permettre qu'ils soient adaptés afin de répondre aux spécificités de chaque clientèle et milieu clinique³.

Exemple 1. Anamnèse : aide mnémotechnique SAMPLE^{4,5}

<i>SAMPLE*</i>		Exemples selon histoire d'asthme et de tabagisme (non limitatif)
S	S ituation	femme, 37 ans, asthmatique et fumeuse. Vu à la demande MD de l'urgence spiro pré/post broncho
A	A llergies, hypersensibilités, Intolérances et réactions	<ul style="list-style-type: none"> • diachylon • hypersensibilité au menthol
M	M édicaments et autres substances (prescrites ou non) et traitements	<ul style="list-style-type: none"> • bronchodilatateur • corticostéroïde • médicaments d'ordonnance non nicotiniques • millepertuis • cannabis à des fins thérapeutiques
P	P assé/ P résent médical/familial	<ul style="list-style-type: none"> • histoire de santé • comorbidité • trouble neuropsychiatrique • grossesse, allaitement • maladie buccodentaire ou cutanée généralisée
L	L ifestyle/ habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none"> • tabagisme • sommeil (réveil nocturne) • activité physique • alimentation (préoccupation prise de poids)
E	E nvironnement/ É vènement particulier	<ul style="list-style-type: none"> • exposition à la fumée secondaire • tabagisme parental

* Adapté de Alton, et collab., 2007.

Exemple 2. Évaluation respiratoire : aide mnémotechnique SCORE⁶

<i>SCORE*</i>		Exemples selon histoire d'asthme et de tabagisme (non limitatif)
SC	S ituation C linique	<ul style="list-style-type: none"> • asthme déclenché à l'effort et non maîtrisé • arrêt tabagique 7 ans, fume à nouveau depuis 1 ½ an
O	O bservation, (signes vitaux, cliniques ou perceptibles)	<ul style="list-style-type: none"> • RR, RC, TA, SpO₂ • toux, dyspnée, tachypnée, fatigue musculaire, tirage
R	R echerche	<ul style="list-style-type: none"> • résultat : spirométrie pré/post, radiographie • questionnaire : dyspnée (échelle de Borg)
E	E xamen clinique	<ul style="list-style-type: none"> • MV, temps exp., sibilances

* Adapté de Tétréault, M. 2016.



Voyons maintenant la deuxième évaluation pendant laquelle l'inhalothérapeute dresse le profil tabagique du patient qui s'effectuera au moment de son intervention en cessation tabagique.

En pratique clinique, un processus d'identification et de prise en charge systématiques devrait être en place dans le cadre, notamment, des soins courants offerts en établissements de santé (hospitalisation ou consultations externes), et ce, pour tous les patients fumeurs.

Prescrire le médicament qui répondra le mieux aux besoins du patient relève principalement (mais non exclusivement) des caractéristiques du patient, de son état de santé et de son profil tabagique.

- Caractéristiques du patient : âge, grossesse, allaitement, etc.
- État de santé : maladie respiratoire, cardiaque, psychiatrique, etc.
- Médication que prend le patient
- Profil tabagique, incluant l'histoire et la dépendance à la nicotine

Afin de faciliter sa collecte de données, l'inhalothérapeute peut utiliser l'outil, proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), accessible en annexe du présent document. À sa convenance, il peut aussi recourir à toute autre méthode équivalente et adaptée à sa pratique.



Au besoin, l'inhalothérapeute peut utiliser l'[application mobile «en santé cardiorespiratoire»](#) laquelle propose ce modèle en 5 étapes, avec des exemples d'intervention et de dialogue et se référer à l'une ou l'autre des ressources suivantes :

- ☞ [Cube à outils «Abandon du tabagisme»](#)
- ☞ [Déclinaison des interventions \(minimale, brève complète ou counseling intensif\)](#)

Bien qu'en pratique clinique différents modèles d'intégration d'interventions en abandon du tabagisme soient proposés, tous ont le même objectif de faire cesser de fumer le patient. Parmi les modèles qui ont fait leurs preuves, soulignons le modèle d'intervention des 5 «A» qui est utilisé par de nombreux professionnels (tableau 1).

Tableau 1. Modèle d'intervention des 5 «A»

Étape	«A» Note : sans repasser chaque étape en détail, revoyons toutefois ici les étapes 1 et 3 qui concernent plus spécifiquement l'évaluation
1	<p>S'informer (<i>Ask</i>) et le noter au dossier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Statut tabagique, exposition à la fumée secondaire ou tabagisme parental • Histoire tabagique : tentatives passées de cessation (avec/sans aides pharmacologiques), durée de l'abstinence et cause de rechute • Dépendance à la nicotine[†], notamment le délai entre l'éveil et la première cigarette fumée et le nombre quotidien de cigarettes fumées • Consommation d'un autre produit inhalé (p. ex. cigare, cigarillos, cannabis[◇]) • Consommation d'un produit vapoté (cigarette électronique)
2	Conseiller (<i>Advise</i>) : conseiller de cesser de fumer
3	Évaluer (<i>Assess</i>) : évaluer la volonté et la motivation (importance, raison) à cesser de fumer ainsi que le niveau de confiance de réussir
4	Aider (<i>Assist</i>) : offrir un soutien (accompagnement), une aide pharmacologique et diriger vers les ressources spécialisées
5	Prévoir (<i>Arrange</i>) : prévoir un suivi clinique

Note

† La dépendance à la nicotine peut être évaluée à l'aide, notamment, du test de Fagerström ou de l'indice de fort tabagisme (*Heavyness of Smoking Index [HSI]*) qui se veut une version simplifiée en deux questions seulement, soit celles jugées les plus utiles pour évaluer la dépendance à nicotine.

◇ Selon l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP, 2014-2015), la consommation de cannabis est plus répandue chez les fumeurs de cigarettes⁷. En plus d'offrir des conseils individualisés qui favorisent le renoncement au tabac et au cannabis, il convient également d'orienter le patient vers une ressource spécialisée.



Une fois les données de l'évaluation cardiorespiratoire et celles du profil tabagique colligées, les plus pertinentes sont considérées dans le but (exemple 3)⁸ :

- de les analyser individuellement
- d'établir des liens entre elles
- de les interpréter dans leur ensemble



[Mme Lafortune, 37 ans, asthmatique et fumeuse](#)



Exemple 3. Jugement clinique

Problématiques de santé	ASTHME			TABAGISME		
Données (non limitatives)	↑ visites à l'urgence	crise déclenchée par effort physique		arrêt pendant 7 ans	arrêt avec timbres	rechute (1 ½ an)
	Ventolin tous les jours	réveils nocturnes		tabagisme ~15 cigarettes/jour	détérioration de l'asthme	Fagerström 6/10 importance 9/10 confiance 6/10
	contrôle asthme difficile	↓ résultats spirométrie		désire arrêter de fumer stade de préparation (< 1 mois)	difficile d'arrêter > 2 jours (fortes envies)	préoccupation prise de poids
Analyser chaque donnée (non limitatif)	asthme non maîtrisé		↓ résistance à l'effort physique	déjà réussi à arrêter de fumer	consciente des méfaits de l'asthme	dépendance moyenne
	↑ utilisation médication	sommeil fragmenté	↓ santé globale	besoin de modifier comportements ou habitudes de vie		motivée à arrêter
Établir des liens (non limitatif)	Le tabagisme : <ul style="list-style-type: none"> • affecte le contrôle de l'asthme et la résistance à l'effort physique • est responsable de l'utilisation accrue du Ventolin • mène à des visites répétées à l'urgence 			<ul style="list-style-type: none"> • Madame est capable d'arrêter de fumer et elle est motivée • Les timbres de nicotine l'ont déjà aidée à cesser de fumer. Ne présente aucune contraindication. • Un suivi et un soutien est souhaitable 		
interpréter dans son ensemble (non limitatif)	Pour un meilleur contrôle de sa maladie et une meilleure santé globale, madame doit arrêter de fumer. La prescription de médicaments (combinaison) pour la cessation tabagique est jugée appropriée. Médecin et pharmacien de madame devraient être avisés. Un accompagnement par un conseiller du CAT est proposé.					



Au besoin, l'inhalothérapeute consulte un collègue inhalothérapeute (ou un autre professionnel) qui détient une expertise pertinente ou qui connaît bien le patient afin de le guider dans sa décision.

Décision clinique : ne pas prescrire de TRN

Dans certains cas, le patient peut ne pas avoir l'intention d'arrêter de fumer, ne pas être prêt à passer à l'action ou refuser de prendre des aides pharmacologiques pour cesser de fumer. Dans d'autres cas, le moment pour passer à l'action ou le contexte clinique peuvent ne pas être appropriés. Dans de tels cas, il convient :

- de respecter l'autonomie du patient ;
- de le sensibiliser à l'égard des effets de la fumée secondaire sur la santé de son entourage et de l'encourager à ne pas fumer en leur présence (p. ex. dans la voiture ou à la maison)
- de lui faire savoir que vous êtes disponible pour l'aider dans sa démarche lorsqu'il sera prêt ou lorsque le moment ou la situation clinique seront plus appropriés ;
- de l'informer au sujet de l'utilisation de TRN (au besoin) dans la gestion des symptômes de sevrage là où il y a une interdiction de fumer (p. ex. : lors d'une hospitalisation ou dans la voiture avec les enfants) ;
- de l'informer au sujet des ressources spécialisées et gratuites ;
- de noter l'intervention au dossier du patient ;
- d'intervenir à nouveau lors de la prochaine rencontre qui s'y prêtera.

Pour motiver le patient,
le clinicien peut baser son intervention sur les 5 «R»^{9,10}

1. **P**ertinence (*Relevance*) : souligner l'importance de cesser de fumer pour la santé, pour la famille ou la situation sociale
2. **R**isques (*Risks*) : faire connaître les risques pour sa santé, qu'ils soient aigus (p. ex. dyspnée, exacerbation) ou chroniques (p. ex. cancer, MPOC) ou celle de ses proches
3. **R**écompenses (*Rewards*) : faire valoir les bénéfices sur la santé, le bien-être ou le plan financier
4. **O**bstacles (*Roadblocks*) : identifier les obstacles (p. ex. symptômes de sevrage, gain de poids) et établir des stratégies pour les atténuer ou les surpasser
5. **R**épétition (*Repetition*) : répéter l'intervention à la prochaine rencontre clinique qui s'y prête

* Des variantes sont possibles.

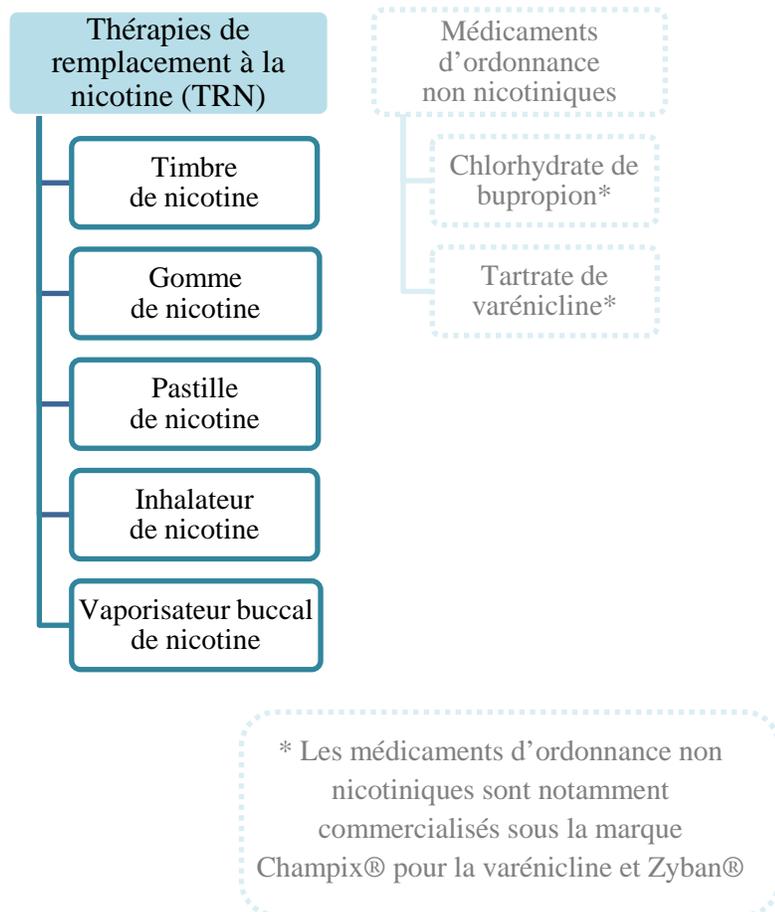
Décision clinique : prescrire une TRN^{11,12}

Dans les cas où le patient souhaite amorcer une démarche en vue d'arrêter de fumer ou atténuer les symptômes de sevrage lors d'une abstinence temporaire, il conviendra de lui offrir tout le soutien (accompagnement) dont il peut avoir besoin ainsi qu'une aide pharmacologique si cliniquement appropriée.

L'inhalothérapeute doit s'assurer que la prescription est nécessaire et justifiée par l'état de santé du patient et que le médicament prescrit est celui qui répond le mieux à ses besoins.

L'acte de prescrire, consenti à l'inhalothérapeute autorisé, **ne concerne que les médicaments de la famille des thérapies de remplacement à la nicotine**, communément appelées TRN (tableau 2).

Tableau 2. Médicaments pour la cessation tabagique



3.1.2 Prescrire des médicaments pour la cessation tabagique^{13,14,15}

L'efficacité de la pharmacothérapie est bien démontrée en abandon du tabagisme. Elle permet un sevrage progressif de la nicotine et aide à soulager les symptômes de sevrage de la nicotine (tableau 11) chez un patient qui fume et qui entreprend une démarche d'abandon du tabagisme. Elle peut doubler et même tripler les chances de cesser de fumer.

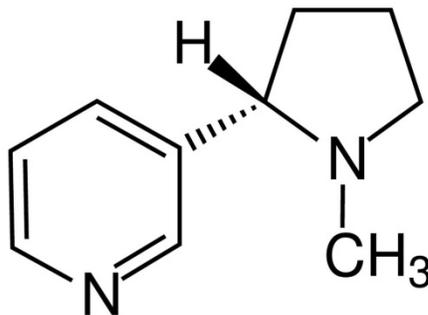
Quelques faits sur l'efficacité des aides pharmacologiques dans la cessation tabagique^{16,17}

L'efficacité des TRN n'est plus à prouver. Elle est toutefois variable d'un médicament (ou d'une combinaison de médicaments) à l'autre et selon le profil tabagique de chaque personne. Voici quelques faits reconnus.

- Les différentes formes de TRN (timbre, gomme, pastille, inhalateur ou vaporisateur) ont une efficacité similaire et elles doublent les taux de succès.
- Les timbres, gommes et pastilles à teneur élevée en nicotine seraient plus efficaces en cas de forte dépendance à la nicotine.
- Une combinaison de TRN est plus efficace qu'une TRN seule. L'utilisation combinée de la TRN triple le taux de réussite.
- Le bupropion et la TRN ont une efficacité similaire.
- La varénicline triple le taux de réussite. Elle est plus efficace que la TRN seule ou le bupropion et elle est aussi efficace qu'une combinaison de TRN.

L'inhalothérapeute doit connaître les médicaments qu'il est autorisé à prescrire^{18,19,20}.

- Posologie et mode d'emploi (tableau 3);
- Contre-indications (tableau 4);
- Mises en garde et précautions (tableau 5);
- Principaux effets indésirables (tableau 6).



De même, il doit tenir compte du fait que des interactions entre le tabac et certains médicaments prescrits (ou substances non prescrites) sont bien documentées. À cet égard, le tabac peut modifier la pharmacocinétique et la pharmacodynamie de certains médicaments. Ainsi, lorsqu'un patient cesse de fumer, réduit sa consommation de tabac ou recommence à fumer, il peut s'avérer nécessaire d'ajuster la posologie d'un médicament (tableau 7). Pour cette raison, il convient d'aviser le médecin, l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou le pharmacien du patient afin de s'assurer que sa médication usuelle est ajustée en conséquence s'il y a lieu et ainsi éviter des effets indésirables ou un surdosage.

L'inhalothérapeute doit également se tenir informé des mises à jour, des rappels ou des avis émis par les fabricants ou Santé Canada.



[Listes des rappels et des avis de sécurité](#)

[Application mobile sur les rappels et les avis de sécurité](#)

Enfin, dans sa pratique clinique, l'inhalothérapeute doit se référer aux données scientifiques, aux guides de pratique clinique et aux règles de bonne pratique reconnues (ou toute autre documentation équivalente et reconnue).

Même s'il n'est pas autorisé à prescrire la varénicline et le bupropion, l'inhalothérapeute qui intervient en abandon du tabagisme doit aussi connaître ces médicaments. Ceci est particulièrement important dans le cadre du suivi clinique d'un patient qui prend l'un de ces médicaments (seul ou en combinaison avec une TRN).

Tableau 3. Mode d'emploi des principales TRN

Produit	Fabricant	Page Web	Vidéo	Fichier téléchargeable
Timbre de nicotine	Johnson & Johnson Inc.	AidezLesAEcraser.ca	Nicoderm[®]	Posologie Mode d'emploi
	Dr. Reddy's Laboratories Inc	Habitrol [®]	n/d	n/d
Gomme de nicotine	Johnson & Johnson Inc.	AidezLesAEcraser.ca	Nicorette[®]	Posologie Mode d'emploi
	GlaxoSmithKline	Thrive[®]		Gomme Thrive[®] Gomme Thrive[®] Complet^{MC}
	Nic Hit International Inc.	Nic Hit	n/d	n/d
Pastille de nicotine	Johnson & Johnson Inc.	AidezLesAEcraser.ca	Mini-pastille Nicorette[®]	Posologie et emploi
	GlaxoSmithKline	Thrive[®]		Pastille Thrive[®]
	Nic Hit International Inc.	Nic Hit	n/d	n/d
Inhalateur de nicotine	Johnson & Johnson Inc.	AidezLesAEcraser.ca	Nicorette inhalateur[®]	Posologie Mode d'emploi
Vaporisateur buccal de nicotine	Johnson & Johnson Inc.	AidezLesAEcraser.ca	Nicorette[®] VapoÉclair[®]	Posologie Mode d'emploi
	Nic Hit International Inc.	Nic Hit	n/d	n/d

Tableau 4. Contreindications aux TRN^{21,22}

Générales	Fumeur occasionnel ou non-fumeur
	Patient qui prend déjà de la varénicline ou du bupropion ou un autre médicament pour cesser de fumer
	Infarctus du myocarde récent [†] (< 2 semaines)
	Angine instable ou sévère [†]
	Arythmie sévère [†]
	Accident vasculaire cérébral (AVC) récent (< 2 semaines) [†]
	Allergie ou hypersensibilité à l'un des composants du médicament
	Patient < 18 ans [◇]
	Femme enceinte ou qui allaite [◇]
Spécifiques	Maladie cutanée généralisée (timbre)
	Allergie ou hypersensibilité à l'un des composants du diachylon, comme l'adhésif par exemple (timbre)
	Maladies buccodentaires sévères (gomme, pastille)
	Allergie ou hypersensibilité au menthol (inhalateur et vaporisateur)

Note

† Bien que la présence d'un problème cardiaque (infarctus récent, angine instable ou sévère ou arythmie sévère) ou d'un AVC récent soit classiquement décrite comme une contreindication, certains écrits peuvent différer à ce sujet. À titre d'exemple (non limitatif), dans la dernière mise à jour de la licence du Nicoderm® 21 mg, sous la rubrique «Renseignements sur les risques : précautions et mises en garde», on indique plutôt au fumeur de demander un avis médical s'il a (ou a eu) un trouble cardiaque, thyroïdien, circulatoire, gastrique, d'AVC ou d'hypertension²³.

◇ Dans certains cas, il peut être approprié de prescrire une TRN à un jeune patient (< 18 ans) ou à une femme enceinte ou qui allaite. De même, la prescription de doses non standards d'une TRN (p. ex. deux timbres/jour) peut être, à l'occasion, cliniquement appropriée pour certains patients. Veuillez vous référer au point 3.1.4. *Prescrire hors monographie du produit* pour plus d'information.

Tableau 5. Mises en garde et précautions^{24,25,26}

<p>Fumeur < 10 cigarettes/jour</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe peu d'éléments probants favorables ou défavorables à l'utilisation des aides pharmacologiques. • La thérapie doit être ajustée à la consommation habituelle de cigarettes en commençant par un timbre de dosage inférieur ou en utilisant des formulations à courte action. • Un suivi étroit est requis afin d'évaluer la présence de symptômes d'intoxication/de surdosage au substitut de nicotine (tableau 12) et modifier ou ajuster la thérapie le cas échéant.
<p>Patient asthmatique ou avec une maladie obstructif pulmonaire chronique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La prudence est de mise avec l'inhalateur et le vaporisateur en raison d'un possible bronchospasme. • Une autre forme de TRN est suggérée.
<p>Patient avec une maladie cardiovasculaire stable</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas de contreindications absolues, mais une consultation médicale est recommandée (voir note à la page précédente).
<p>Patient avec un trouble de santé mentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les troubles de santé mentale ne sont pas une contreindication à la prescription d'une TRN. • L'abandon du tabagisme n'est pas associé à une rechute de la maladie mentale ni à une exacerbation des symptômes psychiatriques lorsqu'un soutien à long terme et un contrôle médical étroit sont assurés. • Il est de mise de diriger le patient vers son médecin (ou son IPS) ou encore vers un professionnel en santé mentale en vue d'une évaluation et d'un suivi médical étroit en raison, notamment, de l'accroissement des effets indésirables de certains médicaments neuropsychiatriques causés par la réduction du nombre de cigarettes fumées ou l'arrêt complet.

Tableau 6. Principaux effets indésirables de la TRN*²⁷

Timbre de nicotine	Éruption cutanée au site d'application Insomnie Rêves qui paraissent très réels peuvent survenir vers la fin de la nuit
Gomme de nicotine	Douleurs buccales, nausées, vomissements, hoquet Douleurs épigastriques (dyspepsie) Douleurs temporomandibulaires (rares si technique d'utilisation adéquate)
Pastille de nicotine	Irritation de la gorge ou de la bouche Maux d'estomac ou hoquet (rare)
Inhalateur de nicotine	Irritation de la bouche et de la gorge, toux, rhinite Mise en garde : possibilité de bronchospasme chez la personne vivant avec une MPOC ou de l'asthme
Vaporisateur de nicotine	Hoquet, hypersécrétion salivaire, céphalées, picotement aux lèvres, sècheresse de la bouche ou de la gorge, gout prononcé de nicotine, irritation de la gorge, nausées et brulements d'estomac. Mise en garde : possibilité de bronchospasme chez la personne vivant avec une MPOC ou de l'asthme
* L'inhalothérapeute ne peut pas demander au patient de cesser un médicament qu'il n'est pas autorisé à prescrire.	

Tableau 7 : Quelques médicaments à surveiller lors de la cessation tabagique*^{28,29,30}

Médicaments pouvant nécessiter une réduction de la posologie	
Acétaminophène	Halopéridol
Antagonistes des récepteurs adrénergiques (p. ex. prazosine, labétalol, propranolol)	Héparine
Caféine	Imipramine
Chlorpromazine	Insuline
Clomipramine	Olanzapine
Clopidogrel	Opioïde (p. ex. oxycodone, codéine)
Clozapine	Pentazocine
Flecainide	Phénylbutazone
Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (p. ex. fluoxétine, fluvoxamine)	Propoxyphène
	Tacrine
	Théophylline
	Warfarine
Médicaments pouvant nécessiter une augmentation de la posologie	
Agonistes des récepteurs adrénergiques (p. ex. isoprotérénol, phényléphrine)	

* Ne remplace pas les renseignements inscrits à l'usage des prescripteurs dans les monographies. D'autres médicaments pourraient aussi nécessiter un ajustement de la posologie.



Caféine et caféinisme

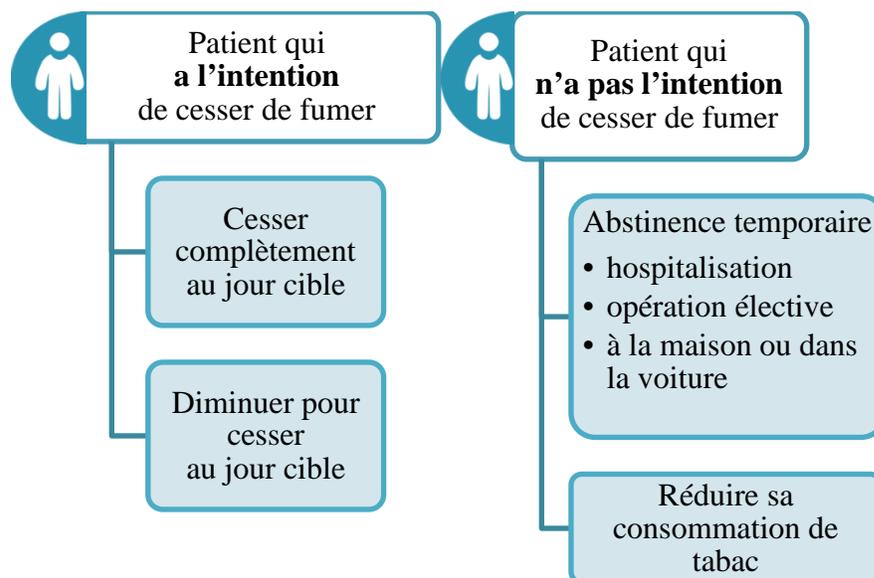
Fumer augmente le métabolisme de la caféine. On constate une élévation de la clairance de la caféine de 56 % et parfois même jusqu'à 70 %. Par conséquent, l'élimination de la caféine est plus lente chez celui qui devient non-fumeur. La caféine peut atteindre des niveaux toxiques chez certains patients (p. ex. jusqu'à 5 cafés par jour)³¹.

Il importe d'en aviser le patient afin d'éviter une intoxication aigüe ou chronique causée par une consommation excessive de caféine (caféinisme ou caféisme), laquelle se traduit notamment par des palpitations (tachycardie), des insomnies et de l'anxiété³² pouvant aussi être interprétée comme des symptômes de sevrage ou d'intoxication/de surdosage au substitut de nicotine.

3.1.3 Prescrire le médicament qui convient le mieux au patient^{33,34,35,36}

Voir aussi l'algorithme d'intervention en page 26

Patient type*



* Non limitatif, peut varier selon l'opinion d'experts.

Cesser de fumer progressivement ou complètement au jour cible sont deux méthodes dont l'efficacité est reconnue lorsque l'intention de cesser de fumer est claire. Discutez de ces méthodes avec le patient qui souhaite cesser de fumer et soutenez-le dans son choix.

Ordonnance individualisée

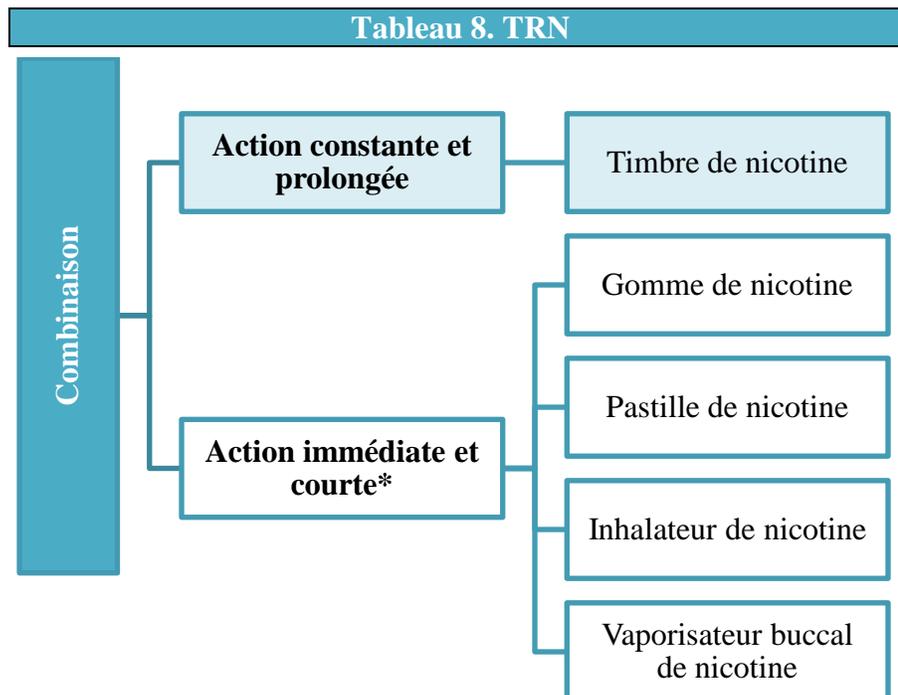
L'ordonnance doit être individualisée en considérant certains critères propres au patient et à son tableau clinique.

Parmi les critères à considérer :

- préférence et besoins du patient fumeur ;
- résultat de l'évaluation cardiorespiratoire ;
- profil tabagique, incluant la dépendance au tabac et l'expérience passée avec les aides pharmacologiques (positive ou négative) ;
- couts et option(s) de remboursement du médicament ;
- contreindications, précautions et mises en garde.

Thérapie de première ligne

Une combinaison de deux formulations de TRN de durée d'action différente peut être proposée comme thérapie de première ligne, soit un timbre transdermique (action constante et prolongée) et une formulation à action immédiate et de courte durée (tableau 8).



*au besoin lors de fortes envies de fumer

Documents de référence accessibles en ligne (médicaments, posologies, modes d'utilisation, etc.)

🔗 [Thérapies de remplacement de la nicotine \(TRN\) — tableau synthèse](#) (Formation de base à l'intention des nouveaux conseillers en centres d'abandon du tabagisme, MSSS, 2017)

Médicament (ou autre produit)	Mode d'action (mécanisme d'action)	Principes	Forme pharmaceutique	Mode d'usage	Indications	Contre-indications
TRN						
Timbre de nicotine	TRN	TRN	TRN	TRN	TRN	TRN
Gomme de nicotine	TRN	TRN	TRN	TRN	TRN	TRN
Pastille de nicotine	TRN	TRN	TRN	TRN	TRN	TRN
Inhalateur de nicotine	TRN	TRN	TRN	TRN	TRN	TRN
Vaporisateur buccal de nicotine	TRN	TRN	TRN	TRN	TRN	TRN

🔗 [Varénicline et bupropion — tableau synthèse](#) (Formation de base à l'intention des nouveaux conseillers en centres d'abandon du tabagisme, MSSS, 2017)

Le choix de chaque médicament et de la posologie doit tenir compte de la dépendance à la nicotine, notamment du délai entre l'éveil et la première cigarette fumée et du nombre de cigarettes fumées quotidiennement. Il peut aussi être guidé sur la base qu'un fumeur absorbe environ 1 mg de nicotine par cigarette fumée (tableau 9).

La durée du traitement à chaque dose peut être ajustée selon les symptômes de sevrage (tableau 11).

Tableau 9. Absorption approximative de la nicotine*^{37,38}

Formulation	Dose (mg/dose)	Absorption approximative (mg)
Cigarette conventionnelle	1 cigarette	1
Timbre (Habitrol [®] et Nicoderm [®])	21	21
	14	14
	7	7
Gomme (Nicorette [®] et Thrive [®])	2	1
	4	2,5
Pastille (Nicorette [®])	2	1
	4	3,2
Pastille (Thrive [®])	1	1
	2	2
Inhalateur (Nicorette inhalateur [®])	10	2
Vaporisateur (Nicorette [®] VapoÉclair [®])	1	0,8

* Variable selon la technique d'utilisation ou les auteurs

En pratique clinique, il est important d'établir une routine de pratique qui assure une approche cohérente et systématique pour chaque patient fumeur.

Dans le cas où l'inhalothérapeute utilise un outil d'aide à la prescription individualisée (p. ex. algorithme décisionnel), il doit utiliser un outil adapté à son milieu clinique et à sa clientèle. De même, il doit s'assurer que sa pratique professionnelle s'inscrit en concordance, en continuité et en collaboration avec les intervenants en abandon du tabagisme qui font équipe avec lui.

Timbre transdermique

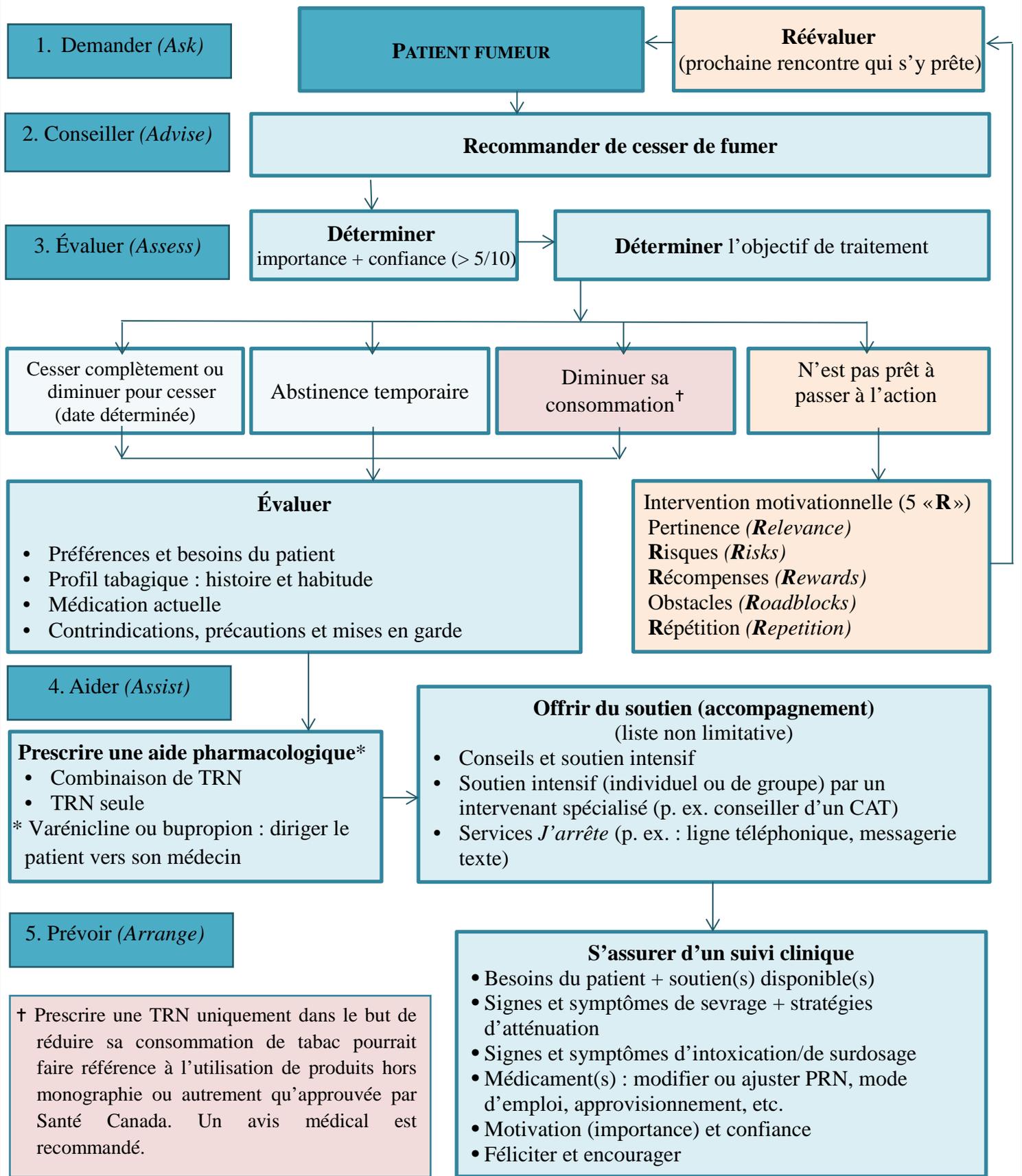
Bien qu'il soit préférable que le patient cesse de fumer lorsqu'il entreprend une thérapie de remplacement à la nicotine, le patient qui souhaite diminuer progressivement la quantité de cigarettes consommées avant de cesser complètement de fumer peut utiliser le timbre de nicotine pendant 2 semaines en préparation à l'arrêt³⁹. Pour celui qui utilise le timbre et qui fume à l'occasion, il n'est plus recommandé d'enlever le timbre de nicotine. Un suivi plus étroit est toutefois requis afin d'évaluer la présence de symptômes de sevrage (tableau 11) ou d'intoxication/de surdosage au substitut de nicotine (tableau 12) et de modifier ou d'ajuster la thérapie le cas échéant.



Au besoin, l'inhalothérapeute peut consulter un médecin, un collègue inhalothérapeute (ou un autre professionnel de la santé) qui est habilité à prescrire ou qui connaît bien le patient afin de le guider dans la rédaction de son ordonnance. En cas de doute, il conviendra de diriger le patient vers l'un d'eux.

Lorsque la prescription d'un médicament d'ordonnance non nicotinique (p. ex. varénicline ou bupropion) est à considérer, l'inhalothérapeute doit diriger le patient vers un médecin.

ALGORITHME D'INTERVENTION (notre adaptation)^{40,41,42}



3.1.4 Prescrire hors monographie des produits

Alors qu'une posologie est habituellement suggérée par les fabricants (selon le nombre de cigarettes fumées par jour et l'objectif par exemple), certaines sociétés savantes ou certains médecins dont l'expertise est reconnue dans le domaine ont développé concurremment leurs propres outils d'aide à la prescription individualisée (p. ex. : algorithme décisionnel). Ces derniers, fondés sur l'opinion d'experts, peuvent proposer l'utilisation de médicaments d'une façon autre que celle conforme à la version actuelle de la monographie approuvée par Santé Canada (exemple 4).

Dans chaque cas où une prescription hors monographie est envisagée, l'analyse des risques par rapport aux bénéfices doit être rigoureusement effectuée et discuter avec le patient. Au besoin, l'inhalothérapeute demande un avis médical et s'assure qu'un suivi clinique étroit sera fait.



**Patient très dépendant à la nicotine^{43,44,45}
(fumeur ≥ 20 cigarettes/jour)**

Pour le patient très dépendant à la nicotine, déterminé notamment sur la base du délai entre l'éveil et la première cigarette fumée et le nombre quotidien de cigarettes fumées (≥ 20 cigarettes/jour), l'utilisation d'un timbre de 21 mg par jour peut être insuffisante pour remplacer la quantité de nicotine qu'il obtenait en fumant. L'ajout d'une formulation à courte durée d'action, à prendre au besoin, est recommandé pour combler ce manque. Il peut s'avérer nécessaire de lui prescrire plus qu'un timbre par jour (exemple 4).

- Outre les conseils et le soutien habituel en cessation tabagique, la prescription doit être individualisée selon le degré de dépendance, les symptômes de sevrage (tableau 11) et l'expérience précédente du fumeur avec la TRN.
- Un suivi étroit doit aussi être assuré par le médecin (ou l'IPS) et le pharmacien du patient ou l'une de ces personnes afin d'évaluer la présence de symptômes d'intoxication/de surdosage au substitut de nicotine (tableau 12) et modifier ou ajuster la thérapie le cas échéant.

Exemple 4. Utilisation de médicaments d'une façon autre que celle conforme à la version actuelle de la monographie approuvée par Santé Canada

(n) cigarettes/jour	Timbre transdermique (dose de départ*) en combinaison avec TRN de courte durée d'action	
	Monographie (Nicoderm [®] 2017) ⁴⁶	Opinion d'experts ^{47,48}
< 10	7 mg/jour	14 mg/jour
10 à 19	14 mg/jour	21 mg/jour
≥ 20	21 mg/jour	
20 à 29		21 mg + 7 mg (28 mg)/jour
< 30		21 mg + 14 mg (35 mg)/jour

* À titre démonstratif seulement. Variable selon les experts.

L'efficacité et l'innocuité des TRN sont moins bien établies chez les jeunes fumeurs que chez l'adulte. Néanmoins, des essais, axés spécifiquement sur l'efficacité des substituts nicotiques à l'adolescence, ont donné des résultats prometteurs et présenté des profils d'innocuité acceptables. Par ailleurs, puisque certaines TRN sont en vente libre et aisément accessibles, il convient de bien conseiller l'adolescent qui pense à s'en procurer.

Intervention de première ligne

- Offrir des conseils individualisés qui favorisent le renoncement au tabac
Note : le modèle des 5 «A» peut être utilisé. Certains auteurs proposent l'ajout d'un 6^e «A» pour «Anticiper» afin d'encourager le clinicien à anticiper le risque d'initiation au tabagisme en se renseignant sur la présence de tabagisme parental et en discutant de la possibilité d'initiation chez les préadolescents et adolescents.
- Proposer un soutien intensif ([intervention complète ou counseling intensif](#)) comme chez l'adulte.

Intervention(s) de deuxième ligne (en sus des conseils et du soutien habituel en cessation tabagique)

- Les mesures prises pour le renoncement au tabagisme chez les adultes peuvent convenir aux jeunes.
- La TRN peut être proposée à l'adolescent (≥ 12 ans) qui fume régulièrement ET qui a fait plusieurs tentatives pour cesser de fumer sans succès.
- La décision de prescrire une TRN à un patient mineur devrait être prise à la lumière des éléments retrouvés à l'évaluation, à savoir notamment :
 - Profil de consommation «adulte» (p. ex. $\frac{1}{2}$ à 1 paquet par jour, depuis quelques années)
 - Incapacité de cesser de fumer sans aides pharmacologiques
 - Présence d'une dépendance physique à la nicotine (test Fagerström ou test de Honc [*Hooked on nicotine checklist*] qui est spécifique aux adolescents)
 - Présence de symptômes de sevrage (tableau 11)
 - Motivation à cesser de fumer (consultation libre et sans contrainte des parents, présence aux rendez-vous, d'accord pour utiliser les aides pharmacologiques)
 - Présence de maladies concomitantes (p. ex. hypertension artérielle, diabète juvénile, maladie cardiaque)
- Des doses de départ plus faibles sont recommandées pour les patients plus petits (< 45 kg)[†]
- Un soutien intensif pour le traitement de la dépendance psychocomportementale est fortement recommandé (p. ex. orienter le patient vers un CAT)
- Un suivi étroit doit aussi être assuré par le médecin (ou l'IPS) et le pharmacien de l'adolescent ou l'une de ces personnes.

* Le consentement du titulaire de l'autorité parentale est requis pour le patient mineur de < 14 ans⁵³.

[†] Opinion d'experts peut différer.

Devant un objectif clair de renoncement au tabac, l'utilisation de la TRN est recommandée comme intervention de deuxième ligne, entre autres, par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2017) et l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (2017).

En ayant recours à un substitut de la nicotine, la mère et son enfant sont exposés à des niveaux moins élevés de produits chimiques que lorsque la mère continue de faire usage du tabac. En fait, la TRN ne contient que de la nicotine et non les 7000 composantes toxiques de la fumée de tabac, dont au moins 70 sont cancérigènes. Par ailleurs, la TRN augmenterait d'environ 40 % le taux de renoncement au tabac en fin de grossesse.

Intervention de première ligne

- Conseiller de cesser de fumer sans aide pharmacologique pour la santé de la femme enceinte ou qui allaite et celle du bébé. Centrer les interventions sur la femme enceinte plutôt que seulement sur le fœtus.
- Proposer un soutien intensif ([intervention complète ou counseling intensif](#)) afin d'aider la femme enceinte ou qui allaite à cesser de fumer sans médicament.

Note : si le contexte clinique ne s'y prête pas ou si l'inhalothérapeute n'offre pas lui-même de soutien intensif, celui-ci peut être assuré par un collègue ou autre professionnel spécialisé en abandon du tabagisme.

- Favoriser l'approche de réduction des méfaits en vue d'un renoncement si la patiente est incapable de cesser de fumer ou ne souhaite pas cesser de fumer :
 - diminution du nombre de cigarettes ;
 - brèves périodes d'arrêt, peu importe le stade de la grossesse;
 - ne pas fumer pendant ou juste avant la tétée ;
 - éviter de fumer en présence du bébé.

Attention au phénomène de compensation qui peut se traduire par plus de bouffées inhalées ou des inhalations plus profondes.

- Encourager la femme enceinte et allaitante à vivre dans un environnement sans fumée pour éviter l'exposition à la fumée secondaire de tabac.
- Offrir des conseils individualisés au conjoint fumeur en faveur d'un renoncement au tabac ou d'une abstinence temporaire quand il est à la maison ou dans la voiture. S'il manifeste son intention de cesser de fumer, dirigez-le vers son médecin, son IPS ou son pharmacien.

Intervention(s) de deuxième ligne (en sus des conseils et du soutien habituel en cessation tabagique)

- La femme enceinte ou qui allaite ET qui continue de fumer malgré un soutien intensif pourrait bénéficier d'une TRN. Son utilisation doit se faire sous étroite surveillance. Elle doit avoir fait l'objet d'une analyse rigoureuse et d'une discussion avec la patiente des risques et bénéfices de la TRN sur elle et le bébé par rapport au fait de continuer à fumer.
- Il est préférable de débiter avec des doses de départ plus faibles et de titrer selon la réponse obtenue. Il est aussi préférable d'opter pour des doses intermittentes et de courte durée d'action d'une TRN (pastilles, gomme, inhalateur ou vaporisateur) plutôt que pour des doses continues et d'action prolongée (comme les timbres). Si l'on choisit le timbre, il devrait être retiré la nuit.
- Un suivi étroit doit aussi être assuré par le médecin (ou l'IPS) et le pharmacien de la patiente ou l'une de ces personnes.

3.1.5 Renseignements à transmettre au patient

Dans tous les cas, il convient de renseigner le patient au sujet l'ordonnance et des mesures qui favorisent l'adhésion thérapeutique.

Parmi les sujets à aborder avec le patient, soulignons ceux-ci (non limitatifs) :



- La posologie, le mode d'emploi et la durée d'action de chaque médicament
- Les effets attendus et indésirables possibles (tableau 6)
- Le calendrier de suivi clinique

Avant de clore la rencontre, il convient de valider la compréhension du patient quant aux renseignements donnés ainsi que sa rétention d'information. À cet égard, la remise de matériel didactique est recommandée en soutien à l'information transmise. De même, l'inhalothérapeute doit s'assurer que le patient sait quand et qui contacter en cas de problème ou de questionnement.

3.1.6 Couverture des médicaments pour la cessation tabagique^{60,61}

Les chances de réussite augmentent lorsque l'on a facilement et gratuitement accès aux aides pharmacologiques. Pour cette raison, il convient de renseigner le patient qui souhaite arrêter de fumer sur les conditions d'accès à ces aides ainsi que sur les modalités de remboursement offertes.

Au Québec, les couts d'achat de certaines TRN (timbre, gomme ou pastille) sont remboursés par le *Régime public d'assurance médicaments du Québec* (tableau 10) ou les régimes privés d'assurance médicaments qui sont tenus d'offrir au minimum la même couverture. Si le patient est admissible à un régime privé d'assurances, encouragez-le à s'informer auprès de son assureur ou de son employeur afin de connaître les modalités applicables.

Pour obtenir un remboursement, une ordonnance doit être émise par un professionnel (médecin, inhalothérapeute, pharmacien ou infirmière) autorisé à prescrire. Cela dit, la couverture est limitée en ce qui concerne la durée et la quantité.

Contribution

L'assuré paie une contribution comme c'est le cas pour l'ensemble des médicaments couverts par le régime public, selon les [tarifs en vigueur](#).

Durée de la couverture (par période de 12 mois)

Les aides pharmacologiques sont couvertes pendant un maximum de 12 semaines **consécutives, et ce, pour chacune des classes**. La période de couverture est calculée **à compter de la date d'achat** et non à partir de la date d'utilisation du produit.

Au besoin, l'inhalothérapeute est invité à s'informer auprès du pharmacien du patient ou de la RAMQ au sujet de la couverture ou des cas d'exemption le cas échéant.

Ressources accessibles en ligne

- 🔗 [Médicaments couverts par le régime public](#), section «Les produits antitabac»
- 🔗 [Liste des médicaments](#)
- 🔗 [Exemple du fonctionnement de la couverture des produits antitabac](#)

Tableau 10. Médicaments pour la cessation tabagique remboursés ou non par le Régime public d'assurance médicaments du Québec

Médicaments remboursés	Médicaments non remboursés
Gomme de nicotine Nicorette [®] et Thrive [®]	Gomme Nic-Hit [©]
Pastilles de nicotine Thrive [®] et Nic-Hit [©] (1mg ou 2 mg seulement)*	Pastille de nicotine (Nicorette [®])
Timbres de nicotine (Nicoderm [®] et Habitrol [®])	Inhalateur de nicotine (Nicorette inhalateur [®])
Tartrate de varénicline	Vaporisateur de nicotine (Nicorette [®] VapoÉclair [®] et vaporisateur Nic-Hit [©])
Chlorhydrate de bupropion	

* Mis à jour
Juin 2020

**Précisions : médicaments obtenus
lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement prolongés**

Les médicaments obtenus au Québec lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement prolongés (en centre d'hébergement et de soins de longue durée) sont entièrement payés par le gouvernement dans le cadre de l'assurance hospitalisation.

Le remboursement de médicaments pour usage hors établissement n'est pas affecté par la prise d'aides pharmacologiques lors d'un séjour en établissement.

Toutefois, si la période de 12 semaines de couverture de TRN est interrompue momentanément pour des raisons médicales par le médecin (p. ex. traitement de chimiothérapie) ou en raison d'une hospitalisation, un appel du pharmacien à la RAMQ permet, en général, de faire «débloquer» le dossier et poursuivre la couverture prévue de 12 semaines par période prévue de 12 mois.

Les personnes hébergées dans un centre privé (non conventionné) d'hébergement et de soins de longue durée continuent généralement de contribuer à l'achat de leurs médicaments.

3.1.7 La cigarette électronique comme aide à l'abandon du tabagisme^{62,63,64,65,66,67}

Voici quelques éléments de réponse si le patient souhaite utiliser la cigarette électronique sans que vous l'ayez proposée.

Efficacité de la cigarette électronique pour cesser de fumer

- Bien que les connaissances concernant son profil de sécurité ou son efficacité comme méthode de cessation ne soient pas encore complètes et que des données complémentaires d'études rigoureuses soient requises, un consensus se dessine sur le fait qu'elle présente moins de risques pour la santé que la fumée de tabac combustible et qu'il y a un potentiel d'aide à la cessation du tabac;
- L'usage de la cigarette électronique est recommandé par de nombreux experts seulement après l'échec des essais d'aides pharmacologiques reconnues efficaces, combinées à un traitement de soutien comportemental, et ce, en raison du nombre limité d'études rigoureuses.

Femme enceinte ou qui allaite

- Les études rigoureuses sont insuffisantes pour recommander l'utilisation de la cigarette électronique chez les femmes enceintes.
- L'Organisation mondiale de la santé et l'Office français de prévention du tabagisme déconseillent son utilisation chez la femme enceinte. L'Angleterre, pour sa part, ne décourage pas son utilisation si la femme enceinte en fait déjà usage et si cela aide à prévenir une rechute du tabagisme.

Jeunes fumeurs

- Selon la Société canadienne de pédiatrie (SCP), le sujet de la cigarette électronique est très controversé comme stratégie d'intervention pour l'abandon du tabac chez les jeunes. Dans ses recommandations en matière de pratiques, elle note que les données d'études sont contradictoires quant à son innocuité ou ses avantages chez les fumeurs adultes, adolescents et enfants.
- Les professionnels de la santé ne doivent pas recommander la cigarette électronique comme aide d'abandon du tabac, mais plutôt informer les jeunes patients de leur potentiel nuisible.

Produits de vapotage et nicotine

La Loi sur le tabac et les produits de vapotage est entrée en vigueur le 23 mai 2018. Il est désormais légal pour les adultes de se procurer des produits de vapotage contenant de la nicotine, une option de rechange moins nocive que la cigarette dans une approche de réduction des méfaits⁶⁸.

3.2 RÉDACTION DE L'ORDONNANCE

L'inhalothérapeute est uniquement autorisé à délivrer des ordonnances **individuelles**. L'ordonnance individuelle ne vise qu'une seule personne, qui a préalablement fait l'objet d'une **évaluation clinique** de la part du prescripteur.

L'ordonnance peut être rédigée sur l'un ou l'autre des supports suivants (non limitatif) :

Prescription électronique

- Dossier médical électronique (DME)
- Dossier clinique informatisé (DCI)

Prescription manuscrite

- Formulaire d'ordonnance de l'établissement
- Carnet d'ordonnance de la clinique
- Carnet d'ordonnance personnel

L'inhalothérapeute doit s'assurer de la lisibilité et de la complétude de l'ordonnance qu'il émet, afin d'éviter toute ambiguïté et tout risque d'erreur.

Les informations se retrouvant sur l'ordonnance seront analysées et saisies par le pharmacien dans le cadre de la préparation du médicament. Ces informations seront accessibles aux intervenants autorisés à consulter les renseignements colligés au DSQ, comme les médecins, les inhalothérapeutes, les pharmaciens, les infirmières et autres professionnels y ayant accès.

Lors de la rédaction d'une ordonnance, l'inhalothérapeute doit se conformer aux dispositions applicables aux ordonnances individuelles prévues au [Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin](#).

Ressource accessible en ligne

🔗 Guide d'exercice [Les ordonnances individuelles faites par un médecin](#)



Ce sujet est détaillé dans la formation OPIQ-3003.

3.3 SOUTIEN À L'ABANDON DU TABAGISME

Si ce n'est déjà fait, il conviendra d'encourager le patient à utiliser l'un ou l'autre des services spécialisés à proximité en lui faisant valoir, par exemple, que les chances de cesser de fumer et de demeurer non-fumeur sont plus grandes lorsqu'on reçoit l'aide d'un professionnel formé pour soutenir les fumeurs dans leur démarche d'abandon du tabagisme.

Les services offerts peuvent être locaux, régionaux ou provinciaux, comme les [Services J'Arrête](#) (ou [I quit now!](#)) qui sont déployés au Québec depuis de nombreuses années. Ceux-ci comprennent une ligne téléphonique, une aide en personne ou par téléphone dans l'un des nombreux centres d'abandon du tabagisme (CAT), un site Web ainsi qu'une aide par texto (SMAT). Ce sont des services complets, confidentiels et gratuits qui ont déjà démontré leur efficacité à aider les fumeurs à cesser.



Rejoignez le groupe J'ARRÊTE sur Facebook

 AIDE PAR TÉLÉPHONE 1 866 JARRETE (527-7383)	 AIDE EN PERSONNE CENTRES D'ABANDON DU TABAGISME	 AIDE PAR TEXTO SMAT
Vous souhaitez parler à quelqu'un pour vous aider à arrêter de fumer? Les spécialistes de la ligne J'ARRÊTE seront à l'écoute de vos besoins, sans vous juger.	Vous souhaitez rencontrer gratuitement un spécialiste de l'arrêt tabagique? Les conseillers sont là pour vous accompagner dans la réalisation de votre plan.	Vous aimeriez recevoir des trucs et des conseils par texto pour arrêter de fumer?
Appelez-les, c'est gratuit! Lundi au jeudi : de 8 h à 21 h Vendredi : 8 h à 20 h	Trouvez le centre d'abandon du tabagisme le plus près de chez vous!	Inscrivez-vous gratuitement au SMAT!
SMAT.ca Service de Messagerie texte pour Arrêter le Tabac		
*** Pour les résidents du Québec seulement ***	*** Pour les résidents du Québec seulement ***	*** Pour les résidents du Québec seulement ***
EN SAVOIR PLUS >	EN SAVOIR PLUS >	EN SAVOIR PLUS >

CONSEIL QUÉBÉCOIS SUR LE TABAC ET LA SANTÉ

Société canadienne du cancer

En partenariat avec: Québec

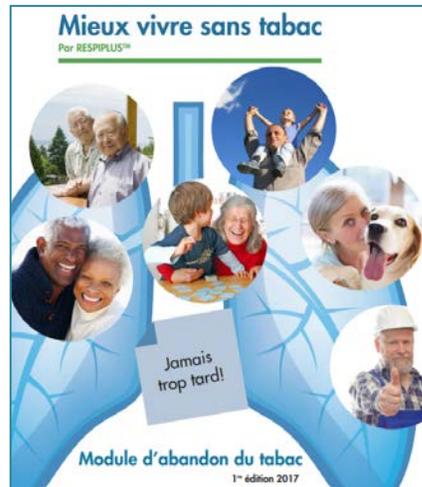
(Québec sans tabac : <https://quebecsanstabac.ca/jarrete>)

Pour une intervention plus efficace et proactive, l'inhalothérapeute devrait proposer au patient de le diriger vers le CAT le plus près de chez lui et, avec son accord, envoyer un formulaire de consultation afin qu'un conseiller du CAT l'appelle pour lui fixer un rendez-vous. Il est aussi possible d'utiliser le [formulaire de référence et de suivi par télécopieur](#) (réservé à l'usage des professionnels de la santé du Québec) pour faire une demande de suivi téléphonique. Ce service offert par la ligne J'ARRÊTE s'effectue dans les 3 jours ouvrables suivant la réception du formulaire.

	Société canadienne du cancer	Canadian Cancer Society	
Formulaire de référence et de suivi par télécopieur			
Ligne J'ARRÊTE			
Télec.: 514 255-9856 ou 1 866 255-9856			
SOURCE DE LA RÉFÉRENCE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ EN LETTRES MOULÉES S.V.P.			
Professionnel de la santé (choisir une réponse)			
<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Dentiste <input type="radio"/> Hygiéniste dentaire <input type="radio"/> Optométriste <input type="radio"/> Pharmacien <input type="radio"/> Inhalothérapeute			
Coordonnées du professionnel de la santé traitant (ou inclure le timbre contenant l'information équivalente)			Timbre de bureau
Prénom _____		Nom de famille _____	
(____)		(____)	
Téléphone _____		Télécopieur _____	
COORDONNÉES DU PATIENT EN LETTRES MOULÉES S.V.P.			
PRÉNOM _____		NOM DE FAMILLE _____	
ADRESSE _____		VILLE _____	
Québec			
PROVINCE _____		CODE POSTAL _____	DATE DE NAISSANCE (mm/aaaa) _____
(____)		Langue	
TÉLÉPHONE _____		<input type="radio"/> Anglais <input type="radio"/> Français	
<input type="radio"/> Domicile <input type="radio"/> Cellulaire <input type="radio"/> Bureau			
ADRESSE ÉLECTRONIQUE (facultatif) _____		Sexe	
		<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	
Un suivi sera offert au patient par la ligne J'ARRÊTE dans les 3 jours ouvrables suivant la réception de la référence.			
Quel est le meilleur moment pour vous joindre?			
Veuillez me téléphoner <input type="radio"/> le matin <input type="radio"/> l'après-midi <input type="radio"/> le soir <input type="radio"/> n'importe quel moment			
Pouvons-nous vous laisser un message nous identifiant comme la ligne J'ARRÊTE? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
CONSENTEMENT DU PATIENT			
J'autorise le transfert de mes renseignements personnels par télécopieur à la ligne J'ARRÊTE afin qu'un spécialiste puisse communiquer avec moi pour un suivi en arrêt tabagique. Je comprends que la ligne J'ARRÊTE conservera mes renseignements personnels en toute confidentialité et ne les utilisera que dans le cadre de son programme d'arrêt tabagique.			
SIGNATURE DU PATIENT _____		DATE (mm/jj/aaaa) _____	
<small>Ce document télécopié est privé et confidentiel et peut contenir de l'information privilégiée. Il s'adresse à la ligne J'ARRÊTE seulement. Si vous avez reçu ce document par erreur, prière d'en avvertir l'expéditeur et de le détruire immédiatement. Toute utilisation ou divulgation non autorisée des renseignements contenus dans ce document est strictement interdite. Révision : Février 2018</small>			

D'autres ressources peuvent également être utilisées. Parmi celles-ci, soulignons, sans s'y limiter :

- Module d'abandon du tabac «Mieux vivre sans tabac» de Respiplus™ destiné aux personnes vivant avec une MPOC ou une fibrose pulmonaire
 - ☞ [Mieux vivre avec la MPOC](#)
 - ☞ [Mieux vivre avec la fibrose pulmonaire](#)
- Note : l'accès est gratuit, mais l'inscription est obligatoire.



- Activités de sensibilisation, destinées à toute la population, comme le [Défi j'Arrête, j'y gagne!](#) qui incite les fumeurs à renoncer au tabac pendant six semaines ou [Je marche, je cours, j'écrase](#) qui invite le fumeur à cesser de fumer et, après 10 semaines, arriver à courir ou à marcher cinq kilomètres.



Au besoin, l'inhalothérapeute peut utiliser l'application mobile «[en santé cardiorespiratoire](#)» laquelle propose un lien direct vers l'une ou l'autre de ces ressources.

3.4 SUIVI CLINIQUE^{69,70,71}

Dans tous les cas, un suivi clinique est nécessaire, donc un plan d'intervention thérapeutique doit être établi (ou mis à jour s'il est déjà en place).

Parce que chaque fumeur est unique, un suivi personnalisé et adapté à la réalité et aux besoins de chacun est à privilégier. Ceci s'avère particulièrement important lorsque l'état de santé du patient le requiert ou si une prescription hors monographie a été émise.

Dans l'éventualité où l'inhalothérapeute ne peut le faire lui-même, il doit s'assurer qu'un autre inhalothérapeute (ou un autre professionnel habilité qui détient une expertise pertinente) puisse assurer le suivi clinique du patient.

Concrètement, le suivi devrait s'effectuer dans les premières semaines suivant l'amorce de la thérapie puisque les deux premières semaines présentent un risque particulièrement élevé de rechute. Idéalement, un premier suivi devrait être fait dans la semaine qui suit l'arrêt.

La rencontre, téléphonique ou en personne, sert à modifier ou ajuster la médication s'il y a lieu, selon le résultat de l'évaluation.

Ce suivi aura pour objectif, entre autres, de discuter :

- des signes et symptômes associés à l'arrêt tabagique ainsi que des stratégies d'atténuation (tableau 11);
- des signes et symptômes associés à une intoxication/un surdosage au substitut de nicotine (tableau 12);
- du médicament(s) : posologie, mode d'emploi, effets indésirables, approvisionnement, etc.;
- du soutien disponible : de l'entourage et des services spécialisés offerts à proximité;
- des stratégies pour surmonter les défis ou éviter la rechute
- des besoins du patient.

Ce moment est aussi une excellente occasion d'augmenter la motivation à cesser de fumer et la confiance en sa capacité de réussir et de lui exprimer votre confiance. C'est aussi un moment privilégié pour féliciter le patient pour les efforts déployés et l'encourager dans la poursuite de sa démarche de renoncement au tabac.

Tableau 11. Parmi les signes/symptômes associés à l'arrêt tabagique et les stratégies d'atténuation^{72,73,74}

Parmi les signes/symptômes	Durée approximative	Parmi les stratégies d'atténuation
Envie intense de fumer, sensation de manque (durée 2 à 5 minutes)	2 semaines, parfois davantage	<ul style="list-style-type: none"> • Respirer lentement et profondément • Se changer les idées (p. ex. aller marcher ou faire des exercices, appeler un ami) • Faire une activité qui demande de la concentration • Occuper sa bouche (p. ex. boire de l'eau, manger un fruit)
Humeur dysphorique ou dépressive	10 à 30 jours pendant lesquels les symptômes diminuent progressivement	<ul style="list-style-type: none"> • Se confier à des amis • Chercher du soutien auprès d'un professionnel de la santé • S'offrir de petits plaisirs • Faire des activités créatives ou réconfortantes ou qui font plaisir
Difficulté de concentration	Quelques semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier ses activités en conséquence (p. ex. réduire les heures de travail ou prendre des pauses plus fréquentes si possible) • Pratiquer des exercices de respiration et de relaxation • Manger sainement
Irritabilité, impatience, agressivité, anxiété ou agitation	2 à 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Marcher ou pratiquer une autre activité physique (selon sa condition physique) • Respirer lentement et profondément • Pratiquer des exercices de relaxation • Réduire ou éviter la consommation de caféine • Prendre un bain ou une douche chaude
Toux (+/- mucus), gorge sèche, écoulement nasal	Quelques jours à quelques semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Boire de l'eau • Sucrer des bonbons sans sucre, des pastilles contre la toux ou des glaçons
Sensation de tension (oppression) dans la poitrine	Quelques semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Respirer lentement et profondément
Maux de tête (sensation de pression aux yeux et à la tête)	Variable	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer des exercices de respiration et de relaxation
Constipation, maux d'estomac, gaz intestinaux	3 à 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Boire de l'eau • Manger, si possible, des aliments riches en fibres • Marcher ou pratiquer une autre activité physique (selon sa condition physique)

Tableau 11 (suite)

Parmi les signes/symptômes	Durée approximative	Parmi les stratégies d'atténuation
Trouble du sommeil (p. ex. insomnie)	1 à 3 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Si utilisation de timbre(s) : vérifier le dosage ou le(s) retirer la nuit • Hygiène du sommeil : <ul style="list-style-type: none"> - Comportements qui favorisent le sommeil chez l'adulte - Comportements qui favorisent le sommeil chez l'adolescent et l'enfant
Étourdissement	1 à 2 jours	<ul style="list-style-type: none"> • Se lever et changer lentement de position • Respirer lentement et profondément
Fatigue, manque d'énergie	2 à 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Dormir suffisamment • Prévoir des siestes • Éviter de se surmener • Manger sainement et boire de l'eau • Marcher ou pratiquer une autre activité physique (selon sa condition physique)
Augmentation de l'appétit	2 à 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier s'il s'agit d'une vraie faim ou d'une envie d'avoir quelque chose dans la bouche • Boire de l'eau • Manger sainement et prendre des collations saines et équilibrées • Marcher ou faire une autre activité physique (selon sa condition physique)
Gain de poids	Variable	<ul style="list-style-type: none"> • Boire de l'eau • Manger sainement • Marcher ou faire une autre activité physique (selon sa condition physique)

À savoir

- Les symptômes de sevrage ressentis peuvent être associés à la dépendance physique (p. ex. insomnie) ou à la dépendance psychologique (p.ex. humeur dépressive) à la nicotine
- De nombreux signes ou symptômes ne sont pas spécifiques à l'arrêt tabagique (p. ex. mal de tête, toux, sensation de tension dans la poitrine)
- Il conviendra de diriger le patient vers son médecin (ou les services d'urgence) en présence de sensation de tension (oppression) dans la poitrine, accompagnée d'autres symptômes évocateurs d'un trouble d'origine cardiaque (p. ex. essoufflement, douleur rétrosternale), afin d'exclure ou de confirmer un diagnostic de maladies cardiovasculaires, les fumeurs étant particulièrement à risque.

Tableau 12. Intoxication ou surdosage à la nicotine

En pratique clinique, l'intoxication/le surdosage d'un produit (à base de nicotine) utilisé conformément aux directives n'est pas impossible, mais il est rarement observé. Le fumeur acquiert une tolérance aux effets de la nicotine et il est en mesure de titrer la dose de nicotine provenant de la TRN selon sa consommation de cigarettes et sa dépendance à la nicotine⁷⁵.

L'intoxication aiguë à la nicotine est habituellement provoquée par l'exposition orale (p. ex. un enfant qui mange une cigarette ou des gommes de nicotine) ou cutanée (p. ex. un enfant qui porte des timbres de nicotine), et non par le fait de fumer. Historiquement, la dose létale de nicotine pour un adulte a toujours été estimée à environ 60 mg. Cependant, ce chiffre a récemment été contesté à la lumière de rapports d'accidents ou de tentatives de suicide non mortelles impliquant l'ingestion de nicotine, qui laissent supposer que la limite inférieure de la dose mortelle serait probablement de 500 à 1 000 mg de nicotine ingérée⁷⁶. Chez le jeune enfant, la dose létale pourrait être d'aussi peu de 10 mg⁷⁷.

L'empoisonnement à la nicotine provoque un toxidrome cholinergique sévère avec nausées, vomissements, hypersalivation, larmoiement, diarrhée, diurèse, fasciculations et faiblesse musculaire. Généralement, le patient présente des crampes abdominales et, en cas d'intoxication très sévère, des arythmies, une hypotension, des convulsions et un coma⁷⁸.

Parmi les autres signes/symptômes associés à un surdosage au substitut de nicotine, **mais non spécifiques**, soulignons ceux-ci^{79,80} :

- Agitation
- Augmentation du rythme respiratoire (signe précoce)
- Aversion (dégout) pour le tabac
- Confusion
- Hypertension (signe précoce)
- Maux de tête
- Pâleur
- Transpiration

À savoir

Certains signes ou symptômes **non spécifiques** sont identiques (p. ex. maux de tête ou agitation) ou s'apparentent aux signes et symptômes de sevrage (p. ex. crampes abdominales ou arythmies). Pour cette raison, il convient de faire preuve de jugement clinique et d'orienter, s'il y a lieu, le patient vers son médecin (ou son IPS) avant de penser à cesser la TRN pour de mauvaises raisons.

Collaboration interprofessionnelle

À l'évidence, il convient d'informer les autres professionnels de la santé en présence d'un patient commun. Ceci permet d'assurer une continuité des soins prodigués ou des services offerts, d'en optimiser la coordination tout en permettant de mettre à profit l'expertise de chaque professionnel au bénéfice du patient.



Parmi les professionnels possiblement impliqués, soulignons, sans s'y limiter :

- Médecin
- Inhalothérapeute
- Pharmacien du patient
- Infirmière praticienne spécialisée (IPS)
- Professionnel spécialisé en abandon du tabagisme (p. ex. conseiller du CAT)

Dans tous les cas, le suivi comprend, entre autres :

- Communication du résultat de l'évaluation clinique, de la prescription remise au patient, de l'intention thérapeutique et des recommandations s'il y a lieu;
- Planification ou coordination des soins ou des services d'accompagnement à assurer;
- Enseignement fait ou à faire;
- Rencontres de suivi tenues;
- Recommandations de l'inhalothérapeute le cas échéant.

Dans le suivi clinique d'un patient commun, une coordination optimale des soins et des services offerts doit être établie entre tous les professionnels de la santé impliqués. À cet égard, les notes au dossier, lorsque bien rédigées, possèdent tout le potentiel nécessaire pour faciliter cette coordination.

Mécanisme de communication

- L'inhalothérapeute doit s'assurer de la présence d'un corridor de communication, bilatéral et fonctionnel, entre lui-même et le professionnel visé par la communication.
- Il convient d'utiliser un mode de communication actuellement en place en pratique clinique (p. ex. : en personne, téléphone, courriel ou télécopieur).
- Un mécanisme de suivi des communications doit permettre au destinataire de donner suite à la communication dans les meilleurs délais possible.

Communication efficace

- Une équipe qui communique bien est une équipe efficace.
- Le défaut de communication constitue l'une des principales causes d'évènements indésirables tels qu'accidents ou incidents liés aux médicaments.
- Le recours à un ou des outils de communication structurée facilite la compréhension et la communication, qu'elle soit verbale ou écrite. De plus, leur utilisation s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la sécurité du patient et du travail en équipe interprofessionnelle. À cet égard, l'OPIQ ne préconise pas d'outils en particulier. Voici néanmoins deux exemples d'aide mnémotechnique qui peut être utilisée **seule ou en combinaison** pour structurer la façon dont l'inhalothérapeute communique verbalement ou par écrit. Elles doivent toutefois faire l'objet d'une adaptation pour répondre aux spécificités de chaque clientèle et milieu clinique.

Acronyme **SAER** (exemple 5) ⁸¹

- Outil mnémotechnique qui permet au professionnel de la santé de structurer sa communication verbale auprès d'un collègue ou d'un autre professionnel.
- Il est recommandé à l'inhalothérapeute qui souhaite faire part, entre autres, de l'état de santé du patient de façon concise, de ses interventions et de ses recommandations et du suivi requis.
- L'acronyme SAER est une variante de l'acronyme SAED. Ce dernier est la traduction française de la version originale anglo-saxonne SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), laquelle constitue une référence mondiale en communication verbale.

Exemple 5. Aide mnémotechnique SAER (communication verbale)

SAER*		Exemples selon histoire d'asthme et de tabagisme (non limitatif)
S	S ituation/ S ymptômes	J'ai rencontré votre patiente, Mme Sylvie Lafortune. Une dame asthmatique de 37 ans. Elle s'est présentée en crise d'asthme à l'urgence hier soir.
A	A ntécédents	Madame Lafortune me dit avoir arrêté de fumer pendant 7 ans. Elle a recommencé il y a 1 ½ an, à raison de 15 cigarettes par jour environ.
E	E valuation/ E volution	L'impact sur sa santé est notable : ↑ n ^{bre} visites à l'urgence, ↑ utilisation Ventolin, ↓ résistance à l'effort physique, sommeil fragmenté. Elle se dit prête à faire une autre tentative d'abandon du tabagisme d'ici 2-3 semaines. Elle est très motivée. Puisque les timbres de nicotine l'avaient aidée à cesser de fumer une première fois, je lui ai donc prescrit...
R	R ecommandation/ demande (<i>Request</i>) de suivi ou d'information	Mme Lafortune me dit avoir un rendez-vous prévu avec vous dans 2 mois. Je lui ai dit que je vous contacterais pour que vous puissiez faire un suivi auprès d'elle. Avec son accord, un conseiller du CAT l'appellera aujourd'hui afin de lui donner un rendez-vous pour une intervention plus soutenue.

* Adapté de « Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé », 2014.

Acronyme **SOAPIER** (exemple 6)^{82,83,84}

- Outil mnémotechnique qui permet au professionnel de la santé de structurer sa communication écrite.
- Les notes structurées qu'il procure aident à l'efficacité de la communication entre les professionnels de la santé.
- Il est recommandé à l'inhalothérapeute pour faciliter la mise en œuvre d'une communication documentée, claire et concise.

Exemple 6. Aide mnémotechnique SOAPIER (communication écrite)

SOAPIER*		Exemples selon histoire d'asthme et de tabagisme (non limitatif)
S	Éléments S ubjectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Histoire médicale • Profil tabagique • Désir d'arrêter de fumer
O	Éléments O bjectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Signes vitaux et cliniques : RC, RR, TA, SpO₂ • Observations cliniques : tous, dyspnée fatigue musculaire • Rapport de spirométrie pré/post broncho • Dyspnée (échelle de Borg) Examen clinique : auscultation pulmonaire
A	Évaluation (A ssessment)/ A nalyse (à partir de « S » et « O »)	<ul style="list-style-type: none"> • Impact du tabagisme sur la santé (↑ visites à l'urgence, ↑ utilisation Ventolin, ↓ résistance à l'effort physique, sommeil fragmenté) • ↓ santé globale
P	P lan	<ul style="list-style-type: none"> • Plan d'intervention thérapeutique
I	I ntervention/ I dentification	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription de médicament pour la cessation tabagique • Consentement obtenu • Information transmise à un autre professionnel • Conseiller du CAT appelé pour demander un rendez-vous • Information/explication donnée, enseignement effectué
E	Évaluation/ E fficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendance à la nicotine • Stade de changement de comportement (si déterminé) • Volonté, motivation (importance, raison) à cesser de fumer et niveau de confiance de réussir
R	R ecommandation/ demande (R equest)	<ul style="list-style-type: none"> • Abandon du tabagisme (date d'arrêt) • Utilisation d'une ressource spécialisée (p. ex. CAT)

* Adaptée de la méthode de prise de note SOAP de Weed, L., 1968.

3.5 TENUE DE DOSSIER^{85,86,87}



Servant d'assise à une rédaction complète et de qualité, le comité d'inspection professionnelle (CIP) recommande que tous les inhalothérapeutes **prennent connaissance** du dossier médical des patients qu'ils rencontrent et, qu'à leur tour, ils y **consignent** avec rigueur chaque intervention effectuée ainsi que les informations nécessaires au suivi clinique.

L'inscription de chaque intervention doit respecter les règles édictées par l'OPIQ.

Par les renseignements qu'il contient, le dossier du patient est un outil de communication efficace entre tous les membres de l'équipe interprofessionnelle.

Ainsi, une note professionnelle bien rédigée permet de veiller à la sécurité et à la continuité des soins et des services offerts.

Outre les informations minimalement requises dans les notes élémentaires au dossier (tableau 13), les notes doivent aussi inclure l'information relative au profil tabagique du patient (tableau 14) et à la prescription émise (tableau 15).



Ce sujet est détaillé dans la formation OPIQ-3003.

Tableau 13. Notes élémentaires (informations minimales)

Date et heure de la rencontre
Nom complet du patient et une mention de la vérification de l'identité du patient
Diagnostic(s) et histoire médicale
Résultat(s) d'examen ou d'analyse s'il y a lieu
Médication prescrite ou substance non prescrite (p. ex. produit naturel, supplément alimentaire ou autre produit en vente libre) que prend le patient
Présence ou absence d'allergie(s), d'hypersensibilité(s) ou d'intolérance(s)
Nature de l'intervention (p. ex. évaluation clinique) et le(s) résultat(s)
Signature de l'inhalothérapeute, suivi de ses initiales professionnelles

Tableau 14. Notes relatives au profil tabagique

Statut tabagique, exposition à la fumée secondaire, tabagisme parental
Histoire tabagique : tentative(s) antérieure(s) de cessation (avec/sans aides pharmacologiques), durée d'abstinence et cause de rechute
Dépendance à la nicotine, notamment le délai entre l'éveil et la première cigarette fumée et le nombre quotidien de cigarettes fumées
Consommation d'un autre produit inhalé (p. ex. cigare, cigarillos, cannabis) ou vapoté (cigarette électronique), et si oui, à quelle fréquence et avec quel taux de nicotine (cigarette électronique)
Recommandation de cessation faite et renseignement transmis (p. ex. aides pharmacologiques, possibilités de remboursement)
Stade de changement (préréflexion, réflexion, préparation, action ou rechute) (si déterminé)
Volonté, motivation (importance, raison) à cesser de fumer et niveau de confiance de réussir
Orientation vers un autre professionnel ou une ressource spécialisée (p. ex. conseiller du CAT) et note relative au consentement

Tableau 15. Notes relatives à la prescription

Décision clinique	
Médicament prescrit*	
<ul style="list-style-type: none"> • Période de validité, lorsqu'elle est justifiée par une condition particulière du patient • Nom intégral du médicament • Indication thérapeutique PRN et si le patient y consent • Posologie, incluant la forme pharmaceutique, la concentration s'il y a lieu et le dosage • Voie d'administration • Durée du traitement • Quantité prescrite (par jours/semaine/mois ou année) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de renouvellements autorisés ou la mention qu'aucun renouvellement n'est autorisé • Masse corporelle du patient, s'il y a lieu • Nom du médicament dont le patient doit cesser l'usage • Interdiction de procéder à une substitution de médicaments, s'il y a lieu • Contreindication(s), allergie(s), hypersensibilité(s) ou intolérance(s) s'il y a lieu
Modification au plan d'intervention thérapeutique	
Information transmise ou demande de prise en charge/consultation faite auprès du médecin, de l'inhalothérapeute, du pharmacien, de l'IPS ou d'un professionnel spécialisé en abandon du tabagisme (p. ex. conseiller du CAT) ainsi que la raison de la demande et la réponse reçue le cas échéant	
Obtention du consentement ou du refus du patient (ou de son représentant légal). Par exemple :	
<ul style="list-style-type: none"> • Principaux risques abordés • Risques mineurs, mais importants • Questions posées par le patient • Réponses données • Compréhension apparente du patient • Documentation remise au patient 	
* Pour éviter d'avoir à réécrire l'ordonnance au dossier, l'inhalothérapeute peut y verser une copie qui pourra alors être utilisée aux fins de référence et de suivi. Celle-ci s'ajoute aux autres notes telles que les notes élémentaires et celles relatives au profil tabagique du patient.	

Afin de faciliter sa collecte de données, l'inhalothérapeute peut utiliser, en totalité ou en partie, l'[outil de soutien clinique à l'abandon du tabac](#)* (recto/verso) proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et accessible en ligne. À sa convenance, il peut également recourir à toute autre méthode de collecte de données équivalente et adaptée à sa pratique.

Il est aussi de mise qu'il consulte le cadre de référence conjoint (CMQ-OIIQ-OPQ-OPIQ) qui a été publié en 2020 sous le titre de [Pratique professionnelle en abandon du tabac](#)*.



4. PROCÉDURE À SUIVRE POUR L'OBTENTION D'UN PERMIS DE PRESCRIPTEUR

La lecture seule du présent document n'autorise pas l'inhalothérapeute à prescrire un médicament pour la cessation tabagique.

Pour être autorisé à prescrire un médicament pour la cessation tabagique, l'inhalothérapeute doit avoir effectué toutes les démarches nécessaires à l'obtention d'une attestation délivrée par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ).

1. Réussir la formation OPIQ-3003 : *La prescription de médicament pour la cessation tabagique*, accessible sur le Campus OPIQ ;
2. Soumettre une [demande d'habilitation pour la prescription de médicaments pour la cessation tabagique](#) ;
3. Recevoir la lettre de la RAMQ contenant le numéro de prescripteur.

Au besoin, consultez la section «[Prescription de médicaments pour la cessation tabagique](#)» sous l'onglet «Activités autorisées» du site Web de l'OPIQ pour plus d'information.



5. CONCLUSION

«Prescrire n'est pas un acte réflexe, mais un acte réfléchi.»

(D^r Yves Robert, Secrétaire, CMQ⁸⁸)

Chaque rencontre clinique qui s'y prête est une occasion à saisir pour intervenir, même minimalement, en cessation tabagique, auprès d'une personne qui fume.

L'OPIQ ne peut que saluer l'interdisciplinarité dont fait preuve le Collège des médecins du Québec en reconnaissant l'expertise de l'inhalothérapeute dans la lutte contre le tabagisme et favoriser, par la même occasion, une meilleure santé cardiorespiratoire pour tous. Cet élargissement des activités professionnelles exercées par les inhalothérapeutes améliore l'accès aux soins de santé offerts à la population québécoise.

Prescrire un médicament pour la cessation tabagique n'est pas un geste banal. En pratique, prendre la décision de prescrire résulte d'un processus décisionnel structuré qui fait appel à la pensée critique et au raisonnement clinique. La décision repose sur une évaluation individualisée. Dès lors, l'inhalothérapeute clinicien offrira un suivi personnalisé basé sur un plan d'intervention thérapeutique adapté.

Le succès d'une intervention en cessation tabagique se fonde, en partie du moins, sur la collaboration interprofessionnelle. Celle-ci assure une cohésion et une continuité du suivi clinique et en facilite la coordination au moyen d'une communication efficace. Elle optimise ainsi la démarche en tirant profit de l'expertise de chaque professionnel au seul bénéfice du patient.

Passons maintenant de la parole à l'acte !

CRÉDITS ET REMERCIEMENTS

Auteure

Marise Tétrault, inh., M.A. (communication et santé), coordonnatrice au développement professionnel, OPIQ

L'OPIQ remercie les personnes suivantes pour leurs commentaires à la version préliminaire du document :

- Anne Bélanger, inh., suivi MPOC/rééducation respiratoire du CISSS Montérégie-Centre-Hôpital du Haut-Richelieu
- Bernard Cadieux, inh., M. Sc., M.A.P., syndic, OPIQ
- Sandra Di Palma, inh., coordonnatrice à l'inspection professionnelle, OPIQ
- Édith Gagnon, inh., membre du comité consultatif en arrêt tabagique du CISSS Montérégie-Centre-Hôpital du Haut-Richelieu
- Sylvie Gagnon, inh., inspectrice administrative et vice-présidente du comité d'inspection professionnelle, OPIQ
- Sylvie Laporte, inh., coordonnatrice du laboratoire des troubles du sommeil, CHU Sainte-Justine
- Andréanne LeBel, avocate, directrice des affaires juridiques, OPIQ
- Josianne Mongeau, inh., CISSS Montérégie-Centre
- Cassiopée Paradis-Gagnon, inh., coordonnatrice technique, thérapie respiratoire, IUCPQ
- Josée Prud'Homme, inh., M.A.P., Adm.A., directrice générale et Secrétaire, OPIQ
- Lina Tremblay, inh., clinique MPOC, IUCPQ

L'OPIQ remercie également les personnes suivantes pour leur contribution (directe ou indirecte) à la version préliminaire ou définitive du document :

- Sylvie Béchar, inf., M. Sc., chef de service développement professionnel et formation continue, Direction, développement et soutien professionnel, Ordre professionnel des infirmières et infirmiers du Québec
- Patrick Boudreault, pharmacien, directeur des affaires externes et du soutien professionnel, Ordre des pharmaciens du Québec
- Michel Caron, pharmacien, adjoint professionnel à la direction des affaires externes et du soutien professionnel, Ordre des pharmaciens du Québec
- André Gervais, médecin-conseil, Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, pneumologue CHUM et professeur agrégé de médecine clinique Université de Montréal
- Claire Jutras, médecin-conseil, Direction de santé publique du CISSS des Laurentides
- Michèle Tremblay, médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec

Révision linguistique

Line Prévost, inh., B.A., réd. a., coordonnatrice aux communications, OPIQ

Ce document a été révisé et corrigé selon l'orthographe rectifiée de 1990 (aussi appelée «nouvelle orthographe recommandée»).



© Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2018. Tous droits réservés.

Dépôt légal : 3^e trimestre 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-924943-00-7

RÉFÉRENCES

- ¹ ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC(OPIQ). 2018. Formation OPIQ-3003. *La prescription de médicaments pour la cessation tabagique*, diapositive 30.
- ² Adapté de PARÉ, É. 2016. *Contribution à l'évaluation des problèmes respiratoire — Guide de pratique clinique à l'intention des inhalothérapeutes*. 2^e éd., © Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, p. 7-11 [https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2017/02/Opig_Guide_EvaluationProblemeRespratoire_2016_VF.pdf]. Cité dans *Référentiel des compétences requises à l'entrée dans la profession*, p. 37, © Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, 2018 [https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2018/07/OPIQ_E-Referentiel2018_VF.pdf]
- ³ Formation OPIQ-3003, *op. cit.*, diapositives 35-36.
- ⁴ ALTON et collab., 2007. *First Aid, CPR and AED*. Jones & Bartlett Learning.
- ⁵ DUPONT, S. et collab. 2015. *Lignes directrices — La sédation-analgésie*. Collège des médecins du Québec (CMQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), annexe VI, p. 50 [<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-04-01-fr-sedation-analgésie.pdf>].
- ⁶ PARÉ, É. 2016. *Contribution à l'évaluation des problèmes respiratoires*, 2^e éd., © Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), p. 7-10 [https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2017/02/Opig_Guide_EvaluationProblemeRespratoire_2016_VF.pdf].
- ⁷ CAMIRAND, H., TRAORÉ, I., BAULNE, J. 2016. *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 90 [<http://bit.ly/2dIAqzo>].
- ⁸ Formation OPIQ-3003, *op. cit.*, diapositive 43.
- ⁹ FIORE, M.C. et collab. 2008. «A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 update.» A U.S. Public Health Service Report. Cité dans REID, R. D. et collab. 2016. «Managing smoking cessation.» *CMAJ*, December 6, 2016, 188 (17-18) [<http://www.cmaj.ca/content/cmaj/early/2016/10/03/cmaj.151510.full.pdf>].
- ¹⁰ CENTER FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH–NICOTINE DEPENDANCE SERVICE (CAMH-NDS). 2017. *Algorithm for tailoring pharmacotherapy for smoking cessation*.
- ¹¹ RIGOTTI, N.A. et collab. Mis à jour juin 2018. «Pharmacotherapy for smoking cessation in adults». *UpToDate*. [<https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-smoking-cessation-in-adults>].
- ¹² CAN-ADAPTT. 2011. *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme*. Toronto, Canada : Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique, Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- ¹³ Formation OPIQ-310 : *Intervenir auprès de vos patients fumeurs*. © OPIQ, 2017-2018.
- ¹⁴ Formation OPIQ-3003, *op. cit.*
- ¹⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS). 2015. *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*.
- ¹⁶ CAHILL, K., STEVENS, S., PERERA, R., LANCASTER, T. «Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis.» *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5, Art. No.: CD009329. DOI : 10.1002/14651858.CD009329.pub2 [<http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009329.pub2/pdf>].
- ¹⁷ RIGOTTI et collab., juin 2018, *op. cit.*
- ¹⁸ Formation OPIQ-310, *op. cit.*
- ¹⁹ MSSS, 2015, *Guide de pratiques visant à soutenir...*, *op. cit.*
- ²⁰ MSSS. 2017. *Formation de base à l'intention des nouveaux conseillers en centres d'abandon du tabagisme*.
- ²¹ Formation OPIQ-310, *op. cit.*
- ²² MSSS, 2017, *Formation de base ...*, *op. cit.*
- ²³ SANTÉ CANADA. Juillet 2017. Licence de mise en marché. Nicoderm® 21 mg
- ²⁴ Formation OPIQ-310, *op. cit.*
- ²⁵ MSSS, 2017, *Formation de base ...*, *op. cit.* .
- ²⁶ RIGOTTI et collab., juin 2018, *op. cit.*
- ²⁷ MSSS, 2017, *Formation de base ...*, *op. cit.*, «Thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) — tableau synthèse».
- ²⁸ ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA. «Nicoderm®, Nicorette® Inhalateur, Nicorette® Gomme, Nicorette® Mini-pastille». *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (e-CPS)*.

- ²⁹ ALBERTA HEALTH SERVICES. «Tobacco cessation toolkit—Drug Interactions with Tobacco Smoke.» *Tobacco reduction program* [https://www.albertaquits.ca/files/AB/files/library/Drug_Interactions.pdf].
- ³⁰ INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA. 2014. Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac. *Drug Interactions with Smoking Cessation Medications and Tobacco Smoke* [https://ottawamodel.ottawaheart.ca/sites/ottawamodel.ottawaheart.ca/files/omsc_edu/edu_faq/interactionstable_catalyst.pdf].
- ³¹ ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Juin 2009. *Cessation tabagique : une formation qui fait mouche... pour aider les fumeurs à décrocher. Mise à jour — Deuxième volet. La pharmacothérapie de la dépendance au tabac.*
- ³² ANDRADE, A. et collab. 2018. Dangerous mistake: an accidental caffeine overdose. *British Medical Journal. Case Rep* 2018. Page 2. doi:10.1136/bcr-2018-224185.
- ³³ Formation OPIQ-310, *op. cit.*
- ³⁴ MSSS, 2017, *Formation de base ...*, *op. cit.*
- ³⁵ RIGOTTI et collab., juin 2018, *op. cit.*
- ³⁶ MSSS, 2017, *Formation de base ...*, *op. cit.*, «Thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) — tableau synthèse».
- ³⁷ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. 2016. *Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire une thérapie de remplacement à la nicotine (TRN)* [https://www.oiq.org/documents/20147/237836/2457_doc.pdf].
- ³⁸ GERVAIS, A. 2018. *Les aides antitabagiques*. Journée de pharmacologie 2018. Université de Montréal.
- ³⁹ SANTÉ CANADA. Juillet 2017. Licence de mise en marché. Nicoderm® 21 mg
- ⁴⁰ GERVAIS, 2018, *Les aides antitabagiques*, *op. cit.*
- ⁴¹ REID, 2016, *Managing smoking cessation*, *op. cit.*
- ⁴² CAMH-NDS, 2017, *Algorithm for tailoring pharmacotherapy...*, *op. cit.*
- ⁴³ MSSS, 2017, *Formation de base ...*, *op. cit.*, «Thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) — tableau synthèse».
- ⁴⁴ PERREAULT-LABELLE, A. Septembre-octobre 2014. «*Comment soutirer le maximum des TRN?*» *Info-Tabac*, n° 102.
- ⁴⁵ RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ). (s. d.) *Médicaments couverts par le régime public*.
- ⁴⁶ SANTÉ CANADA. Juillet 2017. Licence de mise en marché. Nicoderm® 21 mg
- ⁴⁷ CAMH-NDS, 2017, *Algorithm for tailoring pharmacotherapy...*, *op. cit.*
- ⁴⁸ GERVAIS, 2018, *Les aides antitabagiques*, *op. cit.*
- ⁴⁹ ROSEN, J.B. et M. SOCKRIDER. Mis à jour : octobre 2017. «Management of smoking cessation in adolescents.» *UpToDate* [<https://www.uptodate.com/contents/management-of-smoking-cessation-in-adolescents>].
- ⁵⁰ SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE (SCP). 2016. *Des stratégies pour promouvoir l'abandon du tabac chez les adolescents*.
- ⁵¹ MSSS, 2017, *Formation de base ...*, *op. cit.*
- ⁵² CAN-ADAPTT, 2011, *op. cit.*
- ⁵³ CODE CIVIL DU QUÉBEC. Article 14 [<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/CCQ-1991>].
- ⁵⁴ SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIENS ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA. Avril 2017. «Directives cliniques de la SCGC. Consommation de substances psychoactives pendant la grossesse». N° 349 [[https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(17\)30682-5/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(17)30682-5/abstract)].
- ⁵⁵ AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. October 2017. *ACOG committee opinion. Smoking Cessation During Pregnancy*. Number 721 [<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Smoking-Cessation-During-Pregnancy>].
- ⁵⁶ RODRIGUEZ-THOMPSON D. Mise à jour juin 2018. «Cigarette smoking in pregnancy: Cessation strategies and treatment options.» *UpToDate* [<https://www.uptodate.com/contents/cigarette-smoking-in-pregnancy-cessation-strategies-and-treatment-options>].
- ⁵⁷ MSSS, 2017, *Formation de base ...*, *op. cit.*
- ⁵⁸ CAN-ADAPTT, 2011, *op. cit.*
- ⁵⁹ TREMBLAY, M. et collab. 2018. «La préparation des futurs parents (webinaire)». Programme de formation en ligne sur le *Portail d'information périnatale*. INSPQ.
- ⁶⁰ MSSS, 2017, *Formation de base ...*, *op. cit.*,
- ⁶¹ RAMQ, *médicaments couverts...*, *op. cit.*
- ⁶² MSSS, 2017, *Formation de base ...*, *op. cit.*
- ⁶³ TREMBLAY et collab. 2018, *La préparation des futurs parents...*, *op. cit.*
- ⁶⁴ RIGOTTI, N.A. Mise à jour avril 2018. «E-cigarettes.» *UpToDate* [<https://www.uptodate.com/contents/e-cigarettes>].
- ⁶⁵ RODRIGUEZ-THOMPSON, juin 2018, *op. cit.*
- ⁶⁶ ROSEN et SOCKRIDER, octobre 2017, *Management of smoking cessation in adolescents*, *op. cit.*
- ⁶⁷ SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, 2016, *op. cit.*

- ⁶⁸ SANTÉ CANADA. (s. d.). *Vapotage*. [<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac/vapotage.html>].
- ⁶⁹ Formation OPIQ-3003, *op. cit.*
- ⁷⁰ Formation OPIQ-310, *op. cit.*
- ⁷¹ MSSS, 2015, *Guide de pratiques visant à soutenir...*, *op. cit.*
- ⁷² Adapté de MSSS, 2015, *Guide de pratiques visant à soutenir...*, *op. cit.*
- ⁷³ Adapté de ROYER, A., RACINE, M.-M., BOUDREAU, M.-F. 2012. *Semer pour récolter la santé – Favoriser la promotion des saines habitudes de vie dans la pratique clinique*. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique [<http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2242738>].
- ⁷⁴ ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC. 2016. Guide de pratique clinique – Les troubles respiratoires du sommeil, fascicule III : Options thérapeutiques, co-interventions et hygiène du sommeil, p. 47-50.
- ⁷⁵ ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. 2016. Nicotine Without Smoke – Tobacco Arm Reduction. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. Page 57. [<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction-0>].
- ⁷⁶ ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. 2016. Nicotine Without Smoke – Tobacco Arm Reduction. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, p. 57 [<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/nicotine-without-smoke-tobacco-harm-reduction-0>].
- ⁷⁷ JORENBY, D. E. (s. d.) *Tabac*. Manuel MSD (*Merck Manual*) pour professionnels de la santé [<https://www.msdmanuals.com/fr/professional/sujets-sp%C3%A9ciaux/consommation-de-tabac/tabac>].
- ⁷⁸ *Ibid.*
- ⁷⁹ ST-ONGE, M. et R. BLAIS. Mai 2015. «[Traitement de l'intoxication par la nicotine](#)». *Bulletin d'information toxicologique*, vol. 31, n° 2, p. 29-32.
- ⁸⁰ AMERICAN CANCER SOCIETY. Janvier 2017. [Nicotine Replacement Therapy for Quitting Tobacco](#).
- ⁸¹ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). 2014. Un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf].
- ⁸² WEED, L. 1968. «Medical records that guide and teach». *NEJM*, vol. 278, n° 11 et 12. [[http://imed.stanford.edu/curriculum/session17/content/NEJM%20-%20Medical%20record%20that%20guide%20and%20teach%20\(Weed%20-%201968\).pdf](http://imed.stanford.edu/curriculum/session17/content/NEJM%20-%20Medical%20record%20that%20guide%20and%20teach%20(Weed%20-%201968).pdf)].
- ⁸³ GHASSEMZADEH, S. et V. LEW. 2018. «SOAP notes». *StatPearls Publishing LLC* [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482263/>].
- ⁸⁴ BRETON, N. et M. TÉTREAU. 2010. *Prise en charge du patient adulte ventilo-assisté*. © Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), Chapitre 1, p. 9 [https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/01/OPIQ_Guide_PatientVentiloAssiste_VF1.pdf].
- ⁸⁵ [Règlement sur les dossiers, les autres effets, les cabinets et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec](#).
- ⁸⁶ OPIQ. 2017-2018. *Formation OPIQ-2002 : Les notes au dossier II*.
- ⁸⁷ Formation OPIQ-3003, *op. cit.*
- ⁸⁸ ROBERT, Y. 2015. «Prescrire : un droit sans limites?» *Collège des médecins du Québec* [<http://www.cmq.org/nouvelles-pdf/n-2-2015-10-14-fr-prescrire-un-droit-sans-limites.pdf?t=1530246645378>].