

Interventions pour la cessation tabagique (y compris le vapotage)

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé

Interventions pour la cessation tabagique (y compris le vapotage)

Rédaction

Jolyane Blouin Bougie

Collaboration

Isabelle Dufort

Coordination scientifique

Frédéric St-Pierre

Direction

Catherine Truchon

Ann Lévesque

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Jolyane Blouin Bougie, Ph. D.

Collaboratrice interne

Isabelle Dufort, Ph. D.

Coordonnateur scientifique

Frédéric St-Pierre, Ph. D

Directrice adjointe

Ann Lévesque, Ph. D.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D.

Repérage de l'information scientifique

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Soutien documentaire

Bin Chen, techn. docum.

Bureau – Méthodes, données et éthique

Adriana Freitas, Ph. D

Ahmed Ghachem, Ph. D.

Claire-Marie Legendre, Ph. D

Frédéric Kuzminski, M. Sc.

Soutien administratif

Mélanie Harbec

Théodore Dubois

Équipe de l'édition

Jean Talbot

Nathalie Vanier

Sous la coordination de

Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de

Jonathan Aubin, révision linguistique

Mark A. Wickens, traduction de l'outil

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

ISBN 978-2-555-02512-7 (PDF)

Tous droits réservés

© Gouvernement du Québec, 2025

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2025). Interventions pour la cessation tabagique (y compris le vapotage). Québec, Qc : INESSS. 80 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

D^r Claude Beaulieu, médecin de famille, Hôpital d'Amos, Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue

D^r Martin Lanoue, médecin de famille, Groupe de médecine de famille (GMF) Laframboise, CISSS de la Montérégie-Est

M^{me} Catherine Cellini, pharmacienne-propriétaire, Pharmacie Cellini et Gauvin, Montréal

M^{me} Martine Dubois, inhalothérapeute, Centre universitaire de santé McGill, Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de Laval

M. George Gabor-Popa, infirmier clinicien, Centre ÉPIC, Institut de cardiologie de Montréal

D^{re} Sarah Landry, psychiatre, Clinique Pierre-Bertrand, Québec

M. Simon Lessard, pharmacien-propriétaire, Pharmacie Simon Lessard, Laurentides. Chargé de cours à l'Université de Montréal

D^r Warner Mampuya, cardiologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, CIUSSS de l'Estrie. Professeur titulaire, Université de Sherbrooke

D^r Mathieu Simon, pneumologue, chef du département de soins intensifs de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ). Enseignant-chercheur à l'Université Laval, Québec

D^r Mark-Andrew Stefan, médecin de santé publique et préventive, Direction de santé publique, CISSS de Laval

M^{me} Cynthia N. Wilcott, hygiéniste dentaire, Capitale-Nationale. Présidente de la Fédération des hygiénistes dentaires du Québec

Comité de suivi

Pour ce rapport, les membres du comité de suivi sont :

D^{re} Mariejka Beauregard, représentante du ministère de la Santé et des Services Sociaux (rencontre de juin 2024)

M^{me} Annie Deguire, représentante de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec

D^{re} Natalie Duchesne, représentante du Collège des médecins du Québec

M^{me} Catherine Dufour, représentante du ministère de la Santé et des Services Sociaux (rencontre de juin 2024)

M. Nicolas Dugré, représentant de l'Ordre des pharmaciens du Québec

D^{re} Louise Fugère, représentante de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

D^r Stéphane Groulx, représentant du ministère de la Santé et des Services Sociaux (rencontre d'avril 2025, en remplacement de D^{re} Beauregard)

M^{me} Marie-Ève Lessard, représentante du ministère de la Santé et des Services Sociaux (rencontre d'avril 2025, en remplacement de M^{me} Dufour)

M^{me} Annie Montreuil, représentante de l'Institut national de santé publique du Québec

M^{me} Isabelle Paré, représentante de la Fédération des médecins spécialistes du Québec

M. Pascal Rioux, représentant de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

M^{me} Mélina Royal, représentante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Lecteurs et lectrice externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

M. Jean-Pierre Bernier, pharmacien et formateur en cessation tabagique, Centre hospitalier universitaire de Québec

D^r Sean Gilman, pneumologue, Hôpital de Verdun et Directeur du programme de traitement du tabac, Centre universitaire McGill

D^r Paul Poirier, professeur titulaire, Faculté de pharmacie de l'Université Laval et cardiologue, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

D^{re} Manon Toupin, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, CIUSSS Mauricie et Centre-du-Québec

Futures utilisatrices

Pour ce rapport, les personnes consultées à titre de futurs utilisateurs ayant accepté d'être nommées dans le rapport sont :

D^{re} Myrrah Barrette-Goulet, médecin de famille, Clinique médicale Omnisanté - GMF Ahuntsic, Montréal

D^{re} Amélie Déraspe, médecin omnipraticienne, Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté de la Cité-des-Prairies, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Myriam Dionne, infirmière praticienne spécialisée en première ligne, CISSS du Bas-Saint-Laurent

D^{re} Marianne Gagnon, médecin conseil, Programme de lutte au tabac, CISSSS de l'Abitibi-Témiscamingue et CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Geneviève Garant, inhalothérapeute, coordonnatrice d'essais cliniques, Université de Sherbrooke

M^{me} Geneviève Lacoursière St-Jean, infirmière clinicienne, Centre d'abandon du tabagisme, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Catherine Villemure, infirmière praticienne spécialisée en première ligne, professeure en Sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières

Patientes, usagères, proches aidantes et citoyennes

Pour ce rapport, les personnes consultées à titre de patients, usagers, proches aidants ou citoyens sont :

M^{me} Pauline Bertrand

M^{me} Lyanna Després

M^{me} Jessica Hall

Autres contributions

L'Institut tient à aussi à remercier les membres du Panel des usagers et des proches de la Direction de l'évaluation et soutien à l'amélioration des modes d'interventions – services sociaux et santé mentale (DESA) suivantes qui ont contribué à ce rapport en fournissant de l'information et des conseils clés :

M^{me} Julie Bergeron

M. Simon Courtemanche

M^{me} Angela Fragasso

M. Denis Lefebvre

M. Louis Lochhead

M. Yvon Massicotte

Des informateurs clés ont été consultés à l'étape de cadrage du projet afin de documenter les besoins et les principaux enjeux, avant la rencontre avec les membres du comité consultatif mis en place. Les cliniciens interrogés venaient des disciplines suivantes : médecine familiale, pharmacie et sciences infirmières.

Déclaration d'intérêts

Les conflits d'intérêts et de rôles ont été déclarés et gérés conformément à la Politique de prévention, d'identification, d'évaluation et de gestion des conflits d'intérêts et de rôles des collaborateurs de l'INESSS. Les membres de l'équipe de projet de l'INESSS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts et aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce projet. Outre leurs affiliations respectives ci-haut mentionnées, les parties prenantes qui ont déclaré avoir des conflits d'intérêts en lien avec la cessation tabagique ou le vapotage sont mentionnées ci-dessous. Les conflits d'intérêts ont été évalués au cas par cas.

D^{re} Mariejka Beauregard : honoraires de conférencière reçus pour des présentations en lien avec le tabagisme.

M. Jean-Pierre Bernier : honoraires de conférencier reçus de Kenvue Canada

D^r Sean Gilman : co-porte-parole du Regroupement des médecins pour l'amélioration de la couverture des prescriptions pour traiter la dépendance à la nicotine; membre de l'Équipe du projet CONNECT financé par Santé Canada; conférencier sur des thèmes en lien avec le tabagisme.

D^r Stéphane Groulx : rémunération reçue à titre de médecin conseil en prévention clinique pour le MSSS, notamment pour le développement du Guide des bonnes pratiques en prévention clinique; membre du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs travaillant sur l'élaboration de recommandations sur les interventions en cessation tabagique chez les adultes.

D^{re} Sarah Landry : honoraires de conférencière reçus du Réseau québécois d'éducation en santé respiratoire (RQESR), participation au projet NOUVEL-AIR avec la Société canadienne du Cancer.

D^r Martin Lanoue : auteur d'articles scientifiques sur le tabagisme et le vapotage; gestionnaire du site web « Au cœur de ma santé » (aucoeurdemasante.ca).

M. Simon Lessard : honoraires de conférencier reçus de compagnies privées (Sanofi, Moderna, GSK, Merck, Pfizer, Trudell, Boehringer Ingelheim).

D^r Mathieu Simon : honoraires de conférencier reçus de compagnies privées (Merck, Astra, Boehringer Ingelheim, Pasteur, Sanofi, GSK, Covis, Pfizer).

D^r Mark-Andrew Stefan : co-porte-parole du Regroupement des médecins pour l'amélioration de la couverture des prescriptions pour traiter la dépendance à la nicotine; honoraires de conférencier reçus d'organismes publics.

M^{me} Cynthia N. Wilcott : participation au développement et à la rédaction d'une norme sur la cessation tabagique avec le Bureau de Normalisation du Québec (projet arrêté et non complété).

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY.....	IV
SIGLES ET ACRONYMES	VII
GLOSSAIRE	IX
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE ET DOCUMENTS RETENUS	3
1.1 Documents retenus.....	4
2 PORTRAIT DES PHARMACOTHÉRAPIES REMBOURSÉES PAR LA RAMQ.....	5
2.1 Nombre de personnes ayant utilisé une pharmacothérapie	6
2.2 Récurrence d'utilisation des TRN et des médicaments sous forme de comprimés.....	7
2.3 Proportion de personnes par groupes d'âge.....	9
2.4 Proportion de personnes par indices de défavorisation matérielle et sociale.....	9
2.5 Nombre de prescriptions par type de professionnel de la santé.....	11
2.6 Ratio de prescriptions par personne.....	12
2.7 Quantité et durée moyennes des prescriptions par personne	13
2.7.1 Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN).....	13
2.7.2 Médicaments sous forme de comprimés.....	15
3 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	17
3.1 Généralités.....	17
3.1.1 Fardeau économique associé au tabagisme.....	17
3.1.2 Terminologie et définitions.....	17
3.1.3 Sommaire de la prise en charge	18
3.2 Évaluation	21
3.3 Principes de traitements	23
3.3.1 Éléments à aborder avec la personne	24
3.3.2 Précaution lors d'un arrêt tabagique	26
3.4 Interventions d'accompagnement	29
3.4.1 Modalités d'accompagnement	31
3.4.2 Intensité de l'accompagnement	32
3.4.3 Éléments à aborder avec la personne	32
3.4.4 Perspectives des parties prenantes	33
3.4.5 Méthodes alternatives	34
3.5 Pharmacothérapies.....	34
3.5.1 Cytisine.....	37
3.5.2 Autres agents thérapeutiques.....	41
3.5.3 Dosages et schémas posologiques	41
3.5.4 Durées de traitement.....	48

3.5.5	Mode d'emploi.....	48
3.5.6	Contre-indications et précautions	50
3.6	Réduction du risque.....	52
3.6.1	Réduction de la consommation et arrêt temporaire.....	52
3.6.2	Cigarette électronique	54
3.6.3	Perspectives des parties prenantes	60
3.6.4	Autres produits du tabac ou à base de nicotine.....	61
3.7	Suivi	61
3.7.1	Gestion des effets indésirables.....	64
4	CONSIDÉRATIONS ENVIRONNEMENTALES	66
	FORCES ET LIMITES DES TRAVAUX	67
	CONSIDÉRATIONS ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET LES RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX	69
	MISE À JOUR.....	71
	RÉFÉRENCES.....	72
	ANNEXE I	79
	Documents retenus	79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Proportion de personnes qui fument et qui vapotent au Québec, par groupes d'âge, 2023.....	1
Tableau 2	Adaptation du HSI ou test de Fagerström simplifié.....	22
Tableau 3	Principaux médicaments présentant des effets pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de la fumée du tabac sur les médicaments.....	26
Tableau 4	Dose initiale par type de TRN (monothérapie).....	42
Tableau 5	Schémas posologiques et dosages maximaux par type de TRN	43
Tableau 6	Doses de TRN combinées recommandées par les GPC	45
Tableau 7	Schémas posologiques et dosages maximaux par type de comprimé	47
Tableau 8	Modes d'emploi et autres considérations des pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique	49
Tableau 9	Contre-indications et précautions, y compris les interactions médicamenteuses, par type de pharmacothérapie	50
Tableau 10	Gestion des effets indésirables des pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique	64
Tableau I-1	Documents avec recommandations retenus	79

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Nombre de personnes ayant utilisé une pharmacothérapie pour la cessation tabagique, par année civile (2017-2023)	6
Figure 2	Fréquence d'utilisation des TRN (a) et des médicaments sous forme de comprimés (b) pour la cessation tabagique, par personne, au cours des 7 dernières années (2017-2023)	8
Figure 3	Personnes de 12 ans et plus assurées auprès du RPAM ayant utilisé une pharmacothérapie pour la cessation tabagique, par groupes d'âge (2021)	9
Figure 4	Personnes de 12 ans et plus assurées auprès du RPAM ayant utilisé une pharmacothérapie pour la cessation tabagique, par quintiles de défavorisation matérielle (a) et sociale (b) en 2021.....	10
Figure 5	Nombre de prescriptions de TRN selon le type de professionnel de la santé, par année civile (2017-2023).....	11
Figure 6	Nombre de prescriptions de varénicline selon le type de professionnel de la santé, par année civile (2017-2023)	12
Figure 7	Ratio de prescriptions par personne, par année civile (2017-2023)	13
Figure 8	Quantité et durée de TRN longue action a) par personne et b) par prescriptions (2017-2023)	14
Figure 9	Proportion de personnes selon la dose de départ de TRN longue action par année civile (2017-2023).....	14
Figure 10	Quantité moyenne a) et durée moyenne b) de prescriptions de TRN courte action, par année civile (2017-2023)	15

RÉSUMÉ

Introduction

Le tabagisme, soit la consommation régulière d'un ou de plusieurs produits à base de tabac ou de nicotine, entraîne une dépendance. Actuellement, environ 11 % de la population québécoise fume la cigarette conventionnelle alors que 7 % consomment de la nicotine au moyen d'une cigarette électronique. De nombreux professionnels de la santé de première ligne sont impliqués dans le traitement du tabagisme, qui repose sur des interventions d'accompagnement et de la pharmacothérapie. Afin de les soutenir et d'encadrer la pratique clinique, l'INESSS a élaboré un outil d'aide à la décision portant sur l'ensemble de la démarche clinique visant la cessation tabagique (y compris la cessation du vapotage), qui peut être suivie auprès des personnes de 12 ans et plus.

Méthodologie

Pour ces travaux, une revue de la littérature scientifique a été réalisée à partir de publications répertoriées dans des bases de données bibliographiques et dans d'autres sources d'information pour repérer : 1) des documents qui présentent de l'information et des recommandations cliniques sur la cessation tabagique; et 2) des études primaires sur l'efficacité et l'innocuité de la cytisine et de la cigarette électronique pour la cessation tabagique. Des informations contextuelles québécoises ont également été recherchées, notamment parmi des documents gouvernementaux ainsi que dans des banques de données clinico-administratives pour produire un portrait de l'usage des pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique et remboursées par le régime d'assurance médicaments du Québec. La perspective des parties prenantes a été recueillie par le biais : 1) d'un comité consultatif formé de professionnels de la santé de différentes spécialités et expertises; 2) d'un comité de suivi formé de représentants de différents regroupements professionnels (ordres, associations et fédérations), de décideurs et d'autres acteurs intéressés par le projet (p. ex. représentants du MSSS et de l'INSPQ); et 3) d'une consultation auprès d'utilisateurs ayant déjà essayé d'arrêter de fumer. Les recommandations cliniques élaborées sont le fruit de l'appréciation de l'information et des recommandations issues de la littérature, de la perspective des parties prenantes ainsi que d'éléments contextuels propres au Québec. Enfin, la qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées avec des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que des futurs utilisateurs n'ayant pas participé aux travaux.

Principaux constats

Au terme de l'analyse de l'ensemble de l'information colligée et du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les constats et les messages clés suivants ont été reconnus comme porteurs pour soutenir la pratique clinique entourant la cessation tabagique, y compris le vapotage. Ces constats et les recommandations qui en découlent ont servi à concevoir l'outil clinique décrit ci-après.

Une approche personnalisée et bienveillante pour favoriser la décision partagée

La discussion avec la personne, dans une approche empathique, bienveillante et centrée sur le patient, est au centre de la démarche clinique menant vers la cessation tabagique. Bien qu'une pharmacothérapie devrait toujours être offerte en combinaison avec une ou plusieurs interventions d'accompagnement pour favoriser l'atteinte des objectifs de la personne, il est important de personnaliser le choix du traitement sur la base d'une décision partagée, qui considère à la fois les aspects cliniques ainsi que les besoins et les préférences de la personne, ses expériences antérieures et sa situation psychosociale. Par ailleurs, la durée du traitement pharmacologique et des interventions d'accompagnement devrait aussi être personnalisée pour optimiser les chances de réussite. Pour faciliter la prise de décision partagée, la personne devrait être informée des différents traitements disponibles pour l'aider à atteindre son objectif, que ce soit de cesser complètement de fumer à la date fixée ou de réduire sa consommation en vue de cesser à court ou à long terme.

Un éventail de pharmacothérapies éprouvées

Plusieurs pharmacothérapies sont actuellement disponibles pour soutenir la personne qui s'engage dans un processus de cessation tabagique. En première intention, la varénicline ou les thérapies de remplacement de la nicotine combinées (longue et courte durée d'action) devraient généralement être privilégiées chez la population générale, mais le bupropion demeure une option valable. De plus, la cytisine, un produit naturel avec un mécanisme d'action semblable à celui de la varénicline, est également recommandée comme option alternative à ces produits de première intention. Bien que les données scientifiques reposent surtout sur des études portant sur la cigarette conventionnelle, ces pharmacothérapies pourraient aussi être envisagées chez la personne qui vapote ou qui consomme un autre produit du tabac.

Par ailleurs, bien que la cigarette électronique ne soit pas approuvée pour la cessation tabagique par Santé Canada, elle est un produit de consommation de plus en plus utilisé à cette fin, et les études montrent qu'elle peut être efficace pour cesser de fumer. Toutefois, comme plusieurs incertitudes demeurent quant à son innocuité à long terme, elle est plutôt considérée comme une approche de réduction du risque par rapport à la cigarette conventionnelle. Ainsi, si une personne est intéressée par son utilisation pour cesser de fumer, la cigarette électronique peut être envisagée de manière temporaire dans certaines situations, notamment chez les personnes ayant fait plusieurs tentatives infructueuses avec des pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique.

L'accompagnement, un aspect du traitement à mettre à l'avant-plan

Selon les parties prenantes consultées, l'importance de l'accompagnement et d'une bonne préparation devrait être davantage mise de l'avant auprès de la personne qui tente de cesser de consommer un produit du tabac ou du vapotage. Le soutien et l'accompagnement de la personne qui consomme sont aussi recommandés par nombre de guides de pratique clinique. Cela peut être réalisé grâce à un éventail d'interventions, allant de l'éducation psychologique à la psychothérapie, mais implique minimalement une

intervention brève (30 secondes à 3 minutes). Cette dernière comprend : 1) le dépistage et l'identification des fumeurs et des ex-fumeurs, peu importe le produit consommé (p. ex. cigarette électronique, tabac chauffé, tabac sans fumée, cigarette conventionnelle); 2) une discussion sur la cessation du tabac ou du vapotage, sur les risques de rechute et sur les soins et services disponibles; et 3) selon la pertinence clinique, l'offre d'un accompagnement, d'un suivi ou de matériel éducatifs et d'autosoins. À cet égard, l'orientation de la personne vers des ressources d'accompagnement spécialisées en cessation tabagique, dont les centres d'abandon du tabagisme, peut être pertinente d'un point de vue clinique ou organisationnel, notamment si le professionnel de la santé ne possède pas toutes les ressources ou le temps nécessaire pour effectuer l'ensemble de la démarche recommandée.

Recommandations et outil clinique

Au terme des travaux et à la suite du processus itératif avec les membres du comité consultatif, les données scientifiques, l'information et les recommandations tirées de la littérature consultée, les éléments contextuels et la perspective de différentes parties prenantes consultées ont été triangulés. Puis, une série de recommandations ont été formulées. Celles-ci, présentes au cœur du rapport, sont résumées dans l'outil clinique associé.

Retombées et pistes de soutien à l'implantation

Sans se substituer au jugement clinique des professionnels de la santé, l'outil clinique devrait permettre d'optimiser et d'harmoniser les pratiques relatives à la cessation tabagique, y compris le vapotage. Cela dépendra toutefois de plusieurs facteurs, dont la diffusion et la promotion de l'outil clinique au sein du réseau ainsi que l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés. Certaines pistes d'action sont suggérées pour faciliter l'implantation de l'outil et optimiser ses retombées cliniques.

SUMMARY

Interventions to quit smoking (or vaping)

Introduction

Smoking, defined as the regular use of one or more tobacco- or nicotine-based products, leads to dependence. Currently, approximately 11% of the Québec population smokes conventional cigarettes, while 7% consume nicotine via electronic cigarettes. Numerous frontline healthcare professionals are involved in smoking cessation treatment, which relies on various support measures and pharmacotherapy. To assist and guide clinical practice, INESSS has developed a decision-support tool covering the entire clinical process for smoking cessation (including vaping cessation) by persons aged 12 and older.

Methodology

A literature review was conducted using scientific publications from bibliographic databases and other sources to identify: 1) documents presenting information and clinical recommendations on smoking cessation; and 2) primary research studies on the effectiveness and safety of cytisine and electronic cigarettes for smoking cessation. Québec-specific contextual information was also gathered, among government documents and data from clinical-administrative databases, to provide a portrait of the use of pharmacotherapies indicated for smoking cessation and reimbursed by the provincial public drug insurance plan. Stakeholder perspectives were collected from: 1) an advisory committee of healthcare professionals from various specialties and areas of expertise; 2) an oversight committee of representatives from professional organizations (orders, associations, and federations), decision-makers, and other interested parties (e.g., representatives from MSSS and INSPQ); and 3) consultation with users who had previously attempted to quit smoking. The clinical recommendations were developed based on a comprehensive assessment and integration of information and recommendations in the literature, stakeholder perspectives, and contextual elements specific to Québec. Finally, the overall quality, acceptability, and applicability of the work were evaluated by external expert reviewers active in the domain and future users not involved in earlier parts of the project.

Key Findings

Following the analysis of all collected information and an iterative process with the advisory committee, the following key findings and messages were identified as essential to support clinical practice in smoking and vaping cessation. These findings and the resulting recommendations informed the development of the clinical tool described below.

A Personalized and Compassionate Approach to Support Shared Decision-Making

Engaging in empathetic, compassionate, and patient-centered dialogue is central to the clinical process of smoking cessation. While pharmacotherapy should always be offered in combination with one or more support measures to help achieve the person's goals, it is important to personalize the treatment choice through shared decision-making. This approach considers clinical aspects as well as the person's needs and preferences, past experiences, and psychosocial situation. Additionally, the duration of both pharmacological treatment and support measures should be tailored to the person in order to optimize the likelihood of success. To facilitate shared decision-making, the person should be informed about the various available treatments to help them reach their goal, whether it is to quit smoking entirely by a set date or to reduce consumption with a view to quitting in the short- or long-term.

A Range of Proven Pharmacotherapies

Several pharmacotherapies are currently available to support the person engaged in a smoking cessation process. As first-line treatments, varenicline or combined nicotine replacement therapies (long- and short-acting) should generally be prioritized for the general population, although bupropion remains a valid option; cytisine, a natural product with a mechanism of action similar to varenicline, is also recommended as an alternative. Although scientific data mainly focus on conventional cigarettes, these pharmacotherapies may also be considered for persons who vape or consume other tobacco products.

Furthermore, despite the fact that electronic cigarettes are not approved for smoking cessation by Health Canada, they are increasingly being used for this purpose, and studies show that they can be effective in helping people quit smoking. Due to ongoing uncertainty about their long-term safety, however, they are considered more as a harm reduction approach compared to conventional cigarettes. Therefore, if a person expresses interest in using electronic cigarettes to quit smoking, these can be considered as a temporary option in some situations, particularly if there has been several unsuccessful attempts with the approved pharmacotherapies for smoking cessation.

Supports measures: A Key Component to Prioritize

The consulted stakeholders emphasized the need to place greater importance on support and suitable preparation for persons attempting to quit tobacco or vaping products. Support measures are also widely recommended by clinical practice guidelines. These can take various forms, ranging from psychological education to psychotherapy, but should include a brief counselling session (of 30 seconds to 3 minutes) at the minimum. This session involves: 1) screening and identifying smokers and former smokers, regardless of the product used (e.g., electronic cigarettes, heated tobacco, smokeless tobacco, conventional cigarettes); 2) discussing smoking or vaping cessation, relapse risks, and available care and services; and 3) depending on their clinical relevance, offering support, follow-up, or educational and self-care materials. In this regard, referring the person to specialized resources, such as smoking cessation centres, might be

clinically or organizationally appropriate—especially when a healthcare professional lacks resources or time to carry out the full, recommended process.

Recommendations and Clinical Tool

At the completion of this work and after carrying out an iterative process with the advisory committee, a triangulation method was used to consider and integrate the scientific data, literature-based information and recommendations, contextual elements, and stakeholder perspectives. A series of recommendations were then formulated, which are central to the project report and are summarized in the associated clinical tool.

Outcomes and Implementation Support Strategies

Although not intended to replace the clinical judgement of healthcare professionals, the clinical tool developed should enable optimization and harmonization of practices related to smoking and vaping cessation. However, its impact will depend on several factors, including the dissemination and promotion of the tool within the healthcare system and the adoption of the recommendations by the healthcare professionals concerned. Several action strategies are proposed in the project report to facilitate the implementation of the tool and maximize its clinical impact.

SIGLES ET ACRONYMES

AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
ATS	American Thoracic Society
AVC	Accident vasculaire cérébral
CAMH	Centre for Addiction and Mental Health
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CE	Cigarette électronique
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMQ	Collège des médecins du Québec
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
DAPM	Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament
DGSP	Direction générale de la santé publique
DSM-V	<i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques</i>
e-CPS	<i>Electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties</i>
ECRA	Essai clinique à répartition aléatoire
EQTPV	Enquête québécoise sur le tabac et les produits de vapotage
ET	Écart-type
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GPC	Guide de pratique clinique
GECSSP	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations
HAS	Haute Autorité de Santé
IC	Intervalle de confiance
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ISQ	Institut de la statistique du Québec
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
KCPG	<i>Korean Clinical Practice Guideline for Tobacco Cessation</i>
MPAV	Maladie pulmonaire associée au vapotage
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NICE	National Institute for Health and Care Excellence

OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPIQ	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
RACGP	Royal Australian College of General Practitioners
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
ROBIS	<i>Risk of bias in systematic reviews</i>
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
RS	Revue systématique
RR	Risque relatif
SCC	Société cardiovasculaire du Canada
SCP	Société canadienne de pédiatrie
SEPAR	Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TRN	Thérapies de remplacement de la nicotine
TRN-LA	Thérapies de remplacement de la nicotine à longue durée d'action
TRN-CA	Thérapies de remplacement de la nicotine à courte durée d'action
TUS	Trouble lié à l'usage de substances
UETMIS	Unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
USPSTF	United States Preventive Services Taskforce

GLOSSAIRE

TRN

Les thérapies de remplacement de la nicotine, ou TRN, agissent en remplaçant une certaine quantité de la nicotine normalement délivrée par la cigarette, ce qui aide à atténuer les envies de fumer et les symptômes de sevrage. Elles sont disponibles sous plusieurs formes.

TRN combinée

La thérapie de remplacement de la nicotine combinée se compose de plus d'une forme de TRN, généralement d'une TRN à longue action (timbre à la nicotine) et une à courte action (p. ex. pastilles ou gommes à mâcher à la nicotine).

TRN courte action

La thérapie de remplacement de la nicotine à courte action fournit une dose rapide de nicotine pour aider à surmonter les envies de fumer et les symptômes de sevrage. Les types de TRN à courte action comprennent la gomme à mâcher, la pastille, le vaporisateur buccal, l'inhalateur et la pochette buccale.

TRN longue action

La thérapie de remplacement de la nicotine à longue action fournit une dose lente et régulière de nicotine. Le seul type de TRN à longue action présentement disponible est le timbre.

Vapofumer

La consommation concomitante de cigarette conventionnelle et électronique.

INTRODUCTION

Problématique

Le tabagisme est considéré comme la principale cause de morbidité et de mortalité évitable en Amérique du Nord (MSSS, 2020b). Il affecte plusieurs organes du corps et est associé à de nombreuses maladies débilitantes, voire mortelles, notamment au niveau des voies respiratoires (p. ex. maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), emphysème, cancer du poumon) et du système cardiovasculaire (p. ex. angine, accident vasculaire cérébral (AVC)) (Santé Canada, 2023). Il entraîne également des conséquences économiques (p. ex. coûts des soins de santé), environnementales (p. ex. pollution), sociétales (p. ex. appauvrissement) et professionnelles (p. ex. diminution de la productivité au travail) (CQTS, 2023; Santé Canada, 2023).

Depuis les années 1980, de nombreuses interventions ont contribué à réduire le nombre d'utilisateurs de produits du tabac au Québec (MSSS, 2020b). La commercialisation des cigarettes électroniques (CE) a également participé à modifier le portrait de la consommation de tabac et de nicotine, particulièrement chez les jeunes. Selon l'Enquête québécoise sur le tabac et les produits de vapotage (EQTPV) de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), parmi les personnes âgées de 15 ans et plus au Québec en 2023, 11 % fumaient et 7 % vapotaient. Une grande proportion d'entre elles consommaient sur une base quotidienne, soit 70 % des personnes qui fumaient et 50 % des personnes qui vapotaient. De plus, la proportion de personnes qui fumaient était plus faible chez les personnes de moins de 18 ans, comparativement à celle de 18 ans et plus, alors que le vapotage était proportionnellement plus présent chez les personnes de 15 à 24 ans que chez les personnes de plus de 25 ans ([Tableau 1](#)) (ISQ, 2025).

Tableau 1 Proportion de personnes qui fument et qui vapotent au Québec, par groupes d'âge, 2023

Groupes d'âge	Fumeurs	Vapoteurs
15 à 17 ans	3,2 %	14,5 %
18 à 24 ans	10,1 %	22,1 %
25 à 34 ans	10,5 %	12,3 %
35 à 64 ans	12,6 %	4,3 %
65 ans et plus	8,1 %	1,1 %
Total	11,0 %	7,0 %

Le tabagisme demeure toutefois une priorité de santé publique, car on y attribue encore environ 13 000 décès par année (Dobrescu *et al.*, 2017). Bien que la majorité (80 à 90 %) des fumeurs souhaiterait arrêter de fumer (ENSP, 2020), l'arrêt de la consommation est généralement difficile et requiert plusieurs tentatives. Il faudrait au moins 6 à 7 tentatives sérieuses (INESSS, 2025), voire jusqu'à 30 pour certaines personnes, avant d'être abstinent pendant 1 an ou plus (Chaiton *et al.*, 2016). En 2023, 2,1 % des personnes de 15 ans et plus avaient cessé de fumer depuis moins de deux ans et 46 % des personnes

qui fumaient avaient fait une tentative au cours de cette même période (ISQ, 2025). Les principaux moyens employés pour cesser de fumer rapportés par ces dernières sont la pharmacothérapie (31 %) et la cigarette électronique (33 %). Toutefois, près du tiers de ces personnes a indiqué n'avoir utilisé aucun moyen pour cesser de fumer dans les deux dernières années (ISQ, 2025).

Contexte de l'amorce des travaux

Malgré certaines initiatives récentes, telles que le cadre de référence conjoint sur la pratique professionnelle en abandon du tabac (CMQ, 2020), le formulaire *Soutien clinique à l'abandon du tabagisme* (SCAT) (MSSS, 2020a) et une synthèse de connaissances sur les interventions prometteuses pour la cessation du vapotage (INSPQ, 2021), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a soulevé l'absence d'outil à jour qui puisse soutenir les pratiques cliniques actuelles relatives à la dépendance à la nicotine. L'OIIQ a donc demandé au MSSS qu'un mandat soit confié à l'INESSS pour concevoir un outil d'aide à la décision sur les meilleures pratiques en matière de cessation tabagique (y compris le vapotage).

Basé sur les données scientifiques les plus récentes en matière d'usage clinique, cet outil devait s'adresser à l'ensemble des professionnels de la santé de la première ligne, dont ceux habilités à prescrire des pharmacothérapies pour la cessation tabagique (p. ex. médecins, pharmaciens, infirmières praticiennes spécialisées, infirmières cliniciennes, inhalothérapeutes), et inclure : 1) les différents traitements existants et toutes informations pertinentes y étant associées (p. ex. indications, contre-indications, précautions et avertissements), y compris l'usage et la cessation de produits de vapotage contenant de la nicotine; et 2) la gestion des effets indésirables des TRN, notamment pour la prévention et la gestion de la dermatite de contact liée aux timbres transdermiques de nicotine.

En complément à ces travaux, une mise à jour de l'état des connaissances sur les stratégies de cessation tabagique a été réalisée pour y ajouter les données les plus récentes sur l'efficacité et l'innocuité des traitements de plus longue durée, ou effectués avec plus d'une tentative annuelle (INESSS, 2025).

Objectifs

L'objectif de ces travaux était de produire un outil clinique pour soutenir les professionnels de la santé de première ligne dans le choix des interventions d'accompagnement et des pharmacothérapies pour la cessation du tabac et du vapotage.

Livrables

En plus du présent rapport, l'INESSS a conçu un outil clinique sur les interventions pour soutenir la cessation ou la réduction de la consommation de tabac et des produits du vapotage.

1 MÉTHODOLOGIE ET DOCUMENTS RETENUS

Les questions d'évaluation et la méthodologie employée pour mener ces travaux sont décrites de manière détaillée dans le document *Annexes complémentaires*.

Le repérage de la littérature a été mené par un conseiller en information scientifique (bibliothécaire) en collaboration avec l'équipe de projet. Les bases de données bibliographiques MEDLINE, Embase et EBM Reviews (Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews), PsycINFO et CINAHL ont été interrogées en juin 2024 en tenant compte des concepts suivants : cessation tabagique, traitements pharmaceutiques, bonnes pratiques et aspect économique.

Les résultats ont été limités aux documents publiés en anglais ou en français de 2019 à 2024. Élaborée d'abord dans MEDLINE, la stratégie a été par la suite adaptée dans chacune des bases de données consultées.

D'autres sources spécialisées, dont des sources de littérature grise, ont été consultées : sites Web d'agences en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux; sites Web d'organismes gouvernementaux, d'associations professionnelles et de sociétés savantes.

Une mise à jour de la recherche documentaire a aussi été effectuée en août 2025 pour repérer, avant la parution de ce rapport, des publications récentes susceptibles de modifier les résultats présentés.

Des informations contextuelles québécoises ont également été recherchées, notamment dans des documents gouvernementaux ainsi que dans des banques de données clinico-administratives pour produire un portrait de l'usage des pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique et remboursées par le régime d'assurance médicaments du Québec. La perspective des parties prenantes a été recueillie par le biais : 1) d'un comité consultatif formé de professionnels de la santé de différentes spécialités et expertises; 2) d'un comité de suivi formé de représentants de différents regroupements professionnels (ordres, associations et fédérations), de décideurs et d'autres acteurs intéressés par le projet (p. ex. représentants du MSSS et de l'INSPQ); et 3) d'une consultation auprès d'utilisateurs ayant déjà essayé d'arrêter de fumer.

Les recommandations cliniques élaborées sont le fruit de l'appréciation de l'information et des recommandations issues de la littérature, de la perspective des parties prenantes ainsi que d'éléments contextuels propres au Québec. La qualité globale des travaux, leur acceptabilité et leur applicabilité ont été appréciées avec des lecteurs externes spécialistes du domaine d'intérêt ainsi que de futurs utilisateurs n'ayant pas participé aux travaux.

1.1 Documents retenus

La recherche systématique de la littérature a permis de repérer 10 925 documents publiés de janvier 2019 à septembre 2024, dont 26 ont été retenus aux fins des présents travaux, soit :

- 24 guides de pratique clinique (GPC) et documents avec recommandations (annexe I), dont ceux de la Société cardiovasculaire du Canada (SCC) et du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), publiés en 2025, qui ont été ajoutés au présent rapport lors de la finalisation des travaux;
- 1 revue systématique avec méta-analyses sur l'efficacité et l'innocuité de la cytisine (Ofori *et al.*, 2023);
- 1 revue systématique avec méta-analyses sur l'efficacité et l'innocuité de la cigarette électronique (Lindson *et al.*, 2024).

Des 24 documents présentant de l'information ou des recommandations cliniques, 16 ont une méthodologie d'élaboration qui a été jugée adéquate (50 % ou plus sur la dimension de la rigueur scientifique) selon la grille AGREE II. La qualité méthodologique des huit autres documents contenant des recommandations n'a pas été appréciée dans le cadre de ces travaux, mais ils ont été conservés pour leurs éléments contextuels puisqu'ils ont été produits par des organisations québécoises ou canadiennes (CAMH, 2021; 2024a, 2024b; Chadi *et al.*, 2021; Harvey *et al.*, 2016; MSSS, 2022; Mir *et al.*, 2025; Thombs *et al.*, 2025). Le guide de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) a été repéré, mais n'a pas été extrait étant donné qu'il reprenait les informations d'autres GPC sélectionnés par l'INESSS (2020). La qualité méthodologique des deux revues systématiques retenues a été jugée adéquate selon la grille ROBIS. La stratégie de repérage de la littérature, le diagramme de flux, la liste des documents exclus ainsi que les raisons de leur exclusion, la liste et les caractéristiques des documents inclus et l'évaluation de leur qualité méthodologique sont disponibles dans le document *Annexes complémentaires*. Les tableaux détaillant l'information extraite de ces documents sont disponibles sur demande.

2 PORTRAIT DES PHARMACOTHÉRAPIES REMBOURSÉES PAR LA RAMQ

La population considérée dans ce portrait concerne exclusivement les personnes de 12 ans et plus assurées par le RPAM au moins un jour de 2017 à 2023, ayant utilisé une pharmacothérapie indiquée pour la cessation tabagique inscrite sur la liste des médicaments de la RAMQ et qui ont obtenu un remboursement. Lorsque prescrites par un professionnel de la santé autorisé, ces pharmacothérapies peuvent être remboursées pour un maximum de 12 semaines consécutives dans une année (outre la varénicline pour 12 semaines supplémentaires sous conditions), que ce soit pour les TRN ou les médicaments sous forme de comprimés (varénicline et bupropion). Les mesures descriptives incluses dans ce portrait concernent principalement les utilisateurs des pharmacothérapies, les prescriptions et les prescripteurs. Seuls les professionnels de la santé du Québec ont été considérés dans l'analyse. Les détails méthodologiques sont présentés dans le document *Annexes complémentaires*.

Étant donné la nature des données utilisées, il importe de souligner que :

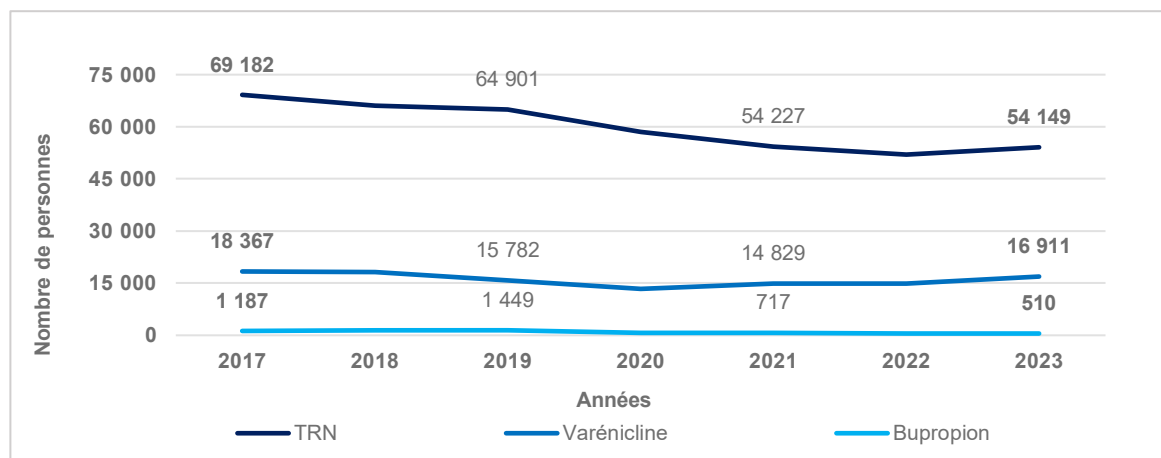
- les personnes assurées par un régime privé ne sont pas représentées, ni celles ayant obtenu une pharmacothérapie dans un centre hospitalier;
- les traitements par TRN ou bupropion allant au-delà de 12 semaines et de varénicline au-delà de 24 semaines ne peuvent être identifiés; l'information sur des traitements de durée prolongée n'est pas disponible;
- les traitements par TRN non inscrits sur la liste des médicaments de la RAMQ ou encore non indiqués pour la cessation tabagique ne sont pas disponibles. Le nombre de traitements pharmacologiques pour la cessation tabagique non comptabilisés ne peut être déterminé;
- les prescriptions et les dates de service ne reflètent pas nécessairement la prise du médicament;
- les fumeurs (anciens et actuels) ne peuvent être identifiés, pas plus que le nombre de tentatives réalisées par ces derniers. Il n'y a pas de diagnostic associé à cette problématique ou encore de variable relative au statut tabagique des personnes dans ces banques;
- les personnes des 65 ans plus sont surreprésentées de manière générale dans les banques de données de la RAMQ. Cependant, à partir des données de l'IQVIA incorporated (2025)¹, qui contiennent de l'information colligée par les pharmacies communautaires et les établissements, il est possible de constater que 60 % des réclamations de pharmacothérapies pour la cessation tabagique proviennent du régime d'assurance publique.

¹ Extraction réalisée en octobre 2024.

2.1 Nombre de personnes ayant utilisé une pharmacothérapie

Pour illustrer les tendances au cours de la période à l'étude, le nombre de personnes ayant utilisé une pharmacothérapie pour la cessation tabagique a été comptabilisé par année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année.

Figure 1 Nombre de personnes ayant utilisé une pharmacothérapie pour la cessation tabagique, par année civile (2017-2023)



La [figure 1](#) montre que l'emploi de TRN (courte action (CA) ou longue action (LA)) est substantiellement plus important que celui des médicaments sous forme de comprimés (varénicline et bupropion). En effet, en moyenne, parmi les personnes assurées par le RPAM qui ont obtenu un remboursement pour une pharmacothérapie indiquée pour la cessation tabagique, 74 % auraient utilisé une ou des TRN, 21 % la varénicline, 1 % le bupropion et 4 % à la fois des TRN et un médicament sous forme de comprimés dans une même année. Les membres du comité consultatif ont mentionné que ces tendances correspondent à ce qu'ils observent dans leurs pratiques et ont proposé certaines explications, telles que :

- les TRN sont plus souvent utilisées parce qu'elles sont plus accessibles (en vente libre, droit de prescription d'un plus grand nombre de professionnels de la santé) et comportent généralement peu d'effets indésirables comparativement aux médicaments sous forme de comprimés;
- l'emploi de la varénicline demeure relativement faible comparé aux TRN, car les professionnels de la santé ont encore certaines craintes par rapport à des effets indésirables graves de la varénicline. Leurs craintes s'estompent tranquillement depuis la parution de nouvelles études relatives à l'innocuité de la varénicline, notamment l'étude EAGLES stipulant que les effets neuropsychiatriques sont plutôt attribuables à la cessation tabagique, et non à cette pharmacothérapie (Anthenelli *et al.*, 2016);

- le bupropion est disponible sous deux marques déposées, soit le Wellbutrin (inscrit sur la liste de la RAMQ et indiqué pour le traitement du trouble dépressif majeur et la prévention des épisodes saisonniers de dépression majeure (Inc., 2021)) et le Zyban (formulation indiquée pour la cessation tabagique). Il est souvent prescrit pour une double indication, soit pour le traitement de certaines problématiques de santé mentale et pour la cessation tabagique. Les professionnels de la santé seraient toutefois moins à l'aise de prescrire ce médicament parce qu'il est associé à plusieurs effets indésirables et interactions médicamenteuses. Son étiquette d'antidépresseur le rendrait aussi moins attrayant aux yeux des patients. Par ailleurs, en présence d'une problématique de santé mentale concomitante, le Wellbutrin est souvent préféré au Zyban. L'usage du bupropion pour la cessation tabagique pourrait donc être sous-estimé dans les données clinico-administratives.

La [figure 1](#) montre également que, de 2017 à 2023, le nombre de personnes ayant employé une pharmacothérapie a diminué, peu importe le traitement. En nombre absolu, ce sont les TRN qui présentent la baisse la plus importante avec une différence d'un peu plus de 15 000 personnes. Les principales raisons qui ont été soumises par les membres du comité consultatif relativement à cette baisse globale sont que : 1) les CE, autorisées comme produits de consommation, mais non approuvées par Santé Canada pour la cessation tabagique, sont fréquemment utilisées à cette fin dans la population (ISQ, 2025) et 2) la pandémie de COVID-19 a modifié l'offre et la demande de soins et services.

2.2 Récurrence d'utilisation des TRN et des médicaments sous forme de comprimés

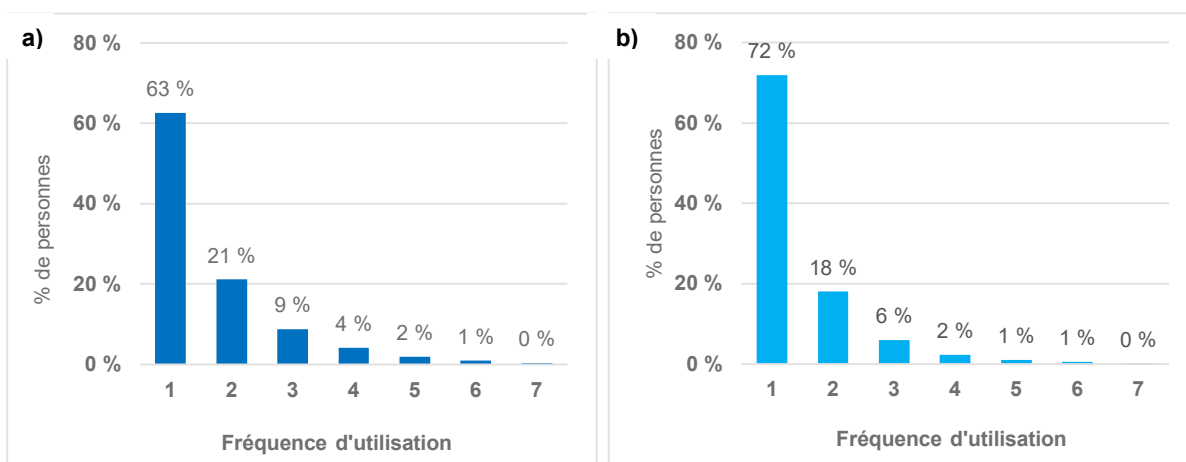
Pour obtenir une vue d'ensemble de la récurrence de l'utilisation de ces pharmacothérapies au cours de la période à l'étude, la fréquence de l'utilisation par personne des différents groupes de produits (TRN et médicaments sous forme de comprimés) a été comptabilisée, peu importe le nombre de prescriptions reçues dans l'année. De 2017 à 2023, un total de 252 254 personnes ont utilisé une TRN et 81 491, un médicament sous forme de comprimés. Parmi les personnes ayant utilisé des TRN, 63 % en ont utilisé une seule fois, 21 % deux fois et 9 % trois fois ([figure 2a](#)).

Une tendance relativement similaire se dessine pour les médicaments sous forme de comprimés (qui concernent surtout la varénicline) : 72 % en ont utilisé une seule fois, 18 % deux fois et 5 % trois fois ([figure 2b](#)).

Selon les membres du comité consultatif, comme les pharmacothérapies sont limitées par des conditions de remboursement, ces résultats sous-estimeraient leur fréquence d'utilisation réelle. Il est généralement admis que cela prendrait environ 12 tentatives (voire plus) pour atteindre l'abstinence continue. Ainsi, il est fort probable que plusieurs pharmacothérapies ont été payées directement par le consommateur. De plus, toutes les pharmacothérapies ne sont pas inscrites à la liste des médicaments de la RAMQ et ne peuvent donc pas être répertoriées dans les données. Selon les membres du comité

consultatif ainsi que d'autres parties prenantes consultées, il devrait y avoir une plus grande diversité de traitements admissibles à un remboursement, sans restriction dans le temps, pour augmenter les possibilités de rajustements et individualiser la thérapie pharmacologique. Enfin, les personnes qui ne sont pas suivies par un professionnel et qui ressentent des effets indésirables lors d'une tentative se tournent souvent, selon les membres du comité consultatif, vers des boutiques de vapotage. Les pharmacothérapies qui sont bien tolérées seraient en revanche généralement réemployées.

Figure 2 Fréquence d'utilisation des TRN (a) et des médicaments sous forme de comprimés (b) pour la cessation tabagique, par personne, au cours des 7 dernières années (2017-2023)



En résumé

De 2017 à 2023, les personnes ayant utilisé au moins une des pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique :

- se sont fait rembourser davantage de TRN que de médicaments sous forme de comprimés;
- sont moins nombreuses à avoir obtenu un remboursement en 2023 qu'en 2017 peu importe la pharmacothérapie;
- se sont généralement fait rembourser des TRN et des médicaments sous forme de comprimés une seule fois.

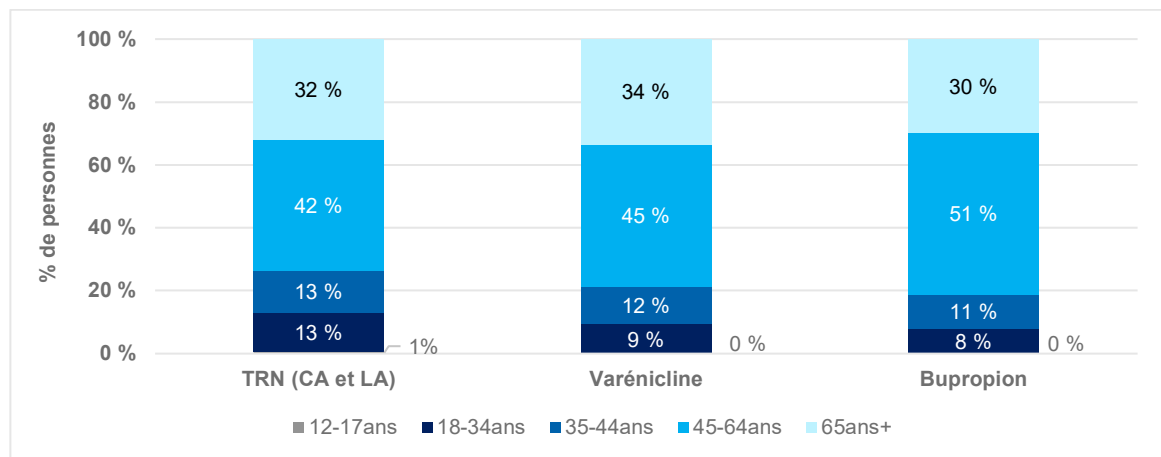
2.3 Proportion de personnes par groupes d'âge

En 2021, parmi les personnes de 12 ans et plus assurées auprès du RPAM, ayant utilisé une pharmacothérapie indiquée pour la cessation tabagique et étant inscrites sur la liste de la RAMQ, environ 54 000 ont reçu une TRN (courte et/ou longue actions), 15 000 de la varénicline et 700 du bupropion. La [figure 3](#) présente ces personnes en pourcentage, par groupes d'âge, pour chacune des pharmacothérapies. Les données montrent qu'en 2021 les pharmacothérapies pour la cessation tabagique ont été utilisées par des personnes âgées :

- de 45 ans et plus, peu importe le type, dans plus de 75 % des cas;
- de 18 à 44 ans dans environ 20 à 25 % des cas;
- de 12 à 17 ans dans moins de 1 % des cas (TRN presque exclusivement).

Les membres du comité consultatif ont corroboré ces données en disant que la plupart des personnes cessent généralement de fumer après 40 ans, moment où les effets néfastes du tabac commencent réellement à être ressentis.

Figure 3 Personnes de 12 ans et plus assurées auprès du RPAM ayant utilisé une pharmacothérapie pour la cessation tabagique, par groupes d'âge (2021)



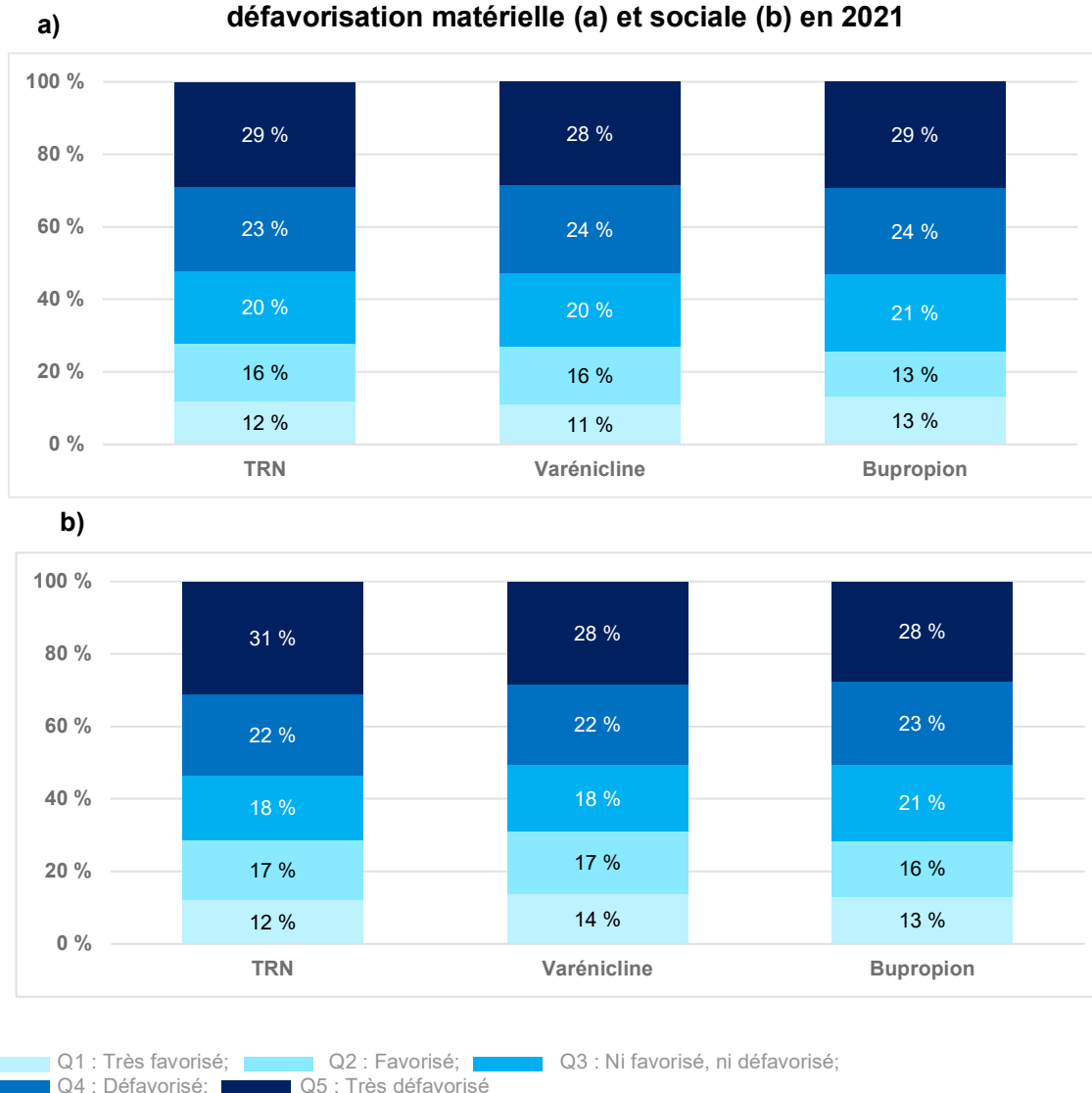
2.4 Proportion de personnes par indices de défavorisation matérielle et sociale

Pour mieux comprendre les disparités de santé dans le recours aux pharmacothérapies pour la cessation tabagique, les personnes inscrites à la RAMQ en 2021 qui ont obtenu au moins un remboursement du RPAM pour des TRN (timbres, gommes ou pastilles), de la varénicline ou du bupropion ont été analysées. L'analyse s'est appuyée sur deux indices (mesures composites) de défavorisation : l'un reflétant la dimension matérielle, l'autre la dimension sociale. Les individus ont ensuite été répartis en cinq groupes (quintiles), allant des plus favorisés (Q1) aux plus défavorisés (Q5). Lorsqu'on examine la

population assurée par le RPAM dans son ensemble, cette méthode de classification permet normalement une répartition équilibrée de 20 % par quintile.

À la [figure 4a](#), il est toutefois possible de constater qu'en 2021 la proportion de personnes se situant dans les derniers quintiles de défavorisation matérielle (défavorisé (Q4) et très défavorisé (Q5)) était surreprésentée (environ + 10 %), peu importe l'aide pharmacologique utilisée. De même, les personnes des premiers quintiles (très favorisé (Q1) et favorisé (Q2)) étaient sous-représentées. La [figure 4b](#) illustre le même phénomène pour l'indice de défavorisation sociale. Ainsi, parmi la population à l'étude, les personnes les plus défavorisées semblent utiliser davantage les pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique. Les membres du comité consultatif ont indiqué que ces données sont cohérentes avec les données actuellement disponibles sur le tabagisme : les populations les plus défavorisées consomment davantage que les plus favorisées.

Figure 4 Personnes de 12 ans et plus assurées auprès du RPAM ayant utilisé une pharmacothérapie pour la cessation tabagique, par quintiles de défavorisation matérielle (a) et sociale (b) en 2021



En résumé

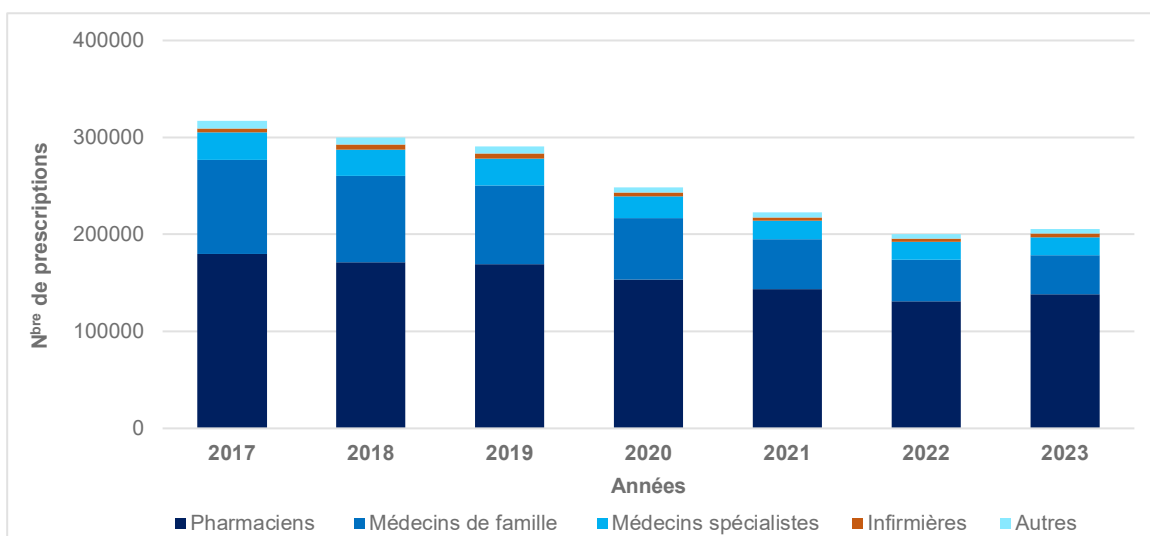
En 2021, les personnes ayant utilisé au moins une des pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique étaient :

- principalement âgées de 45 ans et plus;
- plus nombreuses à être parmi les quintiles *défavorisé* et *très défavorisé*, tant sur le plan social que matériel.

2.5 Nombre de prescriptions par type de professionnel de la santé

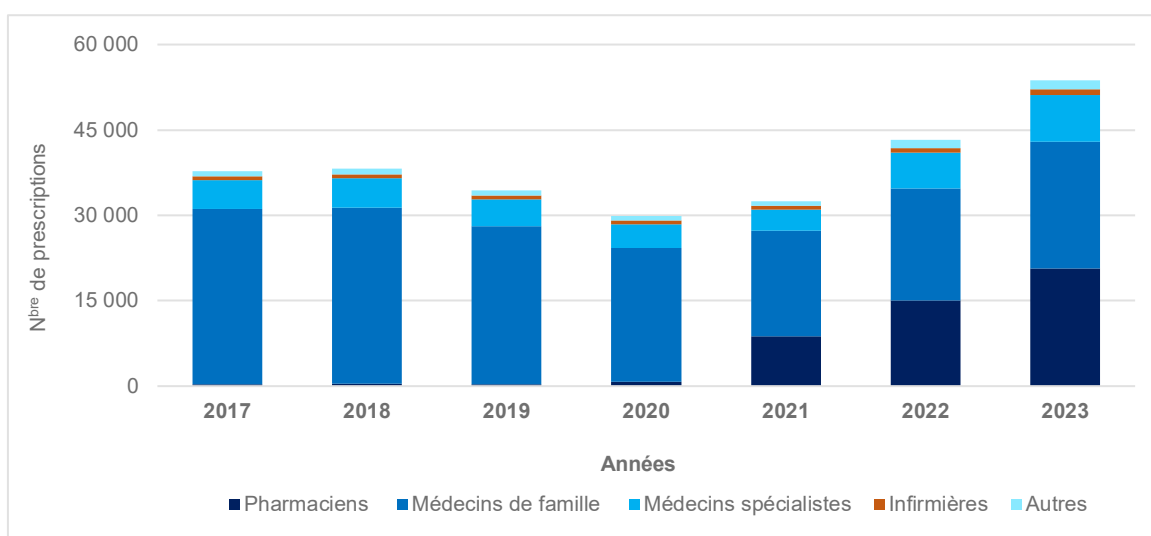
Pour apprécier le volume de prescriptions de TRN et de varénicline, le nombre de prescriptions a été comptabilisé par année pour la période à l'étude. Ces données ont ensuite été ventilées par type de professionnel de la santé ayant émis la prescription. De 2017 à 2023, le nombre de professionnels de la santé ayant émis une prescription de TRN a diminué d'environ 5 %, passant de 17 200 à 16 500. La [figure 5](#) montre cependant que le nombre de prescriptions de TRN a diminué de près de 35 %, passant de 317 066 en 2017 à 205 868 en 2023. Les professionnels qui ont émis le plus de prescriptions sont les pharmaciens, suivis des médecins de famille et des médecins spécialistes. Les autres prescripteurs autorisés, dont les inhalothérapeutes et les infirmières, ne représentent que 10 % de l'ensemble des prescripteurs de TRN pour cette période. Les membres du comité consultatif ont mentionné que les infirmières cliniciennes et les inhalothérapeutes ne sont pas nécessairement à l'aise de prescrire des TRN; ils dirigent fréquemment les personnes aux pharmaciens (d'ailleurs, comme le font plusieurs médecins de famille lorsque vient le temps de prescrire une aide pharmacologique). Ils doivent également suivre une formation payante pour pouvoir prescrire des TRN, ce qui pourrait limiter le nombre de professionnels qui peuvent réellement les prescrire.

Figure 5 Nombre de prescriptions de TRN selon le type de professionnel de la santé, par année civile (2017-2023)



Contrairement aux TRN, le nombre de professionnels ayant émis des prescriptions de varénicline est passé d'environ 6 600 à près de 9 000 de 2017 à 2023. Cela pourrait s'expliquer notamment par l'élargissement du droit de prescription des pharmaciens en 2021 aux médicaments sous forme de comprimés et aux récentes données scientifiques relativement à l'efficacité et à l'innocuité de cette pharmacothérapie. La [figure 6](#) illustre par ailleurs que les prescriptions de varénicline ont subi une hausse de 40 % de 2017 à 2023, passant de 38 816 à 55 786. Les professionnels ayant émis le plus grand nombre de prescriptions sont les médecins de famille, suivis des pharmaciens. Contrairement aux médecins, aux pharmaciens et aux IPS, les infirmières cliniciennes et les inhalothérapeutes ne peuvent pas prescrire les médicaments sous forme de comprimés (varénicline et bupropion) pour la cessation tabagique (à moins d'une pratique conforme à un protocole inclus dans une ordonnance collective ou individuelle).

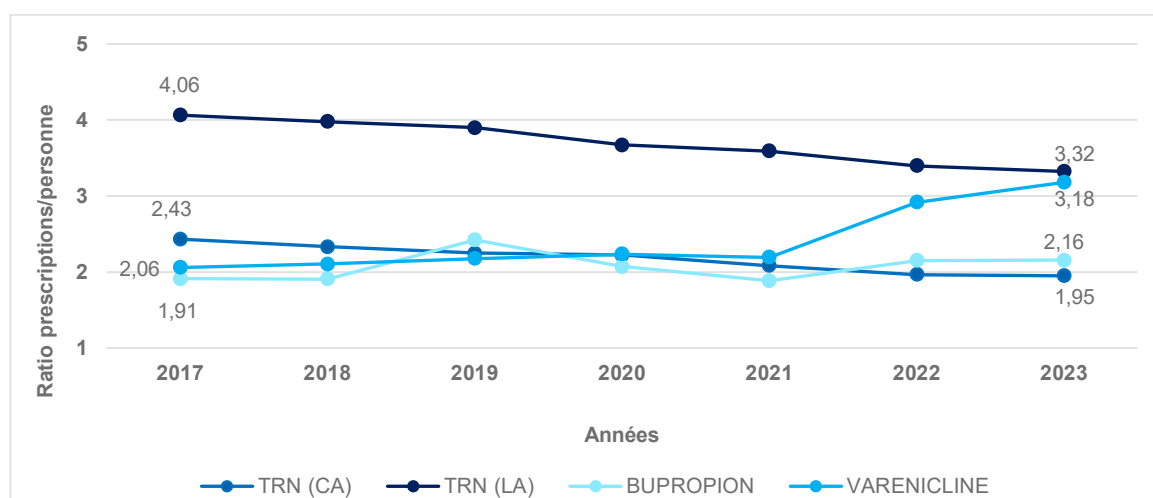
Figure 6 Nombre de prescriptions de varénicline selon le type de professionnel de la santé, par année civile (2017-2023)



2.6 Ratio de prescriptions par personne

De 2017 à 2023, le ratio de prescriptions de TRN par personne par année a diminué; les TRN-CA sont passées de 2,43 à 1,95 et les TRN-LA de 4,06 à 3,32 en 2023 ([Figure 7](#)). Au contraire, le ratio de prescriptions de varénicline par personne a augmenté de 2,06 à 3,18 pendant la période à l'étude. Le ratio de prescriptions de bupropion par personne par année est, quant à lui, demeuré relativement stable. Selon des membres du comité consultatif, ces données reflètent bien les dates de service (moments auxquels les prescriptions ont été remises aux personnes à la pharmacie). Comme souligné par les membres du comité consultatif, bien que les professionnels émettent généralement une prescription pour la durée complète d'un traitement pharmacologique, un changement de dose requiert généralement une nouvelle prescription de la part du pharmacien.

Figure 7 Ratio de prescriptions par personne, par année civile (2017-2023)



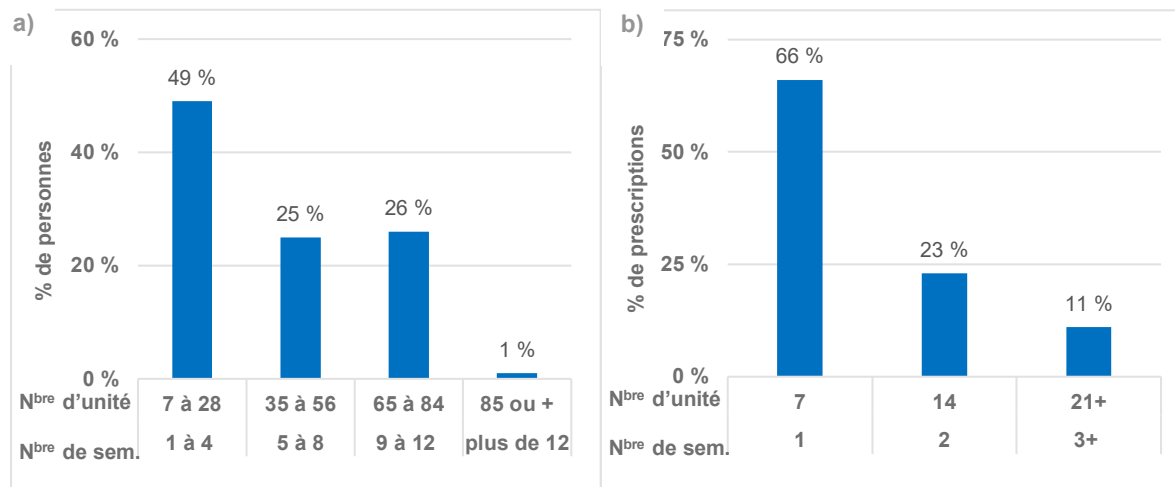
2.7 Quantité et durée moyennes des prescriptions par personne

2.7.1 Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)

L'ensemble des personnes ou presque (99 %) ayant utilisé des TRN-LA se sont vu prescrire 84 timbres ([Figure 8a](#)) ou moins, pour un ratio d'un timbre par jour. Cela permet d'associer le nombre d'unités prescrites à la durée des prescriptions et de voir que les hautes doses de TRN-LA ne semblent pratiquement pas prescrites.

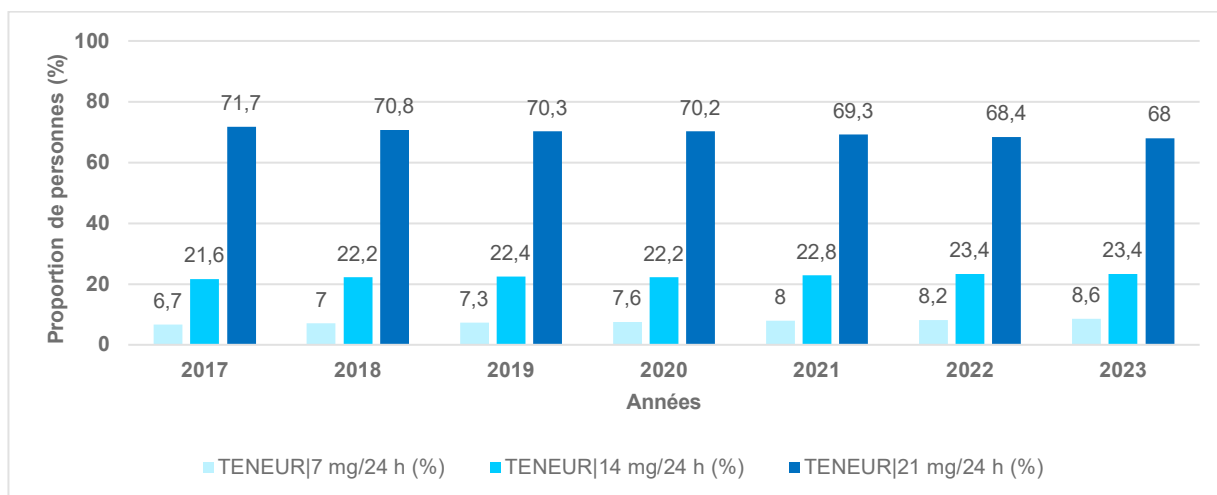
Les TRN-LA ont été en moyenne utilisées pour une durée de 8 semaines au cours de la période à l'étude. Cependant, environ la moitié (49 %) des personnes ayant reçu une prescription de TRN-LA les a utilisés de 1 à 4 semaines, un quart (25 %) de 5 à 8 semaines et un quart (26 %) de 9 à 12 semaines ([Figure 8a](#)). Ainsi, la majorité des personnes ne complète que la moitié ou moins du traitement recommandé de 8 à 12 semaines. La [figure 8b](#) montre que les deux tiers (66 %) des prescriptions de TRN-LA correspondent à 7 unités, soit une durée de traitement d'une semaine.

Figure 8 Quantité et durée de TRN longue action a) par personne et b) par prescriptions (2017-2023)



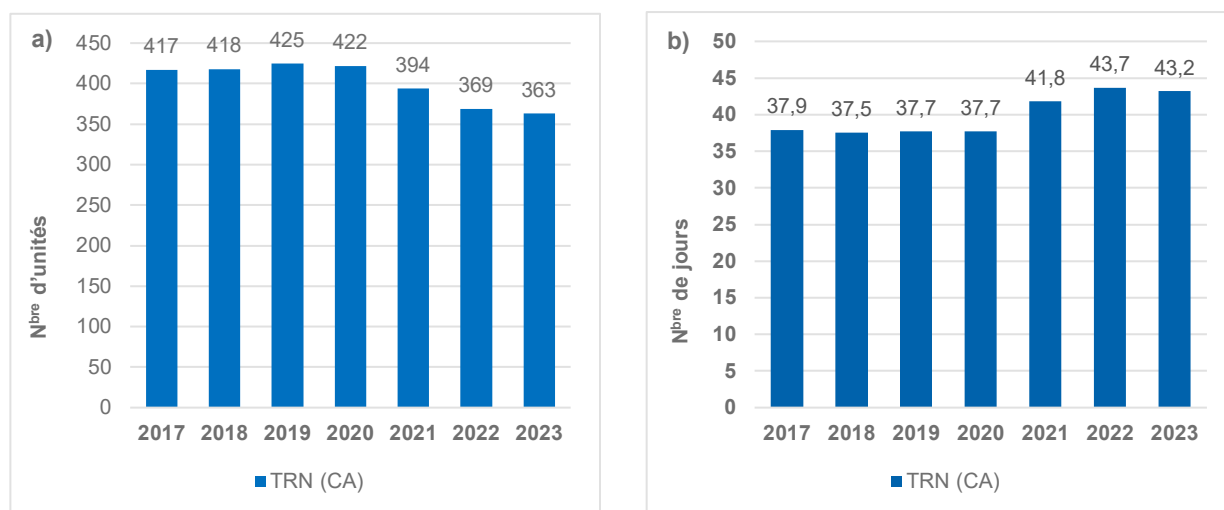
La [figure 9](#) présente la proportion de personnes selon la dose de départ prescrite de TRN-LA par année. Il est possible de constater que la majeure partie des personnes (environ 70 %) se voit prescrire la teneur la plus élevée en nicotine (21 mg) comme dose de départ chaque année depuis 2017. Le cinquième (environ 20 %) se voit prescrire des TRN-LA de 14 mg/jour.

Figure 9 Proportion de personnes selon la dose de départ de TRN longue action par année civile (2017-2023)



Les figures [10a](#) et [10b](#) présentent la quantité et la durée moyennes des TRN-CA (gommes ou pastilles) par année au cours de la période à l'étude. Elles indiquent que la quantité moyenne prescrite par personne se situait de 360 à 425 unités pour une durée moyenne de 38 à 43 jours (environ 9 à 10 unités par jour) de 2017 à 2023. Il est aussi possible de noter que la quantité moyenne de TRN-CA prescrite par personne a légèrement diminué contrairement à la durée d'usage moyenne prescrite qui a légèrement augmenté. Cependant, ces moyennes demeurent toutes deux bien en deçà de la quantité remboursée par le RPAM ou de la durée de traitement recommandée.

Figure 10 Quantité moyenne a) et durée moyenne b) de prescriptions de TRN courte action, par année civile (2017-2023)



2.7.2 Médicaments sous forme de comprimés

En résumé

De 2017 à 2023, les professionnels de la santé qui ont émis le plus de prescriptions sont les pharmaciens, les médecins de famille et les médecins spécialistes.

Le nombre de prescriptions de :

- TRN a diminué. Les TRN-LA ont été utilisées de 1 à 4 semaines par près de la moitié des personnes qui s'en sont fait prescrire, bien en deçà de la durée de traitement recommandée. Les TRN-CA ont été utilisés en moyenne de 38 à 43 jours;
- varénicline a augmenté. Elle a été utilisée en moyenne pendant 11 semaines;
- bupropion est demeuré stable. Il a été utilisé en moyenne pendant 8 semaines.

La quantité et la durée moyenne par personne des prescriptions de varénicline ont augmenté de 2017 à 2023. La moyenne d'unités prescrites se situait de 147 à 174, pour un traitement d'une durée moyenne de 78 à 81 jours (environ 2 unités par jour). La quantité et la durée moyennes des prescriptions de bupropion sont demeurées relativement stables pour cette période variant de 103 à 119 unités pour une durée de traitement de 56 à 62 jours. La durée des traitements avec la varénicline se situe donc légèrement en deçà du minimum de 12 semaines de traitement recommandé et l'usage du bupropion est légèrement au-dessus du minimum recommandé de 7 semaines, qui pourrait cependant s'étendre jusqu'à 52 semaines.

3 ARGUMENTAIRE, CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

3.1 Généralités

3.1.1 Fardeau économique associé au tabagisme

Avec une prévalence du tabagisme de 17,5 % chez les Québécois de 12 ans et plus en 2018, il était estimé que le fardeau économique associé représentait 3,8 milliards de dollars, dont 1,2 milliard de dollars en coûts directs de soins de santé (p. ex. hospitalisations, médicaments) et 2,6 milliards de dollars en coûts indirects (p. ex. mortalité prématurée, invalidité) (H. Krueger & Associates Inc., 2020). Sur la base de projections et d'hypothèses de réduction de la prévalence du tabagisme jusqu'en 2035, un rapport de H. Krueger & Associates Inc. (2020) estimait qu'une réduction de la prévalence des fumeurs à un taux de 10,8 %, ce qui correspond approximativement au taux de fumeurs au Québec en 2023 (ISQ 2025), permettrait une réduction annuelle du fardeau économique du tabagisme de 144,8 millions de dollars en coûts directs, mais qui pourraient aller jusqu'à 450,8 millions de dollars en incluant les coûts indirects². De plus, sur la base de ces mêmes hypothèses, H. Krueger & Associates Inc. projette une réduction annuelle additionnelle du fardeau économique de 199,3 millions de dollars (soit 65,5 millions en coûts directs, et 133,4 millions en coûts indirects) si la prévalence des fumeurs au Québec atteint 9,7%, soit une diminution d'un point de pourcentage additionnel. Ces estimations suggèrent donc que toute réduction du tabagisme au Québec peut avoir un impact économique significatif.

L'état des connaissances sur les stratégies de cessation tabagique souligne d'ailleurs que la majorité des études recensées qui considèrent l'emploi de pharmacothérapies pour cesser de fumer, selon les modalités actuellement remboursées par la RAMQ, font état d'un retour sur investissement positif ou de coûts par année de vie ajustée selon la qualité qui sont inférieurs aux seuils d'efficacité habituellement acceptés (INESSS, 2025). Il faut préciser que toutes ces études étaient jugées transférables ou partiellement transférables au contexte québécois, quatre études sur les six retenues ayant d'ailleurs été effectuées dans un contexte canadien ou américain.

3.1.2 Terminologie et définitions

Plusieurs documents conservés ne définissent pas la problématique du tabagisme et emploient une terminologie différente pour la nommer (p. ex. tabagisme, usage ou consommation de tabac ou de nicotine; dépendance ou addiction à la nicotine ou au tabac; maladies liées à l'usage du tabac ou trouble de l'usage du tabac ou de la nicotine). La terminologie est également variable pour parler des résultats du traitement dans les GPC. En effet, certains soulignent simplement la réussite ou l'échec de l'atteinte de l'objectif d'abstinence, alors que d'autres mettent davantage l'accent sur le processus de cessation, lequel serait composé de rechutes et de rémissions, de périodes de consommation contrôlée et incontrôlée (p. ex. Leone *et al.* (2020)).

Les parties prenantes sont en accord avec le fait que la cessation tabagique relève d'un processus et soulignent l'importance d'inclure des messages allant en ce sens dans l'outil. Elles ajoutent également qu'il est très difficile de cesser de fumer comme de vapoter. Selon eux, la cessation tabagique n'est pas le résultat d'un traitement linéaire, mais bien un processus fait d'allers-retours entre la consommation et l'abstinence, qui permet à la personne de prendre de l'expérience et d'apprendre à gérer sa consommation afin d'atteindre l'abstinence.

Neuf GPC proposent cependant des définitions du tabagisme, dont les principales sont :

- une toxicomanie ou une maladie chronique récidivante (RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024);
- un schéma problématique de l'usage du tabac entraînant une altération ou une détresse cliniquement significative qui se manifeste par au moins deux des critères notés dans le DSM-V (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024a; Leone *et al.*, 2020);
- un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques développés après une consommation répétée de tabac qui comprend un fort désir de consommer, des difficultés à contrôler sa consommation, une persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes, une priorité plus élevée accordée à la consommation de la substance qu'à d'autres activités et obligations, une tolérance accrue à la substance et un état de manque physique (CAMH, 2024a; OMS, 2024).

Selon le guide de l'American Thoracic Society (ATS), un fondement du traitement de la dépendance au tabac est l'identification des fumeurs et l'établissement d'un diagnostic du tabagisme, puis son inclusion dans la liste des problèmes de santé des personnes (Leone *et al.*, 2020). Dans le même sens, le guide de l'US Preventive Services Task Force (USPSTF) invite notamment à considérer le tabagisme comme un signe vital (Krist *et al.*, 2021).

Les membres du comité consultatif abondent dans le même sens en soulignant que le tabagisme est une dépendance qui devrait être traitée comme une maladie chronique, et non comme une simple « mauvaise habitude ». De plus, bien qu'elle soit classifiée dans le DSM-V et associée à des critères diagnostiques, ils suggèrent plutôt de centrer le message sur la consommation quotidienne et l'évaluation de la dépendance physique à l'aide de questions simples pour ne pas limiter le nombre et la diversité des professionnels pouvant soutenir les personnes qui consomment du tabac ou de la nicotine de manière régulière.

3.1.3 Sommaire de la prise en charge

Dix GPC recommandent, en majorité fortement, d'offrir minimalement une intervention brève (30 secondes à 3 à 5 minutes) à toutes les personnes qui consomment des produits du tabac ou du vapotage (Batra *et al.*, 2022; Department of Health of Ireland, 2022; Greenberg *et al.*, 2021; Harvey *et al.*, 2016; MSSS, 2022; Ministry of Health of New

Zealand, 2021; OMS, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Wong *et al.*, 2020). Pour soutenir les professionnels de la santé dans la réalisation de cette intervention brève, plusieurs GPC proposent le modèle des 3A (*Ask, Advise, Act*) ou des modèles similaires (p. ex. 5A, AAH) (Chadi *et al.*, 2021; Department of Health of Ireland, 2022; Harvey *et al.*, 2016; Krist *et al.*, 2021; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Mir *et al.*, 2025; RACGP, 2024).

La première étape du modèle des 3A (*Ask*) implique l'identification, la consignation et la mise à jour du statut tabagique lors de chaque occasion. Cela est d'ailleurs recommandé, majoritairement fortement, par quinze GPC auprès de l'ensemble des personnes de 12 ans et plus, sans égard au produit consommé (p. ex. tabac combustible, sans fumée, CE) (Batra *et al.*, 2022; Chadi *et al.*, 2021; Department of Health of Ireland, 2022; Greenberg *et al.*, 2021; Iida *et al.*, 2022; Krist *et al.*, 2021; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Mir *et al.*, 2025; NICE, 2024; OMS, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Thombs *et al.*, 2025; Zawertailo *et al.*, 2023). La boîte à outils du CAMH recommande la même chose, mais dès l'âge de 10 ans (2024b). Enfin, le GPC de l'ATS précise que le dépistage du tabagisme est l'un des fondements du traitement de la dépendance à la nicotine (Leone *et al.*, 2020).

La seconde étape de ce modèle (*Advise*) concerne l'offre de conseils aux personnes qui consomment du tabac ou de la nicotine, comme recommandé par 17 GPC (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2021; 2024a, 2024b; Chadi *et al.*, 2021; Department of Health of Ireland, 2022; Greenberg *et al.*, 2021; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Mir *et al.*, 2025; NICE, 2024; OMS, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Thombs *et al.*, 2025; Wong *et al.*, 2020; Zawertailo *et al.*, 2023). Parmi les éléments à aborder avec la personne, les suivants sont notamment précisés dans les GPC :

- conseiller à toutes les personnes de cesser de consommer des produits du tabac ou du vapotage (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024a; 2024b; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; NICE, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Thombs *et al.*, 2025; Wong *et al.*, 2020; Zawertailo *et al.*, 2023) et de ne pas s'exposer à la fumée ou aux aérosols secondaires (Batra *et al.*, 2022; Chadi *et al.*, 2021; MSSS, 2022);
- souligner que la grande majorité des problèmes de santé liés au tabagisme sont dus à la fumée du tabac, et non à la nicotine (bien qu'elle ne soit pas inoffensive) (CAMH, 2024b; NICE, 2024). Les membres du comité consultatif précisent cependant que la nicotine, outre le fait que ce soit l'agent qui induise la dépendance, peut camoufler des maladies parodontales liées à son effet de vasoconstriction et nuit au développement comme au maintien de la santé cognitive. Ce sont autant de messages qui devraient être transmis aux personnes qui consomment sur une base régulière selon eux;
- mentionner que les tentatives d'arrêt tabagique faites sans l'aide d'un traitement ont moins de chance de mener à l'abstinence que celles faites avec l'aide d'un traitement reconnu (Department of Health of Ireland, 2022; NICE, 2024) ou que la méthode la plus efficace pour soutenir l'arrêt de la consommation consiste à

combiner des interventions comportementales à des pharmacothérapies, laquelle peut jusqu'à tripler les chances de devenir abstinent (CAMH, 2024b; Rábade-Castedo *et al.*, 2023);

- encourager les personnes ayant l'intention de cesser de fumer et celles n'ayant pas atteint leur objectif à refaire une nouvelle tentative, comme celles ayant réussi à cesser de consommer, à demeurer abstinentes (CAMH, 2024b; NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024).

La troisième étape de ce modèle (*Act*) consiste à offrir de l'accompagnement supplémentaire, dont des outils d'information et d'éducation, à réaliser un suivi ou encore à faciliter l'accès et à orienter les personnes qui désirent cesser de fumer vers un service d'accompagnement de cessation tabagique, comme recommandé, principalement fortement, par 13 GPC (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024a; 2024b; Chadi *et al.*, 2021; Department of Health of Ireland, 2022; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Mir *et al.*, 2025; NICE, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Thombs *et al.*, 2025; Wong *et al.*, 2020). D'ailleurs, deux GPC soulignent qu'un fondement du traitement de la dépendance au tabac ou à la nicotine est qu'il requiert un suivi longitudinal, comme pour toutes les autres maladies chroniques (Leone *et al.*, 2020; RACGP, 2024), et deux GPC rappellent que l'intervention brève est insuffisante (Leone *et al.*, 2020; NICE, 2024)

Les membres du comité consultatif ont souligné être en accord avec les grandes étapes de l'intervention brève. Toutefois, ils ont ajouté que :

- prodiguer des conseils pourrait irriter certaines personnes et que l'emploi de termes comme *éducation*, *sensibilisation* et *information* serait davantage approprié pour référer à la seconde étape du modèle (*Advise*). À cette étape, ils ont jugé que l'important est d'ouvrir le dialogue avec la personne qui fume ou vapote et ont ajouté qu'employer la forme interrogative (p. ex. où en êtes-vous avec votre consommation de cigarette électronique?) ou encore l'humour peuvent être des approches qui facilitent l'amorce des discussions dans certains cas;
- l'effet rapide et de courte durée de la nicotine favorise la consommation compulsive, ce qui explique en partie pourquoi il est difficile de cesser de consommer, et il est fréquent que le processus de rétablissement de la personne soit composé de rechutes et de périodes de rémission. Selon eux, c'est un message important à mettre en évidence dans l'outil;
- la possibilité d'orienter les personnes vers des services spécialisés en cessation tabagique devrait être mise de l'avant très clairement dans l'outil, car ce ne seront pas tous les milieux qui auront le temps ou les ressources pour offrir un accompagnement complet aux personnes qui veulent arrêter de fumer. Au Québec, ces services sont disponibles avec J'ARRÊTE. Basés sur les principes de l'entretien motivationnel, ils comprennent de l'accompagnement en ligne, par téléphone et en personne dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT). Ils sont gratuits et confidentiels (CQTS, 2023).

Les fumeurs et anciens fumeurs consultés ont souligné par ailleurs avoir reçu peu d'information et de soutien de la part des professionnels de la santé rencontrés au fil de leur parcours. Ils ont rapporté avoir eu l'impression que leur consommation de tabac passait au second plan lors de leurs consultations médicales, notamment en raison du fait qu'aucun suivi ou aucune référence vers des services spécialisés ne leur avait été offert. Ces personnes ont avoué cependant avoir une certaine méconnaissance du rôle des différents professionnels de la santé dans le processus d'arrêt tabagique; ce faisant, elles n'ont pas cherché de soutien auprès de professionnels de la santé spécifiquement pour cesser de fumer. Toutefois, un récent rapport de l'INSPQ souligne qu'en 2022, plusieurs des fumeurs et anciens fumeurs récents estimaient que cela faisait partie de la responsabilité de divers professionnels de la santé de conseiller les personnes sur l'arrêt tabagique, principalement les médecins (64 %), les inhalothérapeutes (55 %), les pharmaciens (50 %) et les infirmières (43 %). Parmi ceux ayant consulté un médecin dans les 12 derniers mois, 64 % ont déclaré que ce dernier a noté leur statut tabagique; cette proportion est de 15 % parmi ceux ayant consulté un pharmacien (INSPQ, 2023).

3.2 Évaluation

Une fois le statut tabagique déterminé, huit GPC recommandent, dont plusieurs fortement, une évaluation clinique qui inclut des aspects psychosociaux et environnementaux pour toutes les personnes de 12 ans et plus qui utilisent un produit du tabac ou du vapotage (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024b; Chadi *et al.*, 2021; Department of Health of Ireland, 2022; MSSS 2022; NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024; Zawertailo *et al.*, 2023). D'ailleurs, deux GPC soulignent que le tabagisme est intimement lié aux déterminants structuraux et socioéconomiques de la santé, comme plusieurs facteurs biopsychosociaux. Ce faisant, le traitement requerrait la prise en compte de facteurs qui vont au-delà de la dépendance physique (CAMH, 2024b; Ministry of Health of New Zealand, 2021). L'évaluation clinique comprendrait ainsi la collecte et l'analyse des éléments suivants :

- l'histoire de consommation et le degré de dépendance à la nicotine ou au tabac à l'aide d'un outil standardisé, au besoin;
- l'utilisation concomitante de produits du tabac et du vapotage, ainsi que d'autres substances (p. ex. alcool, cannabis, opioïdes, stimulants);
- les tentatives antérieures et les expériences de traitements passées;
- l'accès aux soins et services, y compris aux pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique;
- la motivation à cesser ou à réduire la consommation (de manière temporaire ou permanente);
- l'état de santé physique et mentale comme la médication actuelle, y compris les contre-indications et les effets indésirables relatifs à ces pharmacothérapies;

- les facteurs sociaux et environnementaux, y compris l'exposition à la fumée secondaire;
- les risques de rechute.

Enfin, utiliser l'appellation locale ou le langage courant pour nommer le produit consommé est fortement recommandé par le NICE (2024). Ce point est également souligné par la Société canadienne de pédiatrie (SCP) comme une pratique permettant de favoriser la collecte d'informations plus détaillées à propos du vapotage chez les jeunes et les adolescents (Chadi *et al.*, 2021).

Dans l'ensemble, selon les membres du comité consultatif, les points mentionnés dans les GPC concordent avec leur pratique. Ils ont toutefois précisé qu'il serait plus facilitant de faire l'évaluation de la dépendance physique à l'aide du *Heaviness Smoking Index* (HSI, ou test de Fagerström simplifié) (Heatherton *et al.*, 1991; 1989). L'emploi du test de dépendance à la nicotine de Fagerström (version longue du HSI) est fortement recommandé par un GPC (Batra *et al.*, 2022) et mentionné par un autre (CAMH, 2024b). Le HSI concerne par ailleurs les deux variables les plus souvent citées (nombre de cigarettes par jour et temps entre le réveil et la première consommation de la journée) par les GPC pour évaluer le degré de dépendance des fumeurs et soutenir l'estimation de la posologie initiale des TRN (voir la [section 3.5](#)) (CAMH, 2024b; MSSS, 2020a; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024). Le [tableau 2](#) présente les catégories des variables utilisées avec un score précalculé, où 0 et 1 correspondent à une dépendance faible, 2 et 3 à une dépendance modérée et 4 ou plus à une dépendance forte (Heatherton *et al.*, 1991; Heatherton *et al.*, 1989).

Tableau 2 Adaptation du HSI ou test de Fagerström simplifié

Temps entre le réveil et la 1 ^{re} cigarette	Nombre de cigarettes fumées par jour			
	≤ 10	11 à 20	21 à 30	≥ 31
< 5 min	3	4	5	6
6 à 30 min	2	3	4	5
31 à 60 min	1	2	3	4
> 60 min	0	1	2	3

Les membres du comité consultatif ont ajouté qu'il serait intéressant de bonifier l'information relative à l'évaluation de la dépendance à d'autres produits, comme la nicotine consommée par CE. Cependant, ils ont ajouté qu'il faut demeurer prudent, car les données disponibles sont beaucoup moins étayées que pour la cigarette conventionnelle. En effet, un GPC souligne qu'il n'y a pas de test recommandé en particulier pour les vapoteurs, invitant plutôt à choisir celui qui correspond le mieux aux besoins de la personne, notamment pour faciliter les discussions, tel que le test de dépendance à la cigarette électronique de Fagerström (E-FTND), l'indice de dépendance à la cigarette électronique de Penn State (PS-ECDI) pour les adultes, ou le test de HONC (*Hooked on Nicotine Checklist*) pour les jeunes. Il précise que l'échelle de dépendance à la cigarette électronique (EDS) pourrait être utilisée tant chez les adultes

que les jeunes (Zawertailo *et al.*, 2023). La SCP souligne l'emploi d'outils standardisés similaires, en plus des critères diagnostiques disponibles dans le DSM-V. Elle propose aussi une liste de questions permettant d'évaluer les produits et les substances utilisés chez les jeunes (Chadi *et al.*, 2021). Aucune information relative à l'évaluation de la dépendance à d'autres produits du tabac (p. ex. cigare, tabac sans fumée) n'a été répertoriée dans les GPC.

Les membres du comité consultatif ont souligné l'importance d'être vigilant lors de l'évaluation de la motivation de la personne à cesser de consommer. Les raisons qu'ils ont avancées sont : 1) qu'une faible motivation ne devrait pas être un frein à la prescription – même si le traitement pourrait être plus efficace que chez une personne très motivée –, car ce seraient souvent les personnes les moins motivées qui auraient le plus besoin d'aide; et 2) que la motivation est une mesure composée de l'importance accordée à la cessation tabagique et de la confiance en ses propres capacités à cesser de consommer. Une échelle de 0 à 10 semble être la mesure privilégiée par les membres du comité consultatif, tant pour le degré d'importance que de confiance, une façon de faire qui est aussi soulignée par deux GPC (Chadi *et al.*, 2021; Mir *et al.*, 2025).

3.3 Principes de traitements

Douze GPC recommandent, dont la majorité fortement, un traitement basé sur la combinaison d'interventions d'accompagnement et de pharmacothérapie pour tous les utilisateurs de produits du tabac et du vapotage qui y consentent (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024b; Department of Health of Ireland, 2022; Greenberg *et al.*, 2021; Krist *et al.*, 2021; Ministry of Health of New Zealand, 2021; NICE, 2024; OMS, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Thombs *et al.*, 2025; Zawertailo *et al.*, 2023). Six de ces GPC recommandent fortement que le traitement repose sur le principe de respect des besoins, des valeurs et des préférences des personnes afin qu'elles puissent faire un choix éclairé (Department of Health of Ireland, 2022; Krist *et al.*, 2021; Ministry of Health of New Zealand, 2021; NICE, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024). D'autres GPC émettent des recommandations en ce sens (Mir *et al.*, 2025), selon lesquelles une approche centrée sur le patient (Zawertailo *et al.*, 2023), empathique, dépourvue de jugement (CAMH, 2024b) ou encore culturellement sensible (Ministry of Health of New Zealand, 2021) pourrait favoriser le processus de cessation tabagique.

De plus, quatre GPC recommandent fortement de fixer un objectif par rapport à sa consommation avec la personne, associé à une date dans un avenir rapproché, si elle y consent (Greenberg *et al.*, 2021; NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024; Wong *et al.*, 2020); cela est appuyé par cinq autres GPC (CAMH, 2024b; Chadi *et al.*, 2021; Department of Health of Ireland, 2022; MSSS, 2022; RACGP, 2024). Un GPC recommande par ailleurs fortement que les informations collectées lors de l'évaluation clinique soient utilisées pour soutenir la personne dans la fixation de son objectif (NICE, 2024).

Enfin, 11 GPC recommandent de discuter avec la personne qui ne souhaite pas cesser de fumer ou peu motivée à le faire de l'approche dite de réduction des méfaits ou des risques (c.-à-d., réduire la consommation et cesser temporairement de consommer, avec

ou sans l'aide de pharmacothérapies, ou employer des moyens pour minimiser les risques de la consommation – voir la [section 3.6.1](#) pour des précisions) (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2021; 2024b; Department of Health of Ireland, 2022; Greenberg *et al.*, 2021; MSSS, 2020a; Ministry of Health of New Zealand, 2021; NICE, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; Shields *et al.*, 2024; Zawertailo *et al.*, 2023). Selon trois GPC, bien que les bénéfices de santé relatifs à ces stratégies ne soient pas clairs selon les données actuelles, cette approche diminuerait l'exposition à la fumée ou aux aérosols et augmenterait les chances d'atteindre l'abstinence complète à l'avenir, surtout lorsqu'elle est utilisée avec une pharmacothérapie (CAMH, 2024b; NICE, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023).

Les membres du comité consultatif ont souligné être en accord avec les recommandations des GPC. Selon eux, une approche centrée sur le patient est essentielle pour favoriser la décision éclairée et partagée, l'individualisation du traitement ainsi que l'alliance thérapeutique. L'attitude bienveillante et sans jugement du professionnel de la santé peut aussi y contribuer. Les membres du comité consultatif ont ajouté que pour favoriser l'abstinence ou l'atteinte de l'objectif de la personne :

- une bonne préparation est nécessaire. De fait, comme discuté à la [section 3.4.2](#), plusieurs GPC proposent l'emploi de ressources éducatives et d'autosoins complémentaires avec le traitement utilisé;
- un accompagnement soutenu dans le temps est une composante importante du traitement qui devrait être remis de l'avant dans les soins et services offerts aux personnes qui consomment du tabac ou de la nicotine;
- l'approche de réduction du risque devrait idéalement être présentée à toutes les personnes qui consomment, et non seulement à celles qui ne sont pas motivées à cesser de fumer;
- l'objectif fixé devrait respecter les principes SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini).

3.3.1 Éléments à aborder avec la personne

Quel que soit l'objectif de la personne par rapport à sa consommation, des GPC recommandent, dont plusieurs fortement, que les principaux points suivants soient abordés avec la personne :

- l'importance de la cessation ou de la réduction de la consommation tabagique pour elle-même ou ses proches (CAMH, 2024b; NICE, 2024);
- les risques de la consommation et les bénéfices de la cessation, et de les mettre en relation avec sa condition de santé, le cas échéant (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024a; 2024b; Department of Health of Ireland, 2022; Greenberg *et al.*, 2021; Iida *et al.*, 2022; Mir *et al.*, 2025; NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024; Wong *et al.*, 2020);
- les interventions d'accompagnement disponibles et comment y avoir accès (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024b; MSSS, 2022; NICE, 2024; Zawertailo *et al.*, 2023),

ainsi que les pharmacothérapies indiquées pour sa situation, y compris leurs avantages (p. ex. diminution des envies de consommer) et inconvénients (p. ex. effets indésirables) (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024b; Department of Health of Ireland, 2022; NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024), leur sécurité (même en consommant) (NICE, 2024), leur mode d'emploi (CAMH, 2024b; NICE, 2024), comment y avoir accès (NICE, 2024) ainsi que les modalités de remboursement applicables (MSSS, 2022);

- les symptômes de sevrage possibles et comment les surmonter (CAMH, 2024b; Iida *et al.*, 2022; NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024).

Les fumeurs et anciens fumeurs consultés abondent dans le même sens que les éléments mentionnés dans les GPC. En effet, ces personnes ont souligné qu'elles ne connaissaient que très peu les pharmacothérapies existantes et aucune d'entre elles ne connaissait les possibilités de remboursement offertes par la RAMQ ou leur assureur privé. Cette information aurait pu influencer le choix des pharmacothérapies utilisées selon l'une des personnes. De plus, aucune d'elles n'a utilisé les ressources d'aide et les services d'accompagnement en cessation tabagique, qu'elles connaissaient de nom seulement, ni communiqué avec eux. Les principales raisons soulevées sont un manque de connaissance sur les services qui y sont offerts, notamment s'ils sont bien en lien avec le tabagisme, et non avec d'autres formes de dépendances, ou bien le fait qu'elles n'en ressentaient pas le besoin. Selon leurs dires, avoir eu plus d'information au sujet de ces services les aurait peut-être incitées à les utiliser.

Un récent rapport de (2023) indique par ailleurs qu'en 2022, les fumeurs et anciens fumeurs récents de 18 ans et plus :

- connaissaient certaines des pharmacothérapies (timbres : 97 %; gommes ou pastilles : 95 %), mais moins certaines autres (inhalateurs ou vaporisateurs : 58 %; médicaments sous forme de comprimés : 60 %);
- ne connaissaient pas, pour la plupart, les modalités de remboursement du RPAM ou de leurs assurances privées (TRN longue action : 49 %; TRN courte action : 15 % à 20 % selon le type; varénicline : 42 %; bupropion : 28 %);
- connaissaient surtout la ligne et le site Web J'ARRÊTE (81 % et 61 %, respectivement), mais moins les CAT et très peu le Service de messagerie pour arrêter le tabac (SMAT) (42 % et 9 %, respectivement).

Ce document rapporte par ailleurs que les services et les pharmacothérapies de cessation tabagique n'ont été que très peu utilisés parmi les fumeurs et anciens fumeurs qui les connaissaient dans les 12 mois précédant l'enquête :

- 2 % et 8 %, respectivement, ont eu recours à la ligne ou au site Web J'ARRÊTE – les données sur les autres services étant trop imprécises pour être présentées;
- 9 % ont fait usage de TRN-LA, de 5 % à 10 % ont fait usage de TRN-CA et 8 % ont fait usage de médicaments sous forme de comprimés (varénicline ou bupropion).

La principale raison qui a été mentionnée pour ne pas avoir utilisé ces services spécialisés en cessation tabagique ou une pharmacothérapie était l'intention de cesser par soi-même, bien que d'autres raisons aient aussi été soulevées (p. ex. inefficacité perçue, problèmes d'accès, coûts, utilisation d'un autre produit contenant de la nicotine, inquiétudes face aux effets indésirables ou aux interactions médicamenteuses).

3.3.2 Précaution lors d'un arrêt tabagique

Certains GPC ainsi que la monographie d'un produit indiqué pour la cessation tabagique soulignent que l'arrêt de la consommation de tabac peut entraîner des symptômes psychologiques et psychiatriques graves, avec ou sans pharmacothérapie (APOTEX INC., 2023; MSSS, 2022; Rábade-Castedo *et al.*, 2023). Ce message est par ailleurs jugé important par les membres du comité consultatif, et devrait apparaître selon eux dans l'outil clinique. De plus, des GPC recommandent, dont certains fortement, de réviser la médication de la personne lorsqu'elle cesse de consommer du tabac ou de la nicotine (Department of Health of Ireland, 2022; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; NICE, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024). Cette recommandation est par ailleurs cohérente avec l'information trouvée dans certaines monographies de produits indiqués pour la cessation tabagique. Le [tableau 3](#) présente les médicaments avec un potentiel d'interaction pharmacocinétique et pharmacodynamique les plus cliniquement significatifs selon un des GPC retenus (RACGP, 2024) ainsi qu'une référence citée par un GPC du CAMH (Fahim *et al.*, 2015). Les actions à envisager qui sont répertoriées dans ces documents y sont aussi incluses.

Tableau 3 Principaux médicaments présentant des effets pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de la fumée du tabac sur les médicaments

Médicaments	Signification clinique / actions à envisager en cas de cessation tabagique (RACGP, 2024)	Parmi les plus cliniquement significatifs (oui/non) / information à noter pour les fumeurs (Fahim <i>et al.</i> , 2015)
Bendamustine	S. O.	Oui Utiliser avec précaution chez les fumeurs.
Caféine	Élevée Aviser de réduire la quantité de café consommé de moitié.	Oui Le niveau de caféine pourrait augmenter après la cessation.
Chlorpromazine	Modérée Être alerte aux effets indésirables et réduire la dose, si cliniquement approprié.	Non Une diminution de la sédation et de l'hypotension est possible chez les fumeurs. Ils pourraient avoir besoin d'une augmentation de dose.
Clozapine	Élevée Surveiller dans la concentration plasmatique et être alerte à l'augmentation des effets indésirables. Réduire la dose, si cliniquement	Oui Surveiller les niveaux du médicament et réduire la dose au besoin pour éviter la toxicité.

Médicaments	Signification clinique / actions à envisager en cas de cessation tabagique (RACGP, 2024)	Parmi les plus cliniquement significatifs (oui/non) / information à noter pour les fumeurs (Fahim <i>et al.</i> , 2015)
	approprié. Demander l'avis du médecin traitant sur la problématique de santé mentale.	
Contraceptifs hormonaux	S. O.	Oui Chez les fumeuses : augmentation du risque d'effets indésirables cardiovasculaires, particulièrement chez les femmes de plus de 35 ans et qui consomment 15 cigarettes ou plus par jour.
Corticostéroïdes inhalés	S. O.	Oui Les fumeurs asthmatiques pourraient moins bien répondre à ces médicaments.
Erlotinib	Élevée Réduire la dose à la dose initiale si la personne cesse de fumer; demander l'avis d'un spécialiste. La personne devrait être encouragée à cesser de fumer avant que la thérapie soit entreprise.	Oui S. O.
Fluvoxamine	Faible Être alerte aux effets indésirables et réduire la dose, si cliniquement approprié.	Oui La modification de dosage n'est pas recommandée de routine; les fumeurs pourraient avoir besoin d'une augmentation de dose.
Insuline	Modérée Aviser la personne d'être alerte aux signes d'hypoglycémie et de tester sa glycémie plus fréquemment. Réduire la dose, si cliniquement approprié.	Sous-cutanée : Non Possible diminution de l'absorption de l'insuline; les fumeurs pourraient avoir besoin d'une augmentation de dose.
Irinotecan	Élevée Demander l'avis d'un spécialiste. Le dosage devrait être surveillé de près.	Oui Les fumeurs pourraient avoir besoin d'une augmentation de dose.
Méthadone	Modérée Être alerte aux signes de toxicité et réduire la dose, si cliniquement approprié. Demander l'avis d'un spécialiste.	Opioides : Non Les fumeurs pourraient avoir besoin d'une augmentation de dose pour soulager la douleur.
Olanzapine	Modérée Être alerte aux effets indésirables et réduire la dose, si cliniquement approprié.	Oui La modification de dosage n'est pas recommandée de routine; les fumeurs pourraient avoir besoin d'une augmentation de dose.

Médicaments	Signification clinique / actions à envisager en cas de cessation tabagique (RACGP, 2024)	Parmi les plus cliniquement significatifs (oui/non) / information à noter pour les fumeurs (Fahim <i>et al.</i> , 2015)
<i>Ropinirole</i>	S. O.	Oui Les fumeurs pourraient avoir besoin d'une augmentation de dose.
<i>Tacrine</i>	S. O.	Oui Les fumeurs pourraient avoir besoin d'une augmentation de dose.
<i>Théophylline</i>	Élevée Surveiller les taux du médicament et réduire la dose, si cliniquement approprié. Aviser la personne de surveiller les signes de toxicité (p. ex. palpitations, nausées, vomissements).	Oui Les niveaux du médicament devraient être surveillés lors de tout changement relatif à la consommation. Le dosage est considérablement plus élevé chez les fumeurs.
<i>Warfarine</i>	Modérée Surveiller le RNI (ratio normalisé international) et réduire la dose, si cliniquement approprié.	Non Envisager de surveiller le RNI en cas de cessation tabagique.

D'autres médicaments considérés comme cliniquement moins significatifs selon les documents retenus ont aussi été répertoriés, notamment certains antithrombotiques et antidépresseurs tricycliques (Fahim *et al.*, 2015; RACGP, 2024). Bien que les membres du comité consultatif jugent que la fumée du tabac peut réduire l'efficacité de certains médicaments, ils ont souligné que les médicaments pris par la personne ne devraient pas être systématiquement rajustés en amont ou à la suite d'un arrêt tabagique puisque les effets réels peuvent varier selon la personne ou ne pas être cliniquement significatifs. Ils ont ajouté qu'un suivi de l'efficacité du médicament et de ses effets indésirables pourrait toutefois permettre de repérer les situations où une modification de la dose du médicament serait requise à la suite d'un arrêt tabagique. De plus, ils ont précisé qu'il faudrait tout de même porter une attention particulière à certains médicaments lorsque la personne cesse de fumer, car il y aurait un risque d'interaction avec tous les médicaments métabolisés par les cytochromes P450, principalement le CYP 1A2. Selon eux, les principaux médicaments auxquels il faudrait porter une attention particulière sont principalement : la caféine, l'olanzapine, la clozapine et la théophylline.

3.4 Interventions d'accompagnement

Les recommandations des GPC ne permettent pas de déterminer un type d'intervention d'accompagnement qui devrait être priorisé par rapport aux autres; le choix devrait plutôt être personnalisé selon les besoins, les expériences et les préférences de la personne, comme indiqué à la [section 3.3](#). De plus, peu de GPC offrent une définition claire des interventions qu'ils recommandent, et les quelques éléments de définitions répertoriés se retrouvent parfois sous plus d'un type d'intervention. Notamment, nombre de GPC recommandent d'offrir du counseling, individuel ou de groupe (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024b; Chadi *et al.*, 2021; Department of Health of Ireland, 2022; Greenberg *et al.*, 2021; Harvey *et al.*, 2016; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Mir *et al.*, 2025; OMS, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Thombs *et al.*, 2025; Wong *et al.*, 2020; Zawertailo *et al.*, 2023). Selon l'Office québécois de la langue française (OQLF), le terme *counseling* renvoie à des pratiques diverses ayant « pour but d'aider quelqu'un à surmonter les difficultés d'adaptation ou d'ordre psychologique qui l'empêchent de fonctionner adéquatement dans une situation donnée » et il est parfois confondu avec une intervention qui consiste à prodiguer des conseils (2025).

Outre le counseling, les interventions d'accompagnement généralement fortement recommandées dans les documents retenus sont :

- la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou des interventions apparentées (individuellement ou en groupe). Ces dernières sont souvent désignées comme une thérapie ou du support comportemental. Elles sont aussi recommandées chez différentes populations (p. ex. femme enceinte, personne atteinte d'un trouble lié à l'usage de substances (TUS)), de douleur chronique ou de cancer, personne de moins de 18 ans) (Batra *et al.*, 2022; Chadi *et al.*, 2021; Department of Health of Ireland, 2022; Harvey *et al.*, 2016; Iida *et al.*, 2022; Krist *et al.*, 2021; Ministry of Health of New Zealand, 2021; NICE, 2024; OMS, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Wong *et al.*, 2020; Zawertailo *et al.*, 2023);
- l'entrevue motivationnelle ou des stratégies apparentées. Elles visent entre autres à accroître ou à maintenir la motivation de la personne à atteindre son objectif, ainsi qu'à explorer son ambivalence par rapport à l'arrêt de la consommation. Selon ces documents, elles sont notamment recommandées pour la personne qui démontre peu d'intérêt à cesser de consommer et pour différentes populations (p. ex. personne en contexte périopératoire, atteinte de cancer, de moins de 18 ans, femme enceinte) (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024b; Chadi *et al.*, 2021; Greenberg *et al.*, 2021; Krist *et al.*, 2021; NICE, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Zawertailo *et al.*, 2023);
- le support psychosocial ou la psychoéducation. Ces interventions incluent des stratégies d'adaptation ou axées sur la résolution de problèmes pour augmenter le sentiment d'autoefficacité personnelle et améliorer les compétences de gestion du stress, des symptômes de sevrage ou des situations propices à la consommation (Batra *et al.*, 2022; Shields *et al.*, 2024).

Par ailleurs, certaines recommandations propres à des populations particulières ont également été émises par certains GPC, soit :

- chez la personne de moins de 18 ans, un GPC recommande fortement que la psychoéducation, les interventions motivationnelles et les thérapies comportementales soient offertes en combinaison (Batra *et al.*, 2022) et un GPC recommande faiblement que le counseling de groupe soit privilégié (Ministry of Health of New Zealand, 2021). Deux GPC recommandent, dont un modérément, l'offre de services à bas seuil, c'est-à-dire très facile d'accès (Batra *et al.*, 2022; Harvey *et al.*, 2016). Par ailleurs, quatre GPC recommandent l'implication des parents ou d'un proche; c'est une source de soutien complémentaire (Chadi *et al.*, 2021; Harvey *et al.*, 2016; MSSS, 2022; Rábade-Castedo *et al.*, 2023);
- chez la femme enceinte ou qui allaite, la TCC serait le traitement de premier choix selon quatre GPC, mais d'autres types d'interventions pourraient être recommandées, comme la rétroaction positive ou une intervention de nature motivationnelle (Batra *et al.*, 2022; Krist *et al.*, 2021; NICE, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023). L'implication et la collaboration des proches, ainsi qu'un accompagnement se poursuivant même après la cessation, sont aussi fortement recommandées par deux GPC (NICE, Ministry of Health of New Zealand, 2021; 2024);
- chez la personne atteinte d'un trouble de santé mentale ou d'un TUS, sept GPC recommandent, dont certains fortement, que les soins et services en cessation tabagique soient intensifiés selon les besoins chez ces personnes, et soient flexibles et multimodaux. Selon ces GPC, ils pourraient également être prodigués par des spécialistes en santé mentale ou en troubles liés à l'usage de substances au besoin (Batra *et al.*, 2022; Department of Health of Ireland, 2022; Lee *et al.*, 2024; Leone *et al.*, 2020; NICE, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; RACGP, 2024);
- chez la personne avec un antécédent ou atteinte de cancer, un GPC recommande fortement que l'accompagnement fasse partie intégrante du traitement oncologique, que les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress soient évalués régulièrement, car ce sont des causes de rechute courantes, et qu'au fur et à mesure que la personne progresse parmi les lignes de soins, la thérapie soit intensifiée ou la personne dirigée vers des services spécialisés (p. ex. psychologue, psychiatre) (Shields *et al.*, 2024);
- chez la personne atteinte de douleurs chroniques, un GPC recommande, sur la base d'un consensus d'experts, des programmes multidisciplinaires et intensifs de gestion de la douleur incluant une TCC et de l'éducation sur la cessation tabagique (Iida *et al.*, 2022).

3.4.1 Modalités d'accompagnement

Certains GPC se prononcent par ailleurs sur l'utilisation d'autres modalités d'interventions d'accompagnement qu'en personne (individuelle ou de groupe), les principales étant :

- le matériel d'autosoins, qui sont différents types d'outils d'information ou d'éducation destinés aux patients (p. ex. pamphlets, feuillets d'information, guides). Bien qu'il soit fortement recommandé par deux GPC (Ministry of Health of New Zealand, 2021; Thombs *et al.*, 2025) et faiblement par un autre (Batra *et al.*, 2022), un GPC indique que les données scientifiques sont insuffisantes pour le recommander (Wong *et al.*, 2020). Trois GPC précisent par ailleurs que ce type de matériel devrait être employé en complément ou en combinaison avec d'autres interventions ou, encore, en l'absence d'autre forme d'accompagnement; les données scientifiques seraient limitées quant à leur emploi comme seule source d'accompagnement (Harvey *et al.*, 2016; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Wong *et al.*, 2020);
- les interventions offertes par téléphone. Elles sont parmi les modalités fortement recommandées par quatre GPC (Batra *et al.*, 2022; Department of Health of Ireland, 2022; OMS, 2024; Thombs *et al.*, 2025) ou mentionnées comme bonne pratique (Krist *et al.*, 2021; RACGP, 2024). De plus, quatre GPC recommandent aussi cette modalité (Harvey *et al.*, 2016; Mir *et al.*, 2025; Wong *et al.*, 2020; Zawertailo *et al.*, 2023);
- les interventions offertes par textos. Elles sont fortement recommandées par trois GPC (Department of Health of Ireland, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Thombs *et al.*, 2025) et deux autres GPC abondent en ce sens (Wong *et al.*, 2020; Zawertailo *et al.*, 2023). Cependant, l'OMS (2024) émet une recommandation conditionnelle relativement à l'emploi de cette modalité. En effet, selon deux GPC, bien que cette modalité puisse être pratique pour transmettre de l'information et offrir du soutien (Wong *et al.*, 2020), elles devraient être utilisées en complément à une autre forme d'accompagnement (OMS, 2024);
- les interventions offertes par le Web, les médias sociaux, les applications mobiles et l'intelligence artificielle. Elles sont parmi les modalités recommandées par cinq GPC, mais de manière faible (Ministry of Health of New Zealand, 2021), conditionnelle (Department of Health of Ireland, 2022; OMS, 2024; Thombs *et al.*, 2025) ou modérée (Batra *et al.*, 2022). Bien que d'autres GPC recommandent cette modalité (sans force associée ou consensus d'experts) (Chadi *et al.*, 2021; Krist *et al.*, 2021; Mir *et al.*, 2025; Zawertailo *et al.*, 2023), certains précisent toutefois que ces interventions devraient être offertes en combinaison ou en complément à d'autres formes d'accompagnement (OMS, Harvey *et al.*, 2016; 2024; Thombs *et al.*, 2025; Zawertailo *et al.*, 2023).

Enfin, cinq GPC recommandent, dont trois fortement, que les interventions d'accompagnement soient basées sur plusieurs composantes et modalités simultanées (Batra *et al.*, 2022; Chadi *et al.*, 2021; NICE, 2024; OMS, 2024; Shields *et al.*, 2024) et quatre GPC recommandent, en majorité fortement, que les discussions aient lieu en présentiel pour les personnes en attente d'une intervention chirurgicale (Greenberg *et al.*, 2021), pour les personnes utilisant des soins et services spécialisés (NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024) ainsi que pour les jeunes et les adolescents (Harvey *et al.*, 2016).

3.4.2 Intensité de l'accompagnement

Huit GPC recommandent fortement que l'accompagnement soit offert en sessions multiples à toutes les personnes qui consomment un produit du tabac ou du vapotage ou soulignent que les interventions de plus haute intensité (ou d'une durée prolongée) seraient plus efficaces de manière générale. Ils recommandent d'ailleurs des interventions d'intensité élevée spécifiquement chez les femmes enceintes, les personnes de moins de 18 ans ou celles atteintes d'un trouble de santé mentale, de douleurs chroniques ou en attente d'une chirurgie (Batra *et al.*, 2022; Department of Health of Ireland, 2022; Greenberg *et al.*, 2021; Iida *et al.*, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; NICE, 2024; OMS, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; Shields *et al.*, 2024). De plus, deux GPC recommandent quatre sessions ou plus lors de chaque cycle de traitement, commençant idéalement une semaine après l'arrêt tabagique (NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024). Cela est appuyé par deux autres GPC, dont un qui souligne que des données scientifiques supplémentaires sont nécessaires pour établir le degré d'accompagnement nécessaire (Ministry of Health of New Zealand, 2021) et l'autre qui précise un temps de contact total de 90 à 300 minutes (Krist *et al.*, 2021).

3.4.3 Éléments à aborder avec la personne

Quelques GPC offrent des précisions sur les éléments de contenu à aborder lors de ces interventions d'accompagnement, dont les suivants :

- les raisons sous-jacentes à la consommation et les déclencheurs, les raisons de cesser de consommer et ce qui pourrait augmenter leur motivation (CAMH, 2024b; NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024);
- les objectifs fixés et leur confiance dans l'atteinte de ces derniers (CAMH, 2024b; NICE, 2024);
- les sentiments, les croyances et les valeurs (CAMH, 2024b; Shields *et al.*, 2024);
- les barrières rencontrées, les préoccupations et les peurs, ainsi que les stratégies d'adaptation et les moyens utilisés par le passé qui ont fonctionné ou non (CAMH, 2024b; NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024) :
 - pour les femmes, en particulier pérимénopausées ou postménopausées, un GPC recommande d'aborder la gestion et les craintes relatives à la prise de poids et aux changements d'humeur (Batra *et al.*, 2022).

3.4.4 Perspectives des parties prenantes

Les parties prenantes consultées ont dit être en accord avec l'ensemble des recommandations relatives aux différentes interventions d'accompagnement, en apportant toutefois les précisions suivantes :

- selon les membres du comité consultatif, il importe d'orienter l'intervention d'accompagnement sur les raisons et les stratégies personnelles qui ont été utiles lors de tentatives passées, ainsi que d'amener la personne à se projeter dans un avenir où elle a atteint son objectif d'abstinence à l'aide de questions qui l'obligent à se positionner. Cela fait écho aux propos recueillis auprès des fumeurs et anciens fumeurs consultés. En effet, chacune de ces personnes avait une raison différente pour cesser de consommer. Cependant, elles ont mentionné que fumer était ou est une partie de leur identité, en plus d'être un moyen de gestion du stress ou de l'anxiété. Les aspects psychosociaux intervenant dans l'arrêt tabagique devraient être davantage discutés et considérés, selon elles;
- selon les membres du comité consultatif, il serait préférable d'employer le terme « accompagnement » pour regrouper et identifier les différentes psychothérapies et interventions apparentées recommandées dans les GPC, car il est axé vers l'action, la proactivité et la continuité du soutien professionnel offert dans le temps (plutôt que le terme « soutien » qui renvoie à des rencontres ponctuelles où le professionnel a un rôle plus passif). Les membres du panel des usagers ont également souligné l'importance que les professionnels de la santé se placent dans une posture d'accompagnement à long terme;
- en raison du manque d'uniformité des interventions de counseling présentées et de ses composantes dans les GPC – ambiguïté aussi soulignée dans un document interordres sur l'exercice de la psychothérapie et des interventions apparentées (OPQ, 2018) –, les membres du comité consultatif ont proposé d'utiliser les termes « éducation psychologique² », plutôt que « counseling ». Ils reflètent davantage ce qu'ils estiment être essentiels dans ce type d'intervention, soit l'information, l'éducation et la sensibilisation de la personne, ce qui est par ailleurs cohérent avec leur point de vue sur l'intervention brève;
- les interventions d'accompagnement par téléphone ou à distance sont une option valable qui permet une interaction directe et qui peut être facilitante pour certaines personnes (p. ex. difficulté de déplacement, conflit d'horaire). Certaines parties prenantes soulignent toutefois que les modes de communication à distance, dont

² L'éducation psychologique est une intervention s'apparentant à la psychothérapie qui « vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi. » (OPQ, 2018, p. 14)

les textos, peuvent présenter des enjeux particuliers notamment sur les plans éthique et légal. Le CMQ indique à cet égard que, si les professionnels de la santé « décident de les intégrer à leur quotidien, ils doivent s'assurer de le faire en respectant leurs obligations professionnelles » (2017, p. 12);

- le matériel d'autosoins est un des outils importants dans le traitement de tous les TUS. Ainsi, toute personne devrait quitter le bureau du professionnel avec de la documentation et des ressources concrètes pour les soutenir. Les parties prenantes ont suggéré d'inclure des liens vers des ressources et des outils d'autosoins récents développés par des sociétés ou des organisations canadiennes reconnues dans l'outil clinique. L'accès à ce type de ressource, ou du moins à des sources d'informations fiables, a également été nommé comme un besoin par les fumeurs et anciens fumeurs consultés.

3.4.5 Méthodes alternatives

Certains GPC recommandent l'utilisation de méthodes alternatives, telles que l'acupuncture, l'hypnothérapie, la pleine conscience, le biofeedback ou les exercices physiques, pour arrêter de fumer; ces recommandations sont toutefois faibles, très faibles ou issues d'un consensus d'experts (hypnothérapie (Batra *et al.*, 2022); pleine conscience (Batra *et al.*, 2022; Chadi *et al.*, 2021); exercice physique (MSSS, 2022)). Sept GPC soulignent plutôt que les données scientifiques disponibles sont insuffisantes pour émettre des recommandations pour ou contre l'utilisation de ces méthodes, en précisant qu'elles devraient faire partie intégrante d'une approche globale qui comprend de l'accompagnement et de la pharmacothérapie, si elles sont utilisées (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024b; Ministry of Health of New Zealand, 2021; OMS, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024). Cependant, un GPC recommande fortement de ne pas utiliser ces méthodes (Thombs *et al.*, 2025) et un GPC recommande (modérément) que la thérapie par aversion ne soit pas offerte étant donné les risques qu'elle comporte (Batra *et al.*, 2022).

Les membres du comité consultatif étaient également d'avis que les données scientifiques sont insuffisantes pour recommander les méthodes alternatives pour la cessation tabagique. Cependant, étant donné qu'ils jugent que la meilleure approche de cessation tabagique est celle qui va fonctionner pour la personne (même si cela est dû à un effet placebo), ils considèrent comme pertinent de ne pas décourager systématiquement les personnes qui utilisent ces méthodes, mais proposent dans ce cas de les inviter à utiliser également des méthodes reconnues comme efficaces et sécuritaires pour augmenter leur chance d'abstinence.

3.5 Pharmacothérapies

Chez la population générale, les GPC recommandent comme traitement de première intention, en majorité fortement, la varénicline, un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine possédant aussi des propriétés antagonistes (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024b; Department of Health of Ireland, 2022; Lee *et al.*, 2024; Leone *et*

al., 2020; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; NICE, 2024; OMS, 2024; RACGP, 2024), les TRN combinées (CAMH, 2024b; Department of Health of Ireland, 2022; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Mir *et al.*, 2025; NICE, 2024; OMS, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; Thombs *et al.*, 2025) ou les TRN sans précision supplémentaire qui contiennent de la nicotine, un agoniste des récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine (Batra *et al.*, 2022; Mir *et al.*, 2025; RACGP, 2024; Thombs *et al.*, 2025), et le bupropion, un inhibiteur de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline (Batra *et al.*, 2022; Mir *et al.*, 2025; RACGP, 2024; Thombs *et al.*, 2025).

De plus, six GPC soutiennent que la varénicline ou les TRN combinées devraient généralement être les pharmacothérapies favorisées, ou précisent que ces options seraient plus efficaces que le bupropion ou qu'une TRN en monothérapie (courte ou longue action), selon un niveau de preuves élevé (Department of Health of Ireland, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; NICE, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024). D'ailleurs, certains GPC recommandent fortement en deuxième intention chez la population générale les TRN en monothérapie (Department of Health of Ireland, 2022; Greenberg *et al.*, 2021) et le bupropion (Department of Health of Ireland, 2022). De plus, deux GPC recommandent fortement de favoriser la varénicline chez la personne qui n'est pas prête à cesser de fumer [Lee *et al.*, 2024; Leone *et al.*, 2020], alors que des GPC soulignent que la varénicline (CAMH, 2024a), les TRN (MSSS, 2022; Zawertailo *et al.*, 2023) et le bupropion (Zawertailo *et al.*, 2023) pourraient être utilisés chez la personne qui souhaite cesser devapoter.

Cinq GPC recommandent aussi fortement ou conditionnellement l'usage de la varénicline en combinaison avec une TRN, plutôt qu'une monothérapie, notamment chez la personne fortement dépendante ou en présence de symptômes de sevrage (Department of Health of Ireland, 2022; Lee *et al.*, 2024; Leone *et al.*, 2020; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; RACGP, 2024). Certains GPC soulignent aussi la possibilité d'utiliser cette combinaison chez la population générale (Mir *et al.*, 2025) et chez la personne atteinte de cancer (Shields *et al.*, 2024) ou d'un trouble de santé mentale (Batra *et al.*, 2022; Department of Health of Ireland, 2022).

Les membres du comité consultatif ont dit être en accord avec les GPC et ont confirmé que les TRN combinées, la varénicline et le bupropion sont des pharmacothérapies de première intention. Ils ont précisé, comme mis en lumière dans le portrait d'usage des pharmacothérapies chez les personnes assurées au RPAM (voir la [section 2](#)), que la varénicline et les TRN sont plus largement prescrites étant donné les effets indésirables et les interactions médicamenteuses possibles du bupropion. Ils ont cependant avoué que les professionnels devraient être capables de bien identifier les personnes pour lesquelles cette pharmacothérapie est utile. Enfin, ils ont souligné que lors d'une réponse partielle avec la varénicline, l'ajout d'une TRN peut aider puisque la varénicline ne bloquerait pas tous les récepteurs de la nicotine. Il n'y a toutefois pas de consensus auprès de ces derniers relativement à cette combinaison : certains ont proposé de la placer en première intention, d'autres ont indiqué qu'elle devrait se retrouver en seconde intention ou avec les autres options pharmacologiques ou, encore, pour la gestion des

rechutes. Étant donné l'absence de consensus fort, la seconde option a été privilégiée dans l'outil clinique.

Plusieurs GPC mentionnent que l'usage des pharmacothérapies chez des populations particulières, ou présentant des comorbidités, est généralement semblable à ce qui est recommandé chez la population générale, y compris chez les personnes utilisant des services spécialisés ou qui sont hospitalisées (Batra *et al.*, 2022; Department of Health of Ireland, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; RACGP, 2024), en contexte périopératoire (Greenberg *et al.*, 2021; Wong *et al.*, 2020), avec des maladies cardiovasculaires stables (Batra *et al.*, 2022), atteintes d'asthme ou de MPOC (Lee *et al.*, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023), de douleurs chroniques (Iida *et al.*, 2022) et de cancer ou en rémission d'un cancer, sauf celles avec des métastases au cerveau (Shields *et al.*, 2024), ainsi qu'avec un trouble de santé mentale stable (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024b; Department of Health of Ireland, 2022; Lee *et al.*, 2024; Leone *et al.*, 2020; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Rábade-Castedo *et al.*, 2023).

Toutefois, aucun GPC ne recommande l'emploi d'une pharmacothérapie chez la personne de moins de 18 ans et la femme enceinte ou qui allaite, chez qui les interventions d'accompagnement sont favorisées en première intention. D'ailleurs, chez ces populations, les monographies contre-indiquent généralement leur usage. Cependant, si les interventions d'accompagnement s'avèrent insuffisantes, plusieurs GPC suggèrent d'envisager une TRN chez la personne de moins de 18 ans, après une évaluation des risques et des bénéfices (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024b; Chadi *et al.*, 2021; Harvey *et al.*, 2016; MSSS, 2022; NICE, 2024; RACGP, 2024; Zawertailo *et al.*, 2023). Les recommandations chez la femme enceinte ou qui allaite identifiées dans sept GPC sont similaires. L'emploi de TRN pourrait être envisagé en seconde intention, préférentiellement celles à courte durée d'action, après avoir épuisé les options non pharmacologiques, selon plusieurs recommandations principalement faibles ou conditionnelles (Department of Health of Ireland, 2022; NICE, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; RACGP, 2024). Trois autres GPC abondent aussi en ce sens (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024b; MSSS, 2022).

Bien que deux GPC mentionnent que la varénicline et le bupropion soient parmi les options pharmacologiques possibles (Zawertailo *et al.*, 2023), ces pharmacothérapies devraient être utilisées avec prudence et dans certains cas seulement (Harvey *et al.*, 2016). De plus, trois GPC recommandent, dont un fortement, de ne pas offrir ces médicaments chez la personne de moins de 18 ans (Chadi *et al.*, 2021; MSSS, 2022; NICE, 2024). Un de ces GPC précise de plus que si le bupropion est utilisé, il devrait être prescrit en combinaison avec une TRN (Chadi *et al.*, 2021). Chez la femme enceinte ou qui allaite, les GPC sont consensuels et soulignent de ne pas lui offrir de varénicline ni de bupropion (MSSS, 2022; NICE, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; RACGP, 2024).

Les membres du comité consultatif ont mentionné que les pharmacothérapies peuvent effectivement être prescrites chez la population générale ainsi que chez les personnes avec des comorbidités ou atteintes de troubles de santé mentale stables. Le bupropion serait par ailleurs particulièrement pertinent selon eux en cas de symptômes dépressifs ou de fatigue. Ils ont précisé que le rajustement des médicaments est très important chez

les personnes atteintes de troubles de santé mentale, ce qui est en accord avec une recommandation forte d'un GPC (Department of Health of Ireland, 2022). Ils ont également dit que la varénicline et le bupropion ne sont pas des pharmacothérapies à privilégier chez la personne de moins de 18 ans et la femme enceinte ou qui allaite, mais que les TRN peuvent être utilisées, de préférence à courte action en monothérapie (bien que les TRN-LA et en combinaison pourraient être envisagées), si l'accompagnement est insuffisant, puisqu'elles demeurent une option moins risquée que la fumée du tabac.

Bien qu'un GPC précise que peu de données scientifiques soutiennent les traitements de combinaison avec le bupropion (CAMH, 2024b), certains GPC recommandent le bupropion en combinaison avec une TRN ou la varénicline en seconde intention chez la population générale (Department of Health of Ireland, 2022; OMS, 2024). Un GPC souligne aussi la possibilité d'utiliser le bupropion en combinaison avec une TRN (Mir *et al.*, 2025). De plus, un GPC précise que ces combinaisons pourraient aussi être considérées chez la personne atteinte de cancer, notamment celle avec des symptômes de dépression et de fatigue (Shields *et al.*, 2024). Le bupropion en combinaison avec une TRN est aussi recommandé chez la personne atteinte d'un trouble de santé mentale par un GPC (Department of Health of Ireland, 2022). Les parties prenantes ont souligné qu'il peut être effectivement cliniquement pertinent de combiner des pharmacothérapies avec des modes d'action complémentaires dans certains cas, notamment chez ceux qui ressentent les symptômes importants ou persistants de sevrage associés à la cessation tabagique. Ces combinaisons seraient aussi possibles chez les personnes atteintes de troubles de santé mentale stables.

3.5.1 Cytisine

Certains GPC recommandent l'usage de la cytisine, un produit naturel qui a un mécanisme d'action semblable à la varénicline (Ofori *et al.*, 2023). Plus précisément, un GPC la recommande fortement lorsque la varénicline et les TRN sont contre-indiquées, mal tolérées, peu accessibles ou encore lorsque les personnes sont peu adhérentes aux autres pharmacothérapies (Rábade-Castedo *et al.*, 2023). De même, quatre GPC la recommandent, dont deux fortement en seconde intention (Mir *et al.*, 2025; OMS, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; Zawertailo *et al.*, 2023). Un GPC la recommande fortement sans préciser d'intention de traitement (Thombs *et al.*, 2025) et un GPC lié à l'arrêt du vapotage précise par ailleurs que la cytisine pourrait aussi être utilisée à cet effet chez la personne de moins de 18 ans, le jeune adulte et la personne atteinte de troubles de santé mentale (Zawertailo *et al.*, 2023). Cependant, des GPC soulignent le manque de données scientifiques relativement à l'emploi de la cytisine chez la personne de moins de 18 ans (Harvey *et al.*, 2016) et les femmes enceintes (Rábade-Castedo *et al.*, 2023).

La revue systématique (RS) d'Ofori *et al.* (2023) portant sur l'efficacité et l'innocuité de la cytisine a été retenue pour compléter l'information disponible dans les GPC. Les niveaux de certitude de la preuve rapportés dans ces méta-analyses ont été évalués avec l'outil GRADE. Les résultats de nouvelles analyses GRADE (Grade Working Group, 2022), complémentaires à celles présentées dans la RS, sont disponibles dans le document *Annexes complémentaires*. La RS d'Ofori *et al.* (2023) analyse les résultats issus de

14 essais cliniques à répartition aléatoire (ECRA), dont les participants étaient des personnes de plus de 15 ans qui fumaient quotidiennement (nombre de cigarettes par jour non mentionné), motivées ou non à cesser de fumer (n = 9 953). Onze de ces ECRA ont été réalisés sur un échantillon de la population générale et les trois autres parmi des populations particulières, soit chez des personnes atteintes de tuberculose, de VIH et d'origine Maori (Nouvelle-Zélande), respectivement. De plus, sur les ECRA retenus dans cette RS, onze ont été effectués avec un schéma posologique standard de 25 jours³ et trois ont été effectués avec des schémas posologiques différents sur des périodes de 40, de 42 et de 84 jours⁴.

Les résultats d'efficacité présentés dans la RS d'Ofori *et al.* (2023) concernant l'abstinence continue jusqu'à 12 mois de suivi, confirmée biochimiquement, montrent :

- une augmentation statistiquement significative pour un traitement de cytisine de 25 à 84 jours comparé à un placebo (5 ECRA; risque relatif [RR] = 2,25 [IC 95 % : 1,13 à 4,47], n = 4 325, I² = 85 %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé modéré par les auteurs (Ofori *et al.*, 2023);
- une augmentation statistiquement significative pour un traitement de cytisine de 25 jours comparé à un traitement de TRN (timbres combinés avec des pastilles ou des gommes) (2 ECRA; RR = 1,37 [IC 95 % : 1,10 à 1,70], n = 1 511, I² = 0 %). Cependant, un des ECRA évalue l'abstinence à l'aide d'une mesure autorapportée, méthode plus sujette au biais que les mesures vérifiées biochimiquement. Le niveau de certitude de la preuve a été jugé faible par les auteurs (Ofori *et al.*, 2023);
- aucune différence statistiquement significative pour un traitement de cytisine de 25 à 84 jours pour la cytisine comparé à un traitement de varénicline de 84 jours (2 ECRA; RR = 1,13 [IC 95 % : 0,65 à 1,95], n = 2 131, I² = 76 %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé faible par les auteurs (Ofori *et al.*, 2023).

De plus, les résultats obtenus pour la qualité de vie générale liée à la santé à 12 mois de suivi, évaluée avec l'échelle EQ-5D-5-L, ne montrent aucune différence statistiquement significative pour un traitement de cytisine de 25 jours comparé à un placebo (1 ECRA; différence de moyenne = 2,00 [IC 95 % : -5,53 à 9,53], n = 132). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé très faible après une évaluation GRADE.

La RS d'Ofori *et al.* (2023) présente également des résultats d'innocuité. Les effets indésirables fréquemment rapportés étaient des symptômes gastro-intestinaux, tels que des nausées et de la constipation, des maux de tête et des rêves anormaux. Les effets indésirables graves n'ont pas été analysés séparément dans cette revue et ont plutôt été inclus parmi les effets indésirables globaux.

³ Posologie standard de réduction graduelle de la cytisine : jours 1 à 3 : 9 mg; jours 4 à 12 : 7,5 mg; jours 13 à 16 : 6 mg; jours 17 à 20 : 4,5 mg; jours 21 à 25 : 3 mg.

⁴ ECRA 1 : 3 mg TID pendant toute la durée du traitement (42 ou 84 jours); ECRA 2 : posologie standard avec réduction des doses et maintien à 3 mg/j du jour 26 à 40; ECRA 3 : sem. 1 : 6 mg/j; sem. 2 : 9 mg/j; sem. 3 : 7,5 mg/j; sem. 4 : 6 mg/j; sem. 5 à 8 : 4,5 mg/j; sem. 9 à 12 : 3 mg/j.

Les résultats obtenus sur le nombre de personnes rapportant des effets indésirables allant jusqu'à 12 mois de suivi montrent :

- une augmentation statistiquement significative comparée à un placebo (8 ECRA; RR = 1,15 [IC 95 % : 1,06 à 1,25], n = 5 520, $I^2 = 0$ %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé modéré par les auteurs (Ofori *et al.*, 2023);
- une augmentation statistiquement significative comparée à des TRN (1 ECRA; RR = 1,52 [IC 95 % : 1,26 à 1,84], n = 1 310). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé modéré par les auteurs (Ofori *et al.*, 2023);
- une diminution statistiquement significative comparée à la varénicline (3 ECRA; RR = 0,67 [IC 95 % : 0,48 à 0,95], n = 2 484, $I^2 = 71$ %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé modéré par les auteurs (Ofori *et al.*, 2023).

De plus, les résultats obtenus avec la cytisine pour le taux de mortalité montrent :

- aucune différence statistiquement significative comparée à un placebo (4 ECRA; RR = 1,12 [IC 95 % : 0,76 à 1,64], n = 4 335, $I^2 = 0$ %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé faible par les auteurs (Ofori *et al.*, 2023);
- aucune différence statistiquement significative comparée à la varénicline (3 ECRA; RR = 0,45 [IC 95 % : 0,10 à 2,00], n = 2 331, $I^2 = 0$ %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé faible par les auteurs (Ofori *et al.*, 2023).

Certaines limites sont présentes dans cette RS. D'abord, l'hétérogénéité (I^2) élevée observée dans les résultats de trois méta-analyses n'a pu être expliquée. Comme le mentionnent les auteurs, malgré des analyses de sensibilité, l'hétérogénéité élevée de deux méta-analyses comparant la cytisine au placebo sur l'abstinence au suivi le plus long n'a pu être expliquée par la vérification biochimique de l'abstinence ou de la qualité des études. L'hétérogénéité des méta-analyses comparant la cytisine à la varénicline n'a pas été réalisée par les auteurs. Ainsi, l'hétérogénéité élevée de la méta-analyse comparant les effets indésirables de la cytisine à la varénicline demeure aussi inexpliquée.

De plus, les données sur l'efficacité et l'innocuité de la cytisine pour certaines populations sont limitées, car les auteurs n'ont recensé aucune étude portant sur des fumeurs hospitalisés, souffrant de troubles psychiatriques, de maladies cardiovasculaires ou de cancers. Enfin, aucune étude comparant la cytisine au bupropion n'a été repérée par les auteurs, limitant ainsi toute conclusion comparative par rapport à ces deux pharmacothérapies à partir des résultats de cette RS.

Les résultats de cette RS sont cependant cohérents avec ceux présentés dans une récente RS de Cochrane repérée dans la littérature (Lindson *et al.*, 2023).

Résumé des résultats de la RS sur la cytisine

Les énoncés ci-dessous ont été élaborés sur la base des résultats des analyses statistiques présentés dans la revue systématique d'Ofori et al. (2023). Les niveaux de certitude de la preuve respectivement associés à ces résultats sont indiqués entre parenthèses.

Efficacité

Les fumeurs quotidiens ayant utilisé la cytisine pour cesser de fumer présentent des **taux d'abstinence** :

- significativement* **plus élevés** que ceux ayant employé :
 - un placebo (modéré),
 - des TRN combinées (faible);
- **semblables*** à ceux ayant employé la varénicline (faible).

Les fumeurs quotidiens ayant utilisé la cytisine pour cesser de fumer présentent des **scores moyens relatifs à la qualité de vie** :

- **semblables*** à ceux ayant employé un placebo (très faible).

Innocuité

Les fumeurs quotidiens ayant utilisé la cytisine pour cesser de fumer présentent des taux d'effets indésirables :

- significativement* **plus élevés** que ceux ayant employé :
 - un placebo (modéré),
 - des TRN (modéré);
- significativement* **plus faibles** que ceux ayant employé la varénicline (modéré).

Les fumeurs quotidiens ayant utilisé la cytisine pour cesser de fumer présentent des taux de mortalité :

- **semblables*** à ceux ayant employé :
 - un placebo (faible),
 - la varénicline (faible).

** D'un point de vue statistique.*

Les membres du comité consultatif ont jugé que la cytisine, un produit peu utilisé en pratique actuellement, peut être employée comme pharmacothérapie de deuxième intention, car elle : 1) semble efficace et sécuritaire selon les résultats de la RS, quoique soutenus par un nombre de données limitées; 2) est potentiellement d'intérêt pour les personnes préférant les produits naturels; et 3) affiche un faible coût (comparativement à d'autres pharmacothérapies). En contrepartie, ils ont souligné que le schéma posologique proposé par le fabricant est complexe et que ce produit n'est pas disponible en pharmacie. En effet, au Québec, la cytisine peut être obtenue uniquement par le site Web du fabricant; la personne doit faire elle-même la démarche.

3.5.2 Autres agents thérapeutiques

Quatre GPC recommandent, dont trois fortement, la nortriptyline si les autres pharmacothérapies n'ont pas fonctionné, y compris chez les personnes avec un trouble de santé mentale, en prenant en compte des risques associés à l'usage de cette molécule (Batra *et al.*, 2022; Department of Health of Ireland, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; RACGP, 2024). Certains GPC recommandent d'autres pharmacothérapies et agents thérapeutiques, notamment la clonidine, en considérant les risques associés si les autres formes de pharmacothérapie n'ont pas fonctionné (recommandation faible) (Batra *et al.*, 2022), mais un GPC souligne le manque de données scientifiques relativement à l'emploi de la nortriptyline et de la clonidine chez les personnes de moins de 18 ans (Harvey *et al.*, 2016). Un GPC recommande la fluoxétine ou la naltrexone en combinaison avec une TRN chez les personnes atteintes d'un trouble dépressif de types 2 et 3 (sans force associée) (Batra *et al.*, 2022). Cependant, la naltrexone serait considérée comme inefficace selon un autre GPC (Rábade-Castedo *et al.*, 2023). D'autres molécules et agents thérapeutiques sont mentionnés dans trois GPC (p. ex. antidépresseurs autres que le bupropion et la nortriptyline, les anxiolytiques et les remèdes à base de camphre, de millepertuis ou de sirop de maïs). Cependant, deux d'entre eux soulignent que les données scientifiques sont insuffisantes pour se prononcer sur leur efficacité ou leur innocuité (Ministry of Health of New Zealand, 2021; Rábade-Castedo *et al.*, 2023) et un indique que certains de ces agents sont non recommandés (Thombs *et al.*, 2025).

Les membres du comité consultatif ont mentionné que la nortriptyline est très peu utilisée, mais qu'elle pourrait avoir une certaine pertinence pour des personnes très ciblées avec une problématique de santé mentale stable. Étant donné les risques associés à cette médication (p. ex. surdosage, idées suicidaires), ils étaient toutefois d'avis que son usage devrait être réservé aux professionnels de la santé avisés et expérimentés avec cette molécule et qu'un avertissement à cet égard devrait figurer dans l'outil. De plus, il a été mentionné que la clonidine est utilisée comme traitement temporaire d'appoint pour réduire les symptômes de sevrage dans plusieurs TUS. Bien que ce ne soit pas un traitement spécifique pour le tabagisme, cette pharmacothérapie pourrait être envisagée dans les jours suivant l'arrêt du tabac, selon eux.

3.5.3 Dosages et schémas posologiques

3.5.3.1 Thérapies de remplacement de la nicotine (TRN)

Le [tableau 4](#) présente les doses initiales des TRN lorsqu'utilisées en monothérapie et le [tableau 5](#), les schémas posologiques indiqués par les fabricants. Les monographies et les quelques GPC qui recommandent ou rapportent une posologie de TRN sont relativement consensuels et se basent sur le nombre de cigarettes consommées par jour (MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Mir *et al.*, 2025; Wong *et al.*, 2020). Les pochettes buccales de nicotine ne sont pas abordées dans les GPC retenus et, bien qu'une marque déposée de pochettes buccales soit approuvée par Santé

Canada pour la cessation tabagique, leur valeur thérapeutique n'a pas été reconnue par l'INESSS lors de son évaluation aux fins de remboursement (INESSS, 2024).

Les TRN courte action (CA) sont généralement utilisées au besoin (PRN) ou toutes les 1 à 2 heures les premières semaines, puis s'ensuit graduellement une réduction de la fréquence d'utilisation.

Dans les différents documents retenus, le schéma posologique des TRN longue action (LA) consiste généralement en une réduction graduelle des doses par paliers de 7 mg maximum, toutes les 2 à 4 semaines, à la suite de 4 à 6 semaines à la dose initiale (CAMH, 2024b; Chadi *et al.*, 2021; Kenvue Canada Inc., 2025a; Mir *et al.*, 2025; Shields *et al.*, 2024; Wong *et al.*, 2020). Si la personne ressent toujours des envies de fumer, des symptômes de sevrage importants ou qu'elle continue à fumer, des GPC suggèrent de modifier la dose de TRN-LA ou d'allonger de 3 ou 4 semaines le palier de dosage (CAMH, 2024b; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Shields *et al.*, 2024). Un GPC propose, en cas de réduction récente de la consommation, d'utiliser la quantité quotidienne de cigarettes consommées avant la réduction pour déterminer le bon dosage (Ministry of Health of New Zealand, 2021).

Les hautes doses de TRN-LA, soit plus de 21 mg/jour, ne sont pas abordées dans les monographies, mais il est indiqué de réduire les doses initiales pour les personnes de moins de 45 kg (Kenvue Canada Inc., 2025a). Trois GPC précisent toutefois que de hautes doses de TRN-LA pourraient être employées en combinant plus d'un timbre par jour (CAMH, 2024b; MSSS, 2022; RACGP, 2024). Les doses maximales rapportées sont de 42 mg/jour (Shields *et al.*, 2024) et de 84 mg/jour pour les fumeurs très dépendants (CAMH, 2024b). L'état des connaissances de l'INESSS sur les stratégies de cessation tabagique souligne que les hautes doses de TRN-LA ne semblent pas plus efficaces que les doses standards, mais précise cependant que les fumeurs qui pourraient en bénéficier sont sous-représentés dans le cadre de ses études (INESSS, 2025).

Tableau 4 Dose initiale par type de TRN (monothérapie)

Type de TRN	Nombre de cigarettes par jour		Références
TRN longue action			
Timbre	< 10	> 10	(Kenvue Canada Inc., 2025a)
	14 mg/jour	21 mg/jour	
TRN courte action			
Gomme	< 20 à 25	> 20 à 25	(Kenvue Canada Inc., 2025b)
	2 mg PRN	4 mg PRN	
Pastille	< 20 à 25	> 20 à 25	(Kenvue Canada Inc., 2025d)
	1 à 2 mg PRN	2 à 4 mg PRN	
Vaporisateur	S. O.		(Kenvue Canada Inc., 2025e)
	1 à 2 vaporisations de 1 mg PRN		
Inhalateur	S. O.		

Type de TRN	Nombre de cigarettes par jour	Références
	PRN (libère 4 mg)	(Kenvue Canada Inc., 2025c)
Pochette	S. O.	(Imperial Tobacco Canada, 2025)
	PRN	

Tableau 5 Schémas posologiques et dosages maximaux par type de TRN

Schéma posologique	Dosage maximal	Références
TRN longue action		
Timbres Réduction graduelle des doses selon le guide suggéré suivant : - Semaines 1 à 6 : 21 ou 14 mg/jour - Semaines 7 et 8 : 14 ou 7 mg/jour - Semaines 9 et 10 : 7 mg/jour	S. O. (1 timbre/jour)	(Kenvue Canada Inc., 2025a)
TRN courte action		
Gommes Réduction graduelle de la fréquence selon le guide suggéré suivant : - Semaines 1 et 2 : 10 à 20 gommes/jour - Semaines 3 et 4 : 8 à 15 gommes/jour - Semaines 5 à 8 : 4 à 10 gommes/jour - Semaines 9 à 12 : 2 à 5 gommes/jour - Semaines 13 à 24 : PRN	1 gomme/fois 20 gommes/jour	(Kenvue Canada Inc., 2025b; Santé Canada, 2024g; 2024h)
Pastilles Réduction graduelle de la fréquence selon le guide suggéré suivant : - Semaines 1 à 6 : 1 pastille/1 à 2 heures - Semaines 7 à 9 : 1 pastille/2 à 4 heures - Semaines 10 à 12 : 1 pastille/4 à 8 heures - Semaines 13 à 24 : PRN ou 1 à 2 pastilles/jour	1 pastille/fois 15 pastilles/jour	(Kenvue Canada Inc., 2025d; Santé Canada, 2024d; 2024e)
Vaporisateur Réduction graduelle de la fréquence selon le guide suggéré suivant : - Semaines 1 à 6 : 1 à 2 vaporisations toutes les 30 à 60 minutes - Semaines 7 à 9 : Réduction graduelle jusqu'à atteindre la moitié de la dose initiale à la semaine 9 - Semaines 10 à 12 : Réduction graduelle jusqu'à 2 à 4 vaporisation/jour - Semaine 13 : Arrêt de l'utilisation	2 vaporisations/fois 4 vaporisations/heure 64 vaporisations/jour	(Kenvue Canada Inc., 2025e; Santé Canada, 2024f)

Schéma posologique	Dosage maximal	Références
Inhalateur Réduction graduelle de la fréquence selon le guide suggéré suivant : - Semaines 1 à 12 : 6 à 12 cartouches/jour - Semaines 13 à 24 : Réduction graduelle jusqu'à 1 à 2 cartouche/jour	12 cartouches de 10 mg/jour	(Kenvue Canada Inc., 2025c; Santé Canada, 2024c)
Pochettes Réduction graduelle de la fréquence selon le guide suggéré suivant : - Semaines 1 à 4 : 1 pochette/1 à 2 heures - Semaines 5 à 8 : 1 pochette/2 à 4 heures - Semaines 9 à 12 : 1 pochette/4 à 8 heures - Semaines 13 à 24 : 1 pochette/PRN	1 pochette/fois 15 pochettes/jour	(Imperial Tobacco Canada, 2025; Santé Canada, 2024i)

Seuls les GPC présentent des recommandations sur les posologies à utiliser pour les TRN combinées ([tableau 6](#)). Ces dernières présentent des variations, notamment sur les intervalles de cigarettes consommées par jour à considérer pour établir la dose initiale de TRN ainsi que pour la dose de TRN recommandée pour ces intervalles. De plus, certains considèrent le temps entre le réveil et la 1^{re} cigarette de la journée et d'autres non (CAMH, 2024b; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Mir *et al.*, 2025; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; Shields *et al.*, 2024). Des GPC mentionnent que toutes les TRN-CA pourraient être employées au besoin en combinaison avec une TRN-LA, excluant les pochettes qui n'y sont pas abordées (CAMH, 2024b; Chadi *et al.*, 2021; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024). Certains proposent par ailleurs l'emploi de différentes doses de TRN-CA si la personne consomme rapidement suivant le réveil ou consomme plus de 10 à 25 cigarettes par jour (p. ex. gommes ou pastille de 4 mg au lieu de 2 mg) (Ministry of Health of New Zealand, 2021; Mir *et al.*, 2025; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024). Enfin, deux GPC suggèrent l'emploi d'une TRN en monothérapie pour la personne qui consomme moins de 10 cigarettes par jour et sa première cigarette plus de 30 à 60 minutes suivant le réveil (Ministry of Health of New Zealand, 2021; RACGP, 2024).

Tableau 6 Doses de TRN combinées recommandées par les GPC

Minutes entre la 1 ^{re} cigarette et le réveil	Nombre de cigarettes par jour				Références
S. O.	< 10	10 à 19	> 19	> 30	(MSSS, 2022)
	TRN-LA : 7 mg/jour + TRN-CA PRN	TRN-LA : 14 mg/jour + TRN-CA PRN	TRN-LA : 21 mg/jour + TRN-CA PRN	TRN-LA : 28 à 42 mg/jour	
S. O.	< 10	10 à 29		> 29	(CAMH, 2024b)
	TRN-LA : 14 mg/jour + TRN-CA PRN	TRN-LA : 21 mg/jour + TRN-CA PRN		TRN-LA : 28 mg/jour + TRN-CA PRN	
S. O.	< 10		> 10		(Mir <i>et al.</i> , 2025)
	TRN-LA : 14 mg + TRN-CA PRN		TRN-LA : 21 mg + TRN-CA PRN		
< 60	< 10		> 10		(Ministry of Health of New Zealand, 2021)
	TRN-LA : 21 mg/jour + TRN-CA PRN		TRN-LA : 21 mg + TRN-CA PRN		
> 60	TRN-LA : 14 mg OU TRN-CA PRN		TRN-LA : 21 mg/jour + TRN-CA PRN		
< 30	< 10		> 10		(RACGP, 2024)
	TRN-LA : 21 mg/jour + TRN-CA PRN		TRN-LA : 21 mg/jour + TRN-CA PRN		
> 30	Seulement TRN-CA PRN		TRN-LA : 21 mg + TRN-CA PRN		
< 30	S. O.				(Shields <i>et al.</i> , 2024)
	TRN-LA : 21 à 42 mg/jour + TRN-CA				
> 30	TRN-LA : 21 à 42 mg/jour + TRN-CA				

Les membres du comité consultatif ont dit être en accord avec les informations présentées sur les TRN-CA. Cependant, dans le cas de l'emploi des TRN-LA, et des TRN combinées par extension, ils précisent qu'en pratique la quantité de nicotine consommée par jour est utilisée pour estimer la dose initiale nécessaire, où une cigarette équivaut environ à 1 mg de nicotine, afin que la posologie corresponde le plus possible à la consommation réelle de la personne (sans surdoser ou sous-doser). Cette méthode est par ailleurs soulignée dans deux GPC (MSSS, 2022; Mir *et al.*, 2025). Ainsi, une personne qui consomme 14 cigarettes par jour devrait utiliser une TRN-LA de 14 mg avec une TRN-CA à faible teneur en nicotine (1 à 2 mg) si elle prend sa première consommation 30 minutes après le réveil, et une TRN-CA à haute teneur en nicotine (2 à 4 mg) si elle consomme dans les 30 premières minutes suivant le réveil. Par contre, les

membres du comité consultatif ont précisé que ces informations constituent au mieux des estimations de la quantité de nicotine consommée par la personne, puisqu'en fonction de la façon dont la personne fume ses cigarettes, la quantité de nicotine pourrait être supérieure à 1 mg par cigarette et pourrait atteindre jusqu'à 2 ou 3 mg. Ils ont souligné l'importance d'individualiser le traitement et, surtout, de modifier de façon précoce la dose initiale des TRN-LA selon la réponse à la pharmacothérapie. Ainsi, si une personne ressent beaucoup de symptômes de sevrage ou le besoin d'utiliser une TRN-CA trop fréquemment, la dose de la TRN-LA devrait être augmentée. Au contraire, si elle ressent les effets d'un surdosage de nicotine, la dose de la TRN-LA devrait être diminuée. Il a par ailleurs été précisé que de diminuer d'emblée le dosage de la TRN-LA lorsqu'elle est employée avec une TRN-CA ne serait pas une bonne pratique et ne devrait pas être recommandée. Ils ont également précisé qu'il serait nécessaire que l'emploi de hautes doses de TRN-LA soit facilité pour permettre une meilleure individualisation de la pharmacothérapie. Enfin, les parties prenantes ont dit être en accord avec la recommandation d'une TRN-LA d'un maximum de 42 mg/jour, voire de 84 mg/jour pour certains d'entre eux, car la surdose de nicotine chez des fumeurs très dépendants est plutôt rare. Cependant, ils soulignent l'importance de demeurer vigilant lors de l'emploi de hautes et de très hautes doses, d'une part, puisque peu de données scientifiques sont actuellement disponibles sur l'emploi de ces dernières et, d'autre part, puisqu'elles pourraient augmenter les effets secondaires.

3.5.3.2 Médicaments en comprimés

Les schémas posologiques et les doses maximales recommandées dans les monographies des médicaments sous forme de comprimés sont décrits dans le [tableau 7](#). Des GPC soulignent des informations semblables aux monographies pour la varénicline (CAMH, 2024b; MSSS, 2022; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Wong *et al.*, 2020) et le bupropion (CAMH, 2024b; MSSS, 2022; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Wong *et al.*, 2020). Un GPC précise de conserver le schéma posologique standard des pharmacothérapies lorsqu'elles sont combinées (Shields *et al.*, 2024). Aucun GPC ne précise les dosages ou la posologie de la cytisine.

Tableau 7 Schémas posologiques et dosages maximaux par type de comprimé

Schéma posologique	Doses maximales	Références
Varénicline		
- Jours 1 à 3 : 0,5 mg DIE - Jours 4 à 7 : 0,5 mg BID - Jours 8 et suivants : 0,5 mg BID ou 1 mg BID (selon la tolérance de la personne) Le schéma posologique peut être adapté selon la date d'abandon (fixe, flexible ou graduel) sur une période de 12 à 24 semaines. Avec une date d'abandon fixe, il est suggéré de commencer la varénicline 1 à 2 semaines avant la date d'arrêt envisagée. Avec une date d'abandon souple, il est suggéré de cesser de fumer entre le 8^e et le 35^e jour.	2 mg/jour Atteinte rénale grave : 0,5 mg BID	(APOTEX INC., 2023)
Bupropion		
- Jours 1 à 3 : 150 mg DIE - Jours 4 et suivants : 150 mg BID Commencer 1 à 2 semaines avant la date d'abandon fixée. Envisager de changer de traitement si la personne n'a pas cessé de fumer à la 7^e semaine. Le traitement pourrait s'étendre jusqu'à 52 semaines.	300 mg/jour Atteinte rénale ou hépatique : 100 à 150 mg/jour	(Bausch Health Canada Inc., 2021)
Cytisine		
- Jours 1 à 3 : 1,5 mg toutes les 2 heures (6 caps./jour) - Jours 4 à 12 : 1,5 mg toutes les 2,5 heures (5 caps./jour) - Jours 13 à 16 : 1,5 mg toutes les 3 heures (4 caps./jour) - Jours 17 à 20 : 1,5 mg toutes les 5 heures (3 caps./jour) - Jours 21 à 25 : 1,5 à 3 mg/jour (1 à 2 caps./jour) Réduire graduellement la consommation pour un arrêt complet au 5^e jour.	9 mg/jour	(Santé Canada, 2024a; ZPharm Inc., 2024).

Un seul GPC avance que des doses plus élevées de cytisine pourraient être plus efficaces, mais selon un niveau de certitude de la preuve faible (Rábade-Castedo *et al.*, 2023). Certains membres du comité consultatif ont appuyé cette information en ajoutant que d'autres schémas posologiques pourraient être envisagés. Cependant, bien que la RS sur la cytisine inclue certaines études effectuées avec un schéma posologique différent, les données disponibles demeurent insuffisantes pour se prononcer sur la posologie à recommander. De plus, selon les membres du comité consultatif, les professionnels de la santé sont peu habitués à prescrire des combinaisons de pharmacothérapies. Ils ont donc jugé qu'il serait pertinent d'inclure de l'information pratique dans l'outil sur ces dernières (p. ex. comment combiner les pharmacothérapies, dont la complémentarité de leurs mécanismes d'action, les schémas posologiques, les aspects à surveiller pour limiter les effets indésirables).

3.5.4 Durées de traitement

Comme souligné à la section précédente, les durées de traitement recommandées dans les monographies varient de 25 jours à 24 semaines selon les pharmacothérapies, excluant le bupropion, qui peut être employé jusqu'à 52 semaines. Plusieurs GPC abondent dans le même sens (sauf pour la cytisine). Les GPC précisent une durée minimale de 12 semaines de TRN (combinées ou non) pour de meilleurs résultats et la possibilité d'allonger le traitement pour l'adapter aux besoins de la personne, notamment en cas de symptômes de sevrage ou pour minimiser le risque de rechute (recommandations fortes à consensus cliniques) (CAMH, 2024b; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Mir *et al.*, 2025; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; Shields *et al.*, 2024; Wong *et al.*, 2020; Zawertailo *et al.*, 2023). De plus, deux GPC recommandent fortement d'allonger l'emploi des pharmacothérapies (TRN, varénicline et bupropion) à plus de 12 semaines (Lee *et al.*, 2024; Leone *et al.*, 2020), quatre GPC précisant que la durée d'emploi des TRN peut même être allongée à 6 mois, voire un an, si jugé pertinent cliniquement pour promouvoir l'abstinence continue, notamment pour les personnes atteintes d'asthme, de MPOC ou de cancer (MSSS, 2022; NICE, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; Shields *et al.*, 2024). Cependant, un GPC précise que leur efficacité n'est pas démontrée au-delà de 24 semaines (RACGP, 2024).

Les membres du comité consultatif ont souligné que les durées de traitement pharmacologique décrites par les GPC correspondent globalement à leur pratique et sont cliniquement pertinentes, car elles offrent la flexibilité nécessaire à l'offre d'un traitement personnalisé. Comme chaque personne a ses propres besoins, il est rarement possible de déterminer la durée de la pharmacothérapie dès le début du traitement. Comme le dosage, la durée des pharmacothérapies doit, selon eux, être modifiée lors des suivis selon les besoins de la personne. Par ailleurs, il a été souligné que la durée de traitement avec la cytisine pourrait être allongée. Cela est aussi avancé par deux GPC, mais selon un niveau de certitude de la preuve faible selon l'un d'entre eux (Mir *et al.*, 2025; Rábade-Castedo *et al.*, 2023). Cependant, la RS réalisée sur la cytisine ne présente pas de données permettant d'établir l'efficacité de ce produit naturel pour une durée de traitement prolongée.

3.5.5 Mode d'emploi

Le mode d'emploi des différentes pharmacothérapies et d'autres considérations, dont certains avantages et inconvénients, consignés dans les monographies sont présentés dans le [tableau 8](#).

Tableau 8 Modes d'emploi et autres considérations des pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique

Mode d'emploi	Autres considérations	Références
TRN longue action – Administration transdermique		
▪ Appliquer un timbre au niveau du tronc ou la face externe du bras (mais pas l'avant-bras) sur la peau propre, sèche et galbe. Changer de site d'application quotidiennement (24 h). ▪ À retirer avant un exercice intense.	▪ Utilisation discrète et simple ▪ Très faible risque de dépendance ▪ Certains timbres se coupent et d'autres non (voir la notice fournie avec le produit)	(Kenvue Canada Inc., 2025a)
TRN courte action – Administration buccale		
Gomme ▪ Mâcher 1 gomme à la fois jusqu'à ce que le goût devienne intense et la placer entre la gencive et la joue. Recommencer à mâcher lorsque le goût s'estompe. Répéter ces étapes pendant environ 30 minutes.	▪ Plusieurs saveurs	(Kenvue Canada Inc., 2025b)
Pastille ▪ Placer la pastille dans la bouche et laisser fondre jusqu'à la dissolution complète. Ne pas mâcher et ne pas avaler.	▪ Utilisation discrète	(Kenvue Canada Inc., 2025d)
Inhalateur ▪ Placer la cartouche dans l'embout buccal. Inhaler profondément ou par petites bouffées. Après 20 minutes d'utilisation, la cartouche sera épuisée.	▪ Polyvalent et pratique (peut être utilisé à l'intérieur) ▪ Peut satisfaire le mouvement main-bouche et d'aspiration – utile pour comportement fortement conditionné	(Kenvue Canada Inc., 2025c)
Vaporisateur ▪ Activer la pompe. Vaporiser dans la bouche en évitant les lèvres et attendre quelques secondes avant d'avaler la salive. Éviter de toucher les lèvres. Fermer le vaporisateur.	▪ Peut remplacer jusqu'à 150 cigarettes (consommation moyenne)	(Kenvue Canada Inc., 2025e)
Pochette ▪ Placer une pochette à la fois sous la lèvre supérieure et la garder en place pendant 60 minutes maximum. Ne pas mâcher et ne pas avaler.	▪ Nocif si ingéré	(Imperial Tobacco Canada, 2025; Santé Canada, 2024i)
Varénicline – Administration orale		
▪ Avaler les comprimés après le repas avec un grand verre d'eau.		(APOTEX INC., 2023)
Bupropion – Administration orale		
▪ Avaler les comprimés à la même heure chaque jour, en respectant un intervalle de 8 heures entre les doses, idéalement en mangeant. Ne pas mâcher, diviser ou écraser les comprimés.	▪ Pourrait limiter la prise de poids (vs placebo)	(Bausch Health Canada Inc., 2021)
Cytisine – Administration orale		
▪ Avaler les capsules à intervalles réguliers	▪ Produit naturel peu coûteux	(ZPharm Inc., 2024)

Un GPC précise que la personne devrait s'abstenir de boire ou de manger au moins 20 minutes avant l'emploi des gommes et des pastilles de nicotine, lesquelles peuvent aider à prévenir les excès de nourriture. Il mentionne par ailleurs que leur utilisation appropriée peut être plus difficile que d'autres TRN-CA puisque la nicotine est absorbée par les muqueuses de la bouche, et non de manière orale (Wong *et al.*, 2020). Ce même GPC souligne que l'emploi des vaporisateurs peut être utile chez le fumeur très dépendant puisqu'il est la TRN-CA avec le délai d'action le plus court, soit 30 secondes (Wong *et al.*, 2020). Finalement, un GPC mentionne que la combinaison d'une TRN avec la varénicline augmente le risque d'effets indésirables de la varénicline, notamment les nausées (CAMH, 2024b).

3.5.6 Contre-indications et précautions

Les contre-indications, les précautions et les interactions médicamenteuses indiquées dans les monographies des différentes pharmacothérapies sont présentées dans le [tableau 9](#).

Tableau 9 Contre-indications et précautions, y compris les interactions médicamenteuses, par type de pharmacothérapie

Contre-indications	Précautions et interactions	Références
TRN longue action		
- Allergies aux diachylons ou à une des composantes du produit - Fumeurs occasionnels - Moins de 18 ans - Femmes enceintes ou qui allaitent - Eczéma, psoriasis ou maladie cutanée généralisée - Infarctus du myocarde ou AVC récent - Angine de poitrine ou arythmie grave	- Problèmes de santé bucco-dentaires ou pharyngés, cardiovasculaires, convulsifs ou antécédents de convulsions, gastro-intestinaux, hépatiques ou rénaux et diabète - Prise de médicaments sous prescription	(Kenvue Canada Inc., 2025a; Santé Canada, 2024b)
TRN courte action : gomme, pastille, inhalateur et vaporisateur		
- Allergies à une des composantes du produit - Fumeurs occasionnels - Moins de 18 ans - Femmes enceintes ou qui allaitent - Infarctus du myocarde ou AVC récent - Angine de poitrine ou arythmie grave - Problèmes mandibulaires ou bucco-dentaires importants	En plus des éléments mentionnés ci-haut pour les TRN longue action, les problèmes de santé thyroïdiens, une tumeur de la glande surrénale ou l'hypersensibilité au menthol	(Kenvue Canada Inc., 2025b, 2025c, 2025d, 2025e; Santé Canada, 2024c; 2024e, 2024f, 2024h, 2024i)

Contre-indications	Précautions et interactions	Références
TRN courte action : <i>pochette</i>		
- Fumeurs occasionnels - Moins de 18 ans - Femmes enceintes ou qui allaitent - Allergies à une des composantes du produit - Antécédents de convulsions	- Problèmes de santé bucco-dentaires ou pharyngés, gastro-intestinaux, cardiovasculaires, thyroïdiens et diabète - Prise de médicaments sous prescription - Éviter l'utilisation de boissons acides	(Imperial Tobacco Canada, 2025; Santé Canada, 2024i)
Varénicline		
- Allergies à une des composantes du produit - Moins de 18 ans - Femmes enceintes ou qui allaitent - Insuffisance rénale terminale	- Plus de 65 ans (leurs fonctions rénales pourraient être diminuées) - Troubles convulsifs / antécédents de convulsions - Alcool : aviser les personnes que ça pourrait accroître les effets psychiatriques indésirables - Risques d'accidents ou de blessures dans le cas de conduite automobile et de machinerie - Psychotropes : adapter les doses - Cimétidine et autres inhibiteurs du transporteur de cation organique de type 2 (OCT2)	(APOTEX INC., 2023)
Bupropion		
- Allergies à une des composantes du produit - Moins de 18 ans - Femmes enceintes ou qui allaitent - Atteinte hépatique sévère - Boulimie et anorexie - Glaucome - Troubles affectifs bipolaires - Troubles convulsifs / antécédents de convulsions - Sevrage d'alcool abrupt - Syndrome de Brugada - Prise de médicaments : bupropion, IMAO, thioridazine, tamoxifène	- Plus de 65 ans (leurs fonctions rénales pourraient être diminuées) - Diabète - Histoire de trauma crânien - Tumeur du système nerveux central - TUS : alcool, stimulants et opiacés - Alcool : aviser la personne d'éviter d'en consommer - Médicaments diminuant le seuil épileptogène, antiplaquettaires (clopidogrel) et cardiotropes (digoxine) : faire preuve de prudence - IMOA, tamoxifène, thioridazine ou autres médicaments contenant du bupropion : cesser le médicament 14 jours avant - ISRS et IRSN : prescrire à la plus petite dose possible - Antiarthritiques (1C), antibiotiques quinolones, antidépresseurs tricycliques, antimicrobiens (amantadine), antipaludéens, antipsychotiques, bêtabloqueurs, hypoglycémiants oraux, insuline ou précurseurs de la dopamine (levopoda) : réduire ou adapter la dose - Antirétroviraux (ritonavir et efavirenz) : envisager d'augmenter la dose de bupropion - Antidépresseurs : envisager de consulter un psychiatre	(Bausch Health Canada Inc., 2021)

Contre-indications	Précautions et interactions	Références
Cytisine		
Aucune information	- Femme en âge de procréer - Problèmes de santé cardiovasculaires, gastro-intestinaux, hépatiques ou rénaux, thyroïdiens et diabète	(Santé Canada, 2024a)

Aucune interaction médicamenteuse n'a été repérée dans les documents retenus pour les TRN et la cytisine. Concernant les TRN-CA, deux GPC précisent que le vaporisateur et l'inhalateur pourraient précipiter un bronchospasme chez les personnes atteintes d'asthme ou d'un trouble pulmonaire (MSSS, 2022; Wong *et al.*, 2020). Par ailleurs, très peu de données scientifiques ont été repérées sur l'usage de la cytisine chez la femme en âge de procréer, enceinte ou qui allaite ainsi que chez les personnes de moins de 18 ans, comme mentionné précédemment (voir la [section 3.5.1](#)).

Les parties prenantes ont jugé ces informations pertinentes et adéquates, mais ont souligné que :

- le bupropion n'est pas contre-indiqué pour tous les troubles alimentaires, seulement pour l'anorexie;
- il est possible d'employer le bupropion chez la personne atteinte d'un trouble affectif bipolaire, mais stable. Ils ont donc suggéré d'inclure cette information dans les précautions;
- de recommander de consulter un psychiatre pour une personne sous antidépresseur était peu pertinent et réaliste, car le bupropion est souvent utilisé en première ligne dans une combinaison d'antidépresseurs;
- la majorité des contre-indications indiquées dans les monographies étaient relatives et non absolues, sauf pour l'allergie à une des composantes du produit.

3.6 Réduction du risque

Comme souligné précédemment (voir la [section 3.3](#)), plusieurs GPC recommandent de discuter de l'approche de réduction du risque (p. ex. réduction de la consommation, arrêt temporaire, cigarette électronique) malgré les données scientifiques mitigées sur les bénéfices de santé qu'elle pourrait procurer.

3.6.1 Réduction de la consommation et arrêt temporaire

Bien que le NICE recommande fortement d'aviser toutes les personnes que l'arrêt abrupt est la méthode la plus efficace, il recommande aussi fortement d'encourager les personnes qui ne se sentent pas prêtes à cesser de fumer complètement, ou encore qui n'ont pas atteint leur objectif d'arrêt, à adopter différentes stratégies de réduction des méfaits, lesquelles comprennent la réduction graduelle de la consommation dans l'objectif de cesser complètement, la réduction de la consommation comme objectif en

soi et l'arrêt temporaire, qui peut être imposé (p. ex. lors d'une hospitalisation) ou non (NICE, 2024). Deux GPC émettent aussi des recommandations allant en ce sens (CAMH, 2024b; Zawertailo *et al.*, 2023). Un GPC souligne cependant que la réduction graduelle en vue de cesser pourrait être aussi efficace que l'arrêt abrupt – les données étant insuffisantes pour établir la supériorité de l'une ou l'autre des stratégies (Rábade-Castedo *et al.*, 2023). La réduction de la consommation en vue de cesser complètement est mentionnée par trois autres GPC (MSSS, 2022; Mir *et al.*, 2025; Shields *et al.*, 2024).

Le NICE (2024) recommande fortement d'accompagner la personne dans le choix de la stratégie (et de son objectif), après avoir discuté des mérites de chacune d'elles. Par ailleurs, cela implique du soutien au développement d'un calendrier du moment et de la quantité de la diminution de la consommation jusqu'à la date fixée (recommandation forte (NICE, 2024)). Le CAMH (2024b) recommande une approche similaire en mettant l'accent sur la pertinence de viser de petits objectifs atteignables avec la personne avant l'arrêt complet, plutôt qu'une date d'arrêt ultime et fixe. Cela fait partie de la préparation à l'arrêt tabagique : non seulement la personne perçoit ces stratégies plus faciles à gérer et à atteindre, mais cela permet d'entamer un processus de changement par rapport à sa consommation (CAMH, 2024b). Selon des recommandations fortes du NICE et du CAMH, des méthodes concrètes à envisager avec la personne pourraient être d'augmenter le temps entre deux consommations, de limiter le nombre de consommations par jour, de retarder la première consommation de la journée ou de choisir des périodes, des moments ou des lieux sans fumée, puis d'augmenter leur nombre graduellement ou encore de faire une activité pour faire passer les envies de fumer (p. ex. promenade, exercices de respiration) (CAMH, 2021; 2024b; NICE, 2024). Pour motiver la personne, le NICE recommande aussi fortement de s'enquérir de la facilité à réaliser leurs activités quotidiennes et à utiliser cette information pour promouvoir les bénéfices de la réduction et de la cessation tabagiques. Une fois l'objectif atteint, il importe de réévaluer la motivation de la personne à maintenir ce niveau de consommation, à réduire davantage et à cesser complètement, selon une recommandation forte du (NICE, 2024).

Peu importe la stratégie employée ou l'objectif de la personne, trois GPC recommandent fortement l'emploi d'interventions d'accompagnement et d'une pharmacothérapie (Greenberg *et al.*, 2021; NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024). Outre un GPC qui émet une recommandation faible sur l'emploi de la varénicline dans cette situation (Rábade-Castedo *et al.*, 2023), les TRN sont la principale pharmacothérapie recommandée par les GPC (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2021; 2024b; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; NICE, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; RACGP, 2024). L'emploi de TRN en vue d'un arrêt graduel ou pour un arrêt temporaire est aussi mentionné dans certaines monographies sans précision supplémentaire (Imperial Tobacco Canada, 2025; Santé Canada, 2024g; 2024h). Selon certains GPC, elles pourraient être utilisées plusieurs semaines avant l'arrêt complet (RACGP, 2024), allant de 2 à 24 semaines (CAMH, 2024b; MSSS, 2022; Mir *et al.*, 2025).

3.6.2 Cigarette électronique

3.6.2.1 Efficacité et innocuité

La RS de Lindson *et al.* (2024) portant sur l'efficacité et l'innocuité de la cigarette électronique (CE) pour la cessation tabagique à long terme a été retenue pour compléter l'information disponible dans les GPC. Les niveaux de certitude de la preuve rapportés dans ces méta-analyses ont été évalués avec l'outil GRADE. Les résultats de nouvelles analyses GRADE (Grade Working Group, 2022), complémentaires à celles présentées dans la RS, sont disponibles dans le document *Annexes complémentaires*.

Cette RS analyse les résultats issus de 88 ECRA. Les participants étaient des personnes âgées de 18 ans ou plus qui fumaient quotidiennement (nombre de cigarettes par jour non mentionné), motivées ou non à cesser de fumer (n = 27 235). Des ECRA retenus, 57 portaient sur une population générale et 31 ont été menés auprès de groupes issus de populations particulières, soit des personnes :

- avec diverses comorbidités (infarctus, cancer, VIH, parodontite, en attente d'une chirurgie, maladies chroniques liées au tabagisme) – 9 ECRA;
- atteintes de troubles de santé mentale graves – 5 ECRA;
- en traitement ou ayant récemment terminé un traitement pour un TUS – 4 ECRA;
- qui vapofument – 3 ECRA;
- ayant accès à des centres pour des personnes sans-abri – 2 ECRA;
- recrutées spécifiquement dans des zones socialement défavorisées – 2 ECRA;
- d'origine afro-américaine ou latine – 2 ECRA;
- de 55 ans et plus, ayant fait une tentative de cessation tabagique récente, ainsi que des jeunes adultes, des femmes enceintes – 1 ECRA pour chacune des populations.

Trois types de CE sont inclus dans cette RS, soit : les dispositifs à cartouches jetables, les cigarettes électroniques rechargeables et les dispositifs à dosettes (« pods ») qui utilisent couramment des sels de nicotine. Les dispositifs entièrement jetables n'étaient utilisés dans aucun ECRA retenu.

Les résultats d'efficacité présentés dans la RS de Lindson *et al.* (2024) concernant l'abstinence à 6 à 12 mois de suivi confirmée biochimiquement montrent :

- une augmentation statistiquement significative pour un traitement avec la CE contenant de la nicotine de 12 à 24 semaines comparé à un traitement avec la CE sans nicotine (6 ECRA; RR = 1,46 [IC 95 % : 1,09 à 1,96], n = 1 613, I² = 4 %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé modéré par les auteurs (Lindson *et al.*, 2024);
- une augmentation statistiquement significative pour un traitement avec la CE contenant de la nicotine de 2 à 24 semaines comparé à aucune intervention ou à

un bref counseling⁵ (9 ECRA; RR = 1,88 [IC 95 % : 1,56 à 2,25], n = 5 024, I² = 0 %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé faible par les auteurs (Lindson *et al.*, 2024);

- une augmentation statistiquement significative pour un traitement avec la CE contenant de la nicotine de 6 à 12 semaines comparé à un traitement de TRN (timbres combinés ou non à des TRN à courte action) (6 ECRA; RR = 1,58 [IC 95 % : 1,29 à 1,93], n = 2 222, I² = 13 %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé élevé après une évaluation GRADE;
- aucune différence statistiquement significative pour un traitement avec la CE contenant de la nicotine de 8 semaines comparé à un traitement de timbres à la nicotine chez des femmes enceintes (1 ECRA; RR = 1,78 [IC 95 % : 0,45 à 6,97], n = 319). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé très faible après une évaluation GRADE, notamment en raison d'un IC très large;
- une diminution statistiquement significative pour un traitement avec la CE contenant de la nicotine de 12 semaines comparé à un traitement de varénicline (1 ECRA; RR = 0,31 [IC 95 % : 0,11 à 0,82], n = 54). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé très faible après une évaluation GRADE, notamment en raison d'un nombre de participants très faible.

Aucune étude comparant la CE avec nicotine et le bupropion n'a été retenue dans cette RS.

La RS de Lindson *et al.* (2024) souligne également des données d'innocuité. Les effets indésirables les plus fréquemment autorapportés avec la CE contenant de la nicotine sont des irritations buccales ou de la gorge, de la toux et des maux de tête. Les résultats obtenus sur le nombre de personnes rapportant des effets indésirables jusqu'à 9 mois de suivi montrent :

- aucune différence statistiquement significative pour un traitement avec la CE contenant de la nicotine de 6 à 12 semaines comparé à un traitement avec la CE sans nicotine (5 ECRA; RR = 1,01 [IC 95 % : 0,91 à 1,11], n = 840, I² = 0 %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé modéré par les auteurs (Lindson *et al.*, 2024);
- une augmentation statistiquement significative pour un traitement avec la CE contenant de la nicotine de 2 à 12 semaines comparé à aucune intervention ou à un bref counseling (4 ECRA; RR = 1,22 [IC 95 % : 1,12 à 1,32], n = 765, I² = 41 %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé faible par les auteurs (Lindson *et al.*, 2024);
- aucune différence significative pour un traitement avec la CE contenant de la nicotine de 6 à 12 semaines comparé à un traitement de TRN (5 ECRA;

⁵ Comprenait selon les études soit une référence vers un groupe d'aide à la cessation tabagique, soit des conseils brefs, soit des conseils de faible intensité, soit une rencontre initiale de 30 minutes puis un suivi téléphonique de 10 minutes et des visites en clinique de 15 à 20 minutes.

RR = 1,03 [IC 95 % : 0,91 à 1,17], n = 2 052, I² = 0 %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé modéré par les auteurs (Lindson *et al.*, 2024).

Les résultats obtenus sur le nombre de personnes rapportant des effets indésirables graves suivies jusqu'à 1 an montrent :

- aucune différence significative pour un traitement avec la CE contenant de la nicotine de 6 à 24 semaines comparé à un traitement avec la CE sans nicotine (4 ECRA; RR = 1,00 [IC 95 % : 0,56 à 1,71], n = 1 412, I² = 0 %). Cinq autres ECRA ne rapportent aucun effet indésirable grave et ne sont donc pas inclus dans la méta-analyse. Le niveau de certitude de la preuve a été jugé faible par les auteurs (Lindson *et al.*, 2024);
- aucune différence significative pour un traitement avec la CE contenant de la nicotine de 2 à 12 semaines comparé à aucune intervention ou à un bref counseling (5 ECRA, RR = 0,89 [IC 95 % : 0,59 à 1,34], n = 3 263, I² = 23 %). Cinq autres ECRA ne rapportent aucun effet indésirable grave et ne sont donc pas inclus dans la méta-analyse. Le niveau de certitude de la preuve a été jugé très faible par les auteurs (Lindson *et al.*, 2024);
- aucune différence significative pour un traitement avec la CE contenant de la nicotine de 6 à 12 semaines comparé à un traitement de TRN (6 ECRA; RR = 1,20 [IC 95 % : 0,90 à 1,60], n = 2 761, I² = 32 %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé faible par les auteurs (Lindson *et al.*, 2024).

Finalement, aucune différence statistiquement significative dans le taux d'abandon entre la CE avec nicotine et la CE sans nicotine n'a été observée pour des thérapies de 12 à 24 semaines pour un suivi de 6 mois (3 ECRA, RR = 1,15 [IC 95 % : 0,94 à 1,41], n = 874, I² = 30 %). Le niveau de certitude de la preuve a été jugé très faible par les auteurs.

Cette RS a été mise à jour en 2025, mais les résultats demeurent inchangés (Lindson *et al.*, 2025). Les analyses présentées dans cette RS montrent une efficacité plus importante de la CE avec nicotine pour l'abstinence tabagique comparée à la CE sans nicotine, à aucune intervention ou à un bref counseling et aux TRN. Les auteurs mentionnent que le niveau de certitude de la preuve élevé pour la comparaison avec les TRN signifie que l'effet réel est proche de l'estimation de l'effet et qu'il y a peu de chance pour que ce résultat varie malgré l'addition d'autres études.

Aucune des études incluses n'a détecté d'effets indésirables graves pouvant être attribués à l'utilisation de la CE avec nicotine. Cependant, en raison du grand nombre de dispositifs et de liquides disponibles (en plus de l'arrivée de nouveaux produits sur le marché régulièrement), ainsi que l'absence de données à plus d'un an ou plus, il n'est pas possible de conclure sur la toxicité de la CE avec nicotine à long terme (Lindson *et al.*, 2024). De plus, bien que la RS présente certains résultats sur la poursuite de la consommation du produit (soit la CE ou une pharmacothérapie) après 6 mois, peu d'information est disponible. Les données scientifiques demeurent insuffisantes ou présentent trop de variabilité pour qu'il soit possible de se prononcer sur cet aspect. Les

auteurs rapportent les résultats d'une seule méta-analyse basée sur 4 ECRA comparant la CE avec et sans nicotine (RR = 1,15 [IC 95 % : 0,94 à 1,14], n = 847, I² = 30 %; p = 0,17) et indiquent que la différence entre les groupes est statistiquement non significative. Les résultats de cette RS sont cohérents avec ceux présentés dans une autre RS avec méta-analyse en réseau repérée dans la littérature (Lindson *et al.*, 2023).

Résumé des résultats de la RS sur la CE

Les énoncés ci-dessous ont été élaborés sur la base des résultats des analyses statistiques présentées dans la revue systématique de Lindson et al. (2024). Les niveaux de certitude de la preuve respectivement associés à ces résultats sont indiqués entre parenthèses.

Efficacité

Les fumeurs quotidiens ayant utilisé une CE avec nicotine pour cesser de fumer présentent des taux d'abstinence :

- significativement* **plus élevés** que ceux ayant employé :
 - une CE sans nicotine (modéré),
 - aucune intervention ou un bref counseling (faible),
 - des TRN (élevé);
- significativement* **plus faibles** que ceux ayant employé la varénicline (très faible).

Les **femmes enceintes** ayant utilisé une CE avec nicotine pour cesser de fumer présentent des taux d'abstinence :

- **semblables*** à celles ayant employé des TRN à longue action (très faible).

Innocuité

Les fumeurs quotidiens ayant utilisé une CE avec nicotine pour cesser de fumer présentent des **taux d'effets indésirables** :

- **semblables*** à ceux ayant employé :
 - la CE sans nicotine (modérée),
 - les TRN (modérée);
- significativement* **plus élevés** que ceux ayant employé aucune intervention ou un bref counseling (faible).

Les fumeurs quotidiens ayant utilisé une CE avec nicotine pour cesser de fumer présentent des **taux d'effets indésirables graves** :

- **semblables*** à ceux ayant employé :
 - la CE sans nicotine (faible),
 - les TRN (faible),
 - aucune intervention ou un bref counseling (faible).

** D'un point de vue statistique.*

3.6.2.2 Information tirée des documents présentant des recommandations

Les GPC émettent des recommandations et des positions différentes sur l'emploi de la CE pour la cessation tabagique, mais toutes prudentes. D'un côté, six GPC publiés avant 2023 émettent des positions cliniques stipulant que les données scientifiques actuelles sur les risques et les bénéfices sont insuffisantes ou mitigées pour recommander la CE aux fins d'un arrêt tabagique chez différentes populations (Batra *et al.*, 2022; Chadi *et al.*, 2021; Harvey *et al.*, 2016; Krist *et al.*, 2021; MSSS, 2022; Wong *et al.*, 2020). D'un autre côté, neuf GPC, dont la plupart ont été publiés depuis 2023, se positionnent en faveur de l'emploi de la CE avec nicotine pour la cessation tabagique dans certaines circonstances ou dans l'objectif de réduire le risque associé à la consommation (comparativement à la cigarette combustible), avec des recommandations fortes (CAMH, 2024a; Ministry of Health of New Zealand, 2021; NICE, 2024), conditionnelles (CAMH, 2021; RACGP, 2024; Thombs *et al.*, 2025) ou des consensus d'experts (Batra *et al.*, 2022; Freeman *et al.*, 2024; Mir *et al.*, 2025; Zawertailo *et al.*, 2023).

De plus, selon une société savante (CAMH, 2024a), la personne n'ayant pas été en mesure de cesser avec les méthodes éprouvées devrait passer complètement à la cigarette électronique avec nicotine pour :

- diminuer son exposition à des substances toxiques et cancérigènes contenues dans le tabac (recommandation forte);
- potentiellement minimiser l'impact de la consommation sur ses fonctions cardiovasculaires ou encore pulmonaires, notamment pour les personnes atteintes de MPOC ou d'asthme (recommandation forte);
- diminuer sa dépendance (recommandation forte sans consensus);
- augmenter ses chances de devenir abstinente (recommandation forte).

Par ailleurs, le guide du NICE recommande fortement de conseiller les personnes de la population générale sur les options de traitement qui procurent le plus de chance de réussir à cesser de fumer et de s'assurer qu'elles sont disponibles. Selon ce GPC, lorsque combinée avec de l'accompagnement, la CE serait l'une de ces options (2024). Une différence importante entre le GPC du NICE et les autres GPC se positionnant en faveur de la CE dans certaines situations est que le premier place la CE dans les produits contenant de la nicotine au côté des TRN, contrairement aux autres qui l'incluent dans une approche de réduction des méfaits.

Certains GPC offrent aussi des précisions chez des populations particulières. Les GPC ne recommandent pas l'usage de la CE chez les personnes de moins de 18 ans (Chadi *et al.*, 2021; Harvey *et al.*, 2016; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021) et chez les femmes enceintes qui allaitent (Krist *et al.*, 2021; MSSS, 2022; Zawertailo *et al.*, 2023), notamment en raison des risques à long terme mal connus. Deux GPC soulignent toutefois que la CE pourrait être envisagée en dernier recours chez la femme enceinte qui n'a pu cesser avec des méthodes éprouvées (Ministry of Health of New Zealand, 2021), pour réduire les risques pour la santé (comparée à la cigarette conventionnelle) (CAMH, 2024a). Enfin, chez la personne ayant subi un événement

cardiovasculaire récent, un GPC recommande que les professionnels de la santé fassent preuve de précaution, car l'utilisation intensive de la CE avec nicotine serait associée à l'augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle (équivalente à la cigarette conventionnelle), ainsi qu'à une augmentation des dysfonctions endothéliales et de la rigidité des artères (CAMH, 2024a).

Douze GPC recommandent par ailleurs d'offrir des informations claires sur la CE à la personne qui envisage de l'utiliser (ou qui l'utilise) pour cesser de fumer, notamment que :

- la CE n'est pas approuvée par les autorités réglementaires en tant que moyen de cessation tabagique (Department of Health of Ireland, 2022; MSSS, 2022; NICE, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; Shields *et al.*, 2024);
- la CE n'est d'aucune utilité pour la personne qui ne fume pas la cigarette combustible (recommandation forte (CAMH, 2024a), conditionnelle (CAMH, 2021), consensus d'experts (Department of Health of Ireland, 2022; Freeman *et al.*, 2024; Ministry of Health of New Zealand, 2021)). En effet, elle ne devrait pas l'utiliser, car elle peut entraîner une dépendance à la nicotine (recommandation forte (CAMH, 2021, 2024a));
- l'utilisation à long terme de la CE est fortement déconseillée, à moins d'un risque de rechute à la cigarette conventionnelle (CAMH, 2024a; Shields *et al.*, 2024). Une discussion sur la période d'utilisation nécessaire pour éviter une rechute, la manière de l'utiliser pour surmonter les symptômes de sevrage ainsi que la manière de cesser son emploi une fois prêt est fortement recommandée par le NICE (2024), mais un GPC mentionne toutefois qu'il n'y a pas assez de données scientifiques pour déterminer comment l'utiliser de manière efficace (Shields *et al.*, 2024);
- la cessation du vapotage avec des méthodes éprouvées devrait être encouragée, si l'abstinence à la cigarette conventionnelle est maintenue (recommandation forte (Shields *et al.*, 2024); conditionnelle (CAMH, 2021); consensus d'experts ou sans force associée (MSSS, 2022; Zawertailo *et al.*, 2023)).

Plusieurs éléments concernent aussi les risques liés à son usage, lesquels devraient être exposés à la personne qui l'utilise ou qui songe à l'utiliser pour cesser de fumer :

- les risques à long terme de la CE sont encore mal connus (recommandation forte (NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024), conditionnelle (RACGP, 2024), sans force associée (Ministry of Health of New Zealand, 2021)), mais son emploi expose à des produits chimiques, toxiques ou cancérigènes (sans force associée ou consensus d'experts (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2024a; Chadi *et al.*, 2021; Freeman *et al.*, 2024)). En fait, tout tabagisme est nocif pour la santé (recommandation forte (NICE, 2024)). Plusieurs facteurs peuvent influencer le niveau d'exposition à la nicotine et aux produits toxiques contenus dans la CE (p. ex. type et voltage du dispositif, ingrédients et concentration du liquide, schéma de consommation personnelle) (CAMH, 2024a). Les risques de la CE

devraient être comparés avec ceux des pharmacothérapies approuvées pour la cessation tabagique (recommandation forte (Shields *et al.*, 2024); sans force associée (CAMH, 2024a));

- la personne devrait cesser complètement de fumer la cigarette conventionnelle – vapofumer devrait être découragé – afin de réduire les risques liés à la consommation, dont la codépendance (recommandation forte (NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024), sans force associée ou consensus d'experts (CAMH, Batra *et al.*, 2022; 2021, 2024a; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Zawertailo *et al.*, 2023));
- la personne devrait rapporter tous les effets indésirables (p. ex. toux, essoufflement, douleurs thoraciques) ou préoccupations concernant la sécurité du produit (recommandation forte (NICE, 2024), sans force associée (MSSS, 2022));
- afin de réduire les risques pour sa santé (p. ex. maladie pulmonaire associée au vapotage (MPAV)) et les risques d'accident (p. ex. ingestion accidentelle, dysfonctionnement du dispositif), la personne devrait éviter d'utiliser des liquides avec des saveurs (notamment la cannelle, la cerise et le menthol) ou à haute teneur en nicotine; ne pas acheter de produits de vapotage sur le marché noir et ne pas modifier les produits et les dispositifs. Elle devrait suivre le mode d'emploi, de recharge, de nettoyage et d'entreposage du fabricant (recommandation forte (Shields *et al.*, 2024), sans force associée ou consensus d'experts (CAMH, 2021; 2024a; Chadi *et al.*, 2021; MSSS, 2022; RACGP, 2024; Zawertailo *et al.*, 2023). Enfin, elle ne devrait pas l'utiliser en présence d'un cylindre d'oxygénothérapie, comme le souligne le MSSS (2022).

3.6.3 Perspectives des parties prenantes

Selon les membres du comité consultatif, étant donné qu'une approche centrée sur le patient et basée sur la décision partagée implique d'exposer l'ensemble des options possibles, l'approche de réduction du risque devrait être présentée à toutes les personnes qui consomment un produit du tabac ou de vapotage. Certaines parties prenantes ont d'ailleurs précisé que la réduction de la consommation en vue de cesser est souvent privilégiée avec leurs patients, car elles estiment que cette méthode est plus réaliste et favorable à l'atteinte de l'abstinence qu'un arrêt complet à date fixe.

Les parties prenantes ont précisé que l'emploi de la CE pourrait être envisagé, mais principalement dans un contexte où la personne a déjà fait plusieurs tentatives infructueuses avec des méthodes reconnues, malgré les incertitudes qui persistent autour des risques à long terme. Selon eux, comme ces stratégies sont déjà utilisées par certaines personnes, il importe de pouvoir les accompagner pour minimiser les risques de leur consommation sur leur santé et pour qu'elles soient idéalement utilisées de manière transitoire : l'objectif ultime demeure tout de même l'abstinence complète. Pour cette raison, et tout spécialement au regard de la CE, les membres du comité consultatif étaient unanimes sur le fait de mettre clairement en évidence les risques et les incertitudes relatifs à son usage.

Les trois fumeurs et ex-fumeurs consultés ont souligné qu'aucun des professionnels rencontrés ne leur a parlé de réduction de la consommation ou du risque. Deux d'entre eux ont utilisé la cigarette électronique (avec ou sans nicotine) au cours de leur parcours de cessation tabagique, soit comme aide exclusive pour essayer d'arrêter de fumer ou comme aide d'appoint pour les périodes plus difficiles. Ces personnes ont notamment mentionné que de faire le même geste avec la CE qu'avec la cigarette conventionnelle les a aidées lors d'envies de fumer intenses, et surtout dans les situations sociales.

3.6.4 Autres produits du tabac ou à base de nicotine

Quelques recommandations en lien avec d'autres produits du tabac, dont certains pourraient laisser présager une option à moindre risque que la cigarette conventionnelle, ont aussi été répertoriées dans les GPC : tabac sans fumée (CAMH, 2021), pipe à eau (« hooka », « chicha »), tabac chauffé (CAMH, 2021; Ministry of Health of New Zealand, 2021). Leur utilisation est toutefois déconseillée selon un GPC (CAMH, 2021). Les membres du comité consultatif ont dit être en accord avec cette recommandation. En effet, bien que certains de ces produits pourraient réduire quelques-uns des risques pour la santé (p. ex. tabac sans fumée et maladies pulmonaires), l'emploi de ces produits devrait être traité de la même manière que la cigarette conventionnelle, selon eux.

3.7 Suivi

Huit GPC recommandent, dont quatre fortement, qu'un suivi soit offert ou effectué avec la personne qui tente de cesser de fumer ou de vapoter (CAMH, 2024b; Greenberg *et al.*, 2021; MSSS, 2022; Mir *et al.*, 2025; NICE, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Zawertailo *et al.*, 2023). Prévoir un plan de suivi ou offrir des suivis réguliers est par ailleurs une bonne pratique identifiée dans six GPC (Chadi *et al.*, 2021; Harvey *et al.*, 2016; Leone *et al.*, 2020; Ministry of Health of New Zealand, 2021; OMS, 2024; RACGP, 2024). De plus, neuf GPC recommandent, en majorité fortement, de diriger les personnes qui y consentent vers des services spécialisés en cessation tabagique ou du vapotage (CAMH, 2024b; Department of Health of Ireland, 2022; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; Mir *et al.*, 2025; NICE, 2024; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024; Wong *et al.*, 2020).

Quatre GPC se prononcent sur le ou les moments pour effectuer les suivis :

- un GPC indique qu'un suivi devrait être prévu une ou deux semaines après la date d'arrêt fixée et que d'autres suivis pourraient être planifiés ultérieurement (1 mois, 3 mois ou 6 mois) (MSSS, 2022);
- un GPC recommande fortement un suivi à la date d'arrêt fixée et après quatre semaines pour les femmes enceintes ou qui allaitent (NICE, 2024) et un GPC suggère fortement un suivi tout au long de la grossesse et après l'accouchement (Department of Health of Ireland, 2022);

- un GPC recommande fortement un suivi dans les une à trois semaines suivant le début du traitement et à la fin du traitement pour la personne atteinte de cancer (Shields *et al.*, 2024).

Lors de ces suivis, huit GPC mentionnent qu'il faudrait évaluer la consommation de produits du tabac ou du vapotage, l'efficacité du soutien comportemental et de la pharmacothérapie (y compris le dosage de la médication et les effets indésirables des pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique), l'état de santé physique et mental, les progrès ainsi que les risques de rechute de la personne (CAMH, 2024b; Harvey *et al.*, 2016; MSSS, 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021; NICE, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; Shields *et al.*, 2024; Zawertailo *et al.*, 2023). Selon une recommandation forte d'un GPC, les risques de rechute identifiés sont les suivants (Shields *et al.*, 2024) :

- présence de symptômes de sevrage intenses ou fréquents;
- présence d'un niveau élevé d'anxiété, de stress ou de dépression;
- antécédents ou présence de troubles de santé mentale;
- présence de douleurs chroniques ou incontrôlées;
- le fait de vivre ou de travailler avec une personne qui consomme du tabac;
- cessation de la consommation il y a moins d'un mois;
- amorce récente d'une pharmacothérapie ou tentative d'abandon;
- consommation ou abus de drogues ou d'alcool (p. ex. cannabis, opioïdes, stimulants);
- faible confiance en sa capacité à cesser ou à maintenir son abstinence;
- histoire récente de consommation de 20 cigarettes ou plus par jour ou de consommation dans les 30 minutes suivant le réveil.

Les membres du comité consultatif ont dit être en accord avec les recommandations et les bonnes pratiques identifiées dans les GPC. Ils ont mentionné que la modalité de suivi choisie devrait surtout respecter les préférences, les besoins et les capacités des personnes. Ils ont ajouté qu'une orientation vers des services spécialisés devrait être effectuée, si cela n'a pas été fait dès le départ. Ils ont par ailleurs souligné que le fait de vivre seul ou de vivre des événements émotifs constitue un risque de rechute important à considérer. Dans le même sens, les fumeurs et ex-fumeurs consultés ont avoué que, dans leur expérience d'arrêt tabagique, c'est dans les situations de stress où elles rencontraient le plus de difficultés à maintenir leur abstinence.

Au total, dix GPC émettent des recommandations sur des interventions d'accompagnement ou sur la pharmacothérapie spécifiquement pour la prévention et la gestion des rechutes. Ces derniers précisent de:

- d'intensifier ou prolonger l'accompagnement ou la psychothérapie (recommandation forte (NICE, 2024; Rábade-Castedo *et al.*, 2023; Shields *et al.*, 2024), consensus d'experts (Ministry of Health of New Zealand, 2021; Zawertailo *et al.*, 2023));
- d'offrir des ressources de soutien supplémentaires (recommandation forte (Shields *et al.*, 2024), faible et consensus d'experts (Ministry of Health of New Zealand, 2021));
- d'allonger la durée du traitement pharmacologique ou offrir un cycle supplémentaire selon les besoins de la personne (recommandation forte (NICE, 2024; Shields *et al.*, 2024), faible (Ministry of Health of New Zealand, 2021), sans force associée ou consensus d'experts (Batra *et al.*, 2022; CAMH, 2022; Zawertailo *et al.*, 2023));
- de recommencer le traitement pharmacologique (recommandation forte (Shields *et al.*, 2024), conditionnelle pour les TRN ou la varénicline (RACGP, 2024), faible (Ministry of Health of New Zealand, 2021), consensus d'experts (Zawertailo *et al.*, 2023));
- d'augmenter les doses (recommandation forte (Batra *et al.*, 2022) et sans force associée (CAMH, 2024b) pour les TRN; faible pour une TRN en combinaison avec la varénicline (Rábade-Castedo *et al.*, 2023)) ou modifier le traitement pharmacologique (recommandation forte pour l'ajout d'une TRN à la varénicline ou vice-versa (Rábade-Castedo *et al.*, 2023; Shields *et al.*, 2024), l'emploi de la varénicline ou des TRN combinées (Rábade-Castedo *et al.*, 2023), les TRN combinées seulement (Batra *et al.*, 2022), faible pour la combinaison varénicline et bupropion (Rábade-Castedo *et al.*, 2023), consensus d'experts pour la cytisine (Batra *et al.*, 2022));
- de considérer la personne qui a cessé de consommer dans les 6 derniers mois comme un fumeur actif (recommandation forte (Greenberg *et al.*, 2021)).

Un GPC recommande fortement d'envisager ces actions en présence d'un des facteurs de risque ou plus nommés précédemment (Shields *et al.*, 2024). Un GPC du CAMH (2024b) souligne par ailleurs de rappeler à la personne que les rechutes sont « normales » et qu'elles font partie du processus d'apprentissage, pour encourager la personne à poursuivre ses efforts vers l'atteinte de son objectif, comme mentionné dans les généralités. Les parties prenantes consultées ont appuyé ces recommandations et ont jugé important de prévenir les rechutes, de poursuivre le traitement (intervention d'accompagnement ou pharmacothérapie) lors d'une rechute, selon les besoins de la personne, comme de continuer à l'encourager et à la motiver à poursuivre son cheminement vers l'abstinence.

3.7.1 Gestion des effets indésirables

Bien que toutes les pharmacothérapies puissent entraîner des effets indésirables qui peuvent nuire à leur usage, ceux des pharmacothérapies recommandées pour la cessation tabagique sont généralement minimales et les effets indésirables graves sont très rares, selon deux GPC (CAMH, 2024b; Shields *et al.*, 2024). Les principaux effets indésirables provenant des monographies et pour lesquels certaines actions peuvent être envisagées sont présentés dans le [tableau 10](#).

Tableau 10 Gestion des effets indésirables des pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique

Effets indésirables	Actions à envisager	Références
TRN longue action		
Irritation au site d'application (démangeaisons, sensation de brûlure ou picotements légers et passagers)	Si gonflement ou peau très rouge, retirer le timbre et consulter un professionnel de la santé	(Kenvue Canada Inc., 2025a; Santé Canada, 2024b)
Troubles du sommeil	Retirer le timbre avant le coucher	
TRN courte action		
Irritation au site d'application (dents, gencives, bouche)	Envisager de changer de type de TRN après avoir révisé le mode d'emploi	(Kenvue Canada Inc., 2025b, 2025c, 2025d, 2025e; Santé Canada, 2024c; 2024d, 2024f, 2024h)
Troubles gastro-intestinaux Céphalées et malaises	Envisager de réduire la dose ou la fréquence quotidienne si les effets indésirables persistent, et consulter un professionnel de la santé	
Varénicline		
Troubles du sommeil Troubles gastro-intestinaux Céphalées et malaises	Envisager de réduire les doses quotidiennes après avoir révisé le mode d'emploi	(APOTEX INC., 2023)
Bupropion		
Hypertension	À surveiller, si en combinaison avec une TRN	(Bausch Health Canada Inc., 2021)
Troubles du sommeil	Prendre la 2^e dose 8 h avant le coucher ou envisager de réduire la dose	
Sécheresse buccale	Envisager de réduire la dose	
Cytisine		
Troubles du sommeil Troubles gastro-intestinaux (nausées, maux d'estomac)	Aucune information	(Santé Canada2024a; ZPharm Inc., 2024)

Certains de ces effets indésirables et actions à envisager sont aussi soulignés dans quelques GPC (CAMH, 2024b; Mir *et al.*, 2025; RACGP, 2024; Shields *et al.*, 2024). Notamment, en cas de réaction cutanée à une TRN-LA, un GPC propose d'employer un corticostéroïde (en pompe avant l'application OU en crème après le retrait, comme une crème d'hydrocortisone 1 %) (RACGP, 2024).

Les membres du comité consultatif ont estimé que l'information présentée dans le [tableau 10](#) est pertinente pour la pratique. Ils ont toutefois souligné qu'il importe de rappeler que plusieurs des effets indésirables attribués aux pharmacothérapies pourraient être confondus avec des symptômes de sevrage, notamment ceux de nature neuropsychiatrique. Ainsi, il importe de surveiller l'apparition de symptômes psychiatriques chez toute personne qui cesse de consommer du tabac et d'aviser la personne de consulter un professionnel de la santé en cas de changement de comportement ou de nouveaux symptômes de cette nature. Par ailleurs, ils ont précisé que les réactions cutanées aux TRN-LA peuvent être dues aux composantes de la colle du timbre et que changer de marque ou encore employer un corticostéroïde au site d'application peut aider à atténuer ce problème chez certaines personnes.

4 CONSIDÉRATIONS ENVIRONNEMENTALES

Parmi les guides consultés, aucun ne faisait mention de l'impact de l'arrêt du tabagisme sur l'environnement. Cependant, une recherche manuelle sommaire a permis de repérer quelques documents produits par des sociétés savantes, des groupes d'experts et des OBNL sur les enjeux environnementaux associés au tabagisme et au vapotage.

Outre les impacts positifs de la cessation tabagique pour la personne, son entourage et le système de santé, elle permettrait de réduire son empreinte carbone et environnementale (Green et Davis, 2021; OMS, 2022; Santé Canada, 2023). En effet, l'ensemble de la chaîne de production du tabac nuit à l'environnement puisqu'elle implique l'utilisation d'importantes quantités de surface de sol cultivable, d'eau et de pesticides ou d'engrais par les producteurs. Cette industrie emploie par ailleurs beaucoup de ressources et d'énergie pour la production et la distribution des cigarettes elles-mêmes, étant ainsi responsable d'une quantité substantielle d'émissions de carbone. Leur consommation contribue à la pollution de l'air et les déchets, les mégots de cigarettes, polluent l'eau et la terre, en plus d'être la cause d'incendies accidentels (OMS, 2022). L'abandon du tabac contribuerait ainsi à améliorer la biodiversité, à protéger les terres et les sols et à préserver l'eau (Santé Canada, 2023).

Depuis quelques années, plusieurs personnes se sont cependant tournées vers la CE pour cesser de fumer la cigarette de tabac. Les impacts de la CE sur l'environnement sont moins documentés, mais soulèvent des questions étant donné la nature toxique de leur composition (Ngambo *et al.*, 2023) : leurs production, distribution et rejet ont des conséquences sur la qualité de l'air, de l'eau, des sols, de la faune et de la flore. En effet, elles produisent différents types de déchets qui peuvent être problématiques : 1) les déchets plastiques, notamment issus des cartouches et des réservoirs de liquides, qui ne sont ni recyclables, ni réutilisables, ni biodégradables; et 2) les déchets électroniques des dispositifs, lesquels sont alimentés par des piles au lithium qui peuvent être dangereuses pour les personnes, les biens et l'environnement (Appel à Recycler Inc., 2025; OMS, 2022). Il faut toutefois souligner qu'au Québec, depuis le 1^{er} janvier 2025, il est possible de recycler les dispositifs de vapotage à pile, qu'ils soient rechargeables ou jetables, avec le nouveau programme « [Recyclez Vos Vapoteuses](#) » d'Appel à Recycler, un organisme sans but lucratif canadien ayant pour mission de protéger et de préserver l'environnement grâce à des programmes de récupération et de recyclage de piles et de batteries. Ce programme veille à ce que les vapoteuses, dont beaucoup contiennent des piles et des batteries de plus en plus complexes, soient récupérées et recyclées de manière sûre et responsable pour soutenir les objectifs de détournement de déchets solides des sites d'enfouissement du Québec et contribue, du même coup, à l'économie circulaire (Appel à Recycler Inc., 2025).

FORCES ET LIMITES DES TRAVAUX

Ces travaux ont été réalisés selon une méthodologie rigoureuse, qui inclut notamment une recherche systématique de guides de pratique clinique (GPC) et de revues systématiques (RS) publiés de 2019 à 2024. Au total, 22 GPC ont été retenus, dont plusieurs provenant d'organisations canadiennes ou québécoises. Bien que la qualité méthodologique de la majorité d'entre eux ait été jugée adéquate sur le plan de la rigueur, certains n'ont pu faire l'objet d'une telle évaluation et ont été conservés pour documenter les éléments de contexte. Par ailleurs, l'INESSS n'a pas effectué une évaluation et une appréciation des données scientifiques des études primaires sur l'ensemble de la démarche clinique du traitement du tabagisme, à l'exception de l'usage de la cytisine et de la cigarette électronique (CE), deux produits moins documentés dans les GPC et pour lesquels deux RS jugées à faible risque de biais ont été retenues et analysées. De plus, certains aspects demeurent peu documentés dans la littérature scientifique et les GPC consultés, notamment l'efficacité des traitements pour les personnes utilisant des produits du tabac sans fumée, l'efficacité et l'innocuité des pochettes buccales de nicotine pour la cessation tabagique ainsi que la poursuite de l'emploi de la CE lorsqu'utilisée comme moyen de cessation tabagique. Ces aspects pourraient faire l'objet d'une évaluation plus approfondie lorsque davantage de données scientifiques seront disponibles.

La méthodologie de ces travaux comprend également une consultation des parties prenantes dans le traitement des personnes qui fument ou vapotent :

- un comité consultatif et un comité de suivi, tous deux représentatifs des professionnels et des organisations impliqués dans le traitement du tabagisme, ont accompagné l'équipe tout au long du projet pour valider les aspects scientifiques, fournir des éléments contextuels et des perspectives cliniques nécessaires aux travaux ainsi que cerner les enjeux d'applicabilité et d'acceptabilité relatifs aux recommandations formulées et assurer la cohérence interinstitutionnelle (p. ex. formation, autres documents);
- une consultation de personnes qui ont déjà tenté d'arrêter de fumer a également été effectuée, permettant de recueillir leurs perspectives sur l'information qu'elles jugent importante dans la discussion concernant le choix de traitements ainsi que leurs expériences passées. Malgré le nombre restreint de personnes consultées et leur profil peu diversifié, ces informations ont tout de même permis d'appuyer quelques éléments de contenu de l'outil. De plus, des données de sondages récents, publiés par l'INSPQ et représentatifs des fumeurs et anciens fumeurs québécois, sont aussi présentées pour compléter et nuancer les informations tirées de ces consultations;
- une validation a été effectuée par des lecteurs externes pour examiner la qualité méthodologique des travaux ainsi que l'applicabilité et l'acceptabilité des recommandations, de même que par de futurs utilisateurs de la première ligne pour s'assurer que l'outil clinique est clair, utile et adapté à la réalité du terrain.

Même si l'approche qualitative de consultation des parties prenantes ajoute une dimension essentielle à la démarche d'évaluation, elle comprend toujours une part de biais et de risques associés, et demeure incomplète à plusieurs égards. La triangulation des données scientifiques, contextuelles et expérientielles renforce toutefois la validité, la pertinence et l'applicabilité des recommandations incluses dans l'outil.

CONSIDÉRATIONS ENTOURANT LA MISE EN ŒUVRE ET LES RETOMBÉES POTENTIELLES DES TRAVAUX

Un outil utile pour l'ensemble des professionnels de la 1^{re} ligne

La multiplicité des outils disponibles, produits par nombre d'organisations et d'associations professionnelles, a parfois l'avantage d'être ciblée pour certains types de professionnels de la santé, mais peut conduire à des pratiques variables qui ne pourraient pas toujours être optimales. De plus, parmi les outils disponibles, plusieurs datent de plusieurs années. Le présent outil, destiné aux professionnels de la santé en première ligne, fournit les recommandations de bonnes pratiques cliniques les plus récentes en matière de traitement du tabagisme. De plus, comme il comprend l'ensemble de la démarche clinique, dont des interventions d'accompagnement, même les professionnels de la santé n'ayant pas de droit de prescription pourraient l'utiliser en intégrant ce qui est possible dans le cadre de leur pratique clinique. En effet, plusieurs aspects relatifs à l'identification des personnes consommant un produit du tabac ou du vapotage, à l'accompagnement et au suivi de ces dernières sont abordés dans l'outil.

Une diversité d'interventions d'accompagnement et de pharmacothérapies pour personnaliser le traitement du tabagisme

L'outil met de l'avant l'importance de la discussion avec la personne qui consomme un produit du tabac ou du vapotage et des interventions d'accompagnement de diverses intensités qui peuvent être offertes selon les besoins de la personne. Bien que cesser de fumer puisse être la meilleure chose à faire pour sa santé, le traitement du tabagisme est un processus qui requiert du temps, et souvent plusieurs tentatives. Les professionnels de la santé de première ligne sont très sollicités et n'ont pas nécessairement toutes les ressources pour offrir un accompagnement et un suivi complet aux fumeurs. L'outil rappelle donc l'importance de réaliser la démarche clinique en partenariat avec divers intervenants ainsi que les différentes ressources offertes gratuitement à l'ensemble des personnes qui consomment un produit du tabac ou du vapotage pour les soutenir dans leur démarche.

De plus, l'outil couvre l'ensemble des pharmacothérapies recommandées pour la cessation tabagique, des plus utilisés comme les TRN, en passant par des médicaments sous forme de comprimés et des combinaisons de pharmacothérapies relativement nouvelles avec lesquelles certains professionnels de la santé sont moins à l'aise. L'outil tient aussi compte de l'évolution des moyens de consommation et permet de répondre en partie à un enjeu important rencontré en pratique clinique : l'emploi de la CE pour cesser de fumer et de vapoter. Les recommandations sur la CE s'intègrent donc dans une section sur l'approche de réduction des risques qui devrait permettre de mieux outiller les professionnels de la santé. Globalement, cette diversité d'approches pourrait permettre de faciliter la personnalisation des traitements, pharmacologiques et non pharmacologiques, mais aussi d'augmenter la confiance des professionnels de la santé en matière de traitement du tabagisme.

Des éléments à considérer pour la mise en œuvre

Les changements de pratique qui pourraient résulter des travaux dépendront de la diffusion et de la promotion de l'outil clinique associé à ce rapport au sein du réseau ainsi que de l'adoption et de l'appropriation des recommandations par les professionnels de la santé concernés. Pour optimiser et harmoniser la pratique relative à la cessation tabagique, il est suggéré :

- que les établissements de santé, les groupes de médecine familiale et les cliniques médicales ou de soins infirmiers ajoutent dans leurs protocoles et outils concernés un hyperlien vers l'outil clinique ou s'assurent d'héberger la version la plus à jour de l'outil de l'INESSS dans les logiciels de soins de santé et pharmaceutiques, y compris le Dossier de santé numérique lorsqu'il sera implanté;
- que les établissements d'enseignement procèdent à la mise à jour de la formation de base offerte aux futurs cliniciens amenés à repérer et à soutenir les personnes qui fument ou vapotent;
- que les associations, les fédérations et les ordres professionnels :
 - actualisent les formations déjà disponibles afin d'harmoniser et d'arrimer les pratiques des différents professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des fumeurs et des vapoteurs;
 - maintiennent leurs efforts pour accroître le nombre de leurs membres à obtenir un droit de prescription;
- que les instances concernées poursuivent leurs efforts d'information et de promotion des services d'accompagnement et des pharmacothérapies disponibles auprès de la population et des professionnels de la santé, en exposant de manière plus explicite en quoi consistent ces derniers, leur utilité et leur efficacité.

Des indicateurs de suivi à considérer

Le succès de l'implantation des recommandations formulées pourrait se mesurer dans le temps par :

- l'augmentation de l'emploi de certaines pharmacothérapies indiquées pour la cessation tabagique, notamment la varénicline, qui est considérée comme la plus efficace et qui est pourtant largement moins utilisée que les TRN (p. ex. volume d'utilisateurs ou de prescriptions);
- l'augmentation du nombre de prescripteurs d'aides pharmacologiques pour la cessation tabagique, notamment des infirmières cliniciennes et des inhalothérapeutes, qui sont peu représentés dans les bases de données clinico-administratives, malgré leur droit de prescrire les TRN;
- l'augmentation de l'utilisation des services d'accompagnement disponibles avec J'ARRÊTE et les CAT, lesquels semblent peu utilisés (INSPQ, 2023).

MISE À JOUR

La pertinence de mettre à jour les recommandations sera évaluée dans quatre ans à partir de la date de leur publication selon l'avancement des données scientifiques, l'évolution des pratiques cliniques ainsi que l'inscription ou le retrait de médicaments des listes de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et les besoins du réseau de la santé et des services sociaux. Le cas échéant, une revue exploratoire des positions et des recommandations issues de la littérature sera effectuée pour vérifier si de nouvelles mises à jour sont disponibles. Une revue exploratoire de la littérature scientifique pourrait également être menée. Au besoin, les parties prenantes qui ont accompagné les travaux ainsi que d'autres utilisateurs du réseau pourraient être consultés pour vérifier s'ils jugent pertinent d'effectuer une mise à jour des documents et de l'outil clinique.

RÉFÉRENCES

- Anthenelli, R. M., Benowitz, N. L., West, R., St Aubin, L., McRae, T., Lawrence, D., Ascher, J., Russ, C., Krishen, A. et Evins, A. E. (2016). Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*, 387(10037), 2507-2520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30272-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30272-0)
- APOTEX INC. (2023). *PrAPO-VARENICLINE Comprimés de tartrate de varénicline 0,5 mg et 1 mg de varénicline (sous forme de tartrate de varénicline)_Aide antitabagique*. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00074521.PDF
- Appel à Recycler Inc. (2025). *Vapoteuses*. <https://appellarecycler.ca/programmes/vapoteuses/>
- Batra, A., Kiefer, F., Andreas, S., Gohlke, H., Klein, M., Kotz, D., Mons, U., Muhlig, S., Potschke-Langer, M., Preuss, U. W., Ruther, T., Rustler, C., Thomasius, R., Ulbricht, S. et Petersen, K. U. (2022). S3 Guideline "Smoking and Tobacco Dependence: Screening, Diagnosis, and Treatment" - Short Version. *European Addiction Research*, 28(5), 382-400. <https://doi.org/10.1159/000525265>
- Bausch Health Canada Inc. (2021). *PrZYBAN®Bupropion Hydrochloride, Mfr. Std. 150 mg Extended-Release Tablets _ Smoking Cessation Aid*. <https://bauschhealth.ca/wp-content/uploads/2021/11/Zyban-PM-E-2021-06-01.pdf>
- Centre for Addiction and Mental Health. (2021). *Lignes directrices sur l'usage de nicotine à moindre risque*. <https://www.nicotinedependenceclinic.com/en/Documents/Recommendations.pdf>
- Centre for Addiction and Mental Health. (2022). *Guide d'abandon du vapotage*. https://www.nicotinedependenceclinic.com/en/Documents/Vaping%20Cessation%20Guidance%20Resource_FR.pdf
- Centre for Addiction and Mental Health. (2024a). *E-CIGARETTE USE EVIDENCE-INFORMED GUIDANCE ON HARMS AND BENEFITS*. https://intrepidlab.ca/en/Documents/VECTOR_Guidance_Resource_FINAL.pdf
- Centre for Addiction and Mental Health. (2024b). *Smoking Cessation*. <https://www.camh.ca/en/professionals/treating-conditions-and-disorders/smoking-cessation>
- Chadi, N., Vyver, E. et Bélanger, R. E. (2021). La protection des enfants et des adolescents contre les risques du vapotage. *Paediatrics & Child Health*, 26(6), 366-374. <https://cps.ca/fr/documents/position/la-protection-des-enfants-et-des-adolescents-contre-les-risques-du-vapotage>
- Chaiton, M., Diemert, L., Cohen, J. E., Bondy, S. J., Selby, P., Philipneri, A. et Schwartz, R. (2016). Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open*, 6(6), e011045. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011045>

- Collège des médecins du Québec. (2017). *Le médecin et les technologies de l'information et des communication - Les échanges électroniques avec le patients*. <https://cms.cmq.org/files/documents/Pratique-medicale/p-1-2017-10-19-fr-les-echanges-electroniques-avec-le-patient.pdf>
- Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. (2020). *Pratique professionnelle en abandon du tabac - Cadre de référence conjoint*. https://www.oiiq.org/documents/20147/2943683/Pratique_Prof_Abandon_Tabac_VF.pdf/8070c287-b54e-6d4c-9b9b-ad29866053bf
- Conseil québécois sur le tabac et la santé. (2023). *Québec sans tabac*. <https://www.quebecsanstabac.ca/>
- Department of Health of Ireland. (2022). *Stop Smoking (NCEC National Clinical Guideline No. 28)*. <https://www.gov.ie/en/collection/c9fa9a-national-clinical-guidelines/>
- Dobrescu, A., Bhandari, A., Sutherland, G. et Dinh, T. (2017). *The costs of tobacco use in Canada, 2012*. <https://www.conferenceboard.ca/product/the-costs-of-tobacco-use-in-canada-2012/>
- European Network for Smoking and Tobacco Prevention. (2020). *Lignes directrices pour traiter la dépendance au tabac*. https://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_french_forprint_final.pdf
- Fahim, M., Dragonetti, R. et Selby, P. (2015). An interprofessional comprehensive course on treating tobacco use disorder. *Toronto: Centre for Addiction and Mental Health*.
- Freeman, B., Peters, M. J., Bittoun, R., Brightwell, R., English, D. R., Thomas, D. P., Otlowski, M. F. A., Zwar, N. A. et Chamberlain, C. (2024). National Health and Medical Research Council statement on electronic cigarettes: 2022 update. *Medical Journal of Australia*, 220(2), 100-106. <https://doi.org/10.5694/mja2.52163>
- Grade Working Group. (2022). *GRADE - The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*. <https://www.gradeworkinggroup.org/>
- Green, S. et Davis, M. (2021). Environmental effect of smoking cessation. *Canadian Family Physician*, 67(12), 882. https://doi.org/10.46747/cfp.6712882_1
- Greenberg, J. A., Zwi, T. M., Sadek, J., Malcolm, J. C., Mullen, K. A., McIsaac, D. I., Musselman, R. P. et Moloo, H. (2021). Clinical practice guideline: evidence, recommendations and algorithm for the preoperative optimization of anemia, hyperglycemia and smoking. *Can J Surg*, 64(5), E491-e509. <https://doi.org/10.1503/cjs.011519>
- Harvey, J., Chadi, N. et Société canadienne de pédiatrie. (2016). Des stratégies pour promouvoir l'abandon du tabac chez les adolescents. *Paediatrics & Child Health*, 21(4), 205-208. <https://cps.ca/fr/documents/position/l-abandon-du-tabac>

- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C. et FAGERSTROM, K. O. (1991). The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, 86(9), 1119-1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert, W. et Robinson, J. (1989). Measuring the heaviness of smoking: using self - reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British journal of addiction*, 84(7), 791-800. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb03059.x>
- H. Krueger & Associates Inc. (2020). The Economic Benefits of Reducing the Prevalence of Tobacco Smoking – In Quebec and Ontario. <https://www.smoke-free.ca/SUAP/2020/Krueger.pdf>
- Iida, H., Yamaguchi, S., Goyagi, T., Sugiyama, Y., Taniguchi, C., Matsubara, T., Yamada, N., Yonekura, H. et Iida, M. (2022). Consensus statement on smoking cessation in patients with pain. *Journal of Anesthesia*, 36(6), 671-687. <https://doi.org/10.1007/s00540-022-03097-w>
- Imperial Tobacco Canada. (2025). *SACHETS DE NICOTINE ZONNIC*. <https://www.zonnic.ca/ca/fr>
- Inc., B. H. C. (2021). *PrWELLBUTRINMD XL : Comprimés à libération prolongée de chlorhydrate de bupropion, USP 150 et 300 mg*. <https://bauschhealth.ca/wp-content/uploads/2021/11/Wellbutrin-XL-PM-F-2021-06-10.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2025). *Le tabac et les produits de vapotage au Québec en 2023*. <https://statistique.quebec.ca/fr/document/tabac-vapotage-quebec>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2024). *ZONNIC^{MC} - Aide à la cessation tabagique*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Aout_2024/Avis_et_EA_transmis_le_29_juillet_2024/Zonnic_2024_07.pdf
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux. (2025). *Stratégies de cessation tabagique - Durée de traitement et nombre annuel de tentatives d'arrêt (Mise à jour)*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Cessation_tabagique_avis.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2021). *Interventions efficaces ou prometteuses de renoncement aux produits de vapotage - État de la situation*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2767-interventions-renoncement-produits-vapotage.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2023). *Connaissance, utilisation et utilité des services et aides au renoncement au tabac chez les fumeurs et anciens fumeurs récents au Québec 2022 - Rapport d'analyse*. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-05/3458-connaissance-utilisation-utilite-services-aides-renoncement-tabac.pdf>

- IQVIA incorporated. (2025). *Customer Portal*. <https://login.customerportal.iqvia.com/>
- Kenvue Canada Inc. (2025a). *AIDES POUR CESSER DE FUMER NICODERM®*.
<https://www.nicoderm.ca/fr>
- Kenvue Canada Inc. (2025b). *Gomme pour cesser de fumer NICORETTE®*.
<https://www.nicorette.ca/fr/produits/gomme-nicorette>
- Kenvue Canada Inc. (2025c). *Inhalateur pour cesser de fumer NICORETTE®*.
<https://www.nicorette.ca/fr/produits/inhalateur>
- Kenvue Canada Inc. (2025d). *Pastille NICORETTE® pour cesser de fumer*.
<https://www.nicorette.ca/fr/produits/pastille>
- Kenvue Canada Inc. (2025e). *Vaporisateur à la nicotine Nicorette Vapoéclair*
<https://www.nicorette.ca/fr/produits/vaporisateur-vapoclair>
- Krist, A. H., Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., Donahue, K., Doubeni, C. A., Epling, J. W. et Kubik, M. (2021). Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*, 325(3), 265-279.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.25019>
- Lee, C. M., Seo, Y. B., Paek, Y. J., Lee, E. S., Kang, H. S., Kim, S. Y., Roh, S., Park, D. W., An, Y. S. et Jo, S. H. (2024). Evidence-Based Guideline for the Treatment of Smoking Cessation Provided by the National Health Insurance Service in Korea. *Korean Journal of Family Medicine*, 45(2), 69-81.
<https://doi.org/10.4082/kjfm.23.0142>
- Leone, F. T., Zhang, Y., Evers-Casey, S., Evins, A. E., Eakin, M. N., Fathi, J., Fennig, K., Folan, P., Galiatsatos, P., Gogineni, H., Kantrow, S., Kathuria, H., Lamphere, T., Neptune, E., Pacheco, M. C., Pakhale, S., Prezant, D., Sachs, D. P. L., Toll, B., . . . Farber, H. J. (2020). Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine*, 202(2), e5-e31.
<https://doi.org/10.1164/rccm.202005-1982ST>
- Lindson, N., Butler, A. R., McRobbie, H., Bullen, C., Hajek, P., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N. A., Turner, T., Livingstone-Banks, J., Morris, T. et Hartmann-Boyce, J. (2024). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1), CD010216.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub8>
- Lindson, N., Butler, A. R., McRobbie, H., Bullen, C., Hajek, P., Wu, A. D., Begh, R., Theodoulou, A., Notley, C., Rigotti, N. A., Turner, T., Livingstone-Banks, J., Morris, T. et Hartmann-Boyce, J. (2025). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1), Cd010216.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub9>

- Lindson, N., Theodoulou, A., Ordóñez-Mena, J. M., Fanshawe, T. R., Sutton, A. J., Livingstone-Banks, J., Hajizadeh, A., Zhu, S., Aveyard, P. et Freeman, S. C. (2023). Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults: component network meta - analyses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD015226.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD015226.pub2>
- McCormack, J., Walker, N., McRobbie, H., Wright, K., Nosa, V., Fernandes, B. et Bullen, C. (2022). Revised Guidelines for smoking cessation in New Zealand, 2021. *New Zealand Medical Journal*, 135(1558), 54-64.
<https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med22&AN=35834834>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020a). *Soutien clinique à l'abandon du tabagisme*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-006-03F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020b). *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/strategie/STR_19-006-04W_MSSS.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Guide des bonnes pratiques en prévention clinique*. Gouvernement du Québec.
<https://www.msss.gouv.qc.ca/aide-decision-app/conclusion.php?situation=pc-adulte#>
- Ministry of Health of New Zealand. (2021). *The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking*. <https://www.health.govt.nz/system/files/2014-06/the-new-zealand-guidelines-for-helping-people-to-stop-smoking-2021.pdf>
- Mir, H., Eisenberg, M. J., Benowitz, N. L., Cowley, E., Heshmati, J., Jha, P., Khara, M., Mullen, K.-A., Ofori, S. N. et Rigotti, N. A. (2025). Canadian Cardiovascular Society Clinical Practice Update on Contemporary Approaches to Smoking Cessation. *Canadian Journal of Cardiology*, 41(5), 797-812.
<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2024.12.037>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2024). *Preventing uptake, promoting quitting and treating dependence*. www.nice.org.uk/guidance/ng209
- Ngambo, G., Hanna, E. G., Gannon, J., Marcus, H., Lomazzi, M. et Azari, R. (2023). A scoping review on e-cigarette environmental impacts. *Tobacco Prevention & Cessation*, 9, 30. <https://doi.org/10.18332/tpc/172079>
- Office québécois de la langue française. (2025). Counseling. Dans *Grand dictionnaire terminologique*. Gouvernement du Québec.
<https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8872132/counseling>
- Ofori, S., Lu, C., Olasupo, O. O., Dennis, B. B., Fairbairn, N., Devereaux, P. J. et Mbuagbaw, L. (2023). Cytisine for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Drug & Alcohol Dependence*, 251, 110936.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.110936>

- Ordre des psychologues du Québec. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*.
https://www.oeq.org/DATA/ACTUALITE/15~v~opq_travauxinterordres_complet_final_web_isbn.pdf
- Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. (2020). *Prescription de médicaments pour la cessation tabagique - Guide de pratique clinique*
https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2020/06/Guide_OPIQ-3003_Prescription_cessation-tabagique_maj_Juin_2020.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2022). *Tobacco: Poisoning our planet*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240051287>
- Organisation mondiale de la santé. (2024). *WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>
- Patnode, C. D., Henderson, J. T., Coppola, E. L., Melnikow, J., Durbin, S. et Thomas, R. G. (2021). Interventions for Tobacco Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 325(3), 280-298.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.23541>
- Rábade-Castedo, C., de Granda-Orive, J. I., Riesco-Miranda, J. A., De Higes-Martínez, E., Ramos-Pinedo, Á., Cabrera-César, E., Miñana, J. S.-C., Rueda, M. G., Pastor-Esplá, E. et Jiménez-Ruiz, C. A. (2023). Clinical practice guideline of Spanish society of Pneumology and Thoracic surgery (SEPAR) on pharmacological treatment of tobacco dependence 2023. *Archivos de Bronconeumología*, 59(10), 651-661. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2023.07.024>
- Royal Australian College of General Practitioners. (2024). *Supporting smoking cessation: A guide for health professionals*. <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/supporting-smoking-cessation>
- Santé Canada. (2023). *Tabagisme, vapotage et tabac*. Gouvernement du Canada, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/tabagisme-et-tabac.html>
- Santé Canada. (2024a). *Base de données des produits de santé naturels homologués: Cravv (NPN : 80072525)*. Gouvernement du Canada. <https://produits-sante.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=80072525>
- Santé Canada. (2024b). *Base de données des produits de santé naturels homologués: Habitrol 21 mg (NPN : 01943073)*. Gouvernement du Canada. <https://produits-sante.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=01943073>
- Santé Canada. (2024c). *Base de données des produits de santé naturels homologués: Nicorette Inhaler (NPN: 02241742)*. Gouvernement du Canada. <https://produits-sante.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02241742>
- Santé Canada. (2024d). *Base de données des produits de santé naturels homologués: Nicorette Lozenges 2 mg (NPN : 80110858)*. Gouvernement du Canada. <https://produits-sante.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=80110858>

- Santé Canada. (2024e). *Base de données des produits de santé naturels homologués: Nicorette Lozenge ; Nova 2 mg (NPN : 80053099)*. Gouvernement du Canada. <https://produits-sante.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=80053099>
- Santé Canada. (2024f). *Base de données des produits de santé naturels homologués: NICORETTE QUICKMIST; NICORETTE® QUICKMIST® SmartTrack (TM) (NPN : 80038858)*. Gouvernement du Canada. <https://produits-sante.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=80038858>
- Santé Canada. (2024g). *Base de données des produits de santé naturels homologués: Nicotinell Gum 2mg ; Thrive Gum 2mg (NPN: 80000396)*. Gouvernement du Canada. <https://produits-sante.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=80000396>
- Santé Canada. (2024h). *Base de données des produits de santé naturels homologués: Nicotinell Gum 4mg ; Thrive Gum 4mg (NPN: 80000402)*. Gouvernement du Canada. <https://produits-sante.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=80000402>
- Santé Canada. (2024i). *Base de données des produits de santé naturels homologués: ZONNIC Nicotine Pouches (NPN: 80125630)*. Gouvernement du Canada. <https://produits-sante.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/?lang=fre>
- Shields, P. G., Bierut, L., Arenberg, D., Balis, D., Cinciripini, P. M., Davis, J. M., Edmondson, D., Evers-Casey, S., Feliciano, J., Hitsman, B., Hudmon, K. S., Jaklitsch, M. T., Klingemann, T., Ling, P. M., McCarthy, D. E., Ong, M. K., Park, E. R., Prochaska, J. J., Sandoval, A. J., . . . Darlow, S. (2024). *Smoking Cessation, Version 2 2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*. <https://www.nccn.org/home>
- Thombs, B. D., Traversy, G., Reynolds, D. L., Lang, E., Groulx, S. et Wilson, B. J. (2025). Recommandations sur les interventions de cessation tabagique pour les adultes au Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 197(28), E874. <https://doi.org/10.1503/cmaj.241584-f>
- Wong, J., An, D., Urman, R. D., Warner, D. O., Tonnesen, H., Raveendran, R., Abdullah, H. R., Pfeifer, K., Maa, J., Finegan, B., Li, E., Webb, A., Edwards, A. F., Preston, P., Bentov, N., Richman, D. C. et Chung, F. (2020). Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement (SPAQI) Consensus Statement on Perioperative Smoking Cessation. *Anesthesia & Analgesia*, 131(3), 955-968. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004508>
- Zawertailo, L., Kouzoukas, E., Fougere, C., Dragonetti, R., Veldhuizen, S. et Selby, P. (2023). Clinical guidance for e-cigarette (vaping) cessation: Results from a modified Delphi panel approach. *Preventive Medicine Reports*, 35, 102372. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102372>
- ZPharm Inc. (2024). *Cravv®*. <https://www.zpharm.ca/french/>

ANNEXE I

Documents retenus

Tableau I-1 Documents avec recommandations retenus

Référence	Pays	Type	Titre	Objet*
Documents évalués à l'aide de la grille AGREE-II				
(Batra <i>et al.</i> , 2022)	Allemagne	GPC	S3 Guideline « Smoking and Tobacco Dependence: Screening, Diagnosis, and Treatment » – Short Version	Tabac*
(Greenberg <i>et al.</i> , 2021)	Canada	GPC	Clinical practice guideline: Evidence, recommendations and algorithm for the preoperative optimization of anemia, hyperglycemia and smoking	Tabac
(Department of Health of Ireland, 2022)	Irlande	GPC	Stop Smoking – National Clinical Guideline No. 28	Tabac*
(Iida <i>et al.</i> , 2022)	Japon	GPC	Consensus statement on smoking cessation in patients with pain	Tabac*
(Lee <i>et al.</i> , 2024)	Corée du Sud	GPC	Evidence-Based Guideline for the Treatment of Smoking Cessation Provided by the National Health Insurance Service in Korea	Tabac
(Leone <i>et al.</i> , 2020)	États-Unis	GPC	Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline	Tabac*
(McCormack <i>et al.</i> , 2022; Ministry of Health of New Zealand, 2021)	Nouvelle-Zélande	GPC	Revised Guidelines for smoking cessation in New Zealand	Tabac*
(Shields <i>et al.</i> , 2024)	États-Unis	GPC	NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Smoking Cessation (version 3)	Tabac*
(Freeman <i>et al.</i> , 2024)	Australie	Énoncé	CEO Statement on Electronic Cigarettes	CE
(NICE, 2024)	Royaume-Uni	GPC	Preventing uptake, promoting quitting and treating dependence	Tabac*
(OMS, 2024)	International	GPC	WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults	Tabac

Référence	Pays	Type	Titre	Objet*
(RACGP, 2024)	Australie	GPC	Supporting smoking cessation: A guide for health professionals	Tabac*
(Rábade-Castedo <i>et al.</i> , 2023)	Espagne	GPC	Clinical Practice Guideline of Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery (SEPAR) on Pharmacological Treatment of Tobacco Dependence	Tabac*
(Krist <i>et al.</i> , 2021; Patnode <i>et al.</i> , 2021)	États-Unis	GPC	Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons	Tabac*
(Wong <i>et al.</i> , 2020)	International	GPC	Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement (SPAQI) Consensus Statement on Perioperative Smoking Cessation	Tabac*
(CAMH, 2022; Zawertailo <i>et al.</i> , 2023)	Canada	GPC	Clinical guidance for e-cigarette (vaping) cessation: Results from a modified Delphi panel approach	CE
Documents non évalués et conservés pour le contexte canadien ou québécois				
(CAMH, 2024a)	Canada	GPC	E-cigarette use evidence-informed guidance on harms and benefits	CE
(CAMH, 2024b)	Canada	Boîte à outils	Smoking cessation	Tabac
(CAMH, 2021)	Canada	GPC	Lignes directrices sur l'usage de nicotine à moindre risque	CE
(Thombs <i>et al.</i> , 2025)	Canada	GPC	Recommandations sur les interventions de cessation tabagique pour les adultes au Canada	Tabac*
(Mir <i>et al.</i> , 2025)	Canada	Énoncé	Canadian Cardiovascular Society Clinical Practice Update on Contemporary Approaches to Smoking Cessation	Tabac*
(MSSS, 2020a; MSSS, 2022)	Canada	GPC	Guide des bonnes pratiques en prévention clinique	Tabac*
(Chadi <i>et al.</i> , 2021)	Canada	Énoncé	La protection des enfants et des adolescents contre les risques du vapotage. Société canadienne de pédiatrie	CE
(Harvey <i>et al.</i> , 2016)	Canada	Énoncé	Des stratégies pour promouvoir l'abandon du tabac chez les adolescents. Société canadienne de pédiatrie	Tabac*

* Contient de l'information, un énoncé ou une recommandation sur la cigarette électronique; CE : cigarette électronique.

**Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux**

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

