

ORDONNANCE COLLECTIVE GMF

Code : RESP-01-GMF

Date d'émission : juin 2013

Révisée le : juillet 2015

décembre 2015

Référence à un protocole
de soins infirmiers

OUI NON

Objet : Initier la thérapie du Bupropion (Zyban^(md)) ou de Varénicline (Champix^(md))

Professionnels habilités

- Infirmières faisant parties du GMF.
- Les pharmaciens communautaires de la pharmacie _____ offrant des soins et services aux personnes du groupe visé.

Secteur(s) d'activité(s) visé(s)

- GMF du CIUSSS
- Pharmacies propriétaires dont le médecin traitant est signataire de la présente ordonnance collective.

Clientèle, catégories de clientèles ou situation clinique visée

- Toute personne ≥ 18 ans inscrit au GMF désirent cesser l'usage de la cigarette.

Activités réservées

Pour les infirmières

- Initier la thérapie médicamenteuse en fonction de l'ordonnance ;
- Ajuster la thérapie médicamenteuse en fonction de l'ordonnance ;
- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.

Pour les pharmaciens

- Prescrire un médicament dans certains cas et certaines conditions :
 - pour une condition mineure en application de la Loi médicale ;
 - lorsqu'aucun diagnostic n'est requis.

Indication / Conditions d'initiation

- Toute personne ≥ 18 ans du GMF requérant une aide pharmacologique dans le cadre d'un programme de cessation tabagique.
- Le professionnel évalue le statut tabagique de la personne (Test de Fagerström) et sélectionne la thérapie d'aide à la cessation tabagique selon les besoins du fumeur (annexe 1)
- Le professionnel doit recommander au client les services de l'intervenant en cessation tabagique du Centre d'abandon du tabagisme (CAT) (annexe 2) de son territoire pour un suivi psycho-comportemental.
- Le professionnel doit s'assurer de connaître tous les médicaments utilisés par le client et évaluer la prise de médicaments nécessitant un suivi rapproché (annexe 3)
- Le professionnel s'il le désire peut compléter l'intervention initiale à l'aide des outils présentés à l'annexe 4.
- Le professionnel doit effectuer un suivi auprès du client aux 7 à 14 jours en le questionnant sur les symptômes de sevrage et les effets secondaires de la médication.

Intentions thérapeutiques

- Traitement de 1^{ère} ligne chez les fumeurs motivés à cesser de fumer
- Traitement adjuvant aux substituts nicotiques (gommes et pastilles)
- Traitement à la suite d'un échec antérieur aux substituts nicotiques (timbres, gommes, pastilles, inhalateur ou vaporisateur)

Contre-indications / Limites / Référence au médecin

- Ne pas appliquer l'ordonnance collective en présence de contre-indications (voir contre-indications de chaque option) ;
- Personne < 18 ans ;
- Femme enceinte ou qui allaite ;
- Patient dépressif ou suicidaire ou ayant des troubles neuropsychiatriques instables ;
- Manie, psychose, ou antécédents de manie ou psychose ;
- Tout client ayant eu une modification d'une médication à usage psychiatrique dans les quatre semaines précédentes;
- Une atteinte hépatique grave ;
- Une insuffisance rénale grave (CICr \leq 10ml/min) ;
- Prise de certains médicaments pouvant nécessiter une modification de posologie lors de l'abandon du tabac :
 - Antipsychotique : Chlorpromazine, clozapine, fluphénazine, halopéridol, olanzapine, rispéridone
 - Bêta bloquant liposoluble : Labétalol, métoprolol, propranolol
 - Insuline
 - Wafarine (Coumadin)
 - Caféine en grande quantité (plus de 5 cafés par jour)
 - Bronchodilatateur : Théophylline
 - Patient déjà sous thérapie de remplacement à la nicotine.
 - Référer le patient si détérioration psychiatrique à la suite de l'introduction du Champix ou du Zyban

Directive / Références aux outils clinique

- Analyser la pharmacothérapie de la personne ;
- Sélectionner, en fonction de l'ordonnance collective, la thérapie appropriée ;
- Individualiser l'ordonnance ;
- Donner l'information appropriée au médicament sélectionné ;
- Remplir et transmettre par télécopieur le formulaire de référence à la professionnelle CAT de votre secteur, si la personne est d'accord.

Description de l'ordonnance :

Zyban (bupropion)

- Objectif de traitement : Le traitement doit être débuté 7 à 14 jours avant la date d'arrêt du tabagisme.
- Teneur : 150 mg
- Dose maximale : 150 mg BID
- Durée d'action : la demi-vie d'élimination du bupropion est de 21 heures.
- Posologie :
 - Dose initiale : 150 mg die x 3 jours, puis donner la dose d'entretien.
 - Dose d'entretien : 150 mg BID à un intervalle minimum de 8 heures.
 - Faire les renouvellements aux 2 semaines pour le 1^{er} mois, puis faire les renouvellements à tous les mois, en assurant un suivi et un counseling adéquats.
 - Durée du traitement : 7 à 12 semaines. Si le patient n'a pas fait de progrès notable après 7 semaines, arrêter le traitement.

Contre-indication :

- Hypersensibilité au produit ou à ses composantes ;
- Troubles convulsifs ;
- Prise de médicaments abaissant le seuil de convulsion ;
- Patients présentant des prédispositions aux troubles de convulsion ;
- Patient prenant déjà du bupropion ;
- Un diagnostic ou des antécédents de boulimie ou d'anorexie ;

- Une utilisation concomitante d'un IMAO ou de thioridazine, ou une consommation dans les 14 jours précédents ;
- Un sevrage d'alcool ;
- Retrait soudain de benzodiazépines ou de sédatifs
- Une dépendance aux opioïdes, à la cocaïne, aux stimulants ou d'autres drogues ;
- Consommation excessive d'alcool ou cessation soudaine d'une consommation d'alcool ;
- Utilisation de stimulants ou d'anorexigènes ;
- Psychostimulants (ritalin).

Surveillance :

- Effets indésirables principaux : insomnie (31-40%), anxiété (8%), sécheresse de la bouche (11%), nausées (9%), rhinite (12%), étourdissements (8-10%), convulsions (0,1%), troubles de concentration (9%), constipation (8%). Surveiller la survenue de symptômes psychiatriques.
- Tolérance : La dose d'entretien (150 mg BID) peut être mal tolérée à cause des effets indésirables augmentés. Dans ce cas, il faut diminuer la dose au pallier antérieur, soit 150 mg die.
- Efficacité : Réévaluer la pertinence du traitement à la 8^e semaine. Évaluer les progrès après 12 semaines de traitement. Référer au médecin si le patient a arrêté de fumer et nécessite une plus longue période de traitement.

Description de l'ordonnance :

CHAMPIX

- Objectif de traitement : Le traitement doit être débuté 7 à 14 jours avant la date d'arrêt du tabagisme.
- Teneur : 0,5 mg et 1 mg
- Dose maximale : 1 mg BID
- Durée d'action : 24 heures
- Posologie :
 - Du 1^{er} au 3^e jour : 0,5 mg die ;
 - Du 4^e à 7^e jour : 0,5 mg BID (matin et soir) ;
 - Du 8^e jour à la fin du traitement : 1 mg BID (matin et soir) ;

Si insuffisance rénale grave (ClCr ≤ 30ml/min) :

- Posologie
 - Du 1^{er} jour au 3^e jour : 0,5 mg die ;
 - Du 4^e jour à la fin du traitement : 0,5 mg BID (matin et soir) ;
- Faire les renouvellements aux 2 semaines en assurant un suivi et un counselling adéquats.
- Durée du traitement : 12 semaines.

Contre-indications :

- Hypersensibilité à la varénicline ou à ses composantes ;
- Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 10 ml/min);
- Insuffisance rénale sévère et prise de cimétidine;
- Maladie psychiatrique instable (dépression, schizophrénie ou trouble anxieux instable) ou client ayant eu une modification de sa médication à usage psychiatrique dans les quatre semaines précédentes;
- Patient avec antécédents de MCV: informer les patients atteints de maladie cardiovasculaire des symptômes de la crise cardiaque et de l'accident vasculaire cérébral, et les inciter à obtenir une aide médicale d'urgence si l'un de ces symptômes se manifeste.

Surveillance rapprochée nécessaire :

- Prise de certains médicaments pouvant nécessiter une modification posologique lors de l'abandon du tabac :
 - Substances métabolisées par le cytochrome P450 tels: antipsychotique (chlorpromazine, clozapine, fluphénazine, halopéridol, olanzapine, rispéridone), fluvoxamine, antidépresseurs tricycliques ainsi que la caféine.
 - Bêta-bloquants liposolubles (labétalol, métoprolol, propranolol)

- Insuline
- Warfarine
- Théophylline
- Caféine en grande quantité (plus de 5 cafés par jour)

Médecins répondants

- Médecin traitant ou le médecin de garde du **GMF**

Sources

- Drug Information Handbook 17^e édition, 2008-2009 ;
- Monographie canadienne de Zyban ^(md), Biovail Pharmaceuticals Canada, janvier 2006 ;
- Monographie canadienne de Wellbutrin ^(md) SR et XL, Biovail Pharmaceuticals Canada, janvier 2006 ;
- Monographie de produit-CHAMPIX, M.D. de C.P. Pharmaceuticals International C.V. Pfizer pharmaciens du Québec, juin 2007 ; Canada inc. 2008 ;
- Ordonnance collective : Initier la thérapie de remplacement à la nicotine (TRN) OC-001CN, Dr François Desbiens, Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ;
- Activité de formation conjointe-La collaboration médecin-infirmière, Loi 90 : ordonnances collectives, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ;
- Ordonnance collective ; Initier la thérapie de Zyban ou de Champix du GMF Val-Bélair, 2009.

PROCESSUS D'ÉLABORATION :

Rédigé par :

Fabien Ferguson, conseiller en soins infirmiers 3 juin 2013

Personnes consultées :

	Date
	Date

Validé par :

Mme Sylvie Bonneau (DSI)	Date

Approbation (La signature du médecin se retrouve sur original)

Approbation médicale pour l'ordonnance collective RESP-01-GMF Initier la thérapie du Bupropion (Zyban ^(md)) ou de Varénicline (Champix ^(md))				
NOM, prénom	NO DE	Lieu de pratique	DATE	TÉLÉPHONE

	PERMIS			
Beaudoin Richard	1733179	GMF Charlesbourg	2014-04-10	418-622-6969
Blouin Louis	1702109	GMF Loretteville	2013-05-23	418-842-3731
Boudreau Ghislain	1860477	GMF Loretteville	2013-05-23	418-842-3731
Breton Claude	1811488	GMF Loretteville	2013-05-23	418-842-3731
Chouinard Claude	82342	CRQ Charlesbourg	2015-05-26	418-628-9921
Chouinard Guy	1813880	CRQ Charlesbourg	2015-05-26	418-628-9921
Côté Guy	1733245	GMF Charlesbourg	2014-01-14	418-628-9074
Faber Anne	1792019	GMF Loretteville	2013-05-23	418-842-3731
Farrier Alain	87408	CRQ Charlesbourg	2015-05-27	418-628-9921
Jacques Michel	05241	CRQ Charlesbourg	2015-05-26	418-628-9921
Lafrance Gilles	1813476	GMF Charlesbourg	2014-01-14	418-628-9074
Letourneau Jean-Marie	1720572	GMF Charlesbourg	2014-03-25	418-622-6969
Maleza Gérard	90149	CRQ Charlesbourg	2015-05-28	418-628-9921
Morency Pierre	1661206	CRQ Charlesbourg	2015-05-25	418-628-9921
Patry Claude	1882364	GMF Loretteville	2013-05-23	418-842-3731
Proulx Simon-Pierre	1782713	GMF Loretteville	2013-05-23	418-842-3731
Rhéaume Marie-Claude	1851542	CRQ Charlesbourg	2015-06-03	418-628-9921
Rizzo Daniel	1901792	GMF Charlesbourg	2014-02-28	418-622-6969
Rochon Danièle	1854710	GMF Charlesbourg	2014-01-13	418-628-9074
Ross Julie	1843614	GMF Charlesbourg	2014-01-13	418-628-9074
Savard Anne	1773100	CRQ Charlesbourg	2015-05-25	418-628-9921
Ross Julie	84361	CRQ Charlesbourg	2015-05-26	418-628-9921
Tremblay Hélène	1803121	GMF Charlesbourg	2014-02-26	418-622-6969
Turcot Roger	1741032	GMF Charlesbourg	2014-02-27	418-622-6969

**FORMULAIRE DE LIAISON POUR
L'APPLICATION DE L'ORDONNANCE
COLLECTIVE CONCERNANT**

**Initier le traitement de cessation tabagique à l'aide
de médicaments tels la varénicline (Champix^{md})
ou le bupropion (Zyban^{md}).**

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'INFIRMIÈRE

J'ai procédé à l'évaluation de la personne inscrite ci-haut mentionnée. Elle est une candidate à la prise d'un agent d'aide à l'arrêt tabagique. Aucune des contre-indications énoncées dans l'ordonnance collective **RESP-01-GMF** n'est présente.

Nom de la pharmacie : _____
Numéro téléphone : _____ Numéro télécopieur : _____

Ce formulaire représente le formulaire original. Le pharmacien identifié est le seul destinataire. L'original de ce formulaire ne sera pas réutilisé.

Consommation de _____ cigarettes par jour.

Initiales :	Varénicline (Champix ^{md}) (À débiter 1 à 2 sem avant l'arrêt tabagique)	Durée de traitement
Jours 1 à 3 : 0,5 mg po die		12 semaines
Jours 4 à 7 : 0,5 mg po bid		
Jours 8 à la 12 ^e semaine : 1 mg po bid		
Initiales :	Varénicline (Champix ^{md})	Durée de traitement
De la 12 ^e semaine à la 24 ^e semaine		12 semaines

Initiales :	Bupropion (Zyban ^{md}) À débiter 1 sem avant l'arrêt tabagique)	Durée de traitement
Jours 1 à 3 : 150 mg po die		12 semaines
Jours 4 et suivants : 150 mg po bid (minimum de 8 hres entre 2 doses)		

Cette ordonnance est valide une seule fois

Nom de l'infirmière: _____ No. Permis: _____
Téléphone: _____ Poste: _____ Télécopieur: _____
Signature de l'infirmière: _____ Date: _____
Nom du médecin répondant: _____ No. Permis: _____
Téléphone: _____ Poste: _____ Télécopieur: _____
Notes complémentaires: _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE PHARMACIEN

J'AI SERVI LE(S) PRODUIT(S) SUIVANTS À LA PERSONNE MENTIONNÉE CI-HAUT.

Nom du pharmacien: _____ No. Permis: _____

Produit servi: _____

Signature du pharmacien: _____ Date: _____

Pour visualiser l'ordonnance complète, rendez-vous dans le site Web, <http://www.ciusss-capitalnationale.gouv.qc.ca/>, section Expertise et partenariat/ OC GMF- CRQ (privés)