

GUIDE

Systematisation des soins  
visant le counselling concernant  
l'abandon du tabagisme



## Auteurs

Hawa Sissoko, MSc  
Stéphane Groulx, M.D.  
Huguette Bélanger, M.D.

## En collaboration avec

Julie Dufort, M.D., MSc, FRCPC  
Jean-Paul Gagné, Inf., BSc  
Catherine Risi, M.D., MSc  
José St-Cerny, M.D., MSc

## Secrétariat et mise en pages

Manon Lévesque, agente administrative

Ce document est disponible en version électronique sur le portail Internet de l'Agence – [www.santemonteregie.qc.ca/santepublique](http://www.santemonteregie.qc.ca/santepublique), section documentation.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011  
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-89342-504-7 (PDF)

[Reproduction ou téléchargement autorisé à des fins non commerciales avec mention de la source :](#)

SISSOKO, Hawa, Stéphane GROULX et Huguette BÉLANGER, *Systématisation des soins visant le counselling concernant l'abandon du tabagisme : Guide*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2011, 99 p.

© Tous droits réservés

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, avril 2011

# Table des matières

<b>LISTE : FIGURE, TABLEAUX ET ANNEXE</b> .....	<b>4</b>
<b>LISTE : SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>SECTION 1 : POURQUOI LA PCP COUNSELLING EN ABANDON DU TABAC?</b> .....	<b>9</b>
<b>CONTEXTE</b> .....	<b>10</b>
<b>AMPLEUR DU PROBLÈME</b> .....	<b>16</b>
<b>RECOMMANDATIONS DES EXPERTS CONCERNANT L'ABANDON DU TABAC</b> .....	<b>18</b>
<i>Recommandations du US Preventive Services Task Force</i> .....	<b>18</b>
<i>Recommandations du Collège des médecins du Québec</i> .....	<b>20</b>
<b>SECTION 2 : QUELLE EST DÉMARCHE DE SYSTÉMATISATION PROPOSÉE?</b> .....	<b>21</b>
<b>POURQUOI LA SYSTÉMATISATION DES SOINS?</b> .....	<b>22</b>
<b>DÉMARCHE DE SYSTÉMATISATION</b> .....	<b>24</b>
<i>Étape 1 : Passer à l'action : L'heure des choix</i> .....	<b>26</b>
<i>Étape 2 : Établir le portrait des pratiques actuelles</i> .....	<b>32</b>
<i>Étape 3 : Élaborer un protocole de soins préventifs</i> .....	<b>38</b>
<i>Étape 4 : Planifier la prestation des services</i> .....	<b>70</b>
<i>Étape 5 : Bien s'outiller pour bien travailler</i> .....	<b>82</b>
<i>Étape 6 : Réexaminer, réajuster, peaufiner</i> .....	<b>84</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>89</b>

## **LISTE : FIGURE, TABLEAUX ET ANNEXE**

<i>Figure 1 – Modèle montréalais de promotion et soutien aux pratiques cliniques préventives...</i>	<b>12</b>
<i>Tableau 1 – Proportion de fumeurs actuels (cigarette, cigare ou pipe) population de 18 ans et plus, RLS, Montérégie, 2009.....</i>	<b>17</b>
<i>Tableau 2.1 – Test de Fagerström de dépendance à la nicotine.....</i>	<b>48</b>
<i>Tableau 2.2 – Test de Horn.....</i>	<b>49</b>
<i>Tableau 2.3 – Résultats du test de Horn.....</i>	<b>49</b>
<i>Tableau 2.4 – Interprétation du test de Horn.....</i>	<b>50</b>
<i>Tableau 2.5 – Thérapies de remplacement de la nicotine.....</i>	<b>59</b>
<i>Tableau 2.6 – Les médicaments non nicotiniques .....</i>	<b>61</b>
<i>Annexe – Table des matières du : « Recueil des outils pour l’intervention en cessation tabagique » .....</i>	<b>93</b>

## LISTE : SIGLES ET ACRONYMES

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
ESCC	Enquête sur la santé des collectivités canadiennes
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FTS	Fumée de tabac secondaire
GECSSP	Groupe d'étude canadien sur les soins préventifs
GMF	Groupe de médecine de famille
HTA	Hypertension artérielle
ICPC	Infirmière-conseil en prévention clinique
IMAO	Inhibiteur de monoamine oxydase
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ODQ	Ordre des dentistes du Québec
OHDQ	Ordre des hygiénistes dentaires du Québec
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
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PCP	Pratiques cliniques préventives
PDP	Plan de développement professionnel
PNSP	Programme national de santé publique
PPIP	<i>Put prevention into practice</i>
PQAT	Plan québécois d'abandon du tabagisme
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
SC	Santé Canada
SCC	Société canadienne du cancer
STEP-UP	<i>Study to enhance prevention by understanding practice</i>
TRN	Thérapie de remplacement de la nicotine
UMF	Unité de médecine familiale
USPSTF	<i>U.S. Preventive Services Task Force</i>



## INTRODUCTION

### ***Objectif du guide***

L'objectif de ce guide est de soutenir les milieux cliniques de première ligne afin d'adopter une démarche de systématisation des soins visant le counselling concernant l'abandon du tabagisme.

### ***Potentiel d'intervention en première ligne***

Le fait que le tabagisme représente la principale cause modifiable de morbidité et de décès prématurés en Amérique est aujourd'hui bien connu par l'ensemble des professionnels de la santé. Environ 70 % des fumeurs aimeraient abandonner le tabac et plusieurs d'entre eux consultent chaque année les services de santé pour divers problèmes (Fiore coll., 2008). Ces visites représentent autant d'occasions pour les professionnels de la santé pour aborder la question du tabagisme avec leurs patients fumeurs et leur offrir de l'aide afin qu'ils se libèrent de cette dépendance. D'après quelques études, certains médecins demeurent encore pessimistes quant à l'utilité de leurs interventions, alors qu'il a pourtant été démontré dans plusieurs études que, lorsque les médecins interviennent auprès de leurs patients fumeurs, environ 5 à 35 % d'entre eux ne fument plus six mois à un an plus tard (Law et coll. 1995, Lancaster et Stead, 2004).

Finalement, un fumeur à qui l'on ne parle pas de son statut tabagique lors d'une consultation peut croire qu'il n'est pas à risque. Les interventions en abandon du tabagisme font partie d'une bonne pratique : on les offre à tous les patients fumeurs, quels que soient leur âge, leur état de santé ou la raison de consultation.

### ***Coût-efficacité***

L'intervention destinée aux patients fumeurs représente une mesure non seulement utile et efficace, mais également supérieure à plusieurs autres interventions préventives du point de vue coût-efficacité. De toutes les interventions en matière de soins de santé préventifs dans le cadre de la médecine de première ligne, la cessation tabagique est considérée comme une intervention « étalon or », eût égard à son efficacité et à son rapport coût efficacité (Papadakis, 2007).

Selon le directeur national de santé publique du Québec (2010), les coûts totaux attribuables au tabagisme sont de 4 G\$ par année, dont 1 G\$ en coûts directs de soins de santé et près de 3 G\$ en coûts indirects (perte de productivité). Bien que seulement 18 M\$ par an sont investis dans les programmes de prévention, la rentabilité économique et sociale de cet investissement est énorme. En effet, ceci engendre les économies suivantes : 41 M\$ en

coûts directs pour chaque diminution d'un point de pourcentage de la prévalence du tabagisme ; 73 M\$ en coûts indirects par diminution de point de pourcentage; un retour sur les investissements de 20 \$ pour chaque dollar investi depuis 1998. Les économies totales s'élèvent à plus de 114 M\$ (Poirier, 2010). Par ailleurs, selon la même source, les maladies chroniques coûtent 28 G\$ au Canada, dont 500 M\$ en revenus perdus 55 % des coûts directs et indirects de santé en Ontario. Or, on estime que le retour sur les investissements dans les programmes complets de cessation tabagique pour prévenir les maladies chroniques est de plus de 3 \$ pour chaque dollar investi (Poirier, 2010).

Aux États-Unis, on estime que le *counselling* antitabagique prodigué par le médecin coûterait en moyenne 2 600 \$ par année de vie sauvée comparativement à un coût de 61 700 \$ par année de vie sauvée dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40-49 ans et de 23 300 \$ pour le dépistage de l'hypertension artérielle chez les hommes de 40 ans et plus (Cromwell, 1997).

### ***Professionnels visés par ce guide***

Ce guide pour la systématisation des soins visant le counselling concernant l'abandon du tabagisme est destiné principalement aux infirmières-conseils en prévention clinique (ICPC) des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et aux cliniciens qui œuvrent dans les milieux cliniques de première ligne tels que : les médecins, les infirmières, les dentistes, les hygiénistes dentaires, les pharmaciens et les inhalothérapeutes.

À noter que dans le but d'alléger le texte, les exemples utilisés et le protocole de soins désignent le plus souvent les médecins et les infirmières, cependant les autres professionnels sont également concernés, car leurs interventions auprès des fumeurs sont tout aussi efficaces et souhaitables (CMA, 2001 ; Tremblay et coll., 2005).

### ***Contenu du guide***

Le guide décrit le contexte et la situation du tabagisme au Québec et en Montérégie, précise les principales recommandations d'experts en matière de counselling en abandon du tabac et finalement présente une démarche de systématisation des soins en 6 étapes qui, on espère, aidera le milieu clinique à adopter un protocole et effectuer des choix adaptés à sa réalité. L'infirmière-conseil en prévention clinique, qui relève du CSSS, peut accompagner le milieu clinique tout au long de ce processus.

## **SECTION 1 :**

### **POURQUOI LA PCP COUNSELLING EN ABANDON DU TABAC?**

## CONTEXTE

### *Volonté nationale de soutenir l'intégration des PCP dans la première ligne*

Les pratiques cliniques préventives sont préconisées comme l'une des stratégies d'action par le *Programme national de santé publique 2003-2012 — Mise à jour 2008*. Recommandées par la Commission Clair en 2000, inscrites dans la Loi sur la santé publique en 2001, elles sont aussi mentionnées expressément dans l'offre de service des groupes de médecine de famille (GMF). Le commissaire à la santé et au bien-être, dans son rapport annuel 2010, recommande de favoriser l'intégration des pratiques cliniques préventives dans les milieux de soins de première ligne dans le but d'améliorer la performance des soins et des services liés aux maladies chroniques (Levesque et coll., 2010).

Les **pratiques cliniques préventives** (PCP) regroupent un ensemble d'interventions faites par un professionnel de la santé auprès d'un patient; elles peuvent comprendre la promotion de comportements sains, le counselling sur les habitudes de vie, le dépistage des maladies ou des facteurs de risque, l'immunisation et la chimioprophylaxie. Ces pratiques permettent d'agir en amont des problèmes afin de réduire la morbidité et la mortalité évitables. La **prévention** vise la réduction des problèmes psychosociaux et de santé par l'action sur les facteurs de risque et de vulnérabilité. La **promotion** de la santé et du bien-être vise plutôt à renforcer les facteurs de protection par des actions qui misent, entre autres, sur le potentiel des personnes et des groupes. Les cliniciens occupent une position privilégiée pour réaliser ce type d'intervention auprès de leurs patients et disposent de nombreuses occasions pour ce faire, car chaque année, au Québec, 70 % de la population consulte un médecin en cabinet privé.

Le programme national de santé publique (PNSP) prévoit l'implantation d'une trentaine de pratiques cliniques préventives qui sont principalement issues du *Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs* ou du groupe d'étude américain *US Preventive Services Task Force*. Compte tenu de l'efficacité et de la faisabilité de leur implantation, la direction de santé publique (DSP) de la Montérégie a priorisé l'implantation de plusieurs PCP parmi celles identifiées par le PNSP, dont le counselling concernant l'abandon du tabac. Ainsi, les PCP ont une place de choix dans le plan d'action régional de santé publique (PAR) et dans la majorité des plans d'action locaux de santé publique (PAL).

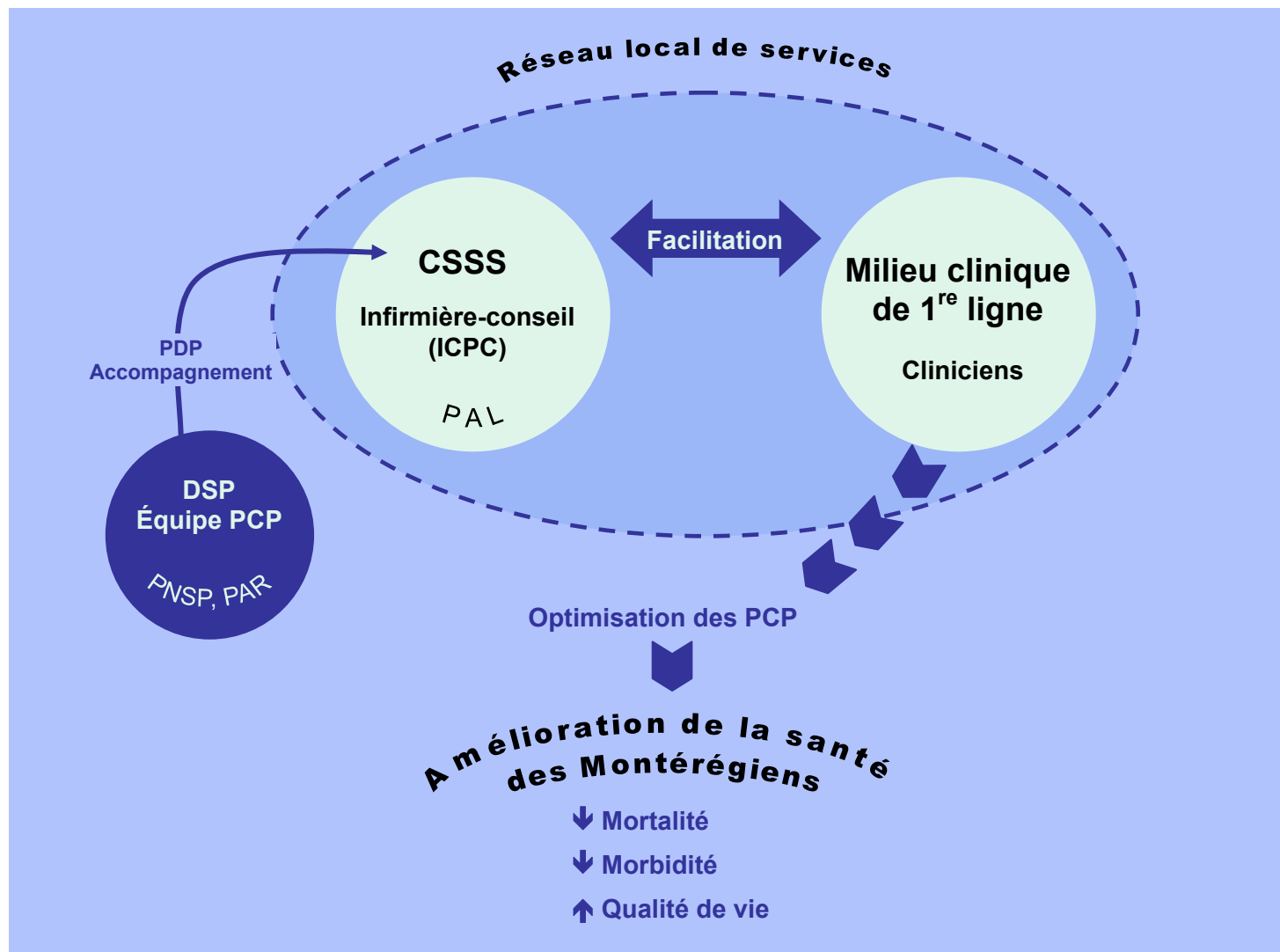
### *Obstacles à l'implantation des PCP et solutions*

Les cliniciens font face à de nombreux obstacles dans l'intégration des PCP dans leur pratique quotidienne (Provost et coll., 2007), telles que :

1. L'environnement de pratique, comme le manque de temps et de soutien d'autres collègues pour partager ou déléguer les tâches de prévention;
2. L'environnement éducationnel, par exemple, le peu de soutien donné aux cliniciens à la suite des formations continues;
3. L'environnement du système de santé, notamment, l'absence de rémunération pour la grande majorité des actes préventifs;
4. L'environnement social, particulièrement, les médias qui ont le pouvoir de générer des demandes pour des soins de santé préventifs de la part des patients;
5. Les facteurs liés aux cliniciens (par exemple, les caractéristiques des cliniciens, telles que l'âge et le sexe, de même que leurs propres comportements de santé);
6. Les facteurs liés aux patients (notamment, la demande pressante pour des soins curatifs);
7. Les thèmes abordés par exemple, les barrières plus nombreuses pour les interventions qui impliquent du counselling que pour les thèmes qui nécessitent la prescription d'un test de dépistage.

Afin d'aider les milieu cliniques à surmonter ces obstacles, l'équipe régionale PCP propose un modèle de collaboration entre la DSP et les CSSS, comportant la facilitation et la mise en place de systèmes de bureau sur mesure. Cette stratégie s'effectue par l'intermédiaire d'un facilitateur qui travaille avec les cliniciens et leur équipe dans le milieu clinique afin de les soutenir dans leur démarche de changement de pratique. Le système, c'est-à-dire le processus qui intègre les rôles et les responsabilités du personnel de même que les outils pour la prestation de services préventifs, est alors adapté au contexte de pratique de chaque milieu. Le milieu de pratique définit ainsi un système approprié pour lui, contrairement à une approche *One-size-fits-all* dans laquelle la même intervention est appliquée pour tous les milieux (Provost et coll., 2007). Dans le cas présent, le professionnel clé et facilitateur dans l'application de ce modèle sur le terrain est l'infirmière-conseil en prévention clinique (ICPC) du CSSS, qui est accompagnée étroitement par l'équipe régionale dans son travail de promotion et de soutien des PCP, dont le counselling en abandon du tabac auprès des cliniciens (figure 1, page suivante).

**Figure 1 – Modèle montérégien de promotion et soutien aux pratiques cliniques préventives**



**LÉGENDE**

**CSSS** : Centre de santé et de services sociaux  
**ICPC** : Infirmière-conseil en prévention clinique  
**PAR** : Plan d'action régional de santé publique  
**PDP** : Plan de développement professionnel des infirmières-conseils en prévention clinique

**DSP** : Direction de santé publique  
**PAL** : Plan d'action local de santé publique  
**PCP** : Pratiques cliniques préventives  
**PNSP** : Programme national de santé publique

## **Mobilisation provinciale des professionnels de la santé face au tabagisme**

Il importe de rappeler qu'en 2004, le MSSS a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'élaborer conjointement avec six ordres professionnels québécois un projet visant à faire en sorte que leurs membres s'impliquent plus activement dans la lutte contre le tabagisme. Il s'agit de : Collège des médecins, Ordre des dentistes, Ordre des hygiénistes dentaires, Ordre des inhalothérapeutes, Ordre des pharmaciens, Ordre des infirmiers et infirmières. C'est donc dans ce contexte que tous ces professionnels de la santé ont été invités à intégrer le *counseling* en abandon du tabac à leur pratique courante (Tremblay et coll., 2005). Quelque soit le type de professionnel, médecins, infirmières, inhalothérapeutes, dentistes et pharmaciens, ils ont tous un rôle très important à jouer face aux fumeurs pour les inciter à renoncer au tabac et les soutenir dans leur démarche de cessation.

Pour ce qui est des médecins omnipraticiens rémunérés à l'acte, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, un code d'acte (15161) leur permet d'être rémunérés pour le soutien médical à l'abandon du tabagisme. La rémunération est possible une fois par année par patient et peut être réclamée en plus de celle de la visite et d'un autre acte (excluant la psychothérapie de soutien). Les patients visés sont les fumeurs ou les personnes ayant cessé de fumer depuis moins de six mois. Le formulaire *Soutien médical à l'abandon du tabagisme* produit par la FMOQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) peut être utilisé pour inscrire l'intervention réalisée auprès du fumeur :

<http://www.fmoq.org/fr/organization/clinical/toolbox/forms/default.aspx>.

Dans le cas où le formulaire *Soutien médical à l'abandon du tabagisme* n'est pas utilisé, la note au dossier doit mentionner le statut tabagique, l'étape de changement (la motivation à cesser de fumer) et la conduite proposée.

## **Ressources disponibles pour l'abandon du tabagisme**

Très efficace et rentable, le counselling auprès des fumeurs et des ex-fumeurs récents (encore fragiles) s'exerce en complémentarité avec le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT).

## **Plan québécois d'abandon du tabagisme**

Le plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) a été mis en place depuis 2002 par le MSSS du Québec dans le but de soutenir les fumeurs à se libérer de leur dépendance au tabac. Les Directions de santé publique (DSP) de chaque région sont responsables de coordonner la mise en place du PQAT sur leur territoire.

Voici une brève description des services gratuits offerts dans le cadre de ce programme.

### **1. Les centres d'abandon du tabagisme**

Les centres d'abandon du tabagisme (CAT) offrent gratuitement un ensemble de services de cessation tabagique à toutes les personnes qui en font la demande, notamment des rencontres individuelles ou de groupe selon le choix de l'utilisateur. Au Québec, il existe environ 150 Centres d'abandon du tabagisme (CAT) localisés dans les CSSS. Les services sont dispensés par des professionnels de la santé et des services sociaux spécialisés dans l'abandon du tabac : en Montérégie, ce sont des infirmières et des inhalothérapeutes. Pour être conseillers CAT, ces professionnels suivent une formation de cinq jours et participent annuellement à quatre rencontres régionales de formation continue et d'échanges. L'institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié récemment un rapport sur l'évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme (Leclerc et coll., 2009) dans lequel le bien-fondé et le rôle des CAT sont bien décrits : « La création des CAT découle de la nécessité d'améliorer l'accès à des services d'aide à l'abandon du tabagisme reconnus efficaces. Leur raison d'être, en tant que composante du PQAT, est d'aider les fumeurs à se libérer du tabac. Ces centres ont donc pour ultime but de contribuer à réduire à 18 % d'ici à 2012 la proportion des personnes de 15 ans ou plus qui font usage du tabac, conformément à l'objectif fixé par le Programme national de santé publique (MSSS, 2002). Différentes interventions de counselling antitabagique à géométrie variable y sont donc offertes selon les besoins et les attentes du fumeur. Concrètement, elles peuvent varier au regard de la durée de l'intervention, du nombre de contacts avec le clinicien, du mode de prestation, qu'il soit individuel ou de groupe, en face à face ou par téléphone, ainsi que de l'usage d'aides pharmacologiques. » (Leclerc et coll., 2009).

### **2. La ligne téléphonique j'arrête**

Opérée par la Société canadienne du cancer, la ligne j'arrête, appuie les fumeurs lors des différentes phases de l'arrêt. Elle est ouverte du lundi au jeudi de 8 h à 21 h, et le vendredi de 8 h à 20 h au **1-866-527-7383 (1-866-JARRETE)**.

### **3. Le site Internet J'arrête**

Proposé par le Conseil québécois sur le tabac et la santé, le *site web j'Arrête* offre, en version ado ou adulte, une méthode d'abandon personnalisée basée sur des évidences scientifiques. On y profite de l'entraide d'une communauté virtuelle : <http://www.jarrete.qc.ca/fr/>

### **4. Le défi j'arrête j'y gagne**

Pendant 6 semaines, les participants s'engagent à ne pas fumer. En plus d'avoir accès en tout temps à un site Internet, les participants reçoivent une trousse gratuite avec des outils pour surmonter les difficultés reliées à l'arrêt du tabac ainsi que des courriels d'encouragement pendant 1 an et des prix d'une valeur de 10 000 \$. <http://www.defitabac.qc.ca/defi/fr/index.html>

### ***Accessibilité aux aides pharmacologiques***

Le Québec dispose du programme de remboursement des aides pharmacologiques pour l'abandon du tabagisme le plus généreux au Canada et en Amérique du Nord. Chaque classe de médicament est remboursée pour une durée d'au moins 12 semaines, et ce, une fois par année par patient. Plus spécifiquement, ces médicaments sont couverts à condition d'être obtenus sur ordonnance.

De plus, dans la majorité des régions, incluant la Montérégie, il existe maintenant des ordonnances collectives régionales pour les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) qui ont été mises en place dans le but d'augmenter l'accessibilité économique à ces médicaments dont l'efficacité a été bien démontrée pour les fumeurs en processus d'abandon. Selon la région, le fumeur peut se prévaloir de cette ordonnance en se présentant préalablement au centre d'abandon du tabagisme ou directement dans une pharmacie communautaire. Le fumeur qui se présente en premier lieu à la pharmacie, pourra alors être référé par le pharmacien dans un centre d'abandon du tabagisme de sa région ou à la ligne j'Arrête afin d'y recevoir du soutien psychocomportemental et ainsi augmenter ses chances de réussite.

En conclusion, tout porte à croire qu'actuellement, au Québec, le contexte est favorable pour que les professionnels de la santé optimisent la PCP visant le counselling en abandon du tabagisme. La démarche de systématisation est un moyen efficace pour arriver à cette fin.

## AMPLEUR DU PROBLÈME

Selon le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'épidémie mondiale de tabagisme (2009), « la consommation de tabac est la principale cause de décès évitable, et on estime qu'elle tue chaque année plus de 5 millions de personnes dans le monde. La plupart de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Si l'on ne fait rien, la différence entre le nombre de décès relevés dans ces pays et le nombre de décès dans les pays à revenu élevé devrait encore s'accroître dans les prochaines décennies. Si les tendances se confirment, le tabac fera chaque année plus de 8 millions de victimes dans le monde d'ici à 2030, 80 % de ces décès prématurés survenant dans les pays à revenus faible ou intermédiaire. Si l'on n'agit pas plus vite, le tabac pourrait faucher un milliard de vies, voire plus, d'ici la fin du siècle. »

Selon l'*Enquête sur la santé des collectivités canadiennes* (ESCC, 2009) la prévalence du tabagisme au Québec chez les 12 ans et plus était de 22,5 % - soit 1 499 500 personnes versus 20,1 % au Canada en 2009. Ceci représente un réel progrès comparativement à la prévalence de 26 % enregistrée en 2003. Dans la population québécoise de 20 à 34 ans, ce sont encore 35,8 % des hommes et 26,2 % des femmes qui fument régulièrement. Ces proportions sont respectivement de 29,9 % et de 23,0 % au Canada dans son ensemble. Le portrait y est globalement le même : c'est chez les personnes de 20 à 34 ans qu'on observe la plus forte proportion de fumeurs. En 2009, au Canada dans son ensemble, les hommes étaient en général proportionnellement plus nombreux à fumer que les femmes. En revanche, au Québec, pour la première fois depuis que l'ESCC est menée, parmi les 35 à 44 ans, les femmes sont plus nombreuses à fumer que les hommes (23,3 % contre 21,4 %). (Info Tabac, 2010). Le même phénomène est observé chez les jeunes du secondaire âgés de 12 à 17 ans, les filles étant proportionnellement plus nombreuses à faire usage de la cigarette que les garçons (17 %, soit environ 37 100 élèves de sexe féminin contre 13 %, soit environ 30 100 élèves de sexe masculin) (Bordeleau, 2009).

En Montérégie, la proportion de fumeurs actuels<sup>1</sup> de 18 ans et plus a peu varié entre 2005 et 2009, passant de 26 à 24 % respectivement. Les RLS du Haut-Saint-Laurent et du Haut-Richelieu-Rouville présentent la prévalence la plus élevée (29 % versus 24 % pour la Montérégie) et le RLS Richelieu-Yamaska, la plus faible (19 %). (Bellerose et Noiseux, 2009). Toutefois, puisqu'il s'agit de données d'enquête, une marge d'erreur est associée aux résultats.

---

<sup>1</sup> « Actuellement, fumez-vous la cigarette, le cigare ou la pipe? »

**Tableau 1 – Proportion de fumeurs actuels (cigarette, cigare ou pipe) population de 18 ans et plus, RLS, Montérégie, 2009**

	2009	Intervalle de confiance 95 %
RLS Haut-Saint-Laurent	29,2	(24,2 – 34,2)
RLS du Suroît	28,2	(23,3 – 32,9)
RLS Jardins-Roussillon	26,6	(21,9 – 31,2)
RLS Champlain	20,4	(15,7 – 25,1)
RLS Pierre-Boucher	21,5	(17,0 – 25,8)
RLS Haut-Richelieu-Rouville	29,2	(24,2 – 34,2)
RLS Richelieu-Yamaska	19,4	(15,3 – 24,5)
RLS Pierre-De Saurel	26,2	(21,2 – 31,0)
RLS la Pommeraie	24,5	(19,4 – 29,4)
RLS de la Haute-Yamaska	22,3	(17,8 – 26,6)
RLS Vaudreuil-Soulanges	22,9	(18,4 – 27,4)
<b>Montérégie</b>	<b>23,5</b>	<b>(21,9 – 25,1)</b>

Source : Bellerose, C et Noiseux, M. Enquête sur les maladies chroniques, région de la Montérégie, 2009. Résultats préliminaires.

Le tabagisme actif est responsable de 30 % des maladies cardiovasculaires, de 85 % des cancers de poumon et de 85 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). C'est aussi la cause directe de 10 400 décès annuels au Québec. La fumée secondaire de tabac, quant à elle, affecte près du quart des Québécois et on estime que 209 d'entre eux en meurent chaque année (Direction de santé publique de Montréal et Collège des médecins du Québec, 2009).

## RECOMMANDATIONS DES EXPERTS CONCERNANT L'ABANDON DU TABAC

Plusieurs groupes d'experts recommandent fortement le recours à des interventions ayant été démontrées efficaces pour le traitement du tabagisme et de sa dépendance dans le but de prévenir les effets négatifs sur la santé des fumeurs et des personnes exposées à la fumée secondaire du tabac.

### CATÉGORIES DE RECOMMANDATIONS

du GECSSP (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs) et du USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) classées selon les données probantes

Catégorie	GECSSP 1994	USPSTF 2009
A	données <i>suffisantes</i> pour recommander l'intervention	fortement recommandé (preuves suffisantes)
B	données <i>acceptables</i> pour recommander	recommandé (preuves acceptables)
C	données conflictuelles pour appuyer ou non la recommandation de l'intervention	ni recommandé, ni déconseillé (preuves conflictuelles)
D	données <i>acceptables</i> pour déconseiller l'intervention	déconseillé (preuves acceptables)
E	données <i>suffisantes</i> pour déconseiller l'intervention	
I	données <i>insuffisantes</i> pour émettre une recommandation	ni recommandé, ni déconseillé (preuves insuffisantes)

### Recommandations du US Preventive Services Task Force

Voici les dix recommandations clés formulées dans les *lignes directrices en matière de traitement du tabagisme et de sa dépendance* du groupe d'étude américain US Preventive Services Task Force (USPSTF) (Fiore et coll. 2008) :

1. La dépendance au tabac étant une maladie chronique elle nécessite souvent des interventions répétées et de multiples tentatives d'arrêt de la part du fumeur. Cependant, des traitements efficaces existent et ceci peut augmenter considérablement les taux d'abstinence à long terme (recommandation A).
2. Il est essentiel que les cliniciens identifient et documentent systématiquement le statut tabagique de tous leurs patients et offrent du soutien à tous les utilisateurs de tabac vus dans un service de santé (recommandation A).
3. Il existe des traitements de la dépendance du tabac qui se sont avérés efficaces pour un large éventail de populations. Les cliniciens devraient encourager tous les patients prêts à faire une tentative d'arrêt à avoir recours au counselling et à des aides pharmacologiques pour l'abandon du tabac (recommandation A).
4. L'intervention brève est efficace et les cliniciens devraient l'offrir aux patients consommateurs de tabac (recommandation A).
5. Les méthodes de counselling de type individuel, de groupe et téléphonique sont efficaces, et leur efficacité augmente selon l'intensité du traitement (recommandation A). Deux composantes du counselling s'avèrent particulièrement efficaces et devraient être utilisées auprès des patients qui tentent de cesser (recommandation B) :
  - le counselling pratique visant la résolution de problèmes et l'acquisition d'habiletés;
  - encourager l'intégration du soutien social au traitement.
6. Encourager tous leurs patients qui tentent d'arrêter de fumer à recourir à un traitement médicamenteux — sauf en cas de contre-indications ou si l'on ne possède pas assez de preuves d'efficacité (c'est-à-dire les femmes enceintes, les consommateurs de tabac sans fumée, les fumeurs légers et les adolescents) (recommandation A). Il existe sept médicaments de première ligne (5 substituts de la nicotine et 2 sans nicotine) qui augmentent de manière fiable les taux d'abstinence à long terme : les gommes de nicotine (recommandation A); l'inhalateur de nicotine (recommandation A); les pastilles de nicotine (recommandation B); le vaporisateur nasal de nicotine (recommandation A, non disponible au Canada); les timbres de nicotine (recommandation A); le bupropion à libération prolongée (recommandation A) et la varénicline (recommandation A). Les cliniciens devraient également envisager l'utilisation de certaines combinaisons de ces médicaments (débuter le traitement avec deux médicaments ensemble, recommandation A).

7. Le counselling et les médicaments sont efficaces lorsqu'ils sont utilisés individuellement pour le traitement de la dépendance au tabac. Cependant, la combinaison du counselling et des médicaments est plus efficace que chaque méthode utilisée seule. Ainsi, les cliniciens devraient encourager toutes les personnes qui font une tentative d'abandon du tabac d'avoir recours à la fois au counselling et aux médicaments (recommandation A).
8. Le service de soutien offert par les lignes téléphoniques est efficace avec diverses populations et permet de rejoindre un grand nombre de fumeurs. Par conséquent, le système de santé devrait assurer l'accès des patients aux lignes d'assistance téléphonique et les cliniciens devraient promouvoir leur utilisation (recommandation A).
9. Si un utilisateur du tabac est réticent à faire une tentative d'abandon, les cliniciens devraient utiliser l'approche motivationnelle, dont l'action a été démontrée efficace sur l'augmentation des tentatives d'abandon dans le futur (recommandation B).
10. Les traitements de la dépendance au tabac sont à la fois cliniquement efficaces et ont un haut rapport coût-efficacité comparativement à des interventions réalisées pour d'autres conditions cliniques. Fournir la couverture de ces traitements augmente le taux d'abandon. Tous les régimes d'assurance devraient comprendre les différentes méthodes de counselling ainsi que les médicaments reconnus comme étant efficaces (recommandation A).

## **Recommandations du Collège des médecins du Québec**

Voici également les recommandations du *Collège des médecins du Québec* (CMQ), indiquées dans le document « *L'examen médical périodique de l'adulte – données probantes 2009* », qui sont issues des recommandations américaines énumérées plus haut :

1. Identifier et documenter l'évolution du statut tabagique;
2. Encourager tout fumeur prêt à cesser de fumer en employant à la fois le counselling et le traitement médicamenteux;
3. Prescrire des aides pharmacologiques – parfois, même plus d'un agent est nécessaire;
4. L'intervention par le clinicien, même brève, est efficace;
5. Utiliser l'approche motivationnelle afin d'augmenter les chances d'arrêt pour le fumeur qui n'est pas prêt à cesser de fumer;
6. Plus le counselling (individuel, de groupe ou téléphonique) est fréquent et prolongé, plus on obtient des résultats.

## **SECTION 2 :**

**QUELLE EST DÉMARCHE DE SYSTÉMATISATION PROPOSÉE?**

# POURQUOI LA SYSTÉMATISATION DES SOINS?

## *Un modèle de soins et des leviers d'action*

La prévalence des maladies chroniques et le fardeau qu'elles représentent pour le système de soins ont suscité de nombreuses recherches tant sur les mesures préventives que sur l'organisation des services de première ligne. Les effets positifs d'une organisation des services axée sur une problématique particulière, plutôt que sur le traitement au cas par cas, sont largement démontrés dans la littérature (Wagner, 1996; Cretin, 2004). Ce modèle de soins suscite la participation de l'ensemble du personnel, reconnaît le rôle de chacun et maximise les retombées des interventions. Ce modèle identifie six leviers d'action. Outre les ressources de la communauté et l'organisation du système de santé, les quatre autres leviers concernant les milieux cliniques de première ligne sont :

1. le **soutien à l'autogestion** : maintien des compétences des professionnels, fonctionnement en équipe, implication du patient dans ses soins, soutien au patient par un enseignement approprié, soutien psychosocial (rencontres de groupe), etc.
2. la **reconfiguration du système de prestation de soins** à l'intérieur de la clinique : détermination claire des tâches de chacun, choix d'un gestionnaire de cas, planification de la trajectoire de soins des patients, adoption du modèle de fonctionnement par chacun, etc.
3. le **soutien à la décision clinique** : lignes directrices ou guides de pratique (soins basés sur les données probantes), formation professionnelle continue, consultations disponibles (accès à l'expertise d'autres professionnels), etc.
4. les **systèmes d'information clinique** : registres de données, systèmes de rappel, suivis de mesures (monitorage).

Chacun des leviers est appuyé par une série de mesures destinées aux professionnels comme aux patients, et qui entraînent une amélioration des résultats tant sur le plan clinique que fonctionnel. Cette façon de faire permet aussi d'obtenir des rencontres patient/médecin de bonne qualité et plus productives.

## **Une approche systématique**

Par ailleurs, comme plusieurs facteurs de risque liés au mode de vie ou à la biologie (tabagisme, sédentarité, embonpoint, obésité, HTA, dyslipidémie) sont communs et influencent l'apparition et les complications des maladies chroniques, il importe d'accentuer la prévention. Les soins **systematisés** visant ces facteurs de risque contribuent fortement à retarder ou à éviter l'apparition et les complications des maladies chroniques.

Dans le but de diminuer les décès évitables et de préserver la qualité de vie en retardant les incapacités, les Américains ont conçu un outil de systématisation des soins afin d'accroître l'application des pratiques préventives issues des recommandations du US Preventive Services Task Force (USPSTF). Cet outil, qui comprend les mêmes leviers d'action que le modèle de Wagner, vise à augmenter le niveau de conscience des cliniciens face à la prévention en milieu clinique (dépistage, counselling, immunisations, chimioprophylaxie). Implanté en 1994, le Put Prevention into Practice (PPIP) a été mis au point avec la participation et la coopération de plusieurs groupes privés et publics. De fait, tout en se fondant sur des interventions reconnues efficaces pour augmenter la prestation de services préventifs dans les organisations de première ligne, le PPIP est un guide qui propose une approche systématique : il explique, étape par étape, comment offrir les services préventifs de routine pour chaque patient, précise les services recommandés, donne des clés pour obtenir l'adhésion de l'ensemble du personnel et explique comment évaluer et raffiner le système. Facile à utiliser, il décompose la prestation des services préventifs en petites étapes « gérables », peut être appliqué dans chaque type d'organisation, comprend des outils de travail à utiliser tels quels ou à adapter, et est basé sur les résultats probants d'études scientifiques. La démarche de systématisation proposée dans le présent guide est donc inspirée de cet outil américain, car il vise les mêmes objectifs d'optimisation des actes préventifs en clinique. Il en a retenu les caractéristiques et les étapes d'implantation.

## DÉMARCHE DE SYSTÉMATISATION

### *Six étapes d'implantation*

La démarche proposée préconise une approche de type intégratif et s'inspire du modèle initié par le programme américain Put Prevention Into Practice (AHRQ, 2002). Plusieurs projets québécois ont adopté une telle approche systématique :

- *Le Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique* (Bélanger, 2008),
- *Le Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application : le soutien à la cessation tabagique* (Gosselin et coll., 2010)
- *L'expérience au cœur de la vie* (Chevalier et coll., 2005).

Les six étapes de la démarche systématique sont les suivantes :

1. Passer à l'action : L'heure des choix
2. Établir le portrait des pratiques actuelles
3. Élaborer un protocole de soins préventifs
4. Planifier la prestation des services
5. Bien s'outiller pour bien travailler
6. Réexaminer, réajuster, peaufiner

Cette démarche se veut flexible, les étapes 2, 3, 4, 5 sont interchangeables alors que les étapes 1 et 6 sont fixes. La réalisation de l'étape 6 peut s'avérer extrêmement utile, voir même sauver du temps, car son but est de faire une rétroaction, d'examiner l'impact de l'implantation de la démarche de systématization un an plus tard et d'apporter les ajustements nécessaires avant d'aller plus loin.

# Étape 1

Passer à l'action :  
L'heure des choix

## Étape 1 : Passer à l'action : L'heure des choix

### **Objectifs**

Les objectifs poursuivis par la réalisation de cette étape sont :

- Déterminer si le milieu est prêt à mettre en place un système de soins préventifs afin de systématiser et harmoniser les interventions visant l'abandon du tabagisme;
- Designer un porteur de dossier et si nécessaire former un comité de travail;
- Établir les mécanismes de fonctionnement du groupe de travail.

### ***Prêt pour le changement?***

La mise en place d'un système de soins préventifs nécessite forcément des changements au niveau des pratiques. Par conséquent, il est primordial de s'assurer que la grande majorité des membres de l'équipe du milieu clinique (médecins, professionnels et personnel) sont prêts à s'engager. En l'absence de consensus, l'outil « *Prêt pour un changement* » (adapté d'après Bélanger et coll., 2008) peut être utilisé afin de déterminer quelles sont les attitudes et la réceptivité du milieu clinique à l'égard de ce changement de pratique. Ce questionnaire, qui vise la prévention en général, devra être rempli par toute l'équipe du milieu clinique, incluant le personnel de soutien administratif ou technique (commis, secrétaires, techniciennes). Par la suite, les résultats sont présentés à l'ensemble de l'équipe afin de déterminer si la majorité est prête ou non à s'engager dans un changement des pratiques visant la cessation tabagique.

## Outil no 1 : Prêt pour un changement

Pour chacun des 16 énoncés, encerclez le chiffre de 1 à 7 qui correspond le mieux à votre opinion, 1 signifiant « pas du tout en accord » et 7 « très en accord ».

	Pas du tout en accord 1	Très peu en accord 2	Un peu en accord 3	Moyennement en accord 4	Assez en accord 5	Beaucoup en accord 6	Très en accord 7					
1.	La prévention du tabagisme est un aspect important de la pratique de notre clinique.					1	2	3	4	5	6	7
2.	La prévention du tabagisme devrait avoir plus de place dans notre pratique.					1	2	3	4	5	6	7
3.	Notre clinique compte parmi ses membres une personne qui a le leadership, la vision et l'autorité nécessaires pour améliorer le counselling pour l'abandon du tabagisme.					1	2	3	4	5	6	7
4.	Les infirmières et les médecins de notre clinique considèrent qu'il est important de prendre du temps pour faire du counselling pour l'abandon du tabagisme auprès des patients fumeurs.					1	2	3	4	5	6	7
5.	Les infirmières considèrent l'éducation à la santé du patient comme une de leurs tâches principales.					1	2	3	4	5	6	7
6.	Les médecins considèrent l'éducation à la santé du patient comme une de leurs tâches principales.					1	2	3	4	5	6	7
7.	Notre clinique est d'accord pour consacrer des ressources (temps, formation, personnel) à l'implantation d'un système de soins préventifs pour l'abandon du tabac.					1	2	3	4	5	6	7
8.	La communication interne est très bonne entre les membres du personnel et les médecins de notre clinique.					1	2	3	4	5	6	7
9.	Il existe un esprit d'équipe entre les membres du personnel et les médecins de notre clinique.					1	2	3	4	5	6	7
10.	Notre clinique a déjà implanté ou tenté d'implanter des programmes spécifiques de prévention (ex. : dépistage HTA, ITSS, cancers, etc.).					1	2	3	4	5	6	7
11.	Nous avons les mécanismes de références nécessaires pour que les patients obtiennent les tests diagnostic que nous n'offrons pas (ex. : la spirométrie).					1	2	3	4	5	6	7
12.	Nous avons les mécanismes de référence permettant à nos patients de recevoir un counselling sur les changements de comportement (ex. : centre d'abandon du tabac).					1	2	3	4	5	6	7
13.	Nous assurons un suivi de nos patients lorsqu'ils sont orientés vers d'autres services.					1	2	3	4	5	6	7
14.	Nous pouvons accorder suffisamment de temps à la prévention du tabagisme dans notre clinique.					1	2	3	4	5	6	7
15.	Nous avons un système d'assurance de la qualité afin d'évaluer et d'améliorer notre prestation de service pour l'abandon du tabac.					1	2	3	4	5	6	7
16.	La clinique a un système d'information permettant de connaître le nombre de patients fumeurs.					1	2	3	4	5	6	7

## RÉSULTATS

1. Le calcul du résultat se fait en additionnant chaque chiffre encerclé. Le score maximal possible, par questionnaire, est de 112 points, soit les 16 énoncés tous notés 7 par un même répondant. On établira le score de passage, pour la clinique, à 50, 60 ou 70 % (soit 56, 67 ou 78 points). Pour avoir la note de passage, la clinique devra donc afficher, en divisant le total des points accordés aux énoncés par le nombre de répondants, entre 56 et 78 points.

**SCORE :**

2. Il est aussi très intéressant d'analyser les résultats sur la base du score total obtenu par chaque énoncé. L'analyse met alors en évidence les forces de la clinique et les aspects à améliorer. Par exemple dans une clinique comptant 10 répondants, le score maximal pour chaque énoncé est de 70 points et le score minimal, de 10; ainsi, les énoncés tendant le plus vers 70 représentent les forces et ceux tendant davantage vers 10, les aspects à améliorer.

Énoncé	Score	Énoncé	Score
1		9	
2		10	
3		11	
4		12	
5		13	
6		14	
7		15	
8		16	

Source : adapté de Bélanger, H. 2008 et du *Put Prevention into Practice*, 2002.

### ***Qui sera le porteur de dossier?***

Il est important que le milieu clinique désigne un porteur de dossier qui agira comme responsable au sein de l'équipe de soins et qui s'assurera de l'implantation des différentes étapes de la démarche. La création d'un groupe de travail peut également être utile. Il est souhaitable que le responsable du projet soit une personne capable de susciter le changement à l'interne, alors que les membres du comité devraient posséder des aptitudes professionnelles et personnelles susceptibles de faciliter l'implantation du projet (Gosselin et coll., 2010).

### ***Quels seront les mécanismes de fonctionnement?***

Les membres du groupe responsable de la mise en place de la démarche de systématisation des interventions visant l'abandon du tabagisme devraient convenir de modalités de fonctionnement :

- définir les rôles et responsabilités de chacun;
- déterminer la fréquence et la durée des réunions;
- déterminer les mécanismes de prise de décision;
- mettre en place des conditions nécessaires à l'implication des membres pour l'avancement des travaux, par exemple la libération des professionnels pour effectuer des tâches en lien avec le projet, leur permettre d'assister à des formations, et également reconnaître leur participation.

Il est également souhaitable que le groupe conserve les comptes-rendus ou des notes de toutes les réunions afin de pouvoir s'en référer au besoin tout au long du processus d'implantation de la démarche, et de plus, ces documents seront fort utiles lors de l'évaluation de la démarche.

### ***Qui fait quoi?***

- GMF ou autre milieu clinique : choisit un ou des responsables et décide de la façon de fonctionner pour la mise en œuvre de la démarche.
- L'ICPC en collaboration avec la DSP : présente le système de soins appliqué à l'abandon du tabac et peut aider à compiler les résultats du questionnaire (outil n° 1) et les communiquer à l'équipe.



## Étape 2

# Établir le portrait des pratiques actuelles en abandon du tabac

## Étape 2 : Établir le portrait des pratiques actuelles

### *Objectifs*

L'objectif général de cette étape est de dresser le portrait des pratiques et des éléments favorables à l'intervention déjà présents dans le milieu clinique en matière de counselling auprès des patients fumeurs.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

1. Décrire toutes les interventions visant l'abandon du tabagisme qui sont déjà offertes aux patients fumeurs;
2. Identifier les éléments reliés à l'organisation des services qui facilitent l'intervention, la référence et le suivi des patients;
3. Identifier les éléments reliés à l'environnement du milieu clinique qui facilitent l'intervention.

En effet, partir de ce qui existe déjà dans le milieu peut faciliter l'intégration des nouvelles pratiques. De plus, les mêmes outils pourront être utilisés après quelques mois de mise en œuvre dans le but de réaliser une appréciation de la démarche entreprise.

### *Description des interventions*

La description des interventions de soutien à l'abandon du tabac peut être réalisée en ayant recours à l'audit d'une trentaine de dossiers de patients fumeurs et une autre trentaine de dossiers pris au hasard. Ceci permettra de répondre aux questions suivantes :

1. Comment identifie-t-on les patients fumeurs?
2. Quelle est la proportion de patients fumeurs qui ont reçu un counselling pour l'abandon du tabagisme?
3. Quelle est la proportion de patients fumeurs qui ont reçu une prescription pour les aides pharmacologiques pour l'abandon du tabac?
4. Quelle est la proportion de patients fumeurs qui ont été référés aux ressources spécialisées en abandon du tabac?

Le milieu clinique peut avoir recours à la grille de vérification des notes au dossier sur les interventions visant l'abandon du tabagisme (adaptation de Bélanger et coll., 2008) présentée ci-après.

## Outil no 2a - Grille d'évaluation des notes au dossier sur les interventions visant l'abandon du tabagisme

No dossier	Interventions de soutien à l'abandon du tabac			
	Identification statut tabagique <sup>1</sup>	Counselling	Aides pharmacologiques <sup>2</sup>	Référence aux ressources externes <sup>3</sup>
No 1	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TRN <input type="checkbox"/> Médicament p. o. <input type="checkbox"/> Contre-indications	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> <i>Ligne j'Arrête</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
No 2	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TRN <input type="checkbox"/> Médicament p. o. <input type="checkbox"/> Contre-indications	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> <i>Ligne j'Arrête</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
No 3	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TRN <input type="checkbox"/> Médicament p. o. <input type="checkbox"/> Contre-indications	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> <i>Ligne j'Arrête</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
No 3	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TRN <input type="checkbox"/> Médicament p. o. <input type="checkbox"/> Contre-indications	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> <i>Ligne j'Arrête</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
No 4	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TRN <input type="checkbox"/> Médicament p. o. <input type="checkbox"/> Contre-indications	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> <i>Ligne j'Arrête</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
No 5	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TRN <input type="checkbox"/> Médicament p. o. <input type="checkbox"/> Contre-indications	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> <i>Ligne j'Arrête</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
No 6	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TRN <input type="checkbox"/> Médicament p. o. <input type="checkbox"/> Contre-indications	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> <i>Ligne j'Arrête</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
No 7	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TRN <input type="checkbox"/> Médicament p. o. <input type="checkbox"/> Contre-indications	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> <i>Ligne j'Arrête</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
No 8	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TRN <input type="checkbox"/> Médicament p. o. <input type="checkbox"/> Contre-indications	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> <i>Ligne j'Arrête</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
No 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TRN <input type="checkbox"/> Médicament p.o. <input type="checkbox"/> Contre-indications	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> <i>Ligne j'Arrête</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
No 10	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> TRN <input type="checkbox"/> Médicament p. o. <input type="checkbox"/> Contre-indications	<input type="checkbox"/> CAT <input type="checkbox"/> <i>Ligne j'Arrête</i> <input type="checkbox"/> Autre : _____
Résultats <sup>4</sup> en %	Non : _____% Oui : _____%	Non : _____% Oui : _____%	TRN : _____% Médicament p. o : _____% Contre-indications : _____%	CAT : _____% <i>Ligne j'Arrête</i> : _____% Autre : _____%

### Notes :

- Si oui, documenter le moyen utilisé pour identifier le statut tabagique : autocollant sur ou dans le dossier; note (étampe) dans les antécédents médicaux; note (étampe) dans les notes nursing;
- TRN = thérapies de remplacement de la nicotine : les timbres, les gommes, les pastilles, l'inhalateur, les médicaments p. o. = la varénicline ou le bupropion; contre-indications qui ont empêché la prescription d'une aide pharmacologique;
- CAT = centre d'abandon du tabagisme; *Ligne j'Arrête* = ligne téléphonique d'aide à l'abandon du tabac (1 866 527-7383);
- Résultats : Pour chacune des colonnes, calculer le nombre de dossiers avec notes sur le nombre total de dossiers révisés (en %).

## **Description de l'organisation des services et de l'environnement physique de la clinique**

Il a été démontré que lorsque certaines conditions facilitantes sont présentes dans l'environnement du milieu clinique, les cliniciens sont plus susceptibles de poser des actions préventives auprès de leurs patients, et ces derniers sont plus réceptifs aux messages qu'on leur transmet. Dans ce sens, le comité ou la personne désignée responsable peut avoir recours à la grille présentée plus loin (outil no. 3) pour documenter les procédures et les outils disponibles et faire l'évaluation de l'environnement physique du milieu clinique (adaptation de Gossellin et coll., 2010).

### **Qui fait quoi?**

- GMF ou autre milieu clinique : sélectionne les dossiers et informe ses collègues des résultats; complète la grille ou participe à l'évaluation de l'organisation et de l'environnement physique du milieu clinique.
- L'ICPC en collaboration avec la DSP : peut compléter les outils et dresser le bilan des pratiques en cours dans le milieu clinique; complète la grille d'évaluation de l'organisation et de l'environnement physique du milieu clinique ou collabore à son analyse.

## Outil no 2b - Grille pour l'évaluation de l'organisation des services en abandon du tabac et de l'environnement du milieu clinique

1. A-t-on une ordonnance collective visant les aides pharmacologiques pour l'abandon du tabac?

Non

Oui :



Préciser les médicaments : \_\_\_\_\_

2. Les patients fumeurs sont-ils dirigés à des ressources externes?

Non

Oui :



Préciser les ressources : \_\_\_\_\_

3. Comment assure-t-on le suivi des patients fumeurs?

Suivi téléphonique par l'infirmière

Lors du rendez-vous subséquent (par l'infirmière ou le médecin)

Autre (spécifier) : \_\_\_\_\_

Procédures	Disponibilité	Personnel/ professionnel impliqué
<b>À l'accueil</b> , il existe des procédures et des outils pour évaluer systématiquement le statut tabagique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> réceptionniste <input type="checkbox"/> infirmière
<b>Au premier rendez-vous</b> , il existe des procédures et des outils pour évaluer les besoins et offrir du soutien aux patients fumeurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> infirmière
<b>Lors des rendez-vous subséquents</b> , il existe des procédures et des outils pour évaluer les besoins et offrir du soutien aux patients fumeurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> infirmière
Dans la trajectoire des soins, il existe des procédures et des outils pour évaluer les besoins et offrir du soutien aux <b>patients présentant une maladie ou une situation clinique pour laquelle le tabac représente un facteur de risque important</b> (maladies respiratoires, cardiovasculaires, diabète, cancer, chirurgie, périnatalité, réadaptation, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> médecin <input type="checkbox"/> infirmière

<b>Les usagers ont accès à :</b>	<b>Salle d'attente</b>	<b>Bureau de consultation</b>
----------------------------------	------------------------	-------------------------------

### 1. Informations générales sur le tabagisme

Affiches	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dépliants (brochures)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
DVD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 2. Information spécifique sur le tabagisme et les maladies ou situations à risque

	<b>Salle d'attente</b>	<b>Bureau de consultation</b>
Maladies respiratoires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maladies cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cancer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Chirurgie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Soins de plaies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Périnatalité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fumée secondaire du tabac	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>3. Listes de ressources de soutien en abandon du tabac</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Étape 3

Élaborer un protocole  
de soins préventifs sur le  
counselling en abandon du  
tabagisme

## Étape 3 : Élaborer un protocole de soins préventifs

Le processus d'élaboration du protocole présenté dans ce document s'inspire du *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique* (Bélanger, 2008) et du rapport du groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles et les responsabilités de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables (OIIQ/FMOQ, 2005).

### Objectifs

1. Mettre à jour les connaissances en matière de counselling en abandon du tabac selon les recommandations du collège des médecins du Québec et des dernières lignes directrices américaines pour intervenir sur l'usage du tabac et sa dépendance (USPSTF, 2008).
2. Élaborer un protocole de soins pour l'identification systématique des patients fumeurs et le counselling en abandon du tabac.
3. S'entendre sur une ordonnance collective pour initier les aides pharmacologiques pour l'abandon du tabac.

### Qui fait quoi?

- GMF ou autre milieu clinique : élabore le protocole
- L'ICPC en collaboration avec la DSP peut : offrir un accompagnement pour l'élaboration du protocole, fournir la mise à jour des recommandations cliniques (guides de pratiques) et offrir du soutien pour l'organisation des formations et des ateliers au besoin.

## CSSS, GMF, milieu clinique

---

### **PROTOCOLE (OU DIRECTIVE) pour le counselling concernant l'abandon du tabagisme**

Date d'**adoption** du protocole (ou directive) : \_\_\_\_\_

Date de **révision** du protocole (ou directive) : \_\_\_\_\_

Responsable de la **diffusion** du protocole (ou directive) : \_\_\_\_\_

Responsable de la **révision** du protocole (ou directive) : \_\_\_\_\_

# Table des matières

Outil no 3 : Protocole (ou directive) pour le counselling en abandon du tabagisme .....	39
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>41</b>
But.....	41
Définition .....	41
Modalité d'adoption du protocole .....	42
<b>1<sup>re</sup> partie</b> .....	<b>43</b>
1. Clientèle ciblée par le counselling pour l'abandon du tabac .....	44
2. Évaluation du patient fumeur.....	45
2.1 Définition du statut tabagique .....	45
2.2 Questions pour évaluer le statut tabagique .....	45
2.3 Évaluation de la dépendance à la nicotine .....	47
<b>2<sup>e</sup> partie</b> .....	<b>51</b>
3. Interventions.....	52
3.1 Évaluation du stade de changement et de la motivation à cesser .....	52
3.2 Counselling suite à l'évaluation de la motivation .....	55
4. Traitement pharmacologique du tabagisme .....	57
4.1 Recommandations du USPSTF 2008 .....	57
4.2 Combinaison de médicaments .....	62
<b>3<sup>e</sup> partie</b> .....	<b>65</b>
5. Suivi et référence .....	66
5.1 Le suivi .....	66
5.2 La référence .....	67
5.3 Remise de matériel.....	67
6. Signataires du protocole .....	68

## INTRODUCTION

### *But*

Le protocole de soins préventifs vise à augmenter l'efficacité des pratiques des professionnels (infirmières, médecins, pharmaciens, etc.) en matière de dépistage et de suivi du tabagisme, et permet de s'assurer que le patient qui consulte dans le milieu clinique bénéficie d'interventions cohérentes et complémentaires de la part des différents professionnels du milieu.

### *Définition*

Le protocole est un **outil clinique** qui permet d'assurer une **intervention systématisée de haute qualité**. Il précise la situation clinique visée (en l'occurrence, le tabagisme), établit les conditions d'application (formation du personnel au besoin, limites à respecter) et fournit des instructions pour les interventions et la prise de décision (indications, contre-indications). En somme, il détermine la conduite à tenir, celle-ci devant s'appuyer sur des normes reconnues, en l'occurrence les lignes directrices pour le traitement de l'usage du tabac et de sa dépendance du USPSTF – 2008 et les recommandations du Collège des médecins du Québec – 2009 sur l'examen médical périodique.

Le protocole contient les **éléments** suivants :

1. Situation clinique visée : le tabagisme
2. Intervenants concernés : infirmière et médecin
3. Clientèles visées : fumeurs de 9 ans et plus
4. Conditions d'application : formation, limites à respecter
5. Instructions pour la décision ou l'intervention : indications, contre-indications, conduite à tenir selon les normes reconnues

6. Adoption et mises à jour :
  - Instances consultées
  - Instances qui approuvent
  - Dates d'adoption et des révisions
7. Documents complémentaires : outils, ordonnance collective, plan standardisé de soins, références, etc.

Les noms des médecins et infirmières qui y adhèrent se trouvent à la fin du protocole (directive).

**Le protocole ne remplace en aucun cas le jugement clinique des médecins et des infirmières.**

### ***Modalité d'adoption du protocole***

L'adoption du protocole devrait se faire lors d'un atelier organisé à cette fin, auquel idéalement devraient être présents tous les membres du milieu clinique. Voici plus spécifiquement la façon de procéder lors de cet atelier :

1. Les médecins et les infirmières effectuent individuellement les choix qui leur conviennent pour chacun des éléments du protocole.
2. Le choix de la majorité est retenu. Le consensus ne doit pas être recherché à tout prix.
3. Les éléments non retenus sont supprimés.
4. D'autres éléments peuvent être ajoutés au besoin, selon les décisions de l'équipe.
5. Il n'est pas nécessaire de convenir de chacun des éléments en un seul temps. Un protocole peut être mis en application pour les éléments sur lesquels s'accordent les professionnels.
6. Des outils peuvent être ajoutés au protocole pour soutenir soit la prise de décision, soit le travail clinique.

# 1<sup>re</sup> partie

1. Clientèle ciblée par le counselling pour l'abandon du tabac

2. Évaluation du patient fumeur

## 1. Clientèle ciblée par le counselling pour l'abandon du tabac

### Recommandation

Tous les patients devraient être questionnés sur leur usage du tabac et par la suite leur statut tabagique devrait être documenté régulièrement dans le dossier.

Il a été démontré que les systèmes de dépistage, comme l'ajout du statut tabagique dans les signes vitaux, ou l'utilisation des systèmes de rappel informatisés ou des autocollants pour le dossier, augmentent de manière significative les interventions des cliniciens (recommandation A).

**Dans notre clinique, le statut tabagique sera identifié auprès de la clientèle suivante (un ou plusieurs choix) :**

- de 18 ans et plus
- des aînés
- des femmes enceintes
- des jeunes (9 à 18 ans)
- autre (spécifier) : \_\_\_\_\_

**Le statut tabagique sera identifié auprès de la clientèle (un ou plusieurs choix) :**

- avec un rendez-vous infirmier
- avec un rendez-vous médical
- sans rendez-vous
- vue au triage
- autre (spécifier) : \_\_\_\_\_

**Dans notre clinique, un outil sera utilisé en rappel :**

- rappel informatisé au dossier électronique du patient
- autocollant au dossier
- feuille sommaire incluant les habitudes de vie
- autre (spécifier) : \_\_\_\_\_

## 2. Évaluation du patient fumeur

### 2.1 Définition du statut tabagique

Le statut tabagique caractérise l'usage du tabac ou le non-usage du tabac, plus spécifiquement :

- Non-fumeur : Personne qui n'a jamais fumé;
- Ex-fumeur : Personne qui a arrêté de fumer depuis plus d'un an;
- Ex-fumeur récent : Personne ayant arrêté de fumer depuis moins d'un an;
- Fumeur quotidien : Personne qui fume tous les jours;
- Fumeur occasionnel : Personne qui ne fume pas sur une base quotidienne.

### 2.2 Questions pour évaluer le statut tabagique

Selon la littérature, il existe plusieurs questions permettant d'évaluer le statut tabagique auprès des adultes et des femmes enceintes.

#### a. Auprès des adultes :

- Avez-vous fumé au cours du dernier mois?
- Ou
- Avez-vous fumé au cours de la dernière année?

#### b. Auprès de femmes enceintes :

- Avez-vous fumé au cours de la dernière année?
- Ou
- Questionnaire à choix multiple (voir encadré)

## Identification du statut tabagique en périnatalité

Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation?

- Présentement, je fume régulièrement, la même quantité qu'avant de savoir que j'étais enceinte.
- Présentement, je fume régulièrement, mais j'ai diminué depuis que je sais que je suis enceinte.
- Je fume de façon occasionnelle.
- J'ai cessé de fumer depuis que je sais que je suis enceinte.
- Je ne fumais pas lorsque j'ai appris que j'étais enceinte et je ne fume pas présentement.

Votre conjoint fume-t-il actuellement?

- Oui (Fumeur)
- Non (Non-fumeur)

Y a-t-il d'autres personnes à la maison qui fument?

- Oui
- Non

*Source : Gosselin et coll., 2010*

**Dans notre clinique, nous allons intervenir auprès de tous les patients adultes qui ont fumé :**

- au cours du dernier mois
- au cours de la dernière année
- autre : \_\_\_\_\_

**Dans notre clinique, nous allons évaluer le statut tabagique des femmes enceintes de la manière suivante :**

- à l'aide de la question : Avez-vous fumé au cours de la dernière année?
- à l'aide du questionnaire à choix multiple
- autre : \_\_\_\_\_

**Dans notre clinique, l'identification du statut tabagique et son inscription au dossier seront faites par :**

- la réceptionniste
- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

## 2.3 Évaluation de la dépendance à la nicotine

Voici comment réaliser l'histoire tabagique du patient selon le formulaire de la FMOQ (2009) :

1.1 HISTOIRE TABAGIQUE	
<input type="checkbox"/>	Nombre d'années de tabagisme ?.....
<input type="checkbox"/>	Nombre de cigarettes par jour, en moyenne ?.....
<input type="checkbox"/>	Première cigarette fumée : ..... minutes après le réveil ?
<input type="checkbox"/>	Tentative d'arrêt la plus longue ?..... ou a cessé depuis.....
	- Principale motivation ?.....
	- Méthode utilisée ? .....
	- Cause de la rechute, s'il y a lieu ?.....
Utilisez ces informations pour guider une prochaine tentative d'arrêt.	

Cette grille contient deux questions clés provenant du test de Fagerström (présenté plus loin) :

1. Nombre de cigarettes par jour, en moyenne?  
(Combien de cigarettes fumez-vous par jour?)
2. Première cigarette fumée : \_\_\_\_ minutes après le réveil?  
(Fumez-vous dans les 30 minutes après votre réveil?)

Dans un contexte de manque de temps, il est recommandé d'utiliser de ces deux questions qui permettent une évaluation rapide du niveau de dépendance à la nicotine du patient (Gervais et coll., 2010).

Par ailleurs, l'outil de référence pour mesurer la dépendance à la nicotine est *le test de Fagerström de dépendance à la nicotine* dans sa dernière version (Heatherston et coll., 1991). Il comporte six questions (tableau 1). Initialement conçu en 1978, ce test comprenait huit questions et s'appelait *Questionnaire de tolérance de Fagerström* (Fagerström, 1978). La version actuelle, *le test de Fagerström de dépendance à la nicotine*, est d'usage plus facile et constitue l'instrument de choix pour mesurer la dépendance, car le résultat obtenu est un élément indispensable pour le choix du traitement antitabagique.

On sait également que l'usage du tabac engendre une forte dépendance psychologique, se manifestant par une préoccupation émotionnelle et mentale liée aux effets du psychotrope (la nicotine) et par un désir obsédant (craving, en anglais) et persistant de reprendre le produit. La conséquence de la dépendance psychologique est la pulsion à utiliser tous les moyens pour prendre le psychotrope de façon continue ou périodique, afin de retrouver ses effets psychologiques (Ben Amar et Légaré, 2006). L'usage du tabac est également renforcé socialement et par un certain nombre d'habitudes et de rituels associés à ce comportement.

Afin d'évaluer les autres composantes de la dépendance au tabac (psychologique, sociale), les professionnels de la santé peuvent avoir recours au test de Horn (tableaux 2, 3, 4). Il s'agit d'un questionnaire auto administré qui permet au patient de déterminer les différents facteurs qui le poussent à fumer et de mieux comprendre ses habitudes vis-à-vis la cigarette. Cet exercice peut donc l'aider à trouver des solutions pour y remédier.

**Tableau 2.1 – Test de Fagerström de dépendance à la nicotine**

Questions	Réponses	Pointage
Combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette?	<input type="checkbox"/> Dans les 5 minutes <input type="checkbox"/> Entre 6 et 30 minutes <input type="checkbox"/> Entre 31 et 60 minutes <input type="checkbox"/> Après de 60 minutes	3 2 1 0
Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où s'est interdit?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1 2
À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement?	<input type="checkbox"/> À la première de la journée <input type="checkbox"/> À une autre	1 0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne?	<input type="checkbox"/> 10 ou moins <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31 ou plus	0 1 2 3
Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures du matin?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1 0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	1 0
<b>Total</b>		
<b>Interprétation du test :</b> 0 à 2 points : pas de dépendance à la nicotine 3 à 4 points : faible dépendance à la nicotine 5 à 6 points : dépendance moyenne à la nicotine 7 à 10 points : forte ou très forte dépendance à la nicotine		

Source : Fagerström traduction par les traducteurs officiels de l'OMS; JF ETTER, Conférence Consensus 1998

## Tableau 2.2 – Test de Horn

1<sup>re</sup> étape - Demander au patient : Pourquoi fumez-vous?

Cochez la case appropriée		Toujours 5	Souvent 4	Moyennement 3	Parfois 2	Jamais 1
A.	Je fume pour me donner un coup de fouet, demeurer éveillé et concentré					
B.	C'est agréable de tenir une cigarette entre ses doigts					
C.	Fumer est pour moi une détente					
D.	J'allume une cigarette quand je suis soucieux et contrarié					
E.	Quand je n'ai plus de cigarette, je cours en acheter					
F.	Je ne remarque même pas quand je fume, c'est tout à fait automatique					
G.	Je fume me donner du courage					
H.	Le geste d'allumer une cigarette fait aussi partie du plaisir					
I.	Il y a beaucoup de plaisir dans l'acte de fumer					
J.	Je fume quand je suis mal à l'aise					
K.	Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas					
L.	J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans cendrier					
M.	Je fume pour en imposer aux autres					
N.	J'ai du plaisir à regarder les ronds de fumée					
O.	Je fume même si je suis détendu					
P.	Je fume pour oublier quand je suis triste ou déprimé					
Q.	J'ai toujours besoin de manipuler quelque chose					
R.	J'oublie la cigarette qui est dans ma bouche					

## Tableau 2.3 – Résultats du test de Horn

2<sup>e</sup> étape - Faites le total des points accordés aux questions suivantes :

Questions :	A+G+M	B+H+N	C+I+O	D+J+P	E+K+Q	F+L+R
<b>Total :</b>						
<b>Raisons de fumer :</b>	Stimulation	Plaisir du geste	Relaxation	Soutien psychologique	Besoin physique	Habitude acquise

## Tableau 2.4 – Interprétation du test de Horn

3<sup>e</sup> étape - Un total de plus de 10 points dans une des catégories indique un des principaux motifs qui vous poussent à fumer. C'est une base de travail pour savoir où vous devez agir en priorité sur vous-même pour arrêter de fumer.

<b>Une stimulation</b>	Pour vous, fumer c'est avant tout une stimulation. Selon vous, le fait de fumer permet de mieux se concentrer, donne du courage et motive. La nicotine est effectivement un stimulant, mais il est possible de s'en passer.
<b>Le plaisir du geste</b>	Votre consommation de tabac est davantage associée au plaisir du geste qu'à une dépendance.
<b>Une relaxation</b>	Vous fumez avant tout pour vous détendre et pour vous évader. En un mot, quand vous fumez, vous vous sentez bien. Cependant, pour se détendre, il existe d'autres façons moins dangereuses pour la santé. Pensez-y...
<b>Un soutien psychologique</b>	Pour vous, la cigarette est liée aux émotions. Vous fumez surtout quand vous vivez un stress, de l'angoisse ou de l'ennui. Vous considérez le fait de fumer comme calmant et rassurant, sachez qu'il est possible de gérer ses émotions sans la cigarette.
<b>Un besoin physique</b>	Pour vous, fumer est avant tout un besoin physique. À peine levé, voilà que l'envie de fumer vous obsède déjà. Vous êtes physiquement dépendant du tabac. Vous pouvez mettre fin à cet esclavage et retrouver votre liberté.
<b>Une habitude</b>	Vous fumez avant tout par habitude, plus par réflexe que par besoin. Vous ne pouvez envisager certaines situations quotidiennes sans cigarette : après les repas avec le café, lors des pauses... Sachez qu'il est possible de remplacer ces associations par des habitudes plus saines.

**Dans notre clinique, la dépendance au tabac sera évaluée sera faites par :**

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin

**Dans notre clinique, la dépendance au tabac sera évaluée à l'aide des outils suivants (un ou plusieurs choix) :**

- Les questions de la FMOQ
- Les deux questions clés de Fagerström
- Le test de Fagerström
- Le test de Horn
- Autre (spécifier) \_\_\_\_\_

## 2<sup>e</sup> partie

3. Interventions

4. Traitement pharmacologique

### 3. Interventions

#### 3.1 Évaluation du stade de changement et de la motivation à cesser

##### Recommandation (USPSTF, 2008)

Une fois qu'il a identifié un utilisateur de tabac et lui a conseillé de cesser de fumer, le clinicien devrait évaluer la volonté du patient à cesser de fumer en ce moment.

Pour le patient qui n'est pas prêt à cesser, l'entretien motivationnel semble être une approche efficace pour augmenter la probabilité que le patient entreprenne une tentative d'arrêt (recommandation B).

#### a. Déterminer le stade du changement du patient à l'aide du modèle de Prochaska et DiClemente :

Avez-vous l'intention d'arrêter de fumer?

Réponse du patient	Stade de changement	
Non, pas d'ici six mois	Préreflexion	Le patient n'est <b>PAS PRÊT</b>
Oui, d'ici six mois	Réflexion	
Oui, au cours du prochain mois	Préparation	Le patient est <b>PRÊT</b>
A cessé depuis moins de six mois	Action	Le patient a <b>CESSÉ DE FUMER</b>
A cessé depuis six mois et plus	Maintien	
A recommencé depuis peu de temps	Rechute	Le patient a <b>RECHUTÉ</b>

#### L'évaluation du stade de changement (FMOQ, 2009) :

1.2 STADE DE CHANGEMENT  
Avez-vous l'intention d'arrêter de fumer ?

non (pré-réflexion)

oui, dans :

$\geq 1$  mois (réflexion)

$< 1$  mois (préparation)

a cessé  $< 6$  mois (action ou maintien)

b. Évaluation des motivations du patient concernant l'arrêt du tabac, selon son stade de changement (FMOQ, 2009) :

Patients qui ne sont PAS PRÊT à cesser

Stades de pré-réflexion ou de réflexion  
≥ 1 mois = le patient n'est PAS PRÊT !

Les *pour* de fumer et de cesser ?

Les *contre* de fumer et de cesser ?

Patients qui sont PRÊT à cesser

Stade de préparation  
< 1 mois = le patient est PRÊT !

Les *arguments* décisifs ?

Les *obstacles* anticipés (incluant les symptômes de sevrage) ?

Patients qui ont CESSÉ de fumer

Stades d'action ou de maintien  
Le patient a CESSÉ DE FUMER

Les *bienfaits* ressentis ?

Les *inconvenients* vécus ?

- c) Réaliser un entretien motivationnel et déterminer les degrés d'importance (conviction) et de confiance du patient face au changement à l'aide de la technique de l'échelle (Miller et Rolnick, 2008).

#### L'échelle de l'importance (conviction)

- Sur une échelle de 1 à 10, où 1 signifie « pas important du tout » et 10 « extrêmement important », à quel point il serait important pour vous d'arrêter de fumer?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas important du tout								Extrêmement important	

Pourquoi vous êtes-vous situé à \_\_\_ plutôt qu'à 1 ou 2?

Cette question permettra au patient de nommer ses propres raisons pour arrêter de fumer.

#### L'échelle de la confiance

- Et si vous décidiez d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir? Sur une échelle de 1 à 10, où 1 signifie « aucune confiance » et 10 « confiance totale », où situez-vous votre confiance dans vos capacités à arrêter de fumer? Quel chiffre pourriez-vous vous attribuer aujourd'hui?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune confiance								Confiance totale	

Pourquoi vous êtes-vous situé à \_\_\_ plutôt qu'à 1?

Cette question permettra au patient de s'exprimer sur la confiance qu'il s'accorde pour accomplir le changement.

**Dans notre clinique, l'évaluation du stade de changement et de la motivation sera réalisée de la façon suivante :**

- L'outil de la FMOQ
- Les échelles de conviction/confiance
- Les deux procédures
- Autre (spécifier) \_\_\_\_\_

**Dans notre clinique, l'évaluation du stade de changement et de la motivation à cesser sera faite par :**

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière ou le médecin

### 3.2 Counselling suite à l'évaluation de la motivation

#### Recommandations (USPSTF, 2008)

Tous les médecins devraient conseiller fortement à chaque patient fumeur de cesser de fumer parce que les évidences montrent que l'avis du médecin d'arrêter de fumer augmente les taux d'abstinence du tabac (recommandation A).

Les interventions dispensées par différents types de cliniciens sont efficaces et augmentent les taux de cessation tabagique. Par conséquent, tous les cliniciens devraient fournir des interventions pour l'abandon du tabac (recommandation A).

**Suite à l'évaluation de la motivation à cesser du patient, le counselling sera fait par :**

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière ou le médecin

#### Recommandations (USPSTF, 2008)

Le traitement de la dépendance au tabac est efficace et doit être offert même si des tests d'évaluation spécifiques ne sont pas disponibles (recommandation A);

L'intervention minimale d'une durée inférieure à 3 minutes augmente les taux d'abstinence du tabac. Chaque utilisateur de tabac devrait bénéficier au moins de l'intervention minimale, qu'il soit ou non référé pour une intervention intensive (recommandation A);

Il y a une forte relation dose-réponse entre la durée de la session et la réussite des traitements. Les interventions intensives sont plus efficaces que les interventions moins intensives et devraient être utilisées chaque fois que possible (recommandation A);

#### **Pour les fumeurs qui ne sont pas prêts à faire une tentative d'arrêt :**

L'entretien motivationnel semble être une approche efficace pour augmenter la probabilité que le patient entreprenne une tentative d'arrêt (recommandation B).

#### **Définitions :**

- Intervention minimale : l'intervention dure moins de 3 minutes;
- Intervention brève : l'intervention dure entre 3 et 10 minutes;
- Intervention intensive : Plusieurs séances d'une durée de plus de 10 minutes chacune.

**Suite à l'évaluation de la motivation à cesser, dans notre clinique les patients fumeurs recevront une intervention de type :**

<b>Stade</b>	<b>Counselling minimal</b>	<b>Counselling bref</b>	<b>Counselling intensif</b>
<b>Pré-réflexion</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Réflexion</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Préparation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Action</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rechute</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Recommandation (USPSTF, 2008)**

Tous les cliniciens devraient être formés à des stratégies efficaces pour aider les fumeurs désireux à faire une tentative d'arrêt et de motiver ceux qui ne veulent cesser de fumer. La formation semble être plus efficace lorsqu'elle est associée à des changements organisationnels. (recommandation B).

**Une session de formation sur le counselling en abandon du tabac et l'entretien motivationnel sera proposée aux :**

- infirmières
- médecins
- infirmières et médecins

**La formation sur l'utilisation de l'entretien motivationnel aura pour l'objectif :**

- la sensibilisation sur l'entretien motivationnel
- la maîtrise de la pratique de l'entretien motivationnel

## 4. Traitement pharmacologique du tabagisme

### 4.1 Recommandations du USPSTF 2008

#### Recommandations du USPSTF 2008 concernant les aides pharmacologiques pour l'abandon du tabac

Les cliniciens devraient encourager tous les patients qui essaient d'arrêter de fumer à utiliser des aides pharmacologiques efficaces pour traiter la dépendance au tabac, sauf si contre-indiqué ou pour des populations spécifiques pour lesquelles il n'existe pas des preuves suffisantes quant à leur efficacité (par exemple les femmes enceintes, les utilisateurs de tabac sans fumée, les fumeurs légers, et les adolescents) (recommandation A).

#### Thérapies de remplacement de la nicotine

Les thérapies de remplacement de la nicotine sont des traitements efficaces pour la cessation tabagique et les patients devraient être encouragés à les utiliser :

- La gomme de nicotine (recommandation A) : les cliniciens devraient offrir la gomme de 4 mg au lieu de celle de 2 mg pour les fumeurs très dépendants (recommandation B);
- L'inhalateur de nicotine (recommandation A);
- La pastille de nicotine (recommandation B);
- Le timbre de nicotine (recommandation A).

#### Bupropion à libération prolongée

Le bupropion à libération prolongée (SR) est un traitement efficace pour la cessation tabagique et les patients devraient être encouragés à l'utiliser (recommandation A).

#### La varénicline

La varénicline est un traitement efficace pour la cessation tabagique et les patients devraient être encouragés à l'utiliser (recommandation A).

#### Combinaison de médicaments

Certaines combinaisons de médicaments de première ligne se sont avérées être des traitements efficaces pour la cessation tabagique. Par conséquent, les cliniciens devraient envisager l'utilisation de ces combinaisons de médicaments chez leurs patients qui sont prêts à cesser de fumer. Les associations médicamenteuses prouvées efficaces sont : utiliser à long terme (> 14 semaines) le timbre de nicotine plus une autre TRN (gomme ou le vaporisateur nasal – ce dernier n'est pas encore disponible au Canada) ; le timbre de nicotine et l'inhalateur; le timbre de nicotine et le bupropion (recommandation A).

#### Combinaison counselling et médication

La combinaison du counselling et de la médication est plus efficace pour le traitement du tabagisme que la médication seule ou le counselling seul. Par conséquent, chaque fois que possible et approprié, à la fois le counselling et les médicaments devraient être fournis aux patients essayant d'arrêter de fumer (recommandation A) ;

Il y a une forte relation entre l'intensité du counselling (nombre de séances) combiné à la médication et la probabilité de cesser de fumer. Par conséquent, dans la mesure du possible, les cliniciens devraient offrir des séances de counselling multiples, en plus des médicaments, à leurs patients qui essaient de cesser de fumer (recommandation A).

**Notre clinique retient les recommandations pharmacologiques pour l'abandon du tabac :**

- Formulées par le USPSTF 2008 et présentées ci-dessus :
- Autres (spécifiez) \_\_\_\_\_

Au Québec, la plupart des médicaments d'aide à l'abandon du tabac sont couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Il s'agit des thérapies de remplacement de la nicotine en vente libre (timbres cutanés, gommes et pastilles) et les deux médicaments non nicotiques disponibles uniquement sur ordonnance (bupropion et varénicline). Par période de 12 mois, les timbres cutanés sont couverts pendant un maximum de 12 semaines consécutives. Durant ces 12 semaines, un maximum de 840 gommes ou pastilles peut aussi être remboursées par le régime. En ce qui concerne le bupropion, il est aussi couvert pendant 12 semaines consécutives par période de 12 mois, que ce soit en même temps ou non que les timbres et les gommes ou pastilles de nicotine. Quant à la varénicline, la durée du remboursement est d'abord limitée à un total de 12 semaines consécutives par période de 12 mois. Une prolongation de 12 semaines sera autorisée pour les personnes ayant cessé de fumer à la 12e semaine. La durée du remboursement est alors limitée à un total de 24 semaines consécutives par période de 12 mois (modification de la liste de médicaments en vigueur depuis le 14 octobre 2010). Pour consulter la *liste des médicaments de la RAMQ* la plus récente, consulter l'adresse suivante : <http://www.ramq.gouv.qc.ca>. À noter que la période de 12 semaines de couverture des produits antitabac est calculée à compter de la date d'achat et non à partir de la date à laquelle le patient a commencé à les utiliser (<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr> RAMQ, 2010).

Les tableaux 2.5 et 2.6 sont présentés à titre d'information. Le tableau 2.5 présente les thérapies de remplacement de la nicotine alors que le tableau 2.6 présente les médicaments non nicotiques. Les informations fournies sont basées sur le document de l'Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ-2009) ainsi que sur les monographies des différents produits.

## Tableau 2.5 – Thérapies de remplacement de la nicotine

Médicament et présentation	Posologie et administration	Effets indésirables	Commentaires
<p><b>Timbres</b></p> <p>Trois dosages :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 21 mg</li> <li>• 14 mg</li> <li>• 7 mg</li> </ul>	<p><b>Posologie</b></p> <p><b>Fumeur &lt; 10 cigarettes/jour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 14 mg / 24 h pendant 8 semaines</li> <li>- 7 mg / 24 h pendant 4 semaines</li> </ul> <p><b>Fumeur ≥ 10 cigarettes/jour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 21 mg / 24 h pendant 4 à 6 semaines</li> <li>- 14 mg / 24 h pendant 4 semaines</li> <li>- 7 mg / 24 h pendant 2 à 4 semaines</li> </ul> <p><b>Administration</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le timbre s'applique sur une peau propre, saine et non velue, au dessus de la taille (thorax ou faces externes des bras) ; faire une pression de 10 secondes.</li> <li>• Il est recommandé d'alterner les sites pour éviter l'irritation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• céphalée</li> <li>• insomnie</li> <li>• rêves anormaux</li> <li>• irritation cutanée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour remédier à l'insomnie, le patient peut enlever le timbre au coucher et en appliquer un nouveau au réveil</li> </ul>
<p><b>Gommes</b></p> <p>Deux dosages :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 mg</li> <li>• 2 mg</li> </ul>	<p><b>Posologie</b></p> <p><b>Fumeur ≥ 25 cigarettes/jour ou 1<sup>re</sup> cigarette ≤ 30 min après l'éveil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 mg, 1 gomme q 1-2 heures ou PRN</li> <li>- maximum 24 gommes die</li> <li>- durée du traitement : 12 semaines</li> </ul> <p><b>Fumeur &lt; 25 cigarettes/jour ou 1<sup>re</sup> cigarette &gt; 30 min après l'éveil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 mg</li> <li>- 1 gomme q 1-2 heures ou PRN</li> <li>- maximum 24 gommes die</li> <li>- durée du traitement : 12 semaines</li> </ul> <p><b>Administration</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mâcher la gomme quelques fois pour initier la libération de nicotine. Ensuite la placer entre la joue et la gencive environ 1 minute. Répéter ce processus pendant 30 minutes.</li> <li>• Éviter de boire ou de manger 15 min avant ou pendant l'utilisation de la gomme. L'eau est permise.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• douleurs à la bouche ou à la gorge</li> <li>• nausées</li> <li>• vomissements</li> <li>• douleurs aux mâchoires</li> <li>• hoquet</li> <li>• dyspepsie</li> <li>• altération du goût</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La plupart des effets indésirables sont dus à une mauvaise technique d'utilisation</li> <li>• La durée du traitement peut être prolongée selon le jugement clinique</li> </ul>

Médicament et présentation	Posologie et administration	Effets indésirables	Commentaires
<p><b>Pastilles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thrive : 2 mg 1 mg</li> <li>• Nicorette : 4 mg 2 mg</li> </ul>	<p><b>Posologie</b></p> <p><b>La pastille Thrive</b></p> <p><b>Fumeur de ≥ 20 cigarettes /jour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 mg; 1 pastille q 1-2 h ou PRN</li> <li>- maximum 15 pastilles die</li> </ul> <p><b>Fumeur de &lt; 20 cigarettes /jour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 mg; 1 pastille q 1-2 h ou PRN</li> <li>- maximum pastilles 20 die</li> <li>- durée du traitement : 12 semaines</li> </ul> <p><b>La pastille Nicorette</b></p> <p><b>1<sup>re</sup> cigarette ≤ 30 min après l'éveil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 mg; 1 pastille 1-2 h ou PRN</li> <li>- maximum 20 pastille die</li> </ul> <p><b>1<sup>re</sup> cigarette &gt; 30 min après l'éveil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 mg : 1 pastille q 1-2 h ou PRN</li> <li>- maximum 20 pastilles die</li> <li>- durée du traitement : 12 semaines</li> </ul> <p><b>Administration</b></p> <p>Laisser fondre la pastille lentement dans la bouche jusqu'à dissolution complète (20-30 min). Ne pas croquer ou avaler. Ne pas boire ou manger pendant la dissolution de la pastille.</p> <p>La consommation de boissons acides doit être évitée 15 minutes avant l'utilisation de la pastille.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nausées</li> <li>• flatulences</li> <li>• brulures d'estomac</li> <li>• céphalées</li> <li>• hoquet</li> <li>• sécheresse buccale</li> <li>• stomatite et œsophagite</li> </ul>	
<p><b>Inhalateur Nicorette</b></p> <p>Embout buccal avec cartouche de 10 mg de nicotine, remplaçable</p>	<p><b>Posologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 cartouche au besoin</li> <li>- 6 à 12 cartouches par jour</li> <li>- durée du traitement maximum : 6 mois</li> </ul> <p><b>Administration</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 cartouche représente 20 minutes d'inhalation continue</li> <li>- 2 utilisations de 10 minutes ou 4 utilisations de 5 minutes chacune sont aussi possibles</li> <li>- conserver l'inhalateur à une température entre 15°C et 30°C</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• irritation de la bouche et de la gorge</li> <li>• toux</li> <li>• rhinite</li> <li>• céphalées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'embout libère 4 mg de nicotine dont 2 mg pourront être absorbés</li> </ul>
<b>Contre-indications et précautions à l'usage de la thérapie de remplacement de la nicotine</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• infarctus du myocarde récent (moins de 2 semaines);</li> <li>• angine instable ou sévère;</li> <li>• arythmie sévère;</li> <li>• accident vasculaire cérébral récent (moins de 2 semaines);</li> <li>• maladie bucco-dentaire sévère (pour les gommes et les pastilles);</li> <li>• hypersensibilité au menthol (pour l'inhalateur);</li> <li>• maladie pulmonaire obstructive chronique ou l'asthme (prudence avec l'inhalateur);</li> <li>• maladie cutanée généralisée (pour les timbres);</li> <li>• allergie aux diachylons (pour les timbres);</li> <li>• femme enceinte ou qui allaite;</li> <li>• moins de 18 ans.</li> </ul>			

## Tableau 2.6 – Les médicaments non nicotiques

Médicament et Présentation	Posologie et administration	Effets indésirables	Commentaires
<b>Chlorhydrate de bupropion (Zyban)</b>  comprimés de 150 mg	<b>Posologie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 150 mg die pendant 3 jours</li> <li>- 150 mg bid pendant 7 - 12 semaines, intervalle minimal de huit heures entre les doses</li> </ul> <b>Administration</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voie orale</li> <li>- avaler les comprimés entiers sans les diviser, les écraser ou les mâcher</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- insomnie</li> <li>- sécheresse de la bouche</li> <li>- tremblements</li> <li>- éruptions cutanées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le patient devrait cesser de fumer pendant la deuxième semaine de traitement;</li> <li>- il n'est pas nécessaire de diminuer progressivement le bupropion à l'arrêt du traitement;</li> <li>- Afin de diminuer les risques d'insomnie, il est suggéré de prendre la deuxième dose avant 18 heures.</li> </ul>

### Contre-indications à la prise de Bupropion

- Troubles convulsifs; la prise de Welbutrin (surdosage car molécule identique); le diagnostic ou antécédents de boulimie ou d'anorexie;
- Allergie connue au bupropion; utilisation concomitante d'un Inhibiteur de monoamine oxydase (IMAO) ou de thioridazine, ou leur utilisation dans les 14 jours précédents; sevrage éthylique; retrait de benzodiazépines ou de sédatifs.

### Précautions

- Prise concomitante de médicaments abaissant le seuil de convulsion : les antipsychotiques, les antidépresseurs, la théophylline, les corticostéroïdes systémiques, les quinolones et les antipaludéens;
- Prédispositions aux convulsions suivantes : tumeurs du système nerveux central; antécédents de traumatisme crânien ou de convulsion;
- Dépendance aux opioïdes ou à la cocaïne; consommation excessive d'alcool; utilisation de stimulants ou d'anorexigènes; prise de millepertuis; diabète traité avec de l'insuline ou des hypoglycémisants oraux; atteinte hépatique grave;
- Grossesse : inscrire les femmes enceintes au registre de surveillance : 1-800-387-7374;
- Allaitement : arrêter l'administration du bupropion.

**Interactions médicamenteuses** : avec les IMAO et les médicaments métabolisés par le cytochrome P450.

Médicament et Présentation	Posologie et administration	Effets indésirables	Commentaires
<b>Tartrate de varénicline (Champix)</b>  comprimés de 0,5 mg et de 1 mg	<b>Posologie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- du 1<sup>er</sup> au 3<sup>e</sup> jour : 0,5 mg die</li> <li>- du 4<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> jour : 0,5 mg bid</li> <li>- à partir du 8<sup>e</sup> jour jusqu'à la fin du traitement 1,0 mg bid</li> <li>- durée : 12 semaines</li> </ul> <b>Administration</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voie orale</li> <li>- arrêt du tabac 8 à 14 jours après le début du traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nausées (30 %)</li> <li>- insomnie (14 %)</li> <li>- maux de tête (14 %)</li> <li>- constipation (7 %)</li> <li>- risques de détérioration de maladies psychiatriques</li> <li>- rêves anormaux</li> <li>- étourdissements</li> <li>- troubles de l'attention</li> <li>- fatigue et somnolence</li> <li>- diarrhée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 12 semaines supplémentaires à considérer chez ceux qui ont réussi</li> <li>- Atteinte rénale grave (clairance de la créatinine &lt; 30 ml/min) : dose maximale de 0,5 mg bid.</li> <li>- Surveillance de la fonction rénale chez les personnes âgées</li> <li>- Les effets indésirables se manifestent généralement durant les premières semaines du traitement et s'estompent par la suite</li> </ul>

### Contre-indications à la prise de varénicline

- moins de 18 ans; grossesse et lactation; insuffisance rénale terminale (patients sous dialyse); allergie.

### Mise en garde

- prudence et suivi étroit en présence de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale;
- aucune étude clinique : épilepsie, colon irritable et autres problèmes gastro-intestinaux, chimiothérapie, maladies cardiaques, MPOC;
- efficacité non étudiée avec les autres aides pharmacologiques : TRN et varénicline pourraient augmenter les effets aderses.

### Interaction médicamenteuses

- effet négligeable sur le système du cytochrome P450 : faible probabilité d'interactions médicamenteuses;
- insuffisance rénale sévère : éviter les inhibiteurs du transporteur de cations organique OCT2 (triméthoprime, ranitidine, cimétidine, lévofloxacine). En effet le transporteur de cations organiques OCT2 humain assure la médiation de la sécrétion rénale active de la varénicline et dans les cas d'insuffisance rénale graves, il est possible que l'augmentation de l'exposition systémique à la varénicline en concomitance avec un inhibiteur de l'OCT2 humain, tel que la cimétidine, soit cliniquement significative. (Pfizer Canada, 2010).

## 4.2 Combinaison de médicaments

Pour les fumeurs fortement dépendants à la nicotine, il est maintenant recommandé d'envisager dès le départ l'utilisation concomitante de différents médicaments pour aider à cesser de fumer (Fiore et coll., 2008 ; Bader et coll., 2008).

Voici les combinaisons possibles :

- Le timbre peut être associé à la gomme, à la pastille ou à l'inhalateur de nicotine lors des fortes envies de fumer.
- Le bupropion et le timbre : commencer le traitement avec le bupropion, ajouter le timbre de 21 mg à l'arrêt tabagique, réduire la dose du timbre à 14 mg à la huitième semaine et à 7 mg à la neuvième semaine (Gervais et coll. 2010).

**Attention** : avec cette dernière combinaison de médicaments, il est important de **suivre la tension artérielle**, car on a noté une légère augmentation de cas d'hypertension lors d'une étude comparative avec un groupe placebo. Cette hypertension disparaissait à l'arrêt de la médication.

**Dans notre clinique, les différentes options pharmacologiques pour l'abandon du tabac seront présentées et discutées avec les patients intéressés par :**

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière ou le médecin

**Dans notre clinique, la prescription des aides pharmacologiques pour l'abandon du tabac sera réalisée par :**

Type de médicament	Médecin	Infirmière (ordonnance collective)	Pharmacien (ordonnance collective)
TRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zyban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Champix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Le suivi du traitement pharmacologique pour l'abandon du tabac sera assuré par :**

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin



## 3<sup>e</sup> partie

### 5. Suivi et référence

## 5. Suivi et référence

### Recommandations du USPSTF 2008

Les interventions qui comprennent quatre séances individuelles ou plus semblent particulièrement efficaces pour augmenter les taux d'abstinence du tabac. Par conséquent, si possible, les cliniciens devraient essayer de rencontrer quatre fois ou plus les personnes qui sont en processus d'abandon du tabac (recommandation A);

Le counselling téléphonique proactif, le counselling de groupe, et le counselling individuel sont efficaces et devraient être utilisés dans les programmes de cessation tabagique (recommandation A);

Les interventions en cessation tabagique qui sont offertes dans des formats multiples(ex. counselling individuel combiné avec un suivi téléphonique proactif, ou encore avec un programme d'autoassistance en ligne) augmentent les taux d'abstinence et devraient être encouragées (recommandation A).

### 5.1 Le suivi

Grille de suivi proposée par la FMOQ (2009) :

Relance	Demandez		Discutez		Donnez
Date	Quantité cigarettes/jour	Stade	Motivations	Stratégies	Ressources/aides

**Pour les patients fumeurs qui ont reçu une première intervention au sein de notre clinique, le suivi sera assuré :**

- entièrement par notre clinique
- par une ressource externe suite à une référence
- par une ressource externe et complété (relance) par notre clinique
- Autre (spécifier) \_\_\_\_\_

**Lorsque le suivi sera assuré exclusivement par notre clinique, il comprendra :**

- un minimum de 4 interventions
- plus de 4 interventions
- Autre (spécifier) \_\_\_\_\_

**Pour les patients ayant accepté le suivi, le nombre d'interventions « face à face » ou « téléphonique » assuré par notre clinique sera (spécifier) :**

- \_\_\_\_\_ intervention(s) face à face
- \_\_\_\_\_ intervention(s) téléphonique(s)
- Autre (spécifier) \_\_\_\_\_

**Le suivi des patients fumeurs sera effectué par :**

- l'infirmière
- le médecin
- l'infirmière et le médecin
- Autre (spécifier) \_\_\_\_\_

### **5.2 La référence**

Les patients fumeurs ayant accepté la référence seront référés à la ressource suivante :

- Centre d'abandon du tabac de son territoire - pour counselling intensif individuel ou de groupe
- Ligne j'Arrête - pour counselling téléphonique
- Autre (spécifier) \_\_\_\_\_

### **5.3 Remise de matériel**

#### **Recommandation**

Le matériel éducatif sur mesure, imprimé ou accessible sur le web, semble être efficace pour aider les personnes qui essayent d'arrêter de fumer. Par conséquent, les cliniciens peuvent choisir de fournir des outils auto-assistance sur mesure à leurs patients qui veulent cesser de fumer (recommandation B).

**Les patients fumeurs recevront du matériel éducatif concernant (un ou plusieurs choix) :**

- Outils d'information sur les ressources en abandon du tabac
- Outils d'aide à la cessation tabagique pour adultes
- Outils d'aide à la cessation tabagique pour les femmes enceintes
- Outils de sensibilisation sur la fumée secondaire
- Outils concernant le *Défi j'arrête j'y gagne*
- Autre (spécifier)

## 6. Signataires du protocole

Le protocole (ou directive) s'applique pour le counselling concernant l'abandon du tabagisme par les médecins et les infirmières.

Inscrire les noms des médecins et infirmières de la clinique ou du CSSS qui adhèrent au protocole (directive).

	Nom	Signature	Numéro de permis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

**Le protocole (ou directive) ne remplace en aucun cas le jugement clinique des médecins et des infirmières.**

## Étape 4

Planifier  
la prestation des services en  
abandon du tabagisme

## Étape 4 : Planifier la prestation des services

Le but de cette étape est de planifier la prestation des soins en précisant l'ensemble des activités prévues ainsi que la répartition des tâches parmi les membres de l'équipe du milieu clinique.

### Objectifs

1. Revoir le partage des tâches en lien avec le protocole pour le counselling sur l'abandon du tabagisme adopté dans le milieu.
2. Déterminer la meilleure personne pour chacune des différentes tâches en lien avec l'identification des patients fumeurs et le counselling en abandon du tabac.
3. Adopter les algorithmes des activités à réaliser pour l'évaluation des patients fumeurs et le counselling en abandon du tabagisme.

### Qui fait quoi?

- GMF ou autre milieu clinique : les membres de l'équipe s'entendent sur la répartition des tâches entre eux.
- L'ICPC en collaboration avec la DSP : peut aider à compiler les résultats de l'outil n° 4a et les communiquer à l'équipe ; peut animer la rencontre pour adopter les algorithmes d'activités ; peut valider le contenu des algorithmes adoptés par la clinique.

### Interdisciplinarité et collaboration interprofessionnelle

La valeur ajoutée du travail de différents professionnels de la santé autour d'un même patient fait l'unanimité depuis déjà plusieurs années. Wagner l'a démontré dès 1996 dans son modèle de prise en charge des maladies chroniques et depuis, la littérature abonde dans le même sens tant pour les soins curatifs que préventifs.

En 2005, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ont produit un rapport sur les activités partageables entre les médecins et les infirmières et les modalités à respecter (OIIQ et FMOQ, 2005).

Le Groupe de soutien à l'implantation des GMF a aussi proposé des rôles et responsabilités pour chacun des membres d'un GMF dans le guide d'accompagnement pour le soutien à l'implantation des GMF.

Le commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), dans son rapport 2010, encourage une prestation plus systématique de pratiques cliniques préventives afin d'avoir un effet de renforcement important sur l'adoption de saines habitudes de vie et de comportements favorables à la santé (Levesque et coll. 2010). Le CSBE y souligne l'importance de soutenir **l'interdisciplinarité et la collaboration des professionnels de la santé**, autres que les médecins, dans la prestation des services préventifs afin d'avoir un impact notable sur la population. « *Ultimement, ce sont la fréquence et la durée des PCP qui apportent un changement de comportements chez le patient* ».

### ***Distribution des tâches***

Lors d'une rencontre, à partir de l'outil no 4a « Distribution des tâches entre les membres du personnel », chaque membre de l'équipe désigne la personne qu'il croit la meilleure pour accomplir les tâches prévues au protocole. Cet outil est particulièrement utile lorsque la répartition des tâches prévues dans l'élaboration du protocole s'avère difficile.

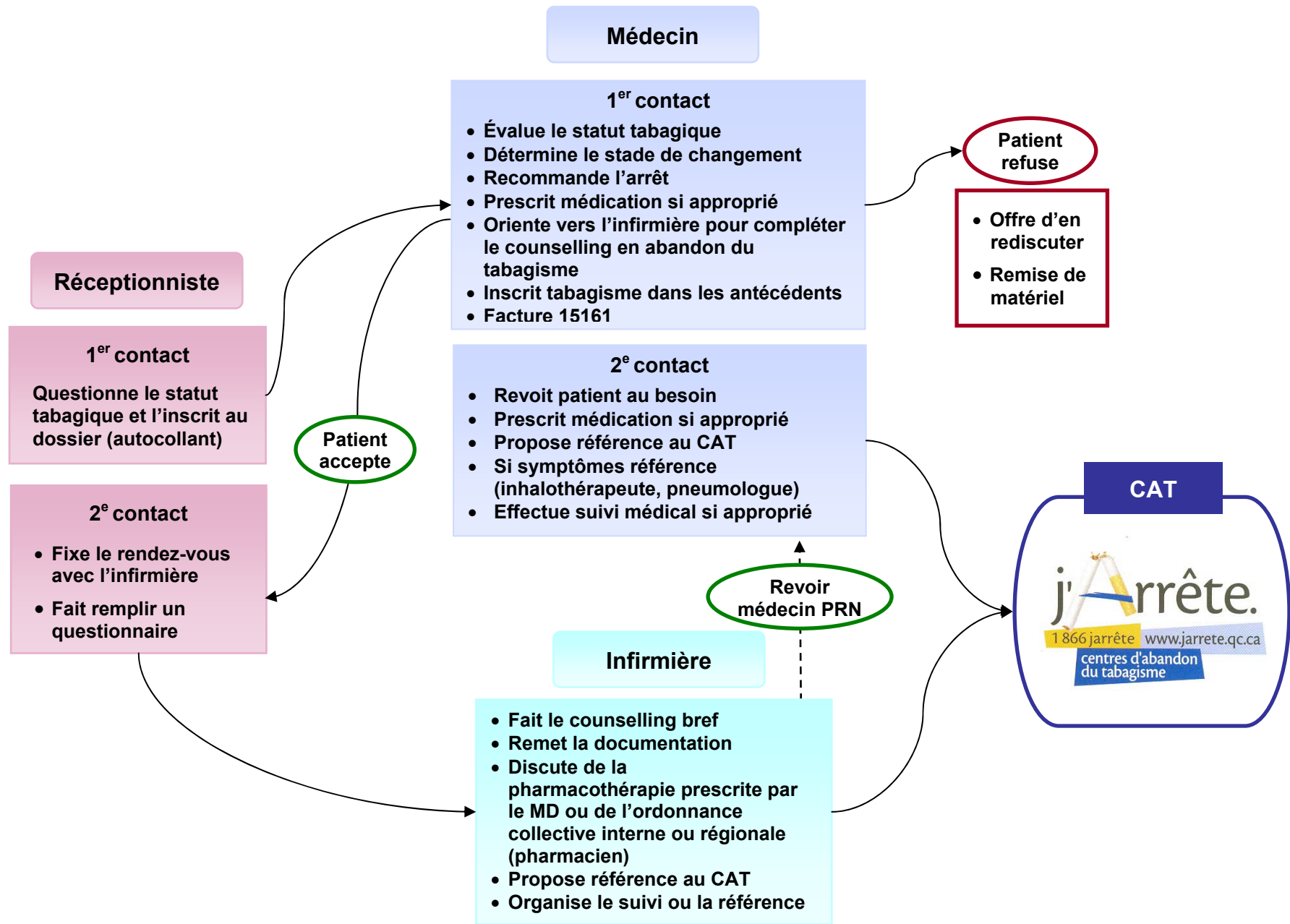
## Outil no 4a - Distribution des tâches entre les membres du personnel

Pour chacune des tâches, considérer :

- Quelle est la meilleure personne pour remplir ce rôle dans notre clinique et pourquoi?

	<b>ACTION</b>	<b>Secrétaire/ réceptionniste</b>	<b>Infirmière</b>	<b>Médecin</b>
1.	Être responsable de l'ensemble de la démarche de systématisation des soins et du suivi			
2.	Assurer l'adoption et la révision du protocole (directive) et de l'ordonnance collective			
3.	Distribuer le protocole (directive) abandon du tabagisme à tous			
4.	Voir à ce que les nouveaux membres du personnel reçoivent la formation nécessaire à l'application du protocole (directive)			
5.	Voir à l'adaptation et à l'adoption des algorithmes			
6.	Voir à la réalisation du portrait des pratiques, présenter les résultats aux membres du personnel, choisir une pratique à améliorer			
7.	Procéder au choix des outils			
8.	Commander les outils (feuilles, dépliants, affiches, etc.); assurer leur disponibilité			
9.	Déterminer l'emplacement des outils des cliniciens et des patients			
10.	Vérifier la présence du statut tabagique au dossier et placer les outils dans le dossier			
11.	Revoir la disposition et faire la mise à jour des outils (dépliants, affiches, vidéo) retrouvés dans la salle d'attente			
12.	Assurer l'accès à un bottin des ressources locales (CAT, nutritionniste, kinésiologue, médecins spécialistes, autres programmes)			
13.	Assurer la révision de la démarche et avec le groupe, décider des changements à apporter, si nécessaire			
14.	Autre tâche			

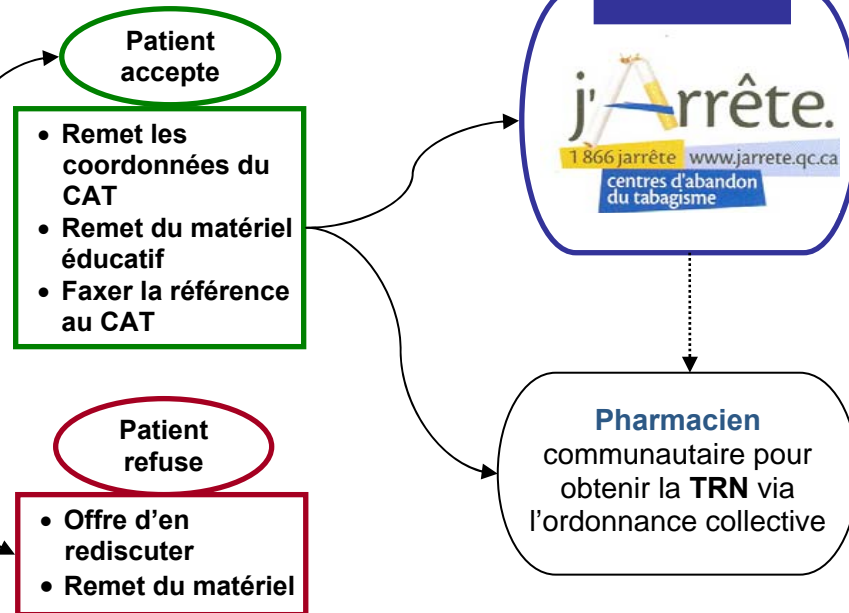
Outil no 4b – Modèle de systématisation des soins en abandon du tabagisme – Distribution des tâches et trajectoire du patient



## Outil no 4c : Modèle de systématisation de l'intervention en abandon du tabagisme réalisée par l'infirmière

### Intervention par l'infirmière des services courants lors d'un 1<sup>er</sup> rendez-vous

- Questionne le statut tabagique et l'inscrit au dossier (autocollant)
- Détermine le stade de changement
- Fait un counselling minimal ou bref selon le stade de changement
- Discute de la pharmacothérapie et informe de l'ordonnance collective (pharmacien)
- Propose référence au CAT
- Informe des autres services j'Arrête



### Suivi opportuniste par l'infirmière des services courants lors d'un 2<sup>e</sup> rendez-vous

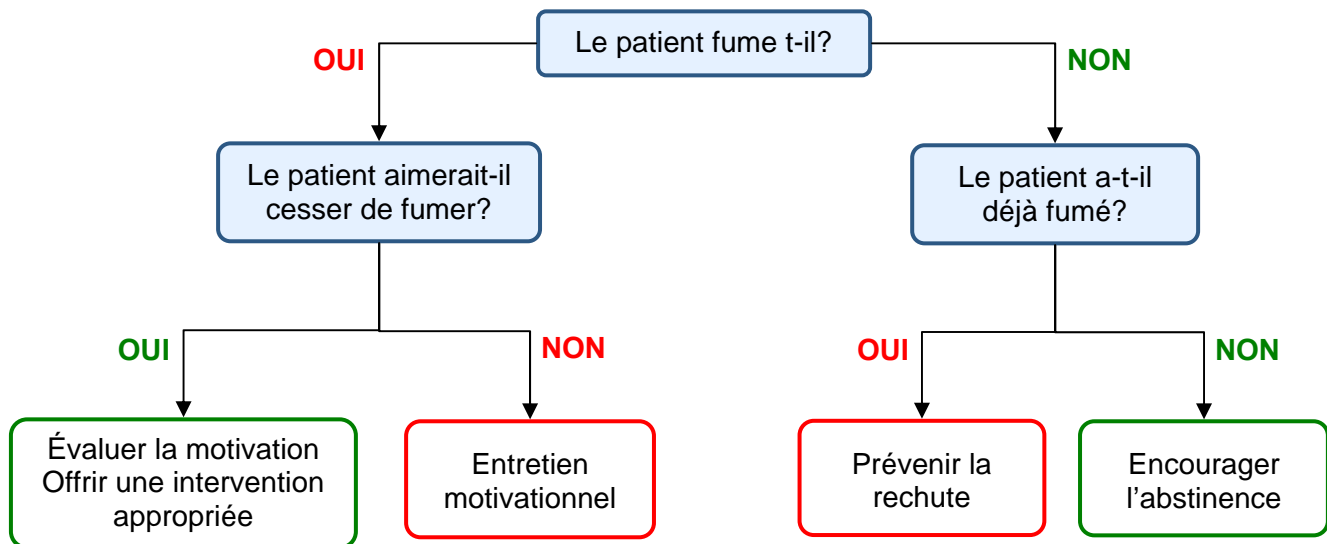
- Réévalue le statut tabagique, si changement l'inscrit au dossier (autocollant)
- Réévalue le stade de changement
- S'informe des démarches faites par le patient depuis la dernière rencontre
- Refait un counselling minimal approprié
- Remet du matériel si nécessaire
- Propose référence au CAT au besoin

## Quels sont les algorithmes et les modèles d'intervention?

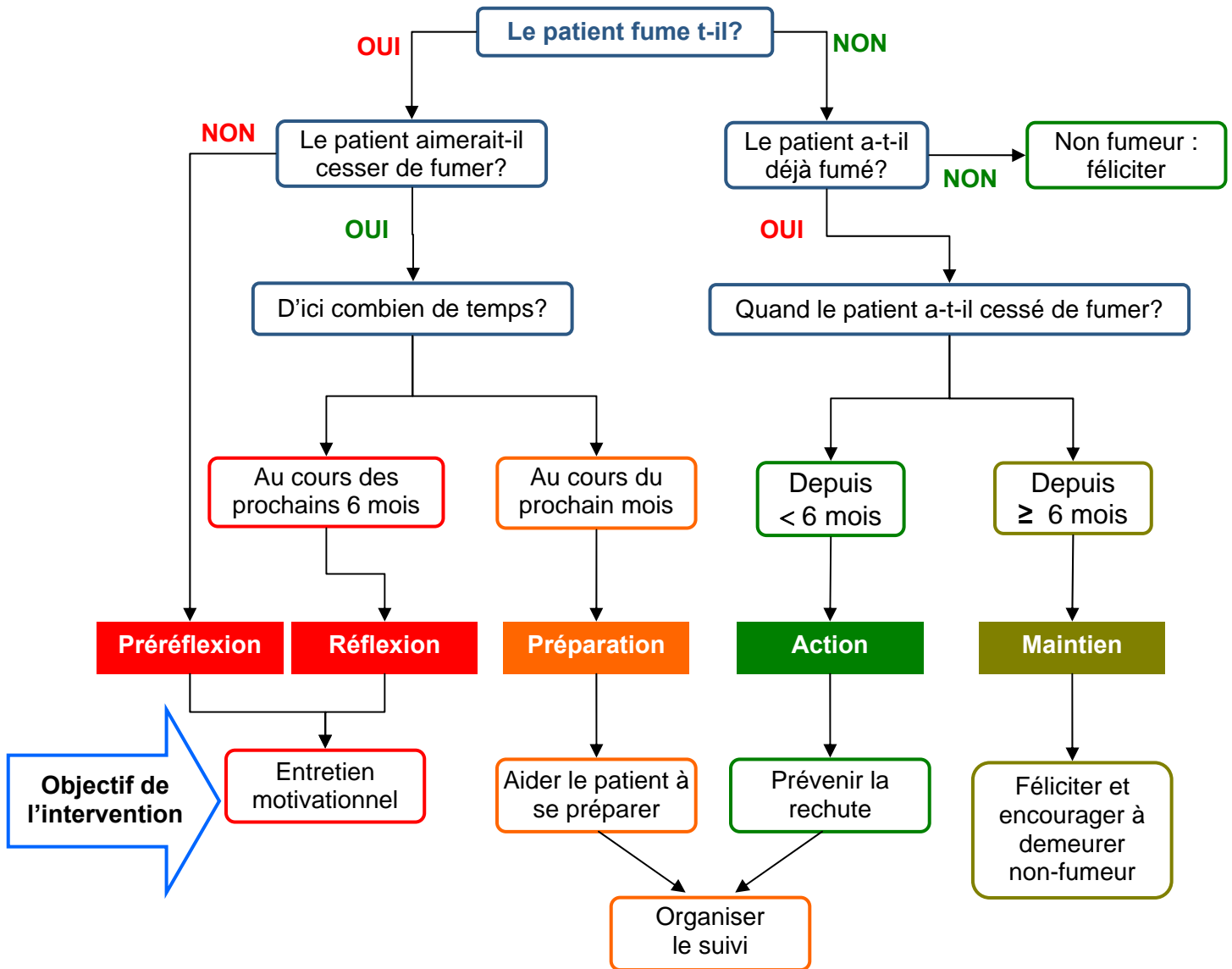
À cette étape, les cliniciens choisissent les algorithmes adaptés à leur réalité pour mieux structurer l'intervention visant l'abandon du tabagisme :

- Algorithme général pour l'intervention en cessation tabagique
- Algorithme pour déterminer le stade de changement et l'objectif de l'intervention
- Counseling en abandon du tabac selon le stade de changement
- Algorithme synthèse pour le counseling en abandon du tabac élaboré par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2009)

### Outil no 5a - Algorithme général pour l'intervention en cessation tabagique (selon Fiore et coll., 2008)



Outil no 5b - Algorithme pour déterminer le stade de changement et l'objectif de l'intervention



(source : adapté selon le modèle de la Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscaminque)

## Pensez-vous cesser de fumer au cours du prochain mois?

Non  
**PRÉ-RÉFLEXION,  
RÉFLEXION**

Oui  
**PRÉPARATION**

A cessé depuis  
< 6 mois  
**ACTION**

A repris depuis  
\_\_\_ jours  
**RECHUTE**

### DEMANDEZ

la permission pour parler du tabac et par la suite

- Qu'est-ce que vous aimez dans le fait de fumer?
- Qu'est-ce que vous n'aimez pas dans le fait de fumer?
- Quels sont les bénéfices pour vous de cesser?
- Qu'est-ce qui vous inquiète à l'idée de cesser de fumer?

- Quelle est la date à laquelle vous pensez cesser de fumer?
- Avez-vous des inquiétudes ou des questions par rapport au fait de cesser de fumer?
- Quelles sont vos motivations de cesser?

- Qu'est-ce que vous appréciez le plus du fait d'avoir cessé de fumer?
- Avez-vous des problèmes particuliers?
- Vous arrive-t-il de fumer à l'occasion?

- Qu'est-ce qui vous a amené à recommencer à fumer?
- Quelles étaient les raisons qui vous ont motivé à cesser de fumer?

### DISCUTEZ

Si la patient accepte, discuter de :

- Votre inquiétude par rapport au tabagisme du patient en lien avec sa condition
- Bénéfices de la cessation (message personnalisé)
- Importance d'arrêter le plus tôt possible
- Fumée secondaire
- Qu'est-ce que vous en pensez?

- Inquiétudes et questions
- Importance de réfléchir aux déclencheurs de l'envie de fumer
- Symptômes de sevrage
- Médicaments pour cesser de fumer
- Stratégies pour faire face aux difficultés
- Importance du soutien social
- Fumée secondaire

- Difficultés rencontrées
- Importance de ne pas fumer de façon occasionnelle
- Goût de fumer qui peut persister longtemps : vigilance
- Récompenses pour se féliciter de ne pas fumer

- La plupart des fumeurs doivent s'y prendre à plusieurs reprises avant de réussir à cesser définitivement
- Importance de cesser à nouveau dans un avenir rapproché
- Stratégies pour résister à l'envie de fumer, en lien avec les raisons de la rechute

### DONNEZ

- Du matériel d'aide à la cessation tabagique
- De l'information sur des ressources en cessation tabagique : centres d'abandon du tabagisme (CAT), ligne *j'Arrête*, site internet jarrete.qc.ca
- Un rendez-vous de suivi au besoin

- Féliciter
- Journal du fumeur
- Prescription pour un médicament d'aide à la cessation tabagique sauf contre-indication
- Matériel d'aide à la cessation
- Information sur des ressources : CAT, ligne *j'Arrête*, site internet
- Rendez-vous une à deux semaines après la date d'arrêt
- Référence au besoin

- Féliciter
- Vos encouragements et félicitations
- Prescription pour un médicament d'aide à la cessation tabagique ou ajuster la pharmacothérapie, au besoin
- Rendez-vous de suivi au besoin

- Prescription de médicament d'aide à la cessation si la personne désire cesser de fumer bientôt et si pas de contre-indication
- Matériel d'aide à la cessation tabagique
- Information sur des ressources en cessation tabagique
- Rendez-vous au besoin
- Référence au besoin



# ► Soutien médical à l'abandon du tabagisme

chez tout fumeur ou ex-fumeur < 6 mois

Identification du patient

## 1. DEMANDEZ

### 1.1 HISTOIRE TABAGIQUE

- Nombre d'années de tabagisme ? .....
  - Nombre de cigarettes par jour, en moyenne ? .....
  - Première cigarette fumée : ..... minutes après le réveil ?
  - Tentative d'arrêt la plus longue ? ..... ou a cessé depuis.....
    - Principale motivation ? .....
    - Méthode utilisée ? .....
    - Cause de la rechute, s'il y a lieu ? .....
- Utilisez ces informations pour guider une prochaine tentative d'arrêt.

### 1.2 STADE DE CHANGEMENT

Avez-vous l'intention d'arrêter de fumer ?

- non (pré-réflexion)
- oui, dans :
  - ≥ 1 mois (réflexion)
  - < 1 mois (préparation)
- a cessé < 6 mois (action ou maintien)

Stades de pré-réflexion ou de réflexion  
≥ 1 mois = le patient n'est PAS PRÊT !

Stade de préparation  
< 1 mois = le patient est PRÊT !

Stades d'action ou de maintien  
Le patient a CESSÉ DE FUMER

### 1.3 MOTIVATIONS Concernant l'arrêt du tabac, quels sont pour vous :

Les *pour* de fumer et de cesser ?

Les *contre* de fumer et de cesser ?

Les *arguments* décisifs ?

Les *obstacles* anticipés (incluant les symptômes de sevrage) ?

Les *bienfaits* ressentis ?

Les *inconvenients* vécus ?

## 2. DISCUTEZ

- De l'importance d'arrêter le plus tôt possible, en personnalisant le message
- Des dangers de la fumée secondaire
- D'accord pour en rediscuter ?

- Félicitez pour la décision
- Des stratégies gagnantes :

- D'accord pour fixer une date d'arrêt ?

- Félicitez pour les résultats
- De l'abstinence complète visée
- Des stratégies pour les inconvenients vécus :
- Si rechute : d'accord pour faire un nouvel essai, avec de nouvelles stratégies ?

## 3. DONNEZ

- Si le patient est d'accord :
- Du matériel éducatif
  - Du soutien et un R.-V. de relance
  - Une référence à une ressource (verso)

- Du matériel éducatif
- Des aides pharmacologiques :
- Un R.-V. ou appel de relance dans le mois après la date d'arrêt
- Une référence à une ressource (verso)

- Au besoin :
- Du matériel éducatif
  - Des aides pharmacologiques :
  - Un R.-V. de relance
  - Une référence à une ressource (verso)

Signature : ..... Date : .....

Relance		Demandez		Discutez		Donnez
Date	Quantité cigarettes/jour	Stade	Motivations	Stratégies	Ressources/aides	

### RESSOURCES DU PROGRAMME J'ARRÊTE

#### LIGNE J'ARRÊTE :

1 866 JARRETE (527-7383)

Des spécialistes en abandon tabagique offrent des services de soutien téléphonique bilingues, gratuits et confidentiels, du lundi au vendredi de 8 h à 21 h.

Les spécialistes peuvent également orienter vos patients vers les ressources qui répondent le mieux à leurs besoins.

#### SITE WEB J'ARRÊTE :

[www.jarrete.qc.ca](http://www.jarrete.qc.ca)

Ce site offre de multiples services de soutien pour jeunes et adultes : information, counselling en ligne personnalisé, clavardage, forum de discussion.

#### CENTRES D'ABANDON DU TABAGISME (CAT)

Plus de 150 CAT offrent des services gratuits et confidentiels d'information, de soutien individuel et de soutien de groupe dans toutes les régions du Québec. Pour connaître les coordonnées du CAT le plus près, appelez à la ligne J'ARRÊTE :

1 866 JARRETE (527-7383)

#### DÉFI J'ARRÊTE, J'Y GAGNE !

(du 1er mars au 15 avril de chaque année)  
Proposez à vos patients de relever le défi de ne pas fumer pendant 6 semaines. L'inscription est gratuite et permet de gagner de nombreux prix.

#### AUTRES RESSOURCES

Très peu d'études rigoureuses ont été menées sur l'efficacité de l'acupuncture, de l'hypnose et de la thérapie au laser. Les quelques travaux réalisés à ce jour n'indiquent pas que ces approches soient efficaces.

#### NOTES

### AIDES PHARMACOLOGIQUES

Sur présentation d'une ordonnance médicale individuelle ou collective, la RAMQ couvre un maximum de 12 semaines consécutives de timbres et un maximum de 12 semaines consécutives de gommes de nicotine. Ces produits doivent avoir été reçus à l'intérieur des mêmes 12 semaines. Également, la RAMQ couvre 12 semaines consécutives de bupropion et de varénciline au cours de la même année. L'inhalateur et les pastilles de nicotine ne sont pas couverts.

#### TIMBRES TRANSDERMIQUES DE NICOTINE (NICODERM®, HABITROL®)

- *Fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour* : Débuter avec un timbre de 14 mg pendant 24 h, sur la peau glabre entre le cou et la taille. Changer le site d'application chaque jour. Si insomnie, retirer le timbre au coucher. Ex. : 14 mg X 8 semaines, puis 7 mg X 4 semaines (ou autres combinaisons).
- *Fumeurs de 10 cigarettes et plus par jour* : Débuter avec un timbre de 21 mg de 4 à 8 semaines, puis de 14 mg de 2 à 4 semaines, puis de 7 mg de 2 à 4 semaines (ou autres combinaisons).

#### GOMMES DE NICOTINE (THRIVE®, NICORETTE®)

- *Fumeurs de moins de 20 cigarettes par jour* : Utiliser des gommes de 2 mg.
- *Fumeurs de 20 cigarettes ou plus par jour (ou fumeurs allumant leur 1<sup>re</sup> cigarette moins de 30 minutes après le réveil)* : gommes de 4 mg.
- *Posologie* : Respecter un horaire fixe. 1 gomme chaque heure ou toutes les 2 heures de 2 à 3 fois, puis la placer entre la lèvre et la gencive. Éviter de boire ou de manger 15 minutes avant et pendant la prise de gomme. Ne pas dépasser 20 gommes par jour. Réduire progressivement sur une période de 1 à 6 mois.

#### PASTILLES DE NICOTINE (THRIVE® 1 et 2mg, NICORETTE® 2 et 4 mg)

- *Fumeurs de moins de 20 cigarettes par jour* : Utiliser des pastilles THRIVE® 1 mg.
- *Fumeurs de 20 cigarettes ou plus par jour* : Utiliser des pastilles THRIVE® 2 mg.
- *Fumeurs allumant leur 1<sup>re</sup> cigarette plus de 30 minutes suivant le réveil* : Utiliser des pastilles NICORETTE® 2 mg.
- *Fumeurs allumant leur 1<sup>re</sup> cigarette moins de 30 minutes suivant le réveil* : Utiliser des pastilles NICORETTE® 4 mg.
- *Posologie* : Sucrer une pastille jusqu'à l'apparition d'un goût intense, puis la placer entre la joue et la gencive. Recommencer à sucer quand l'intensité du goût a diminué et répéter jusqu'à dissolution complète, environ 30 minutes. Réduire progressivement sur une période de 1 à 6 mois.

#### INHALATEUR DE NICOTINE (NICORETTE®)

- *Posologie* : Inhaler, par embout buccal, une cartouche de 10 mg libérant 4 mg de nicotine. Inhaler de 6 à 12 cartouches par jour, selon un horaire variable. Suivre le traitement de 3 à 6 mois.

#### Contre-indications et précautions pour les timbres, gommes, pastilles et inhalateur de nicotine :

Infarctus du myocarde ou AVC au cours des 2 semaines précédentes, angine instable ou grave, arythmie grave, grossesse et allaitement, jeune de moins de 18 ans, allergie aux diacyclons ou maladie cutanée généralisée (timbres), maladies bucco-dentaires importantes (gommes, pastilles), hypersensibilité au menthol (inhalateur), asthme ou maladie pulmonaire chronique (prudence avec l'inhalateur).

#### CHLORHYDRATE DE BUPROPION (ZYBAN®)

- *Posologie* : 150 mg par jour X 3 jours, puis 150 mg 2 fois par jour de 7 à 12 semaines. Respecter un intervalle minimal de 8 heures entre les 2 doses. Cesser de fumer la 2<sup>e</sup> semaine. Poursuivre au besoin jusqu'à 1 an.
- *Contre-indications* : Troubles convulsifs, prise de bupropion comme antidépresseur (Wellbutrin SR®), utilisation d'inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) ou de l'antipsychotique thioridazine, sevrage abrupt de l'alcool, retrait soudain de benzodiazépines ou autres sédatifs, antécédents de boulimie ou d'anorexie, allergie au bupropion.

#### VARÉNCILINE (CHAMPIX®)

- *Posologie pour les 2 premières semaines* : Première semaine : 0,5 mg par jour X 3 jours, puis 0,5 mg 2 fois par jour X 4 jours. Deuxième semaine : 1 mg 2 fois par jour. Cesser de fumer la 2<sup>e</sup> semaine.
- *Posologie pour les 10 semaines suivantes* : 1 mg 2 fois par jour. Poursuivre au besoin jusqu'à 6 mois.
- *Contre-indications et précautions* : Grossesse et allaitement, insuffisance rénale grave, jeune de moins de 18 ans. On doit porter une attention particulière aux patients qui ont déjà souffert ou souffrent de dépression ou d'autre problème de santé mentale.

#### COMBINAISONS D'AIDES PHARMACOLOGIQUES

Certaines combinaisons d'aides pharmacologiques sont efficaces et devraient être considérées chez les fumeurs qui souhaitent cesser de fumer, en particulier chez les fumeurs fortement dépendants de la nicotine :

- *Timbre + gommes ou pastilles ou inhalateur au besoin lors de fortes envies de fumer.*
- *Bupropion + timbre lors de l'arrêt tabagique. Il est essentiel de mesurer de façon régulière la pression artérielle.*

Pour la varénciline, il n'est pas recommandé de la combiner avec le bupropion ou un substitut de nicotine.

N.B. : Pour information complète sur les aides pharmacologiques, se référer à la monographie des produits.

Février 2009

## Étape 5

Bien s'outiller  
pour bien travailler

## Étape 5 : Bien s'outiller pour bien travailler

### Objectifs

1. Choisir les outils en soutien au travail des professionnels de la clinique;
2. Choisir les outils à utiliser auprès des patients;
3. Prévoir leur emplacement et le mode d'approvisionnement.

### *L'environnement, facilitant pour le professionnel*

L'environnement peut être un facteur facilitant pour le travail de tous les professionnels de la santé et des membres du personnel. L'organisation de la clinique (bureaux, salle d'attente, comptoir d'accueil) doit faciliter la réalisation des actions prévues au protocole (directive) et soutenir les interventions des professionnels auprès des patients fumeurs.

### *L'environnement, supportant pour le patient*

Au terme d'une consultation, les patients retiennent peu les informations fournies par les professionnels. Lorsqu'un dépliant leur est remis, ils le consultent davantage et peuvent ainsi être plus impliqués dans la démarche de prise en charge de leur problème de santé.

La réalisation de cette étape nécessite une rencontre afin de :

- Recenser tous les outils concernant le tabagisme dont dispose la clinique;
- Sélectionner les outils à conserver et ceux à se procurer;
- Préciser l'utilisation, la distribution et l'emplacement des outils;
- Prévoir un mode d'approvisionnement (commandes).

Un recueil d'outils est présenté au milieu clinique par l'infirmière-conseil en prévention clinique et les outils retenus peuvent être ajoutés au protocole (voir table des matières du recueil en annexe). En plus de faciliter le travail de chacun, cette étape harmonise davantage les pratiques et ajoute à la cohérence des messages diffusés aux patients.

### *Qui fait quoi?*

- GMF ou autre milieu clinique : choisit les outils à conserver et ceux à se procurer.
- L'ICPC en collaboration avec la DSP : rend disponible des outils ou peut valider le contenu de nouveaux outils.

## Étape 6

Réexaminer,  
réajuster,  
peaufiner

## Étape 6 : Réexaminer, réajuster, peaufiner

### Objectifs

1. Décider de la date de révision de la démarche;
2. Choisir les outils qui permettent de revoir la façon d'offrir les services de counselling en abandon du tabagisme;
3. Compléter la démarche d'appréciation/rétroaction;
4. Adopter des modifications afin d'améliorer la systématisation des soins pour le counselling en abandon du tabagisme.

La rétroaction sur l'organisation des services représente un moteur important pour effectuer et maintenir un changement. Elle peut porter sur les activités d'identification du statut tabagique, sur les interventions de counselling en abandon du tabac incluant le suivi et la référence des patients, ainsi que sur la satisfaction du personnel et celle des patients.

### Réexaminer

À cette étape, l'outil n° 31a *Choix de la démarche d'évaluation* permet de prévoir comment la clinique évaluera la nouvelle organisation des services : choix des moyens, fréquence des révisions, éléments à évaluer.

L'outil n° 31b *Évaluation du système de soins visant le counselling en abandon du tabagisme* révisé les différents volets du système de prestation des services (fonctionnement, difficultés, etc.).

On peut aussi reprendre la vérification des pratiques à partir des notes aux dossiers avec au moins trente dossiers, ou encore examiner les changements adoptés au niveau de l'environnement ou de l'organisation, et ce, à partir des mêmes grilles utilisées au début de la démarche et comparer les résultats (étape 2 : outils n° 2a et 2b).

La clinique peut distribuer des questionnaires d'évaluation de la satisfaction de la clientèle, puis en faire la compilation.

## ***Réajuster et peaufiner l'organisation***

Une rencontre d'équipe permet de présenter et discuter de l'ensemble des résultats obtenus sur ces différents volets. Elle propose des façons d'améliorer la pratique. Par la suite, le responsable de l'équipe, avec l'accord du groupe, procède à la mise en œuvre des changements proposés. L'équipe prévoit la prochaine date de révision.

### ***Qui fait quoi?***

- GMF ou milieu clinique : procède à la révision de la démarche, assure la rétroaction auprès des membres et décide des changements à apporter si nécessaire.
- L'ICPC en collaboration avec la DSP : peut participer ou procéder à la révision de la démarche et effectuer la rétroaction auprès du responsable du milieu clinique.

## Outil no 31a - Choix de la démarche d'évaluation

### Quels moyens choisissons-nous pour réexaminer nos changements?

- Étape 2, outil n° 2a : *Grille d'évaluation des notes sur les interventions visant l'abandon du tabagisme*
- Étape 2, outil n° 2b : *Grille pour l'évaluation de l'organisation des services en abandon du tabac et de l'environnement du milieu clinique*
- Étape 4, outil n° 4a : *Distribution des tâches entre les membres du personnel*
- Étape 6, outil n° 31b : *Évaluation du système de soins préventifs en cessation tabagique*

### Autres moyens pour réexaminer nos changements?

- Questionnaire sur la satisfaction des patients
  - Autre (préciser)
- 

### À quelle fréquence voulons-nous revoir nos changements?

- 6 mois
- 12 mois
- 18 mois
- Autre (spécifier) : \_\_\_\_\_

### Quels sont les éléments que nous voulons évaluer?

- Notes au dossier sur l'identification du statut tabagique
- Notes au dossier sur le counselling en abandon du tabagisme
- Notes au dossier le traitement pharmacologique du tabagisme
- Mécanismes de référence aux ressources en abandon du tabagisme
- Utilisation des outils
- Satisfaction du personnel
- Satisfaction de la clientèle

## SYNTHÈSE DES RÉPONSES

Le ou les responsables présentent les résultats à l'équipe.

**DATE DE LA PROCHAINE RÉVISION :** \_\_\_\_\_

Source : adapté du Put Prevention Into Practice, 2002

## Outil no 31b - Évaluation du système de soins préventifs en cessation tabagique

### 1. INFORMATION SUR LES SERVICES OFFERTS

Utiliser l'outil n° 2a : *Grille d'évaluation des notes sur les interventions visant l'abandon du tabagisme* et l'outil n° 2b : *Grille pour l'évaluation de l'organisation des services en abandon du tabagisme et de l'environnement du milieu clinique.*

***Les services que nous offrons sont-ils davantage notés au dossier?***

---

---

***Notre mode de fonctionnement correspond-il à nos priorités d'action? (Étape 4, outil n° 4a)***

---

---

***Offrons-nous les services que nous voulions offrir?***

---

---

***Qu'est-ce qui fonctionne bien? Pourquoi?***

---

---

***Qu'est-ce qui ne fonctionne pas? Pourquoi?***

---

---

***Qu'est-ce qui pourrait être fait différemment?***

---

---

***Comment les patients réagissent-ils aux changements apportés?***

---

---

***SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE***

---

---

2. LE FONCTIONNEMENT ET LA SATISFACTION DU PERSONNEL	OUI	NON
<b>Le personnel est-il satisfait des changements apportés à l'organisation des services?</b>		
Clarification des rôles et responsabilités		
Bonne collaboration de chacun		
Nouvelle façon de faire		

**SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE**

---



---

3. LE PROTOCOLE (DIRECTIVE) DE SOINS	OUI	NON
<b>Les éléments du protocole de soins (directive) sont-ils respectés?</b>		
Clientèle ciblée par le counselling		
Évaluation du patient fumeur		
Interventions visant l'abandon du tabagisme		
Traitement pharmacologique		
Suivi et référence du patient fumeur		

**SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE**

---



---

4. LES OUTILS PROPOSÉS	OUI	NON
Les outils proposés à l'Étape 5 répondent-ils à nos besoins?		
Devrions-nous modifier nos outils?		

**SOULIGNER LES ÉLÉMENTS QUI DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE**

---



---

## 5. LES ÉLÉMENTS QUE NOUS VOULONS AMÉLIORER

---



---



---

Source : traduit et adapté du Put Prevention Into Practice, 2002

## BIBLIOGRAPHIE

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2002). Put prevention into practice program. *A Step-by-Step Guide to Delivering Clinical Preventive Services : A Systems Approach*. no de publication : APPIP01-0001, Rockville, MD.

Bader et coll. (2008). Tobacco control, An Algorithm for Tailoring Pharmacotherapy for Smoking Cessation : Results from a Delphi Panel of International Experts.

Bélanger, H. (2008). *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique*. Québec, Québec : Gouvernement du Québec.

Bellerose, C et Noiseux, M. (2009). Enquête sur les maladies chroniques, région de la Montérégie. Résultats préliminaires.

Ben Amar M. et Légaré N. (2006) Le tabac à l'aube du 21<sup>e</sup> siècle, mise à jour des connaissances. Centre québécois de lutte aux dépendances. Montréal.

Bordeleau, M. (2009). « Usage du tabac », dans : DUBÉ, G. et autres (2009). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2009*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 3, pp. 41 – 91.

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal et Collège des médecins du Québec (2009). L'examen médical périodique de l'adulte. Données probantes. 32 pages.

Chevalier, S., Renaud, L. et Hubert, F. (2005). *L'expérience d'Au cœur de la vie*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec. [http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/399-IntegrationPratiquesCliniquesPreventives\\_CoeurVie.pdf](http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/399-IntegrationPratiquesCliniquesPreventives_CoeurVie.pdf), consulté le 9 décembre 2010.

Cromwell, J. et coll. (1997) Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. – *JAMA*. – Vol. 278, no 21, pp. 1759-1766.

Croteau P. (2010). Le nombre de fumeurs a diminué au Canada en 2009 - Au Québec, la prévalence du tabagisme semble avoir continué de baisser. Info tabac.ca Revue pour un Canada sans fumée. Numéro 84, Octobre 2010, disponible en ligne au <http://www.info-tabac.ca/revue84/sondage.htm>, consulté le 9 décembre 2010.

CMA. Tobacco : The role of health professionals in smoking cessation. Joint Statement. 2001.

Fagerstrom, K.-O. (1978). Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualisation of treatment, *Addictive Behaviors* vol. 3, pp. 235-241.

Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et coll. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence : 2008 Update*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department Of Health and Human Services. Public Health Service  
[http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf)

Gervais A., Lacroix C., Sissoko H., Villeneuve D. (2010). *Des professionnels actifs pour traiter le tabagisme et sa dépendance*. DSP de l'ASSS de Montréal : disponible en ligne en format pdf au : <http://www.santepub-mtl.gc.ca/Publication/pdf/tabac/tabagisme2010.pdf> consulté le 9 décembre 2010.

## BIBLIOGRAPHIE (suite)

Gosselin C., Villeneuve D., Sissoko H., Lacroix C., Stefan M.A. (2010) *Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application : le soutien à la cessation tabagique*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, <http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/isbn978-2-89510-463-6.pdf>, consulté le 9 décembre 2010.

Groulx, S. (2007). *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 72 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives) <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-272-02.pdf> consulté le 9 décembre 2010.

Groupe de soutien à l'implantation des groupes de médecine de famille (2003), *Devenir un GMF. Guide d'accompagnement. Le groupe de médecine de famille : un atout pour le patient et son médecin*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 70 p.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict.* 86(9): 1119-27.

Kayser J. et Thibault C. (2006). *Counselling en abandon du tabac : Orientation pour la pratique infirmière*, OIIQ. disponible en ligne en format PDF au : [http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres\\_publications/Tabagisme.pdf](http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Tabagisme.pdf) consulté le 9 décembre 2010.

Law, M, Tang J.L. (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. – *Archives of Internal Medicine*. Oct. ; 155(18) : 1933-1941.

Leclerc, B.S., et coll. (2009). Évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme. Période 2005–2006, Montréal, Développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec, 40 p.

Levesque, J-F., Cleret de Langavant, G., Gagné, V. (2010). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010. Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications. Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. Disponible en ligne : [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010\\_RapportAppreciation/CSBE\\_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010_RapportAppreciation/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf)

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec et Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2005). *Rapport du groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin en première ligne et les activités partageables*, OIIQ, FMOQ, Montréal, 210 p.

Ordre des dentistes du Québec (2005). *Intervenir auprès des patients fumeurs - Un guide à l'intention des dentistes*, disponible en ligne en format PDF au : [http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/publications/images/pdf/intervenir\\_fr.pdf](http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/publications/images/pdf/intervenir_fr.pdf)

Ordre des inhalothérapeutes du Québec (2007). *L'inhalothérapeute intervient auprès de ces patients fumeurs : outil d'aide à la pratique*, disponible en ligne en format pdf au : <http://www.opiq.qc.ca/publications/Carnet%20complet%20final.pdf>

## BIBLIOGRAPHIE (suite)

Organisation mondiale de la santé (2009). Rapport de L'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2009 - Créer des espaces non-fumeurs. Genève.

Papadakis, S. (2007). Intégration de l'abandon du tabac dans la pratique habituelle des soins primaires : Identification de stratégies efficaces pour votre pratique. *Abandon du tabac, conférences scientifiques*. vol. 1(9). Disponible sur Internet au [www.abandondutabac-conferences.ca](http://www.abandondutabac-conferences.ca)

Poirier A. (2010). « La prévention : un levier pour optimiser les actions du système de santé ». Présentation faite par le Directeur national de santé publique du Québec et sous-ministre adjoint, dans le cadre du rendez-vous des gestionnaires. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 23 novembre 2010

PROVOST, M.-H., et coll. (2007). Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 168 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives).

RAMQ (2010). Les médicaments couverts – Les produits antitabac <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr>, consulté le 28 octobre 2010

Lancaster T, Stead L. (2004). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. No 4 :CD000165.

Tremblay M, Cournoyer D, Jukic D, O'Loughlin J. (2005). *Le counselling en abandon du tabac – résultats d'une enquête menée auprès des infirmiers et infirmières du Québec*, Institut national de santé publique du Québec.

Tremblay M., Cournoyer D, O'Loughlin J. (2005). Le counselling en abandon du tabac - Résultats d'une enquête menée auprès des médecins du Québec. Institut national de santé publique du Québec.

Tremblay M, Cournoyer D, O'Loughlin J. (2005). Le counselling en abandon du tabac - Résultats d'une enquête menée auprès des dentistes du Québec. Institut national de santé publique du Québec.

Tremblay M., Cournoyer D, O'Loughlin J. (2005). Le counselling en abandon du tabac - Résultats d'une enquête menée auprès des hygiénistes dentaires du Québec. Institut national de santé publique du Québec.

Tremblay M., Cournoyer D, O'Loughlin J. (2005). Le counselling en abandon du tabac - Résultats d'une enquête menée auprès des pharmaciens du Québec. Institut national de santé publique du Québec.

Tremblay M., Cournoyer D, O'Loughlin J. (2005). Le counselling en abandon du tabac - Résultats d'une enquête menée auprès des inhalothérapeutes du Québec. Institut national de santé publique du Québec.



**Annexe – Table des matières du :**

**« Recueil des outils pour l'intervention en cessation tabagique »**

# Recueil des outils pour l'intervention en cessation tabagique

## Table des matières

Les numéros d'outils correspondent aux numéros d'onglet

### ÉTAPE 1 PASSER À L'ACTION : L'HEURE DES CHOIX

**Outil no 1** Prêt pour un changement

### ÉTAPE 2 ÉTABLIR LE PORTRAIT DES PRATIQUES ACTUELLES

#### Outils no 2

**2a** Grille d'évaluation des notes au dossier sur les interventions visant la cessation tabagique

**2b** Grille pour l'évaluation de l'organisation des services en abandon du tabac et de l'environnement du milieu clinique

### ÉTAPE 3 ÉLABORER UN PROTOCOLE DE SOINS PRÉVENTIFS

**Outil no 3** Protocole pour la systématisation des soins visant le counselling concernant l'abandon du tabagisme

### ÉTAPE 4 PLANIFIER LA PRESTATION DES SERVICES

#### Outils no 4

**4a** Distribution des tâches entre les membres du personnel

**4b** Modèle de systématisation des soins en abandon du tabagisme - distribution des tâches et trajectoire du patient

**4c** Modèle de systématisation de l'intervention en abandon du tabagisme réalisée par l'infirmière

#### Outils no 5 Algorithmes

**5a** Algorithme général pour l'intervention en cessation tabagique (selon Fiore et coll., 2008)

**5b** Algorithme pour déterminer le stade de changement et l'objectif de l'intervention

**5c** Algorithme pour le counselling en abandon du tabac selon le stade de changement

**5d** Formulaire pour le counselling en abandon du tabac (FMOQ, 2009)

### ÉTAPE 5 BIEN S'OUTILLER POUR BIEN TRAVAILLER

## OUTILS POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

(médecins, infirmières, inhalothérapeutes, dentistes, pharmaciens)

### Guides de pratique clinique

**Outil no 6** **Traitement de l'usage et de la dépendance au tabac**, lignes directrices américaines du site *surgeon general.gov*, MAJ 2008; disponible en ligne en format PDF au : [http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating\\_tobacco\\_use08.pdf](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf)

**Outil no 7** **Des professionnels actifs pour traiter le tabagisme et sa dépendance**, DSP de l'ASSS de Montréal, 2010 : disponible en ligne en format PDF au : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdf/tabac/tabagisme2010.pdf>

**Outil no 8** **Counseling en abandon du tabac - Orientations pour la pratique infirmière**, OIIQ, 2006. disponible en ligne en format PDF au : [http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres\\_publications/Tabagisme.pdf](http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Tabagisme.pdf)

**Outil no 9** **Intervenir auprès des patients fumeurs - Un guide à l'intention des dentistes**, Ordre des dentistes du Québec, 2005, disponible en ligne en format PDF au : [http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/publications/images/pdf/intervenir\\_fr.pdf](http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/publications/images/pdf/intervenir_fr.pdf)

**Outil no 10** **L'inhalothérapeute intervient auprès de ses patients fumeurs - outil d'aide à la pratique**, Ordre des inhalothérapeutes du Québec, 2007; disponible en ligne en format PDF au : <http://www.opiq.qc.ca/publications/Carnet%20complet%20final.pdf>

## OUTILS POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ (suite)

### Formations

#### Outils no 11

- 11a Infirmières : Formation continue – Programme 2010-2011,**  
*Comment, en 3 minutes, motiver vos clients à changer de comportement au regard de leur santé,* formation organisée par l'OIIQ, pour plus d'information sur le programme de formation, consulter ce lien :  
[http://www.oiiq.org/evenements/formation/formation\\_continue2010\\_2011.pdf](http://www.oiiq.org/evenements/formation/formation_continue2010_2011.pdf)
- 11b Pharmaciens : Cessation tabagique : Une formation qui fait mouche... pour aider les fumeurs à décrocher!** Manuel d'autoformation 2007 et MAJ 2009. Disponible en ligne pour les membres de l'OPQ :  
[http://www.opq.org/fr/services\\_membres/formation](http://www.opq.org/fr/services_membres/formation)
- 11c Dentistes :** À venir. Pour information, consulter le site réservé aux membres  
<http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/>
- 11d Inhalothérapeutes :** À venir. Formation offerte par l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ), pour information, consulter le site réservé aux membres : <http://campus.opiq.qc.ca/>

### Outils d'aide à la pratique des professionnels

- Outil no 12 Soutien médical à l'abandon du tabagisme chez tout fumeur ou ex-fumeur < 6 mois,** formulaires disponibles en français et en anglais sur le site web de la FMOQ, 2009, section organisation de la pratique/clinique/outils cliniques – formulaires :  
<http://www.fmoq.org/fr/organization/clinical/toolbox/forms/default.aspx>

#### Outils no 13

- 13a Ordonnance collective pour initier une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), 2008 ;** l'ordonnance vise les pharmaciens et les intervenants des CAT de la Montérégie
- 13b Prescription d'une aide pharmacologique pour l'abandon du tabagisme,** outil pour faciliter la prescription pour les médecins

#### Outils no 14

- 14a Pastilles autocollantes** pour l'identification du statut tabagique dans le dossier clinique
- 14b Tabagisme : Questionnaire Auto-administré à la Salle d'Attente du Cabinet (QASAC),** outil pour l'évaluation du tabagisme
- 14c Formulaire de référence - Centre d'abandon du tabagisme (CAT),** outil pour tous les professionnels de la santé qui souhaitent référer un fumeur au CAT et obtenir un suivi sur l'intervention

## OUTILS POUR LES PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ (suite)

### Sites Internet pour les professionnels

#### Outils no 15



**15a U.S. Preventive Services Task Force** : panel indépendant d'experts en soins de santé primaire qui élaborent des recommandations sur les pratiques cliniques préventives basées sur des données probantes <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstbac2.htm>



**15b Abandon du tabac – Conférences scientifiques** : Produit par l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et le Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Université de Toronto (CAMH). Présente les derniers progrès scientifiques et cliniques sur l'abandon du tabac <http://www.abandondutabac-conferences.ca/cgi-bin/templates/body/accueil.cfm>



**15c Info-tabac.ca** répond à la plupart des questions sur le tabagisme, ou mène vers les sites les plus susceptibles de vous renseigner. Lancée en 1996 par l'organisme sans but lucratif du même nom, la revue *Info-tabac* est publiée cinq fois par année <http://www.info-tabac.ca/>



**15d Conseil québécois sur le tabac et la santé** a pour mission de mobiliser les intervenants québécois autour de l'objectif global de réduction de la consommation des produits du tabac, en situant leurs interventions dans le cadre d'une approche en promotion de la santé et en prévention [www.cqts.qc.ca](http://www.cqts.qc.ca)



**15e L'association pulmonaire du Canada** s'intéresse à tous les enjeux qui touchent la santé respiratoire. Le site consacre toute une section au tabagisme, avec des informations utiles tant pour le public que pour les professionnels. [http://www.poumon.ca/protect-protégez/tobacco-tabagisme\\_f.php](http://www.poumon.ca/protect-protégez/tobacco-tabagisme_f.php)



**15f L'association pulmonaire du Québec** : Membre de l'Association pulmonaire du Canada et de l'American Lung Association, elle offre les services concernant : la MPOC, l'asthme, les autres maladies respiratoires, de l'information sur les différents programmes d'aide pour la cessation tabagique, des lignes téléphoniques sans frais. Des professionnels de la santé sont également disponibles à titre de conférenciers <http://www.pg.poumon.ca>



**15g 0-5-30 combinaison-prévention**, des recommandations concernant trois habitudes de vie en un message mobilisateur **0-5-30**, dont **0 tabagisme** : vivre dans un environnement sans fumée de tabac et ne pas fumer. Consulter la section destinée aux professionnels [http://www.0-5-30.com/zero\\_profAction.asp?rqn=Monterejje](http://www.0-5-30.com/zero_profAction.asp?rqn=Monterejje)



**15h La société canadienne du cancer** mène une action concertée en collaboration avec divers partenaires pour favoriser une vie sans tabac, une saine alimentation, la pratique régulière de l'activité physique et le maintien d'un poids santé [www.cancer.ca](http://www.cancer.ca)  
La section consacrée au tabagisme offre de nombreuses informations pertinentes pour le public et pour les professionnels de la santé : [http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Quit%20smoking.aspx?sc\\_lang=fr-ca](http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Quit%20smoking.aspx?sc_lang=fr-ca)



**15i Santé Canada** - Les professionnels de la santé ont accès : aux données de surveillance de l'usage du tabac au Canada, à la loi sur le tabac, à la stratégie de lutte contre le tabagisme, à des campagnes nationales, etc. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/index-fra.php>

## OUTILS VISANT LES PATIENTS

### Outils de soutien à la cessation tabagique

#### Outils no 16

- 16a** **Affiche pour la promotion des centres d'abandon du tabagisme (CAT)** : développée dans le cadre de la campagne provinciale de promotion des CAT. (français en anglais). Pour commander voir l'outil 16c ou s'adresser au CAT.
- 16b** **Dépliant et carte de rendez-vous avec la description et les coordonnées des CAT** développés dans le cadre de la campagne provinciale (français en anglais). Pour commander voir l'outil 16c ou s'adresser au CAT.
- 16c** **Bon de commande** matériel tabac disponible à l'ASSS de la Montérégie

#### Outil no 17

**Pour les personnes qui veulent cesser de fumer - Une étape à la fois**, Guide pour arrêter de fumer, Société canadienne du cancer, 2007.  
Pour commander : **1 888 939-3333**, disponible en ligne en plusieurs langues au : [http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Quit%20smoking/Why%20should%20quit.aspx?sc\\_lang=fr-CA&r=1](http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Quit%20smoking/Why%20should%20quit.aspx?sc_lang=fr-CA&r=1)

#### Outil no 18

**Pour les personnes qui ne veulent pas cesser de fumer - Une étape à la fois**, Guide pour arrêter de fumer, Société canadienne du cancer, 2007.  
Pour commander : **1 888 939-3333**, disponible en ligne en plusieurs langues au : [http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Quit%20smoking/Why%20should%20quit.aspx?sc\\_lang=fr-CA&r=1](http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Quit%20smoking/Why%20should%20quit.aspx?sc_lang=fr-CA&r=1)

#### Outil no 19

**Aider une personne à cesser de fumer - Une étape à la fois**, Société canadienne du cancer, 2007. Pour commander : **1 888 939-3333**, disponible en ligne en plusieurs langues au : [http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Quit%20smoking/Why%20should%20quit.aspx?sc\\_lang=fr-CA&r=1](http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Quit%20smoking/Why%20should%20quit.aspx?sc_lang=fr-CA&r=1)

#### Outil no 20

**Sur la voie de la réussite - Guide pour devenir un non-fumeur**, 2007, Santé Canada, Pour commander ou télécharger la version PDF : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/orq-svr/index-fra.php>

#### Outil no 21

**Vous voulez vous libérer du tabac?** Outil d'enseignement en cessation tabagique, interactif avec le professionnel de la santé dentaire, développé par l'Ordre des dentistes du Québec. Disponible en ligne en format PDF au : [http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/dossiers\\_sante/images/AntiTabac\\_fr.pdf](http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/dossiers_sante/images/AntiTabac_fr.pdf)

#### Outil no 22

**Éteindre vous allume! Mieux connaître les effets du tabac sur la santé buccodentaire**, dépliant développé par l'Ordre des dentistes du Québec, disponible en ligne en format PDF au : [http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/publications/images/pdf/eteindre\\_fr.pdf](http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/publications/images/pdf/eteindre_fr.pdf)

#### Outil no 23

**Cette fois-ci pourrait bien être la bonne! Un guide pour vous aider à cesser de fumer, étape par étape**, programme « **J'écrase pour de bon** », développé en collaboration avec la Fondation des maladies du cœur du Québec, disponible en ligne sur le site : <http://www.jecrasepourdebon.ca/fr/home/>

#### Outil no 24

**Conseils pour surmonter les symptômes de sevrage de la nicotine**, outil disponible en français et en anglais auprès du délégué médical de Pfizer de votre région

#### Outil no 25

**Passez le test de dépistage de la MPOC**, disponible sur le site Aide MPOC (COPD Help) au : [http://www.copdhelp.ca/fr/about\\_copd/copd\\_screening\\_test/](http://www.copdhelp.ca/fr/about_copd/copd_screening_test/)

## OUTILS VISANT LES PATIENTS (suite)

### Outils visant à diminuer l'exposition à la fumée secondaire de tabac (FST)

- Outil no 26a** **Changez d'air : Protégez-vous, ainsi que les vôtres, de la fumée secondaire**, Brochure en français, anglais et en sept autres langues, Société canadienne du cancer, 2007, disponible en format PDF au : [http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Quit%20smoking/Second-hand%20smoke.aspx?sc\\_lang=fr-CA](http://www.cancer.ca/Quebec/Prevention/Quit%20smoking/Second-hand%20smoke.aspx?sc_lang=fr-CA)
- Outil no 26b** **La fumée de tabac dans l'environnement, Protégeons la santé de nos enfants!** Brochure en français et anglais, développée par la DSP de la Montérégie, disponible auprès des conseillers en cessation tabagique des CAT
- Outil no 27a** **Faites de votre maison et de votre voiture des environnements sans fumée : Un guide pour protéger votre famille contre la fumée secondaire**, 2008, Pour commander le guide ou le télécharger, aller sur le site de Santé Canada au : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/second-guide/index-fra.php>
- Outil no 27b** **Aidez votre enfant à vivre sans fumée : Un guide pour protéger votre enfant contre le tabagisme**, 2010, Pour commander le guide, aller sur le site de Santé Canada au : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/quit-cesser/kids-enfants/index-fra.php>

### Outils visant les femmes enceintes et nouvelles mamans fumeuses

- Outil no 28** **Magazine santé Deux - Pour les femmes enceintes et les nouvelles mamans**, 2008, versions PDF disponibles et sur le site de la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal, en français et en anglais. Revue aussi disponible par téléphone au : 514-528-2400 <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdf/famille/magazinesante.pdf> <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdf/famille/healthmagazine.pdf>
- Outil no 29** **Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans**, guide produit par l'Institut national de santé publique du Québec, 2010; concernant le tabagisme et la FTS voir les pages : 59-60 et 580, disponible en ligne au : <http://www.inspq.qc.ca/MieuxVivre/default.asp>

### Ressources et sites Internet destinés aux patients

#### Outils no 30



- 30a** **Les centres d'abandon du tabagisme** : Les CSSS disposent de plus de 150 centres d'abandon du tabagisme (CAT), où les fumeurs sont aidés par un professionnel spécialisé. Au choix de l'utilisateur, les rencontres se font individuellement ou en groupe. Listes des CAT de la région de la Montérégie au : <http://www.jarrete.qc.ca/fr/centres/monteregie.html>



- 30b** **j'Arrête. Le site pour s'aider à se libérer du tabac**. Proposé par le Conseil québécois sur le tabac et la santé, [le Site J'arrête offre](#), en version ado ou adulte, une méthode d'abandon personnalisée basée sur des évidences scientifiques. On y profite de l'entraide d'une communauté virtuelle



- 30c** **La ligne téléphonique j'Arrête**. : Opérée par la Société canadienne du cancer, la ligne J'arrête, appuie les fumeurs lors des différentes phases de l'arrêt. Ouverte du lundi au jeudi de 8 h à 21 h et le vendredi de 8 h à 20 h, au **1-866-527-7383 (1-866-JARRETE)**

## OUTILS VISANT LES PATIENTS (suite)



**30d Défi J'arrête, j'y gagne!** Pendant 6 semaines, les participants s'engagent à ne pas fumer avec l'aide d'un parrain ou d'une marraine non-fumeurs. Offre une trousse gratuite, un site internet, des courriels d'encouragement pendant 1 an et des prix d'une valeur de 10 000 \$ <http://www.defitabac.qc.ca/defi/fr/index.html>



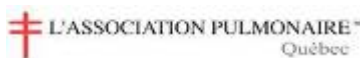
**30e 0-5-30 Combinaison prévention** - La combinaison des recommandations concernant trois habitudes de vie en un message mobilisateur **0-5-30**, dont **0 tabagisme** : vivre dans un environnement sans fumée de tabac et ne pas fumer. Consulter la section destinée aux patients au : [http://www.0-5-30.com/zero\\_profAction.asp?rgn=Monteregie](http://www.0-5-30.com/zero_profAction.asp?rgn=Monteregie)



**30f** Le service Internet « **iPof** » a été mis en place à l'intention des jeunes du secondaire au : <http://www.ipof.ca/>



**30g La gang allumée pour une vie sans fumée** : Des jeunes québécois fumeurs et non-fumeurs travaillent ensemble à : prévenir l'usage du tabac, sensibiliser leur entourage, se libérer du tabac ou aider quelqu'un à s'en sortir. [www.lagangallumee.com](http://www.lagangallumee.com)



**30h La ligne POU MON-9 : 1 888 768-6669 poste 232**, un service personnalisé, assuré par des professionnels de la santé spécialisés en matière de cessation tabagique <http://www.pq.poumon.ca/services/poumon-9/>



**30i Vivez sans fumée!** Préoccupations liées à la santé sur le site de Santé Canada au : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/index-fra.php>



**30j Vie 100 fumer ou Quit4life** : Site canadien d'aide à l'abandon du tabac pour les jeunes au : [www.quit4life.com](http://www.quit4life.com)



**30k Smoke-FX** : Site canadien d'aide à l'abandon du tabac pour les jeunes au : [www.smoke-fx.com](http://www.smoke-fx.com)



**30l QuitNow** : Site canadien d'aide à l'abandon du tabac destiné aux adultes au : <http://www.quitnow.ca/>



**30m QUITNET** : Site américain d'aide à l'abandon du tabac destiné aux adultes au : [www.quitnet.com](http://www.quitnet.com)



**30n Fondation des maladies du cœur du Québec** : Informations sur l'impact du tabagisme sur la santé du cœur au : <http://www.fmcoeur.qc.ca/>

## ÉTAPE 6 RÉEXAMINER, RÉAJUSTER, PEAUFINER

### Outils no 31

**31a** Choix de la démarche d'évaluation

**31b** Évaluation du système de soins préventifs en cessation tabagique