



LE PRÉVENANT

BULLETIN D'INFORMATION DESTINÉ AUX MÉDECINS ET AUX AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE LANAUDIÈRE — Vol. 32, N° 4

Juillet 2023

Modèle d'Ottawa pour l'Abandon du Tabac (MOAT) Intensification du déploiement du programme clinique de systématisation du soutien à l'abandon tabagique dans le cadre de la Politique pour des environnements sans fumée.

Dans le cadre de la *Politique pour des environnements sans fumée*, il y aura intensification du déploiement du programme clinique de systématisation du soutien à l'abandon tabagique au CISSS de Lanaudière, le Modèle d'Ottawa pour l'Abandon du Tabac (MOAT). Ce programme nécessite la collaboration de plusieurs partenaires dont, particulièrement, celle des médecins traitants.

En appui aux orientations de la *Politique pour des environnements sans fumée* promulguée en décembre 2019 et de sa récente remise en application post-pandémique, une équipe dédiée a été constituée afin de soutenir l'implantation du programme clinique de systématisation du soutien à l'abandon tabagique (MOAT). Elle accompagnera les usagers qui utilisent des produits du tabac ou de vapotage au cours de leur passage dans les centres hospitaliers et pour les mois suivant leur hospitalisation. Cette équipe collaborera étroitement avec les équipes de soins et les médecins traitants. Du soutien adapté en abandon tabagique sera également offert au personnel soignant.

DES FAITS ET DES CHIFFRES QUI JUSTIFIENT LA POLITIQUE POUR DES ENVIRONNEMENTS SANS FUMÉE

Selon les données de l'*Enquête québécoise de la santé de la population (EQSP) 2014-2015 (SRE, 2022a)*, la prévalence du tabagisme dans Lanaudière était toujours supérieure à celle du Québec, malgré une baisse significative au cours de la dernière décennie. Plus d'un adulte sur cinq (22 %) fumait la cigarette dans Lanaudière, soit 24 % dans Lanaudière Nord et 20 % dans Lanaudière Sud, ce qui correspondait à près de 90 000 fumeurs. Au Québec, le taux était alors de 19 %.

L'*Enquête québécoise sur le tabac et les produits de vapotage (EQTPV)*, menée entre juillet et novembre 2020, révélait un taux de fumeurs de 12 % au Québec, soit une baisse de 7 % sur cette période de 5 ans. La plus forte consommation se situait chez les groupes adultes âgés de 25 et 64 ans ; le maximum atteint (15 %) se retrouvait chez les 25-34 ans. La proportion de vapoteurs était de 4 %, principalement chez les 15-24 ans. L'étude révèle également que 54 % des fumeurs ont essayé d'arrêter de fumer pendant au moins 24 heures au cours des 2 dernières années et que 43 % des vapoteurs avaient l'intention d'arrêter de vapoter au cours des 6 prochains mois.

Une autre vaste étude canadienne (*Tobacco Use in Canada : Patterns and Trends, 2019 Edition, Propel Center*) précisait que parmi les répondants qui avaient fait une tentative d'arrêt dans la dernière année, 12 % seulement étaient abstinents au moment de la recherche. Plus de la moitié des fumeurs qui ont visité un médecin dans la dernière année avaient reçu un avis de cesser de fumer. Cependant, seulement une faible proportion de ceux-ci avaient obtenu de l'information pour du soutien. Les deux tiers des

fumeurs qui ont tenté d'arrêter de fumer ont utilisé une forme d'aide ; les plus fréquentes étaient la cigarette électronique (32,45%),

les thérapies de remplacement de la nicotine et les autres médicaments tels le Champix et le Zyban.

De façon générale, on note que les taux de consommation tabagique ne sont pas le fruit du hasard. Les clientèles issues des milieux socio-économiques défavorisés sont toujours plus vulnérables au tabagisme. Aussi, les taux de prévalence sont beaucoup plus élevés parmi les clientèles présentant des comorbidités associées telles que les dépendances à d'autres drogues ou l'alcool, une maladie mentale, cardiaque ou pulmonaire. Et que ce soit par maladies cardio-vasculaires, maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) ou tumeurs des organes respiratoires et intrathoraciques, toutes fortement associées ou causées par le tabagisme, les taux d'hospitalisation lanauois en soins physiques de courte durée excèdent toujours ceux du Québec.

DONNÉES STATISTIQUES

Entre 2017 et 2019, ce sont en moyenne, chaque année :

- 733 nouveaux cas de cancer du poumon qui sont diagnostiqués.

Entre 2019 et 2021, il s'est produit, en moyenne, chaque année :

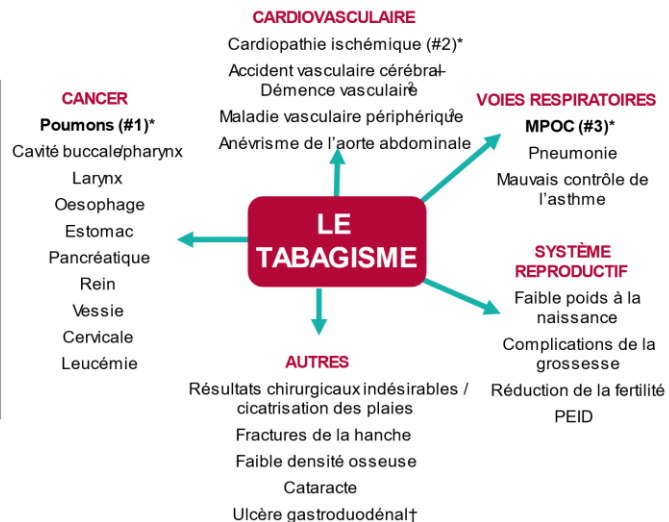
- 5909 hospitalisations par maladies cardio-vasculaires ;
- 1 375 hospitalisations par MPOC ;
- 512 hospitalisations par tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques.

Entre 2017 et 2019, ce sont en moyenne, chaque année :

- 836 Lanaudoises et Lanaudois qui sont décédés d'une maladie cardio-vasculaire ;
- 424 Lanaudoises et Lanaudois qui sont décédés d'un cancer du poumon ;
- 173 Lanaudoises et Lanaudois qui sont décédés d'une MPOC.

Le taux d'incidence de la MPOC est plus élevé dans la région que dans le Québec. Par ailleurs, le taux d'incidence lanauois du cancer du poumon excède le taux du Québec. Ce constat se confirme aussi bien dans Lanaudière-Nord que dans Lanaudière-Sud. Par conséquent, la région se démarque aussi par un nombre de décès supérieur, toutes proportions gardées, à celui du Québec.

LE TABAGISME EST LA PRINCIPALE CAUSE ÉVITABLE DE MALADIES ET DE DÉCÈS



UN LEADERSHIP EN ABANDON TABAGIQUE

Le CISSS de Lanaudière a reconnu l'importance d'implanter une *Politique pour des environnements sans fumée* et de mettre en place la systématisation de l'intervention en cessation tabagique au sein de l'établissement. Agir en milieu hospitalier permet de rejoindre rapidement un grand nombre de fumeurs afin de les soutenir dans leur dépendance au tabac ou un produit contenant de la nicotine et ultimement, les accompagner dans la cessation tabagique. La prévalence de patients fumeurs dans certains départements étant largement au-dessus du taux régional, celle-ci peut atteindre plus de 40 % de la clientèle hospitalisée, en psychiatrie notamment. Le séjour hospitalier, une période propice à une prise de décision sur sa santé et permettant le soutien des nombreux professionnels de la santé sur place, constitue une occasion idéale pour entreprendre un renoncement au tabac. Ainsi, progressivement au cours de la prochaine année, compte tenu des actions de la *Politique pour des environnements sans fumée*, chaque usager admis au sein des centres hospitaliers (CH) se verra offrir une aide pharmacologique et psychocomportementale au sevrage avec une offre de suivi post-hospitalisation.

La stratégie préconisée est celle conçue par l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa : le Modèle d'Ottawa pour l'Abandon du Tabac (MOAT). Ce modèle d'intervention a été évalué et a démontré une performance inédite accroissant le taux d'abandon à long terme, allant jusqu'à tripler le taux d'abandon en 6 mois. Selon l'évaluation faite de ce programme, il y a 50 % moins de risque pour les patients ayant bénéficié du MOAT d'être réadmis en milieu hospitalier (peu importe la cause) et 30 % moins de risques de devoir se rendre dans un service d'urgence dans les 30 jours suivant l'hospitalisation initiale. Dès les 2 premières années, le MOAT permet de réduire les taux de réhospitalisation de 21 %, les visites en salle d'urgence de 9 % et la mortalité de 40 %.



**LE TABAGISME EST LA
PRINCIPALE CAUSE
D'ADMISSIONS ET DE
RÉ-ADMISSIONS**

Public Health Agency of Canada, 2009. www.phac-aspc.gc.ca
Canadian Institute for Health Information, Health Indicators 2009

MODÈLE D'OTTAWA
POUR L'ABANDON DU TABAC

OTTAWAMODEL.CA

LE MODÈLE D'OTTAWA

Le modèle d'Ottawa
pour
l'abandon du tabac
(MOAT)

=

Processus
de
changement
des
pratiques

+

Protocole
Clinique fondé
sur les preuves

LE MODÈLE D'OTTAWA

- IDENTIFICATION
- DOCUMENTATION
- CONSEILS STRATÉGIQUES
- PHARMACOTHÉRAPIE
- SUIVI À LONG TERME

Reid RD, Pipe AL, Quintan B. Can J Cardiol 2006;22:775 -780

- 1) Le repérage du comportement tabagique chez tous les patients dès l'admission ;
- 2) La documentation du statut tabagique en milieu de soins et l'intervention clinique par du personnel dédié (un intervenant professionnel formé selon les exigences du MOAT dans chacun des centres hospitaliers) intégrant le traitement pharmacologique des symptômes de sevrage et le *counseling* psychocomportemental durant l'hospitalisation ;
- 3) L'implication médicale pour accroître la motivation des patients ainsi que le soutien offert aux patients et aux professionnels dédiés dans le traitement du tabagisme ;
- 4) La poursuite du plan de traitement post-hospitalisation incluant les prescriptions de départ et les références pour le suivi (Appels automatisés par la base de données du programme MOAT, avec questions de suivis dont les réponses et le progrès des patients sont surveillés par les intervenantes des Centres d'abandon du tabac [CAT], Ligne J'ARRÊTE, médecins de famille ou spécialistes) ;
- 5) Intégration des données de la clientèle dans la base de données MOAT par les professionnels attirés pour garantir le suivi clinique des patients et l'évaluation du programme ;
- 6) La formation initiale et continue des professionnels dédiés au déploiement du programme ;
- 7) L'application de protocoles de traitement de la dépendance tabagique toujours basée sur les données probantes ;
- 8) Une collaboration interprofessionnelle continue (médecins, infirmières, inhalothérapeutes et autres) ;
- 9) La coordination des ressources communautaires disponibles pour le suivi lors du congé des patients.

LES STRATÉGIES DE TRAITEMENT UTILISÉES DANS LE CADRE DU MOAT

Le traitement du tabagisme passe par l'intervention psychocomportementale, la pharmacothérapie et les différentes formes de suivi :

▪ Le *counseling* psychocomportemental

Utilisation de l'entretien motivationnel pour la prise de décision en misant sur :

La pertinence : en quoi cesser de fumer est-il pertinent pour la santé, la famille et l'environnement ;

Les bienfaits potentiels de l'abandon du tabac sur la santé : le goût et l'odorat, les finances personnelles ;

La réduction des risques aigus et chroniques associés aux pneumopathies, aux cardiopathies et aux cancers ;

La gestion des symptômes de sevrage : la peur de l'échec et le gain pondéral ;

L'importance de l'accompagnement.

▪ La pharmacothérapie

Utilisation des TRN (timbres, gommes, inhalateurs, pastilles, vaporisateurs) en monothérapie ou en combinaison;

Utilisation du Zyban et du Champix.

Effacité de la médication :

<u>Médications</u>	<u>Nombres d'études</u>	<u>Rapport de cotes (OR) (95 % IC)</u>
Timbres de nicotine	43	1.91 (1.71-2.14)
Gommes de nicotine	56	1.68 (1.51-1.88)
Pastilles, inhalateurs	16	2.04 (1.75-2.38)
<u>Vaporisateurs</u>		
TRN en combinaison	2	2.73 (2,07—3,65)
Bupropion	36	1.85 (1.63-2.10)
Varénicline	15	2.89 (2.40-3.48)

LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

La cigarette électronique avec liquide contenant de la nicotine fait partie des moyens usuels non médicamenteux d'aide potentielle au sevrage tabagique utilisée par plusieurs patients selon les enquêtes populationnelles. L'innocuité à long terme de la cigarette électronique, même bien utilisée, ne peut être affirmée. En conséquence, les personnes qui décident d'utiliser la cigarette électronique en externe ne devraient le faire qu'avec des objectifs de sevrage tabagique et d'en limiter la pratique dans le temps, une fois le sevrage du tabac obtenu et l'envie de fumer supprimée. Le fait de fumer et d'utiliser la cigarette électronique en alternance ne réduit pas les risques pour la

santé. Les TRN en monothérapie ou en combinaison, le Champix et le Zyban demeurent les traitements recommandés de première intention, la cigarette électronique ne devrait être utilisée qu'en dernier recours par les personnes qui font ce choix, après l'échec des autres traitements et en utilisant les produits les plus sécuritaires. Une fois hospitalisés, ces patients qui sont utilisateurs de cigarettes électroniques avec nicotine peuvent bénéficier des mêmes médicaments et *counseling* pour le sevrage que ceux qui consomment les cigarettes ou les autres produits du tabac.

LES DIFFÉRENTES FORMES DE SUIVIS POSSIBLES DANS LE CADRE DU MOAT

- Les appels automatisés (par la base de données MOAT) avec questions de suivis dont les réponses et le progrès des patients sont surveillés par les professionnels dédiés seront poursuivis pendant quelques mois (jusqu'à 6 mois ou plus si le patient désire se réinscrire) ;
- Chaque repérage de patients en difficulté ou nécessitant un soutien dans leur processus d'arrêt est référé à un intervenant du centre d'abandon du tabac ou bien à la Ligne J'ARRÊTE, selon le besoin spécifique ;
- Les partenaires essentiels dans le suivi des clients ayant bénéficié du programme MOAT : les médecins, les pharmaciens et dentistes communautaires et les autres professionnels de la santé;
- Ligne J'ARRÊTE
Téléphone : 1-866-527-7383
Site internet : <https://www.quebecsanstabac.ca/jarrete>;
- SMAT : aide par messagerie texte, composez le 202-02 pour l'inscription ;
- CAT (centre d'abandon du tabac).

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

CLSC secteur nord

Berthierville	Lavaltrie	Saint-Gabriel-de-Brandon
Chertsey	Saint-Donat	Saint-Jean-de-Matha
Joliette	Saint-Esprit	Saint-Michel-des-Saints

Tél. : 450-755-2111, poste 2313

Courriel : CEA-CAT.Nord.cissslansss.gouv.qc.ca

CLSC Meilleur (Repentigny)

Tél. : 450-654-7229, poste 63383

Courriel : CEA-CAT.Sud.cissslanss.gouv.qc.ca

CLSC Lamater (Terrebonne)

Tél. : 450-471-2881, poste 374152

Courriel : CEA-CAT.Sud.cissslanss.gouv.qc.ca

PERSPECTIVES

- Le déploiement du MOAT en milieu hospitalier constitue une autre étape importante dans la lutte au tabagisme et la collaboration des médecins et des équipes de soins y est essentielle. Ce programme sera évalué et bonifié en fonction des résultats, de vos commentaires et de l'évolution des connaissances. Il pourra ultérieurement aussi être déployé aux soins primaires en externe et dans les autres composantes du CISSS (soins prolongés, réadaptation, et autres).
- Pour atteindre l'objectif global de réduction de la prévalence du tabagisme au niveau de l'ensemble de la population, l'accroissement de l'engagement de tous les médecins et des équipes œuvrant tant dans les services ambulatoires spécialisés qu'en première ligne sera aussi nécessaire. Les protocoles de soins et les ordonnances préconisées dans le milieu hospitalier pourraient y être aussi adaptés. Ils sont tirés des meilleures pratiques et des données probantes. L'action concertée à toutes les étapes du continuum de soins sera garante du succès recherché et du déclin des morbidités et mortalités évitables causées par le tabagisme.
- La majorité des fumeurs veulent cesser de fumer. Ils essaient seuls pour la plupart, quelquefois avec de l'aide ponctuelle. Leur taux de rechute reste élevé et seulement de 6 à 12 % réussissent à long terme. Vous pouvez les aider à faire une différence en proposant et utilisant les bons outils. Il nous faut nous rappeler que le traitement de la dépendance tabagique nécessite l'intensité d'action et la vigilance associées généralement au traitement et au suivi des maladies chroniques.

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

Toutes questions relatives à cette publication peuvent être adressées à :

Laurent Marcoux

Médecin-conseil à la direction de santé publique du CISSS de Lanaudière

Courriel : laurent.marcoux.med@ssss.gouv.qc.ca

RÉFÉRENCES

<https://ottawamodel.ottawaheart.ca/fr/propos-du-moat>

https://secure.cihi.ca/free_products/Healthindicators2009_fr.pdf

<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois-resultats-de-la-deuxieme-edition.pdf>

<https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-le-tabac-et-les-produits-de-vapotage-2020-infographie.pdf>

<https://telask.com/>

<https://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/liste-de-soins-et-services/liste-par-clientele/adultes/cliniques-specialisees/abandon-du-tabagisme/>

<https://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/votre-cisss/environnement-sans-fumee/>

<https://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2009/fr-rc/pdf/cphorsphc-respcacsp-eng.pdf>

<https://www.quebecsanstabac.ca/jarrete>

<https://www.smat.ca/fr>

CMAJ, december 6, 2016, volume 188(17-18)

Surgeon General's Report. The Health Consequences of Smoking; 2004. 2. Roman GC. Cerebrovasc Dis.2005 ; 20 (Suppl 2) : 91-100. 3. Willigendael EM et coll. J Vasc Surg. 2004 ; 40:1158-1165.

Publication

Direction de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Responsable de la publication

D^octeur Joane Désilets, médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses

Rédaction :

D^octeur Laurent Marcoux, médecin-conseil

Avec la collaboration de :

Priscilla Bélanger, spécialiste implantation programme MOAT
Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
Patrick Bellehumeur, APPR, DSPublique
Mélicha Gaudet, APPR, DSPublique
Mélicha Rivest, agente administrative, DSPublique

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2022

Dépôt légal

ISSN 1718—9497 (PDF)

1920—2555 (en ligne)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible à la section *Documentation*, dans la rubrique *Santé publique*, sous l'onglet *Bulletins* du site du CISSS au :

www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée.