

Systematisation des interventions en établissement de santé auprès des personnes qui font usage du tabac

Systematisation des interventions en etablissement de sante aupres des personnes qui font usage du tabac

Direction du developpement des individus et des communautes

Aout 2019

AUTEURES

Michèle Tremblay
Institut national de santé publique du Québec
Claire Jutras
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Suzanne Noreau
Ministère de la Santé et des Services sociaux

EN COLLABORATION AVEC

Karima Hallouche,
Uyen Pham, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

MISE EN PAGE

Anouk Sugàr
Institut national de santé publique du Québec

ÉDITION

Direction des communications et de la documentation, Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS

Les auteures souhaitent remercier chaleureusement les personnes suivantes, qui ont participé à une entrevue téléphonique permettant de recueillir leur expérience par rapport au Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac :

Laurent Marcoux
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Mark-Andrew Stefan
Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Véronique Therrien
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Manon Toupin
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Les auteurs souhaitent également remercier les personnes suivantes qui ont relu et commenté le présent document :

André Marchand
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Laurent Marcoux
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Annie Montreuil
Sébastien O'Neill
Institut national de santé publique du Québec

Enfin, un merci tout particulier à Mark-Andrew Stefan du Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval pour le partage d'outils.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-84749-6 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2019)

Table des matières

Liste des tableaux.....	III
Liste des acronymes	V
Faits saillants.....	1
1 Mise en contexte	3
2 Démarche.....	5
2.1 Les écrits scientifiques sur les démarches de systématisation	5
2.2 Les expériences québécoises de systématisation	5
2.3 Le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac	5
3 Interventions sur le renoncement au tabac en milieu hospitalier.....	7
3.1 Efficacité des interventions sur le renoncement au tabac en milieu hospitalier	7
3.2 Lignes directrices sur le renoncement au tabac chez les fumeurs hospitalisés	7
3.2.1 Lignes directrices américaines de 2008	8
3.2.2 Lignes directrices canadiennes de 2011	8
3.2.3 Lignes directrices espagnoles de 2017	9
3.2.4 Lignes directrices européennes de 2018.....	10
3.3 Stratégies visant le changement de systèmes dans les milieux de santé	10
3.3.1 Recommandations américaines 2007-2008.....	10
3.3.2 Recension systématique.....	12
4 Expériences québécoises de systématisation d'interventions dans les établissements de santé.....	15
4.1 Montréal	15
4.2 Montérégie	18
5 Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac.....	21
5.1 Description	21
5.2 Efficacité et pérennité	23
5.3 Expériences d'implantation	25
5.4 Coûts.....	28
5.5 Arguments de régions n'ayant pas adopté le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac	30
6 Discussion.....	31
6.1 Principaux constats	31
6.2 Éléments de réflexion	33
7 Conclusion	35
Références	37
Annexe 1 Questionnaire d'entrevue	39
Annexe 2 Résultats détaillés des entrevues.....	43

Liste des tableaux

Tableau 1	Demarche d'implantation du projet monrealais	16
Tableau 2	Demarche d'implantation du guide monteregien	19
Tableau 3	Demarche d'implantation du MOAT	23
Tableau 4	Implantation du MOAT dans trois regions	26
Tableau 5	Estime des couts de divers elements du MOAT.....	29
Tableau 6	Etapes communes de diverses demarches d'implantation.....	33
Tableau 7	Implantation du programme IMPACT 2014 - 2018	51

Liste des acronymes

CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DME	Dossier médical électronique
DSI	Direction des soins infirmiers
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSPub	Direction de santé publique
HCM	Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IUCPQ	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
MOAT	Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
TRN	Thérapie de remplacement de la nicotine

Faits saillants

En vertu de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme, les établissements de santé et de services sociaux du Québec ont adopté, en 2017, des politiques visant la création d'environnements sans fumée. De nombreux usagers de ces établissements sont par conséquent touchés par cette interdiction de fumer. Les établissements font appel aux répondants tabac des directions de santé publique afin d'être accompagnés dans la mise en place d'une offre systématique de soutien auprès de toute personne faisant usage du tabac, avec pour objectif de faciliter la gestion des symptômes de sevrage et/ou le renoncement au tabac. Afin de répondre à ce besoin, un groupe de travail fut mis sur pied à l'automne 2018 par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'examiner la littérature sur les démarches de systématisation, de recenser les expériences québécoises et de décrire le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac (MOAT) utilisé dans plusieurs établissements québécois, canadiens et étrangers.

Un consensus existe quant aux interventions à offrir en milieu hospitalier aux personnes dont le statut tabagique aura été préalablement consigné au dossier :

- Toutes les personnes qui fument devraient se voir offrir, pendant le séjour à l'hôpital, un counseling et une pharmacothérapie afin de contrôler les symptômes de sevrage et de favoriser une tentative de renoncement au tabac.
- Lors du congé de l'hôpital, un suivi d'une durée minimale d'un mois devrait être proposé pour soutenir l'abstinence à plus long terme.

Les établissements de santé du Québec qui sont chargés de planifier le soutien aux usagers fumeurs peuvent s'appuyer sur plusieurs expériences inspirantes de dispensation de services de renoncement au tabac aux personnes hospitalisées. Par ailleurs, quelques régions ont opté pour le modèle d'Ottawa qui a fait l'objet de plusieurs évaluations ayant démontré une augmentation significative du taux d'abstinence, dans les établissements ayant adopté cette approche. Ce modèle a rejoint, depuis 2006, plus de 310 000 patients canadiens, via le réseau MOAT.

L'analyse de l'implantation de projets québécois de même que les entrevues réalisées avec les professionnels ayant collaboré à la mise en place du MOAT dans leur région, ont permis d'identifier plusieurs conditions gagnantes à prendre en considération lors de la planification de la systématisation d'interventions auprès des personnes faisant usage du tabac :

- l'engagement et le soutien de la direction de l'établissement;
- un soutien financier récurrent;
- l'institutionnalisation d'une mesure d'identification du statut tabagique dans les procédures de l'hôpital, et une standardisation des tâches dévolues au programme dans tout l'hôpital;
- la disponibilité d'outils facilitant l'intervention et la prescription d'une pharmacothérapie;
- la collaboration des médecins et des professionnels, et une communication interdisciplinaire efficace;
- un suivi au congé de l'hôpital et une orientation vers une ressource spécialisée en abandon du tabac;
- une collecte de données avec un système de rappel automatisé ou son équivalent, en vue de repérer, parmi les personnes ayant obtenu leur congé de l'hôpital, celles qui ont besoin de soutien et de mesurer les effets de la systématisation des interventions.

Un des enjeux importants dans l'implantation de la démarche de systématisation demeure la décision d'opter pour une équipe dédiée ou pour un partage des responsabilités entre les différents professionnels et les équipes soignantes. Cette décision devrait être guidée par la réalité de chacune des régions.

1 Mise en contexte

En vertu de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme, les établissements de santé et de services sociaux du Québec se sont dotés, en 2017, d'une politique visant la création d'environnements sans fumée. Dans la foulée de la mise en œuvre de ces politiques, plusieurs répondants tabac des directions régionales de santé publique ont exprimé le besoin d'être soutenus dans l'accompagnement des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et des établissements de santé non fusionnés, dans la mise en place d'une approche de systématisation visant à offrir une intervention aux usagers touchés par une interdiction de fumer.

La systématisation des interventions fait référence ici à l'intégration, dans la pratique des cliniciens et des professionnels, d'une offre systématique de soutien auprès de toute personne faisant usage du tabac avec pour objectif de faciliter la gestion des symptômes de sevrage et/ou le renoncement au tabac. Une telle intégration implique la mise en place d'un environnement organisationnel favorable que ce soit au niveau des procédures, des outils ou des ressources.

Afin de répondre à ce besoin, un groupe de travail mis sur pied à l'automne 2018 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a convenu :

- d'examiner la littérature scientifique et la littérature grise sur les démarches de systématisation d'interventions auprès d'usagers d'établissements de santé qui fument quant à leur usage du tabac;
- de recenser les expériences québécoises de systématisation d'interventions auprès d'usagers d'établissements de santé qui fument;
- de décrire le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac (MOAT) utilisé dans plusieurs établissements québécois, canadiens et étrangers.

Étant donné le sevrage imposé aux personnes hospitalisées faisant usage du tabac, la recherche d'écrits a porté sur ce type d'établissements de santé.

Le présent document fait état des résultats des travaux menés dans un court laps de temps par le groupe de travail composé de représentants du MSSS, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de deux directions régionales de santé publique.

2 Démarche

2.1 Les écrits scientifiques sur les démarches de systématisation

La bibliothèque Cochrane a été consultée pour identifier les publications pertinentes quant aux interventions à réaliser auprès d'usagers qui font usage du tabac et qui consultent en établissements de santé. Ainsi, une recension d'écrits systématique Cochrane portant sur l'efficacité des interventions de renoncement au tabac chez les fumeurs hospitalisés publiée en 2012 a été repérée. Une recension Cochrane publiée en 2017 a aussi été retenue; celle-ci a revu les stratégies visant le changement des systèmes dans différentes organisations de santé afin de favoriser le renoncement au tabac. Par ailleurs, une recherche sur le moteur de recherche Google a permis d'identifier des lignes directrices sur le traitement de fumeurs en milieu hospitalier en provenance des États-Unis, du Canada, de l'Espagne et de l'Europe.

2.2 Les expériences québécoises de systématisation

Certaines expériences québécoises de systématisation d'interventions de renoncement au tabac dans des établissements de santé ont fait l'objet de publications sous forme de rapports et elles ont été largement diffusées dans le réseau de santé publique. Nous en résumons les principales observations. Dans un souci d'exhaustivité, un courriel a été envoyé en février 2019 aux membres de la communauté de pratique sur les politiques sans fumée issus, pour la plupart, des directions régionales de santé publique, afin d'identifier et de tenir compte des expériences pertinentes, non déjà répertoriées. Il est à noter que la majorité des expériences en cours recensées ont utilisé le MOAT.

2.3 Le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac

Étant donné l'intérêt marqué pour le MOAT dans le réseau de santé publique québécois, nous avons repéré et examiné avec attention les publications scientifiques portant sur ce modèle. Le site internet de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa qui héberge le MOAT a aussi été consulté. La démarche proposée, l'efficacité quant au renoncement au tabac des usagers de même que les facteurs influençant la pérennité du programme sont présentés dans ce document.

En vue de connaître comment le MOAT a été implanté dans divers établissements et régions du Québec, et les coûts associés, des entrevues téléphoniques à l'aide de questions ouvertes (annexe 1) ont été menées avec des personnes clés reconnues pour avoir favorisé la mise en place du modèle. Les données recueillies ont été validées auprès des participants pour leur exactitude.

3 Interventions sur le renoncement au tabac en milieu hospitalier

3.1 Efficacité des interventions sur le renoncement au tabac en milieu hospitalier

En 2012, Rigotti et ses collègues publiaient les résultats d'une recension systématique d'études portant sur les interventions de renoncement au tabac initiées en milieu hospitalier (Rigotti et coll., 2012). Cinquante études rigoureuses (essais contrôlés randomisés ou quasi randomisés) ont été retenues par les auteurs. Elles comportaient toutes un conseil de cesser de fumer ou un counseling comportemental. Aucune étude ne portait sur la pharmacothérapie seule sans intervention comportementale, mais certaines études ont évalué sa valeur ajoutée à une intervention comportementale. Voici les principaux constats de cette recension :

- Les interventions de counseling initiées en milieu hospitalier et accompagnées d'un suivi d'une durée d'au moins un mois après le congé de l'hôpital augmentent les taux de renoncement au tabac de 37 % entre six et 12 mois après la sortie de l'hôpital. Une intervention comportant un suivi d'une durée moindre ou aucun suivi ne serait pas efficace.
- L'ajout d'une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) au counseling augmenterait les taux de renoncement de 54 % comparativement à une intervention sans TRN; de plus, selon certaines études d'observation, débuter la TRN pendant l'hospitalisation serait associé à un taux plus élevé d'utilisation de celle-ci deux semaines après la sortie de l'hôpital.
- Il est possible que le manque d'efficacité du bupropion observé soit dû à son efficacité à retardement, généralement après la sortie de l'hôpital, lorsque le fumeur retourne dans un environnement où il est soumis à plusieurs déclencheurs d'envies de fumer.
- Comme les taux de renoncement au tabac ne sont pas plus élevés chez les fumeurs admis avec certains diagnostics (par exemple une maladie cardiovasculaire), il serait justifié d'offrir une intervention à tous les fumeurs hospitalisés indépendamment de leur diagnostic d'admission.
- La plupart des études ayant fait appel à du personnel de recherche ou à des conseillers spécialement formés en abandon du tabac pour offrir le counseling, un défi important demeure, celui de démontrer l'efficacité de l'intégration du counseling dans la pratique clinique du personnel hospitalier.

3.2 Lignes directrices sur le renoncement au tabac chez les fumeurs hospitalisés

Verbiest et ses collègues ont examiné le contenu de lignes directrices sur l'abandon du tabac en première ligne publiées par 22 pays, dont le Canada, les États-Unis, la France, l'Angleterre, l'Australie et la Nouvelle-Zélande (Verbiest et coll., 2017). De façon générale, la plupart des recommandations étaient concordantes d'un pays à l'autre et étaient à l'effet :

- d'identifier le statut tabagique des patients et de le documenter dans leur dossier;
- de conseiller brièvement aux fumeurs de renoncer au tabac;
- d'évaluer la motivation à cesser de fumer;
- d'offrir de l'aide sous forme de soutien comportemental et de traitement pharmacologique aux fumeurs souhaitant renoncer au tabac;

- d'utiliser le cadre de référence des 5 A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange)*.

Quelques pays se sont aussi attardés à différentes populations comme les femmes enceintes, les jeunes et les fumeurs atteints de problèmes de santé mentale. Examinons les recommandations spécifiques pour les populations hospitalisées.

3.2.1 LIGNES DIRECTRICES AMÉRICAINES DE 2008

En 2008, Fiore et ses collègues justifiaient l'importance d'intervenir auprès des fumeurs hospitalisés du fait que l'usage du tabac peut interférer avec la convalescence et la santé en général : risque plus élevé de subir un deuxième infarctus du myocarde, un deuxième cancer, détérioration de la maladie pulmonaire obstructive chronique, etc. (Fiore et coll., 2008). Si l'hospitalisation est le fruit d'une maladie associée au tabagisme, cela peut représenter un moment où le fumeur prend conscience de sa vulnérabilité, ce qui l'amène à être particulièrement réceptif au conseil de cesser de fumer. Comme de plus en plus d'hôpitaux adoptent des politiques interdisant de fumer, ces environnements sans fumée offrent une opportunité de faire une tentative de renoncement au tabac dans un lieu où les déclencheurs d'envies de fumer sont limités. De plus, la prescription d'une pharmacothérapie adéquate permettant de diminuer les symptômes de sevrage pendant l'hospitalisation pourrait possiblement motiver le fumeur à en refaire usage advenant une rechute et une tentative de renoncement ultérieure.

Pour chaque patient hospitalisé, il est recommandé de :

- documenter le statut tabagique lors de l'admission;
- consigner le statut tabagique sur la liste de problèmes de l'admission et sur la feuille de congé de l'hôpital;
- procurer du counseling et de la pharmacothérapie pour traiter les symptômes de sevrage et favoriser l'abstinence;
- proposer du soutien et de l'aide sur comment cesser de fumer lors de l'hospitalisation et demeurer abstinent après le congé de l'hôpital;
- planifier un suivi après le congé de l'hôpital devant être offert pendant au moins un mois après le congé de l'hôpital.

3.2.2 LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES DE 2011

En 2011, le réseau d'action CANadien pour l'Avancement, la Dissémination et l'Adoption de Pratiques en matière de Traitement du Tabagisme (CAN-ADAPTT) publiait des lignes directrices fondées sur les données probantes et sur l'expérience clinique en vue de guider la pratique en contexte canadien (CAN-ADAPTT, 2011). Une section spécifique portait sur les personnes hospitalisées. Voici les énoncés publiés pour ce groupe :

- Tous les patients devraient être informés des politiques de l'hôpital concernant l'usage du tabac.
- Tous les patients qui fument et qui sont admis sur une base élective devraient être orientés vers des ressources existantes qui les aideront à renoncer au tabac avant leur hospitalisation ou leur intervention chirurgicale.

* La démarche Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange fait référence à : demander le statut tabagique, conseiller de cesser de fumer, évaluer la motivation à renoncer au tabac, offrir du soutien et organiser un suivi.

- Tous les hôpitaux devraient disposer de systèmes pour :
 - identifier les personnes qui fument;
 - traiter les symptômes de sevrage de la nicotine durant l'hospitalisation;
 - encourager les tentatives de renoncement au tabac à long terme;
 - faire le suivi auprès des patients après l'hospitalisation.
- La pharmacothérapie devrait être envisagée :
 - pour aider les patients qui éprouvent des symptômes de sevrage de la nicotine durant l'hospitalisation;
 - pendant et après l'hospitalisation, pour favoriser un renoncement au tabac à long terme.

Les auteurs font aussi part de certaines considérations cliniques dont :

- l'importance d'avoir une démarche cohérente dans tout l'établissement hospitalier;
- l'efficacité d'une approche systématique qui vise à identifier, traiter et suivre toutes les personnes admises qui fument;
- la planification du congé et l'orientation vers des services communautaires d'arrêt tabagique pour le maintien de l'abstinence;
- un suivi après le congé de l'hôpital d'au moins un mois.

Ils précisent également que l'allocation des ressources est un facteur important pour garantir et maintenir la capacité de fonctionnement du programme ou des services de renoncement au tabac.

3.2.3 LIGNES DIRECTRICES ESPAGNOLES DE 2017

Jimenez-Ruiz et ses collègues ont publié en 2017 des lignes directrices sur le traitement des fumeurs hospitalisés qui ont été approuvées par le *Scientific and Research Committee of the Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery* (Jimenez-Ruiz et coll., 2017). Ils ont analysé des essais contrôlés randomisés et des études d'observation publiés entre 2002 et 2015 portant sur des interventions de renoncement au tabac offertes aux patients hospitalisés.

Puis, ils ont émis les recommandations suivantes :

- Identifier le statut tabagique de tous les patients hospitalisés et l'indiquer au dossier : on recommande aux hôpitaux d'utiliser un système électronique « d'alerte » pour rappeler aux professionnels de la santé de toujours consigner le statut tabagique au dossier.
- Mener une intervention diagnostique auprès des personnes qui fument :
 - calcul de l'indice paquets cigarettes-années (nombre de cigarettes par jour — nombre d'années de tabagisme);
 - analyse de la motivation et de la confiance à cesser de fumer;
 - détermination du niveau de dépendance à l'aide du test de Fagerström, ou à tout le moins, identification du moment de la journée où la première cigarette est fumée;
 - discussion sur les tentatives de renoncement antérieures de plus de 24 heures (nombre, nombre maximum de jours d'abstinence, traitements utilisés, symptômes de sevrage);

- détermination du niveau de monoxyde de carbone expiré.
- Mener une intervention thérapeutique auprès des personnes qui fument :
 - counseling sur le renoncement au tabac de la part de tous les professionnels de la santé avec empathie, respect et compréhension; discussion sur les raisons de ne pas fumer à l'hôpital (la maladie se résoudra plus rapidement; les traitements seront plus efficaces; les chances de complications seront réduites; la longueur du séjour hospitalier sera plus courte; l'hôpital est un endroit idéal pour cesser de fumer); offre de matériel autodidacte;
 - pharmacothérapie : deux médications sont recommandées; la TRN, dont l'action se manifeste rapidement et qui comporte peu d'effets secondaires (la TRN en association est suggérée pour les fumeurs dont le résultat au test de Fagerström est de 4 ou plus); la varénicline qui nécessite une administration d'une semaine avant d'être pleinement efficace; le bupropion n'est pas recommandé à cause du long délai de réponse et de son interaction avec d'autres médicaments.
- Avec les ex-fumeurs de moins de six mois, mener une intervention de prévention de la rechute :
 - offre de félicitations et de soutien pour le maintien de l'abstinence;
 - évaluation des symptômes de sevrage, de dépression, du gain de poids et des rechutes.

3.2.4 LIGNES DIRECTRICES EUROPÉENNES DE 2018

Les lignes directrices européennes publiées en 2018 ont pour objectif d'offrir une variété d'outils aux professionnels de la santé en vue d'optimiser leurs interventions de renoncement au tabac (European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2018). Ce document regorge d'informations pertinentes sur la dépendance au tabac, sur le traitement minimal à offrir aux fumeurs, sur les interventions spécialisées de même qu'une section bien documentée sur la pharmacothérapie. Pour chaque patient hospitalisé, on recommande de :

- documenter le statut tabagique;
- le renseigner sur les politiques sans fumée de l'hôpital;
- procurer du soutien et de l'aide quant aux symptômes de sevrage et au renoncement au tabac;
- proposer un suivi pendant au moins un mois après le congé de l'hôpital.

En vue de réduire le risque de complications plus grand chez les personnes faisant usage du tabac suite à une chirurgie, les personnes qui fument devraient être incitées à renoncer au tabac et à demeurer abstinentes six à huit semaines avant leur opération.

3.3 Stratégies visant le changement de systèmes dans les milieux de santé

3.3.1 RECOMMANDATIONS AMÉRICAINES 2007-2008

Il y a plus de dix ans, Fiore et ses collègues ont examiné l'efficacité de six stratégies pour faciliter l'intégration, dans la prestation de soins de santé courants, de l'identification des personnes faisant usage du tabac et de l'offre subséquente de traitements de la dépendance au tabac (Fiore et coll., 2007). Voici un survol de ces stratégies accompagné, en italique, des recommandations retrouvées dans les lignes directrices cliniques américaines du traitement de la dépendance au tabac publiées l'année suivante, en 2008 (Fiore et coll., 2008). Il est important de souligner que les recommandations

émises, le sont pour les États-Unis, un pays dont le système de santé diffère passablement de celui du Québec.

- Implanter un système pour identifier et documenter le statut tabagique dans chaque clinique : cette stratégie favoriserait la consignation du statut tabagique dans le dossier médical, mais ne semble pas augmenter l'intervention des cliniciens par rapport à l'usage du tabac du patient; cette stratégie devrait donc être accompagnée d'autres stratégies.
 - *Le statut tabagique devrait être identifié lors de chaque visite par le réceptionniste, l'infirmière ou toute autre personne responsable de prendre les signes vitaux et être inscrit dans le dossier médical électronique.*
- Offrir des formations, des ressources et de la rétroaction pour promouvoir l'intervention du professionnel : la formation seule amènerait certains changements dans les pratiques des cliniciens, mais lorsque couplée à un système de rappel au dossier (comme des étiquettes de rappel ou des algorithmes de traitement rattachés au dossier), les effets sont plus importants; l'ajout de rétroaction serait prometteur.
 - *Tout le personnel devrait être formé et de la formation continue devrait être offerte sur les traitements de la dépendance au tabac.*
 - *Des ressources en abandon du tabac devraient être disponibles, que ce soit une ligne téléphonique, des ressources communautaires, de l'information sur les médicaments efficaces, etc.*
 - *Les cliniciens devraient recevoir de la rétroaction sur leurs interventions auprès des fumeurs.*
- Dédier du personnel pour offrir des traitements de renoncement au tabac et évaluer cette offre lors des évaluations de performance : certaines études démontrent que des approches d'équipe augmentent la dispensation de counseling en première ligne.
 - *Un coordonnateur des traitements de renoncement au tabac devrait être identifié dans chaque site clinique et ses responsabilités clairement déterminées.*
 - *Le partage des responsabilités entre les différents cliniciens devrait être précisé.*
- Adopter des politiques hospitalières qui soutiennent l'offre de traitements de renoncement au tabac comme les politiques sans fumée qui fournissent un environnement propice au renoncement au tabac. En 2002, la Commission conjointe (*Joint Commission*) qui accrédite les établissements de santé ajoutait des indicateurs de performance quant au counseling sur l'usage du tabac de patients atteints d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque ou de pneumonie acquise dans la communauté; suite à cet ajout, les chercheurs ont observé des taux élevés de counseling chez les patients atteints de ces maladies.
 - *Le statut tabagique de tous les patients hospitalisés devrait être consigné au dossier médical.*
 - *Tous les fumeurs devraient se voir offrir un traitement pour leur usage du tabac.*
 - *Un clinicien devrait être identifié pour offrir du counseling sur le renoncement au tabac et il devrait être rémunéré pour ses services.*
 - *Les formulaires d'hôpitaux devraient inclure les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique.*
 - *Le personnel devrait être informé que celles-ci peuvent être utilisées pour réduire les symptômes de sevrage chez des patients qui n'ont pas l'intention de cesser de fumer.*

- Inclure les traitements de renoncement au tabac reconnus efficaces dans les couvertures de services remboursés par les assureurs : le remboursement complet des traitements favoriserait une plus grande utilisation de ceux-ci que le remboursement partiel.
 - *Le counseling et la médication devraient être couverts par les régimes d'assurances et les barrières financières devraient être éliminées (franchise, co-paiement, etc.).*
- Rembourser les professionnels pour les traitements offerts et inclure ces services dans leur définition de tâches : peu d'études ont documenté les effets d'incitatifs financiers et de remboursement des services offerts par les cliniciens. De plus, comme il y a un manque d'uniformité des couvertures d'assurance, les professionnels connaissent mal les services couverts par les régimes d'assurance des patients qui les consultent, ce qui influencerait leur prestation de services.
 - *La recommandation a été incluse dans la recommandation précédente.*

3.3.2 RECENSION SYSTÉMATIQUE

Thomas et ses collègues ont publié en 2017 la première recension systématique portant sur l'efficacité de stratégies visant le changement des systèmes dans différents milieux de santé pour augmenter l'offre de services de renoncement au tabac de même que l'arrêt tabagique (Thomas et coll., 2017). Les chercheurs ont retenu sept études rigoureuses publiées avant 2017, dont six menées aux États-Unis et une en Espagne : deux dans des cliniques de première ligne (Cabezas 2011; Rothemich 2010), deux dans des cabinets dentaires (Gordon 2010; Little 2009), une dans une pharmacie communautaire (Patwardhan 2012), une dans une clinique de pédiatrie (Winickoff 2014) et une dans un centre médical pour Vétérans (Joseph 2004). Les auteurs ont examiné les six stratégies décrites par Fiore et ses collègues en 2007 (Fiore et coll., 2007). Il est à noter qu'aucune étude n'a évalué une intervention visant un changement de systèmes dans un établissement où des patients sont hébergés.

L'identification des fumeurs, la formation des cliniciens et l'offre sans frais de traitements de renoncement au tabac reconnus efficaces sont les stratégies retrouvées dans les sept études. Voici quelques précisions sur ces trois stratégies.

- Identification du statut tabagique à l'aide de : étampe de signes vitaux dans le dossier; ajout d'un champ dans le dossier médical électronique; feuille attachée au dossier; formulaire à être transmis au pharmacien (par un membre de l'équipe dentaire).
- Formation des professionnels variant de 30 minutes à 20 heures; rétroaction sur la performance mensuelle des cliniciens et des cliniques; rétroaction offerte par la ligne téléphonique au niveau du patient et de la clinique.
- Offre d'un conseil de cesser de fumer à tous les fumeurs identifiés (sept études); dans cinq études, les fumeurs ont été dirigés vers des services de renoncement au tabac à l'extérieur de l'organisation; dans quatre études, la pharmacothérapie a été fournie par l'organisation et dans trois études il y a eu une coordination avec les services existants à l'extérieur de l'organisation.

Les variables utilisées dans les études retenues pour mesurer les effets sont les suivantes :

- Variable principale : abstinence de tabac au moment le plus éloigné du suivi.
- Variables secondaires :
 - au niveau organisationnel : nombre de fumeurs dont le statut tabagique a été documenté ; nombre de professionnels formés ou dédiés à offrir du soutien aux fumeurs;

- au niveau des soins : nombre de fumeurs ayant reçu du counseling, du matériel autodidacte, une TRN ou autre médicament, une orientation vers des services spécialisés ou d'autres professionnels de la santé, un rendez-vous de suivi.

Quatre des sept études recensées ont mesuré les taux de renoncement au tabac. Dans deux études (Cabezas 2011 et Gordon 2010), les taux de renoncement au tabac étaient plus élevés dans les groupes expérimentaux que dans les groupes témoins alors que dans les deux autres études (Joseph 2004 et Winnickoff 2014) il n'y a pas eu de différences.

Des trois études ayant évalué les effets des interventions sur l'identification du statut tabagique, deux ont obtenu des améliorations significatives; l'étude ayant évalué l'effet sur la documentation du statut tabagique au dossier a observé des changements dans la bonne direction; deux études sur trois ont observé des améliorations significatives au niveau du conseil de renoncer au tabac et c'est le cas de trois études sur quatre pour le counseling; une étude sur deux a obtenu des améliorations significatives au niveau de la prescription de TRN; enfin, dans les trois études ayant examiné l'orientation vers la ligne téléphonique, toutes ont observé des améliorations significatives et c'est aussi le cas pour l'inscription à la ligne.

Plusieurs limites sont rapportées par les auteurs de cette recension, dont le petit nombre d'études recensées et le fait qu'aucune étude n'ait implanté l'ensemble des six stratégies recommandées par Fiore et ses collègues. Par ailleurs, aucune étude n'a rapporté avoir remboursé les cliniciens, dédié du personnel à des services de renoncement, ni offert de la formation sur une base continue.

Toujours selon les auteurs, il est difficile, sur la base des quelques études hétérogènes examinées, de conclure à l'efficacité, sur le renoncement au tabac, des interventions visant la modification de systèmes dans les milieux de santé. Toutefois, les interventions recensées seraient relativement efficaces au niveau des processus, étant donné que le changement s'opère en deux phases : la première conduisant à une amélioration de la prestation de services de renoncement (documentation du statut tabagique, counseling, orientation vers la ligne téléphonique, etc.) et la seconde étant la résultante de tels changements (renoncement au tabac chez les fumeurs).

4 Expériences québécoises de systématisation d'interventions dans les établissements de santé

4.1 Montréal

Un projet de soutien au renoncement au tabac auprès de patients hospitalisés a été mis en place dans plusieurs hôpitaux de Montréal entre 2004 et 2010 (Tessier et Leane, 2011). L'expérience d'un projet-pilote implanté à l'Institut de cardiologie de Montréal en 2005 a guidé l'instauration progressive de projets dans 13 autres hôpitaux², financés et soutenus par la Direction de la santé publique de Montréal. Une infirmière devait être dégagée dans chacun des hôpitaux pour l'implantation du projet. À partir de 2007, seuls les hôpitaux desservant une clientèle en obstétrique étaient éligibles au financement. Les projets ont eu une durée variant entre 13 et 30 mois.

Les objectifs spécifiques du projet étaient :

- d'implanter des mesures systématiques d'identification du statut tabagique;
- de réaliser des activités de sensibilisation et de formation en arrêt tabagique auprès des professionnels œuvrant à l'hôpital;
- d'offrir aux fumeurs une intervention individuelle de renoncement au tabac;
- de favoriser la réduction de l'exposition du nouveau-né à la fumée secondaire.

Cinq étapes importantes caractérisent l'implantation du projet montréalais (tableau 1) (Gosselin et coll., 2010).

² Les hôpitaux soutenus financièrement sont : l'Institut de cardiologie de Montréal, l'hôpital Fleury, le CHU Ste Justine, l'hôpital de Verdun, l'hôpital Jean-Talon et l'hôpital de Montréal pour enfants de même que ceux desservant une clientèle en obstétrique et ayant fait l'objet d'une évaluation : l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'hôpital Sacré-Cœur, l'hôpital de LaSalle, l'hôpital général du Lakeshore, le CH St. Mary, l'hôpital Saint-Luc/ CHUM, l'hôpital général juif, l'hôpital Royal Victoria/CUSM.

Tableau 1 Démarche d'implantation du projet montréalais

ÉTAPE	ACTIVITÉS
Mobilisation et engagement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Signature d'ententes entre chacun des hôpitaux et la Direction de la santé publique précisant les rôles de chacun; ■ Allocation de ressources : libération d'une infirmière responsable à temps plein dans les hôpitaux pédiatriques et à demi temps dans les autres hôpitaux; ■ Mise en place d'un comité de gestion composé du coordonnateur du projet, de l'infirmière responsable, d'un médecin leader d'opinion, de gestionnaires de départements ou de programmes et d'un professionnel de la Direction de la santé publique; ■ Formation de l'infirmière d'une durée de deux jours par les professionnels de la Direction de la santé publique sur l'intervention de renoncement au tabac, la sensibilisation des autres professionnels de l'hôpital et l'utilisation de la base de monitoring; formation continue annuelle; ■ Sensibilisation des professionnels de la santé et des autres membres du personnel par l'infirmière responsable; ■ Formation des médecins et résidents par un médecin-conseil de la Direction de la santé publique; ■ Soutien des membres du personnel qui fument; ■ Inclusion d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique au formulaire de médicaments.
Choix des clientèles et des milieux à cibler	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identification des départements ou programmes à cibler : départements de médecine (cardiologie, pneumologie, médecine interne, endocrinologie, néphrologie); départements de chirurgie; périnatalité (ante-partum, post-partum, cliniques externes ante-partum, échographie fœtale, grossesses à risque élevé); programme d'oncologie; centres de jour; cliniques d'asthme et de diabète; unités de médecine familiale.
Portrait des pratiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identification des mesures de soutien au renoncement au tabac existantes dans l'hôpital : modalités d'identification du statut tabagique; offre de counseling par les professionnels de la santé; présence des TRN sur le formulaire de médicaments de l'hôpital; prescription d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique par les médecins; mécanismes d'orientation vers les ressources de renoncement au tabac de la communauté lors du congé de l'hôpital.
Élaboration et mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaboration d'un protocole d'identification du statut tabagique : autocollant ou étampe sur ou dans le dossier, note ou autocollant au plan de soins infirmiers, magnétiques accolés sur le tableau dans le bureau des infirmières sur les unités de périnatalité; les modalités étaient à la discrétion des gestionnaires qui établissaient des procédures adaptées à leur milieu grâce à une collaboration entre l'admission, les départements, les cliniques externes et les unités de soins; ■ Élaboration d'un protocole d'intervention visant à ce que tous les fumeurs ou ex-fumeurs récents reçoivent une intervention adaptée à leur degré de motivation à cesser de fumer; ■ Intervention auprès du fumeur lors de l'hospitalisation : information sur les risques associés au tabagisme; intervention motivationnelle; offre de pharmacothérapie; ■ Intervention de suivi lors du congé de l'hôpital : offre de pharmacothérapie; lettres motivationnelles de suivi (six lettres mensuelles pour les fumeurs prêts à cesser de fumer ou les ex-fumeurs récents et trois lettres aux deux mois pour les fumeurs ne souhaitant pas renoncer au tabac); information ou orientation vers les ressources de renoncement au tabac de la communauté (ligne téléphonique ou Centres d'abandon du tabagisme (CAT)); ■ Diffusion, par l'infirmière, d'outils et de matériel d'intervention conçus par les professionnels de la Direction de la santé publique.
Monitoring et évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Saisie de données de monitoring par l'infirmière et gestion de la base de données par les professionnels de la Direction de santé publique en vue d'évaluer l'implantation du projet.

Une évaluation de l'implantation du projet dans huit hôpitaux a été réalisée afin de déterminer le degré d'engagement des hôpitaux, la conformité de l'implantation au modèle régional et la conformité de l'intervention individuelle réalisée par l'infirmière au modèle proposé. L'analyse de la base de monitoring administrée par la Direction de la santé publique de Montréal a aussi permis de caractériser la clientèle rejointe et son exposition aux différentes composantes de l'intervention (Tessier et Leane, 2011).

Voici les principaux constats qui se dégagent de cette évaluation :

- Dans l'ensemble des hôpitaux, les gestionnaires et la direction ont soutenu l'implantation du projet et ils ont consacré le budget prévu pour l'embauche de l'infirmière assignée au projet.
- L'attribution du mandat à une infirmière assumant d'autres activités en prévention favoriserait la réussite du projet : cette infirmière pourrait ainsi être affectée à temps plein pour la réalisation de ses mandats en prévention.
- Alors qu'un soutien de la part des infirmières des départements impliqués dans le projet a été obtenu dans la majorité des hôpitaux, ce ne fut pas le cas pour la collaboration des médecins.
- La réalisation de l'intervention individuelle auprès des fumeurs fut la dimension du projet à laquelle les hôpitaux ont consacré le plus d'importance et elle était conforme au modèle régional :
 - le statut tabagique est consigné principalement dans le questionnaire d'admission, dans le dossier patient;
 - une fois identifiés, les fumeurs sont dirigés vers l'infirmière responsable de l'intervention de renoncement au tabac;
 - en général, l'intervention auprès du fumeur durait entre 20 et 60 minutes et un peu moins pour une personne ne souhaitant pas cesser de fumer;
 - l'intervention de suivi était elle aussi conforme au modèle régional.
- La formation des professionnels de la santé par les infirmières a été réalisée seulement dans la moitié des hôpitaux.
- Très peu de mesures officielles susceptibles d'assurer la pérennité du projet ont été adoptées par les hôpitaux :
 - aucune mesure d'identification du statut tabagique n'a été institutionnalisée dans les procédures officielles de l'hôpital;
 - aucun hôpital n'a mis en place des mesures permettant de soutenir les interventions brèves de renoncement au tabac par le personnel au-delà de la période de financement du projet.

Sur une période d'un peu plus de quatre ans (49 mois entre 2006 et 2010), les données de 6 458 personnes rejointes par une intervention individuelle de renoncement au tabac dans un des huit hôpitaux montréalais ont été colligées dans une base de monitoring. L'analyse de ces données révèle que :

- Parmi les personnes hospitalisées pour un problème de santé, il y avait autant d'hommes que de femmes et 65 % étaient âgées de 55 ans et plus; la moitié consommaient plus de 25 cigarettes par jour; 77 % des femmes et 54 % des conjoints rencontrés en obstétrique étaient âgés de moins de 35 ans.

- La motivation à cesser de fumer était plus importante chez les personnes hospitalisées pour un problème de santé que chez les femmes et les conjoints rencontrés en obstétrique : 77 % versus 52 % et 55 %.
- 42 % des personnes hospitalisées pour un problème de santé et motivées à cesser de fumer ont reçu une TRN et 67 % ont reçu une prescription de TRN au congé de l'hôpital.
- L'orientation vers la ligne téléphonique offerte à la suite de l'intervention individuelle semblait mieux correspondre aux besoins des personnes hospitalisées pour un problème de santé qu'à ceux des femmes rejointes en obstétrique et de leurs conjoints.

Le programme de l'Institut de cardiologie de Montréal

Le programme « Votre cœur a ses raisons » de l'Institut de cardiologie de Montréal a été officiellement lancé en 2005, et il est toujours en cours (Robert, 2017). Il consiste en une intervention de quelques minutes de la part des infirmières et médecins, qui s'intègre facilement dans les soins courants.

Tout patient hospitalisé se voit demander son statut tabagique lors de son admission, soit lors de la procédure d'admission ou par l'infirmière soignante. Puis, l'infirmière ou le médecin recommande clairement et sans jugement de cesser de fumer et évalue la réceptivité du patient à faire une tentative de renoncement au tabac durant l'hospitalisation. S'en suit une action de cinq minutes, principalement réalisée par l'infirmière, mais pouvant être secondée par le médecin ou le pharmacien, qui consiste à évaluer le niveau de dépendance à la nicotine, à discuter d'aides pharmacologiques, à appliquer le protocole TRN puis à diriger le patient vers l'infirmière clinicienne spécialisée en traitement du tabagisme de l'Institut. Celle-ci voit le patient en consultation dans un délai de 24 heures et assure un suivi durant toute la durée du séjour. Lors du congé de l'hôpital, elle remet, au besoin, une ordonnance de médicament. Un suivi téléphonique post hospitalisation à raison de deux appels sur une période d'un mois est assuré par une infirmière en prévention du Centre ÉPIC de l'Institut de cardiologie.

Ce programme est maintenu grâce au leadership et au soutien de la Direction des soins infirmiers et grâce à la collaboration du directeur de la prévention de l'Institut (Robert, 2017).

4.2 Montérégie

En 2011, la Direction de la santé publique de la Montérégie a publié un guide afin de soutenir les milieux cliniques de première ligne pour l'adoption d'une démarche de systématisation des soins visant le counseling en arrêt tabagique (Sissoko, Groulx et Bélanger, 2011). Ce guide est destiné principalement aux infirmières-conseils en prévention clinique des Centres de santé et services sociaux et aux cliniciens œuvrant en première ligne : médecins, infirmières, dentistes, hygiénistes dentaires, pharmaciens et inhalothérapeutes. On y retrouve une démarche en six étapes, avec les objectifs poursuivis (tableau 2). Une panoplie d'outils permettant l'atteinte des objectifs est proposée.

Tableau 2 Démarche d'implantation du guide montérégien

ÉTAPE	OBJECTIFS POURSUIVIS
Passer à l'action : l'heure des choix	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déterminer si le milieu est prêt à mettre en place un système de soins préventifs afin de systématiser les interventions de renoncement au tabac; ■ Désigner un porteur de dossier, et si nécessaire former un groupe de travail; ■ Établir les mécanismes de fonctionnement du groupe de travail.
Établir le portrait des pratiques actuelles	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décrire les interventions de renoncement au tabac offertes aux fumeurs; ■ Identifier les éléments reliés à l'organisation des services qui facilitent l'intervention, l'orientation et le suivi des patients; ■ Identifier les éléments reliés à l'environnement du milieu clinique qui facilitent l'intervention.
Élaborer un protocole de soins préventifs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mettre à jour les connaissances en matière de counseling en abandon du tabac; ■ Élaborer un protocole de soins pour l'identification systématique des patients fumeurs et le counseling en abandon du tabac; ■ S'entendre sur une ordonnance collective pour initier les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique.
Planifier la prestation des services	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revoir le partage des tâches en lien avec le protocole de soins préventifs; ■ Déterminer la meilleure personne pour chacune des tâches en lien avec l'identification des patients fumeurs et le counseling en abandon du tabac; ■ Adopter les algorithmes des activités à réaliser pour l'évaluation des patients fumeurs et le counseling en abandon du tabac.
Bien s'outiller pour bien travailler	<ul style="list-style-type: none"> ■ Choisir les outils en soutien au travail des professionnels de la clinique; ■ Choisir les outils à utiliser auprès des patients; ■ Prévoir leur emplacement et le mode d'approvisionnement.
Réexaminer, réajuster et peaufiner	<ul style="list-style-type: none"> ■ Décider de la date de révision de la démarche; ■ Choisir les outils permettant de revoir la façon d'offrir les services de counseling en abandon du tabac; ■ Compléter la démarche d'appréciation/rétroaction; ■ Adopter des modifications afin d'améliorer la systématisation des soins pour le counseling en abandon du tabac.

Le projet de l'hôpital Pierre Boucher

En juillet 2015, une initiative inspirée du MOAT (voir la prochaine section pour une description plus détaillée de ce modèle) a été implantée dans une unité de soins de l'hôpital Pierre Boucher où sont admis des patients avec des problèmes majoritairement cardiaques et pulmonaires (le 7^e Sud).

L'initiative comprend :

- l'identification du statut tabagique de tout patient admis au 7^e Sud par les infirmières;
- un counseling minimal en arrêt tabagique et la remise de documentation par les inhalothérapeutes de liaison;
- la prescription d'une pharmacothérapie appropriée remise par le pharmacien hospitalier;
- l'orientation vers des services externes pour le suivi lors du congé de l'hôpital (CAT et ligne téléphonique J'Arrête).

De plus, les inhalothérapeutes de liaison devaient remplir des formulaires nécessaires au fonctionnement de l'initiative, dont les rapports de counseling pour le dossier médical, les deux ordonnances préimprimées, les formulaires de consentement, le rapport à transférer au médecin de famille et l'orientation vers le CAT.

Une analyse de l'implantation de cette démarche a été réalisée pour examiner les facteurs favorables, les obstacles et les enjeux de même que la perspective d'extension de l'initiative à d'autres unités de soins de l'établissement et éventuellement à d'autres établissements hospitaliers comparables (Boivin-Proulx et coll., 2015). Pour ce faire, des entrevues individuelles ont été réalisées avec cinq gestionnaires (directeur des services professionnels, gestionnaire des inhalothérapeutes, gestionnaire des infirmières, pneumologue, ergothérapeute responsable des formulaires) et cinq intervenants (deux infirmières, deux inhalothérapeutes et un pharmacien). Voici les principaux constats tirés de cette étude :

- En général, l'intervention a été implantée telle que prévue au 7^e sud.
- La motivation des intervenants, la communication efficace entre collègues, la bonne collaboration entre professionnels de même que l'implication active des pneumologues sont perçues comme des facteurs ayant facilité l'implantation de l'initiative.
- C'est aussi le cas pour l'accès à un formulaire d'ordonnance préimprimé et la présence d'un pharmacien sur l'unité de soins.
- La stabilité des gestionnaires, une charge administrative légère et le fait que l'initiative rejoigne les valeurs du personnel sont reconnus comme d'autres facteurs favorables.
- Par contre, l'absence de standardisation des tâches dans l'hôpital a été un obstacle à la systématisation de l'identification du statut tabagique étant donné le fort roulement du personnel infirmier dans toutes les unités de soins, dont le 7^e sud.
- Le manque de formation sur l'entretien motivationnel, le fait que les médecins autres que les pneumologues utilisent peu le formulaire d'ordonnance préimprimé, et que le formulaire d'orientation soit incomplet ont été d'autres barrières rencontrées.

Quant à l'extension de cette initiative, les personnes interrogées y sont favorables, car elle rejoint définitivement la mission des professionnels et celle de l'hôpital qui possède un rôle promoteur de la santé. Les auteures de l'étude concluent en offrant quelques recommandations :

- Inclure l'identification systématique du statut tabagique à l'admission, sur la feuille de collecte de données, dans l'ensemble de l'hôpital.
- Allouer un budget permettant d'embaucher un professionnel (inhalothérapeute ou infirmière) dédié au counseling.
- Offrir une formation à tous les intervenants de l'initiative, portant soit sur le counseling en abandon du tabac ou bien sur l'importance à y accorder et ses nombreux bénéfices.
- Modifier le formulaire d'orientation.
- Effectuer davantage de promotion de l'initiative pour favoriser l'implication active des médecins et l'utilisation des ordonnances préimprimées.
- Étendre l'initiative à l'ensemble de l'hôpital Pierre Boucher, incluant les cliniques préopératoires et externes.
- Adopter une politique d'établissement sans fumée.

5 Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac

5.1 Description

Développé en 2002 à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, le MOAT est une approche systématique visant à documenter le statut tabagique des personnes hospitalisées et à le consigner au dossier médical, puis à offrir aux personnes faisant usage du tabac un soutien comportemental et une médication durant l'hospitalisation (Reid et coll., 2006; Reid et coll., 2010). Après leur congé de l'hôpital, les fumeurs qui le souhaitent ont accès à un soutien à l'aide d'un système vocal interactif automatisé. Le modèle est une application de l'approche des 5 A qui fut adaptée dans un premier temps au contexte hospitalier. Par la suite, le MOAT a été adapté aux établissements offrant des soins de première ligne. Ainsi, le MOAT peut maintenant être implanté dans divers établissements de santé : hôpitaux, cliniques externes, cliniques médicales, etc.

Plusieurs établissements de santé de 10 provinces canadiennes ont adopté ce modèle, ou une adaptation de celui-ci, et c'est le cas de quelques établissements au Québec dans les régions de Laval, Lanaudière, Mauricie–Centre-du-Québec, Québec et Montréal. Depuis 2006, le réseau MOAT a rejoint plus de 310 000 patients dans plus de 440 hôpitaux et cliniques de consultation externe, de soins primaires et de soins spécialisés au Canada (communication personnelle, MOAT). L'adoption et l'implantation du modèle dans un établissement de santé est possible grâce à l'accompagnement de facilitateurs de l'équipe du MOAT.

Le programme du MOAT a fait appel, lors de son développement à l'Institut de cardiologie d'Ottawa, à une infirmière spécialisée à temps plein vers laquelle sont dirigés tous les patients qui font usage du tabac lors de leur admission à l'hôpital (Reid et coll., 2006). Cette infirmière a pour rôle :

- de discuter avec la personne qui n'est pas prête à cesser de fumer, des avantages et des inconvénients liés à l'usage du tabac et au renoncement; et d'encourager l'utilisation de la TRN durant l'hospitalisation pour réduire l'intensité des symptômes de sevrage;
- de discuter avec la personne qui souhaite renoncer au tabac d'un plan d'action, des défis de l'abandon et des stratégies utiles; de remettre un outil autodidacte développé par la Société canadienne du cancer et de s'assurer que l'utilisateur puisse recevoir une TRN durant son hospitalisation; puis, lors du congé de l'hôpital, d'encourager la personne à utiliser la TRN pendant 10 semaines.

Une des particularités du MOAT est le suivi des personnes qui fument, après une hospitalisation ou une consultation dans une clinique, à l'aide d'un système de rappel automatisé, le TelASK. Les patients peuvent recevoir jusqu'à huit appels automatisés de trois minutes en moyenne sur une période de deux à six mois pour déterminer comment se déroule leur tentative d'abandon. Ce système sert d'outil de triage et repère les personnes qui souhaitent discuter avec un spécialiste de l'abandon du tabac pour recevoir davantage de conseils (Reid et coll., 2006). Le lien peut être fait avec les ressources communautaires. Par ailleurs, ce système recueille des données qui permettent aux établissements participants de suivre divers indicateurs de rendement du programme comme le nombre d'individus ayant bénéficié d'une consultation sur l'abandon du tabac et le nombre de personnes qui ont cessé de fumer ou réduit leur consommation de tabac. Lorsque c'est possible, le MOAT est harmonisé aux dossiers médicaux électroniques (DME). Les données des DME peuvent être régulièrement téléversées dans la base de données du MOAT, ce qui facilite le suivi des patients et l'évaluation du programme. En Ontario, plusieurs fournisseurs de DME ont modifié leur système afin d'y intégrer les outils du MOAT, dont des avertissements qui rappellent de s'enquérir du statut tabagique des patients à intervalles réguliers.

Voici quelques donnees au sujet de ce programme lors de sa mise sur pied. Entre avril 2003 et mars 2004, 1 276 fumeurs ont ete identifies lors de leur admission a l'Institut de cardiologie d'Ottawa, soit 20 % de tous les patients admis (Reid et coll., 2006). Plus de 90 % d'entre eux (91 %) ont ete vus par l'infirmiere attitree au counseling en abandon du tabac : 70 % ont reeu un counseling minimal et 30 %, un counseling intensif. La TRN a ete prescrite durant l'hospitalisation a 33 % des fumeurs. Le systeme de suivi automatise a etabli des contacts avec 74 % des fumeurs; 53 % des fumeurs ont reeu une intervention apres leur conge de l'hopital et de ceux-ci, 90 % ont opte pour un soutien telephonique avec l'infirmiere. Des donnees recueillies six mois apres l'hospitalisation indiquent que 44 % des patients n'avaient pas fume au cours des sept jours precedant la collecte de donnees (abstinence ponctuelle) et que 35 % des patients n'avaient pas fume du tout depuis leur hospitalisation (abstinence continue) (Reid et coll., 2006). Enfin, au cours de l'annee 2003-2004, 30 residents en medecine et 120 infirmieres et professionnels de la sante ont reeu une formation d'une heure sur la dependance au tabac.

Suite a cette experience initiale, les concepteurs du MOAT ont bonifie le programme et l'ont diffuse a l'exterieur de leur etablissement : des 2006 a d'autres hopitaux ontariens et a partir de 2008, a d'autres provinces canadiennes (Campbell et coll., 2011). La demarche proposee pour implanter le MOAT comprend neuf etapes decrites au tableau 3 (Reid et coll., 2010). Ces etapes ont par la suite ete regroupees en six et le debut de l'implantation se fait generalement 12 mois apres le debut de la demarche :

- presentation du programme;
- evaluation avant la mise en oeuvre;
- planification du programme et elaboration du protocole;
- formation et promotion;
- mise en oeuvre du programme;
- evaluation apres la mise en oeuvre et viabilite du programme.

Tableau 3 Démarche d'implantation du MOAT

ÉTAPE	ACTIVITÉS
Rencontres avec des représentants de la direction	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rencontres avec les dirigeants des secteurs administratifs, médicaux, infirmiers, etc.; ■ Collecte d'informations sur les caractéristiques de l'hôpital; ■ Signature de l'entente de partenariat.
Évaluation de base et rétroaction	<ul style="list-style-type: none"> ■ Étude des politiques et pratiques actuelles de l'établissement concernant le traitement des patients fumeurs hospitalisés; ■ Sondage auprès des patients sur la prévalence du tabagisme; ■ Présentation aux représentants de la direction des lacunes identifiées dans les politiques et pratiques actuelles de l'établissement et des données relatives au taux de tabagisme.
Recherche d'un consensus	<ul style="list-style-type: none"> ■ Détermination des buts à atteindre; ■ Analyse des façons d'intégrer le traitement aux fumeurs hospitalisés dans la pratique de routine.
Responsabilité	<ul style="list-style-type: none"> ■ Désignation des prestataires de soins responsables d'intervenir auprès des fumeurs.
Intégration d'outils de pratique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formulaire standardisé d'intervention auprès du fumeur; ■ Ordonnances préimprimées pour les aides pharmacologiques; ■ Matériel éducatif pour le patient; ■ Système d'appels de suivi automatisés.
Systemes de rappel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Questions standardisées relativement au statut tabagique lors de l'admission; ■ Intégration des interventions auprès de fumeurs dans les plans et parcours de soins.
Activités d'éducation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rencontres régulières entre les facilitateurs du programme et ceux qui l'implantent afin de résoudre les problèmes et soutenir les activités de changement de pratiques.
Formation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leaders d'opinion en arrêt tabagique; ■ Médecins; ■ Personnel de première ligne; ■ Personnel administratif.
Évaluation continue et rétroaction	<ul style="list-style-type: none"> ■ Présentations trimestrielles des résultats du programme aux gestionnaires d'unités et à la direction de l'établissement; ■ Présentation des résultats au personnel de première ligne.

5.2 Efficacité et pérennité

Reid et ses collègues ont évalué l'impact de l'implantation du MOAT dans neuf hôpitaux en Ontario en mesurant les taux d'abstinence six mois après l'hospitalisation, avant et après l'implantation du modèle. Les résultats ont montré une augmentation du taux d'abstinence avant-après de 18 % à 29 % (Reid et coll., 2010). Les chercheurs ont aussi observé que 69 % des fumeurs avaient reçu une intervention de counseling, 29 % une prescription d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique et que 23 % étaient inscrits au suivi téléphonique. Quant à l'adoption du MOAT, 34 % des unités de nursing avaient implanté le modèle et cette implantation l'était davantage dans les plus petits hôpitaux (< 10 000 hospitalisations par année).

Mullen et ses collègues ont, quant à eux, évalué si l'implantation du MOAT réduisait l'utilisation subséquente de soins de santé et la mortalité. Pour ce faire, ils ont comparé les données de 726 usagers ayant reçu des soins dans le cadre d'une application du MOAT de 14 hôpitaux en Ontario aux données de 641 usagers ayant reçu des soins habituels. Les résultats témoignent de taux de réadmission (toutes causes ou reliés au tabagisme) et de visites à l'urgence significativement plus bas après 30 jours, un an et deux ans chez le groupe expérimental comparativement au groupe témoin. Une réduction significative de la mortalité a aussi été observée après un an et deux ans dans le groupe expérimental (Mullen et coll., 2017).

Enfin, Campbell et ses collègues ont examiné différentes facettes de la pérennité du MOAT en interrogeant 12 informateurs-clés de six hôpitaux ayant implanté le modèle (un décideur et la personne responsable de l'implantation du MOAT dans chacun des six hôpitaux) (Campbell et coll., 2011). Les auteurs ont défini la pérennité comme la présence d'activités à un niveau similaire ou plus élevé que lors de l'implantation. Voici les principales observations issues de cette recherche :

- Le renoncement au tabac est un problème de santé important en lien avec les objectifs poursuivis par les hôpitaux (rétablissement de la santé, implantation de politiques sans fumée).
- Cette problématique rencontre toutefois certaines résistances de la part d'infirmières qui perçoivent l'implantation du programme comme une source de travail supplémentaire s'ajoutant à la tâche de professionnels déjà débordés.
- Les programmes de renoncement au tabac devraient être présentés pour les bénéfices escomptés : diminution du temps d'hospitalisation, des infections, et donc baisse des coûts.
- Faire appel aux infirmières des unités pour l'implantation du programme faciliterait la pérennité; cependant, il peut être difficile de trouver le temps nécessaire pour faire du counseling et l'apport d'infirmières dédiées au counseling est apprécié.
- Certains facteurs facilitants ont été identifiés : la participation d'un leader d'opinion, « champion », enthousiaste pour la promotion du programme; le rôle majeur joué par le facilitateur de l'équipe du MOAT durant la phase d'implantation; l'excellente réputation du MOAT et l'efficacité du programme.
- L'aspect financier du programme constitue une barrière importante à la pérennité que ce soit pour les ressources humaines (une personne à temps plein pour l'éducation, la collecte des données et le counseling en abandon du tabac) ou le système de rappel automatisé.
- Il n'existe pas de consensus parmi les informateurs-clés interrogés, à savoir si l'embauche d'un leader d'opinion ou de conseillers à temps plein en abandon du tabac fait en sorte que tous les patients fumeurs reçoivent du counseling et un suivi.

Les auteurs affirment que les hôpitaux ayant dégagé du temps d'un professionnel pour le MOAT (aussi peu que 10 % de son temps) offraient des activités à un niveau supérieur à celui au début de l'implantation. Un des facteurs très importants de la pérennité d'un programme et de son intégration dans un établissement de santé serait la possibilité de démontrer l'impact positif au niveau des patients, ce que permet la collecte de données avec le système de rappel automatisé. Le soutien financier serait aussi un aspect essentiel de la pérennité du programme. Enfin, les informateurs-clés voient le rôle de l'équipe du MOAT comme un de soutien : créer une communauté de pratique, partager des données de recherche récentes, offrir de la formation continue, gérer le système de suivi automatisé (Campbell et coll., 2011).

5.3 Expériences d'implantation

Des entrevues téléphoniques à l'aide de questions ouvertes (annexe 1) ont été menées avec des personnes clés reconnues pour favoriser la mise en place du modèle dans leur région respective soit les régions de Laval, Lanaudière, Mauricie–Centre-du-Québec, de même que dans certains établissements tels que l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et le Centre universitaire de santé Mc Gill. Le tableau 4 présente, de façon résumée, les différentes démarches réalisées par les trois régions ayant implanté le MOAT ou en processus de le faire, alors que des informations plus détaillées se retrouvent à l'annexe 2.

Selon les personnes interviewées :

- Le MOAT serait une option efficace et économique qui offre accompagnement, sondages, formations, activités d'éducation, outils de pratique, indicateurs de suivi, ce qui est appréciable dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre (région de Mauricie–Centre-du-Québec).
- Le MOAT permet de profiter d'un ensemble de mesures reconnues efficaces et de l'expertise de son équipe pour déployer la systématisation de façon séquentielle. Les services TelASK permettent d'orienter les usagers vers les ressources médicales et les services spécialisés en abandon du tabac comme les CAT et la ligne j'Arrête (région de Lanaudière).
- Les régions qui n'opéreraient pas pour le MOAT devraient faire des représentations pour trouver les fonds nécessaires pour mettre en place le modèle, car il est difficile d'implanter une démarche de systématisation sans soutien (région de Laval).
- Le soutien de personnes d'expérience sous forme de mentorat serait une option possible dans le cas où une région n'adopterait pas le MOAT. Cependant, il faudrait s'assurer d'utiliser des outils validés et de respecter les étapes habituelles de planification et de déploiement d'un programme de santé publique, tout en portant une attention particulière à l'identification des enjeux et des défis opérationnels à court terme (région de Lanaudière).
- À défaut de pouvoir adopter le MOAT, il serait important de s'en inspirer, en dédiant une équipe pour le counseling constituée d'une infirmière ou d'une inhalothérapeute et en adoptant des indicateurs de suivi afin de disposer d'arguments solides pour que le dossier demeure prioritaire (région de Mauricie–Centre-du-Québec).
- À défaut d'une équipe dédiée, confier la responsabilité à l'ensemble des inhalothérapeutes dans le cadre de leur travail, ou à une inhalothérapeute dédiée de façon permanente serait une option intéressante à considérer (région de Laval).

Tableau 4 Implantation du MOAT dans trois régions (suite)

ÉTAPE (suite)	LAVAL	LANAUDIÈRE	MAURICE-CENTRE-DU-QUÉBEC
Implantation (suite) <ul style="list-style-type: none"> ■ Coordination 		Coordination : <ul style="list-style-type: none"> ■ Un gestionnaire de projet, 3 jours par semaine; ■ Une infirmière clinicienne, 2 à 3 jours par semaine; ■ Soutien du médecin responsable. 	
Évaluation	Indicateurs du TelASK pour : <ul style="list-style-type: none"> ■ la mise en œuvre; ■ le taux d'abstinence à 6 mois. 	Indicateurs du TelASK pour : <ul style="list-style-type: none"> ■ la prévalence du tabagisme des usagers; ■ autres indicateurs de processus. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indicateurs du TelASK; ■ Autres indicateurs à être définis pour la mise en œuvre.
Financement	Information non disponible	<ul style="list-style-type: none"> ■ 25 000 \$ autorisés par le CISSS pour la planification de l'implantation la 1^{re} année; ■ Dépense annualisée de 25 000 \$ au budget, à partir de 2019. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Financement autorisé par le CIUSSS pour les 2 premières années.

5.4 Coûts

L'estimation des coûts du MOAT dépend de plusieurs paramètres, notamment des options choisies : nombre de jours de soutien du facilitateur nécessaire à l'implantation, nombre et type de formations (en présentiel en établissement, en ligne), durée plus ou moins longue du plan de déploiement, nombre de patients enregistrés dans la base de données TelASK et quantité de fourniture commandée. Le contrat peut être négocié à la carte ou en mode forfait comprenant différentes options.

Selon les responsables du MOAT, un programme clé en main pourrait coûter environ 26 000 \$ la première année. Il comprendrait l'ensemble des composantes du MOAT, c'est à dire :

- Dix jours d'accompagnement par le facilitateur du MOAT;
- la formation sur place des intervenants de première ligne;
- le webinaire destiné aux médecins et pharmaciens;
- les cinq modules de formation en ligne;
- une inscription à la conférence annuelle d'Ottawa;
- l'atelier destiné au coordonnateur et aux « Champions »;
- l'installation de la base de données TelASK;
- Cinq cents livrets destinés aux personnes qui fument.

L'adoption du MOAT implique des coûts substantiels la première année, et certaines sommes, comme les frais de déplacements et d'hébergement des formateurs ne sont pas incluses dans les prix présentés. En plus de ces coûts, les responsables du MOAT suggèrent d'allouer une ressource à raison d'un demi-temps par établissement pour coordonner l'implantation du programme durant les deux premières années. Par la suite, il faut prévoir un financement récurrent pour l'utilisation de la base de données et pour le professionnel de l'établissement dédié au suivi du programme une fois l'implantation terminée. Quant aux coûts récurrents de formation des intervenants, ils sont variables en raison de la possibilité de former des formateurs à l'interne par le facilitateur du MOAT.

Le tableau 5 présente une estimation des coûts individuels des différents éléments du programme pendant la première année d'implantation du MOAT. Cet estimé est tiré de communications personnelles avec des professionnels québécois ayant négocié l'implantation du MOAT dans leur région ou leur établissement.

Tableau 5 Estimé des coûts de divers éléments du MOAT

ÉLÉMENT DU MOAT	DESCRIPTION	COÛTS
Soutien du facilitateur de l'équipe du MOAT	Le prix peut varier selon le nombre de jours négocié. De façon générale, l'équipe du MOAT suggère un nombre de 10 jours la première année et de 10 jours la deuxième année. Toutefois, selon la taille de la région, 14 jours de soutien par année pourraient être nécessaires.	535 \$ – 875 \$/ jour
Formation	Formation sur place des intervenants de première ligne de l'établissement sur le protocole d'intervention, le soutien comportemental et la pharmacothérapie (plusieurs formations de 30 minutes au cours de la même journée).	2 050 \$ à 3 500 \$
	Webinaire destiné aux médecins et aux pharmaciens, portant sur la dépendance à la nicotine, la pharmacothérapie et les stratégies de changement de comportement par un des deux responsables du développement du MOAT.	500 \$ à 1 000 \$
	Cinq modules en ligne, complémentaires à la formation de base, portant sur le MOAT, la dépendance à la nicotine, la pharmacothérapie, et la consultation en arrêt tabagique, offerts la première année.	1 000 à 3 000 \$
	Formation de nouvelles ressources lors des années subséquentes.	500 \$/année
	Inscription à la conférence annuelle d'Ottawa de deux jours.	450 \$ à 500 \$/ inscription
	Atelier d'une journée offert dans l'établissement destiné au coordonnateur et aux « Champions » (jusqu'à 50 participants) sur les changements organisationnels, les théories du changement comportemental, les stratégies de soutien auprès du fumeur, la dépendance à la nicotine, la pharmacothérapie, etc.	3 900 \$ à 7 600 \$
Base de données Tel ASK	Installation de la base de données.	7 500 \$
	Coûts annuels récurrents pour 1 000 usagers.	15 000 \$
	Temps de professionnel pour la saisie de données et la surveillance de la base de données.	à déterminer
Livrets destinés aux personnes qui fument	La première année, 500 livrets sont remis sans frais. Ils comprennent des conseils et une liste des ressources régionales d'aide au renoncement au tabac.	1 \$/livret
	Lorsqu'achetés comme seul élément du programme, il en coûte 800 \$ pour les 500 premiers livrets.	

5.5 Arguments de régions n'ayant pas adopté le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac

Depuis le début des travaux du comité en 2018, certaines régions ont décidé de ne pas adopter le MOAT ou ont des réserves face au modèle. Voici les arguments invoqués pour de telles décisions. Ces informations sont tirées de communications personnelles.

Dans les Laurentides, le CISSS a choisi, pour un coût similaire à celui du MOAT, d'embaucher un chargé de projet sous contrat avec une banque de 500 heures. Celui-ci a pour fonction de planifier l'implantation de la politique sans fumée dans l'ensemble des établissements du CISSS des Laurentides. Il devra également coordonner le comité responsable de développer la systématisation des interventions pour la gestion des symptômes de sevrage et soutenir l'établissement de corridors de services pour les usagers qui souhaitent cesser de fumer. Le chargé de projet est soutenu par une gestionnaire et par le directeur de santé publique mandaté par la direction générale de coordonner le déploiement de la politique sans fumée au sein du CISSS. Quant au rappel de suivi des usagers après leur séjour en établissement, en remplacement du système TelASK proposé par le MOAT, la région évalue la possibilité et la faisabilité d'intégrer cette tâche à celle des agentes administratives d'une nouvelle centrale téléphonique qui sera bientôt responsable de planifier les rendez-vous de vaccination au CISSS.

Le CISSS a opté pour ce modèle, car il correspondait davantage aux besoins de la région que ce que peut offrir le MOAT :

- Le MOAT propose principalement des outils de planification, alors que le CISSS dispose déjà d'une équipe de gestion de projet avec une méthodologie systématisée.
- L'offre du MOAT comprend différentes formations préformatées, alors que la région peut compter sur un médecin-conseil dédié à la lutte contre le tabagisme disponible pour développer des formations qui conviennent davantage aux besoins spécifiques de la région.
- La démarche du MOAT vise principalement le soutien au renoncement au tabac, alors que dans le cadre de la politique sans fumée, le mandat est plus large et doit principalement viser à soulager rapidement les symptômes de sevrage de la nicotine des usagers, avec des interventions, mécanismes et outils adaptés à cet objectif.
- L'accompagnement offert par le MOAT s'opère à distance, alors qu'il apparaît plus avantageux de disposer d'une ressource connaissant bien le milieu et pouvant de ce fait, faciliter les liens directs de collaboration entre les différentes ressources et directions du CISSS impliquées.

Dans la région de Montréal, différentes options sont présentement examinées, dont le MOAT. Les expériences dans les hôpitaux de Montréal, les expertises développées, les formations réalisées dans le milieu hospitalier, de même que les initiatives en cours dans la région indiquent que des alternatives au MOAT sont possibles. Le modèle en place à l'Institut de cardiologie de Montréal en est un bon exemple. Le principal atout du MOAT serait, pour une région comme celle de Montréal, son système de rappel automatisé, TelASK. Or, celui-ci est indissociable du MOAT. De plus, le TelASK place les établissements de santé en situation de dépendance, puisque la base de données est hébergée à l'extérieur de leurs installations et donc, ne leur appartient pas. Un autre inconvénient du TelASK est qu'il ne répond que partiellement aux besoins d'évaluation, nécessitant alors le développement d'une base de données parallèle.

6 Discussion

L'adoption, en 2017, de politiques visant la création d'environnements sans fumée dans les établissements de santé et de services sociaux, est venue appuyer la priorisation de la lutte contre le tabagisme et amener une conscientisation du besoin d'offrir du soutien aux personnes faisant usage du tabac. Ainsi, dans les établissements où sont hébergées des personnes contraintes de s'abstenir de fumer, il est important d'informer ces dernières des politiques en vigueur et de mettre en place des mesures pour les soutenir face à un sevrage imposé. Pour certaines d'entre elles, l'intervention se limitera à une gestion adéquate des symptômes de sevrage. D'autres voudront profiter de l'occasion pour renoncer complètement au tabac et il est impératif que les professionnels de la santé profitent alors de cette opportunité pour les accompagner dans leur démarche et les orienter au besoin vers des ressources spécialisées en abandon du tabac.

Par ailleurs, les changements vécus lors de la réorganisation du système de santé québécois posent des défis particuliers. Ainsi, les CISSS et les CIUSSS sont maintenant constitués de très grands nombres d'établissements, avec des missions variées (ex. centres hospitaliers, CLSC, CHSLD, centres de réadaptation, centres jeunesse) et des clientèles différentes, ce qui constitue un réel défi et suscite un questionnement quant à un déploiement par étapes ou simultané de la systématisation des interventions auprès des personnes qui fument.

Enfin, l'élargissement récent du rôle de plusieurs types de professionnels, pharmaciens, infirmières, inhalothérapeutes, quant à la prescription de TRN, offre une fenêtre d'opportunités qui permet de tirer profit de leurs expertises respectives et de partager les responsabilités dans l'implantation d'une approche de systématisation d'interventions aux usagers touchés par l'interdiction de fumer. Un des défis de ces nouvelles responsabilités est de s'assurer que ce droit de prescrire soit autorisé et facilité par les différentes instances des établissements, dont les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens des hôpitaux.

6.1 Principaux constats

L'examen des écrits scientifiques portant sur les démarches de systématisation d'interventions en milieu hospitalier auprès d'usagers qui font usage du tabac permet de dresser certains constats :

- Selon une revue Cochrane publiée en 2012 :
 - Les interventions de counseling initiées en milieu hospitalier et accompagnées d'un suivi d'au moins un mois après le congé de l'hôpital augmentent le taux de renoncement au tabac.
 - L'ajout d'une TRN au counseling augmente le taux de renoncement comparativement à une intervention sans TRN.
 - Il est justifié d'offrir une intervention à tous les fumeurs hospitalisés indépendamment de leur diagnostic d'admission (Rigotti et coll., 2012).
- Il existe un consensus quant aux interventions à offrir en milieu hospitalier, selon les lignes directrices cliniques consultées :
 - Documenter le statut tabagique de toute personne hospitalisée et le consigner au dossier.
 - Offrir à tout fumeur un counseling et une pharmacothérapie pendant le séjour à l'hôpital afin de contrôler les symptômes de sevrage et de favoriser une tentative de renoncement au tabac.

- Offrir un suivi lors du congé de l'hôpital d'une durée minimale d'un mois pour favoriser l'abstinence à long terme.
- Certaines lignes directrices font état de recommandations ou considérations additionnelles :
 - Inciter les personnes qui fument et qui seront admises pour une chirurgie à renoncer au tabac et à demeurer abstinentes six à huit semaines avant leur opération (European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2018).
 - Orienter les patients qui fument et qui sont admis sur une base élective vers des ressources qui les aideront à renoncer au tabac avant leur hospitalisation ou leur intervention chirurgicale (CAN-ADAPTT, 2011).
 - Utiliser un système électronique « d'alerte » permettant de rappeler aux professionnels de la santé de consigner le statut tabagique au dossier (Jimenez-Ruiz et coll., 2017).
- Six stratégies relativement efficaces permettant d'intégrer dans les milieux de santé l'offre de traitements de la dépendance au tabac ont été décrites il y a plus de 10 ans par des auteurs américains :
 - Implanter un système pour identifier et documenter le statut tabagique.
 - Offrir des formations, de l'éducation et de la rétroaction pour promouvoir l'intervention du professionnel.
 - Dédier du personnel pour offrir des traitements de renoncement au tabac.
 - Adopter des politiques hospitalières qui soutiennent l'offre de traitements de renoncement au tabac.
 - Inclure les traitements de renoncement au tabac reconnus efficaces dans les couvertures de services remboursés par les assureurs.
 - Rembourser les professionnels pour les traitements offerts et inclure ces services dans leur définition de tâches (Fiore et coll., 2007).
- Dans la seule recension systématique portant sur l'efficacité des stratégies de changement de systèmes dans les milieux de santé décrites par Fiore et ses collègues en 2007, aucune étude portant sur une intervention réalisée en milieu hospitalier n'a été retenue (Thomas et coll., 2017).

Par ailleurs, l'examen des expériences québécoises de systématisation d'interventions de renoncement au tabac dans les milieux de santé de même que l'analyse du MOAT permettent d'identifier une série d'étapes communes dans les différentes démarches d'implantation (tableau 6). Il est important de mentionner l'ampleur de l'étape de planification du programme qui implique entre autres, l'identification des différentes trajectoires de soins, l'élaboration du protocole d'intervention interdisciplinaire auprès des usagers qui font usage du tabac, de même que le développement et l'offre de nombreuses formations et outils. On peut prendre connaissance de quelques-uns de ces outils en suivant cet hyperlien :

<http://bibliotheques.cissslaval.ca/ListRecord.htm?list=folder&folder=379>

Tableau 6 Étapes communes de diverses démarches d'implantation

	MONTRÉAL Projet dans les hôpitaux	MONTÉRÉGIE Guide pour la première ligne	MOAT Reid et coll., 2010	MOAT Site internet consulté en 2019
Étape				
Mobilisation	Mobilisation et engagement	Passer à l'action : l'heure des choix	Rencontres avec des représentants de la direction	Présentation du programme
	Choix des clientèles et des milieux à cibler	Information non disponible	Information non disponible	Information non disponible
Réalisation d'un portrait	Portrait des pratiques	Établir le portrait des pratiques actuelles	Évaluation de base et rétroaction	Évaluation avant la mise en œuvre
Planification du programme et élaboration du protocole d'intervention, incluant le développement des outils et des formations	Élaboration d'un protocole d'identification du statut tabagique et d'un protocole d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Élaborer un protocole de soins préventifs; ▪ Planifier la prestation des services; ▪ Bien s'outiller pour bien travailler. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche d'un consensus; ▪ Responsabilité; ▪ Intégration d'outils de pratique; ▪ Systèmes de rappel; ▪ Formation; ▪ Activités d'éducation. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planification du programme et élaboration du protocole; ▪ Formation et promotion.
Mise en œuvre	Mise en œuvre	Mise en œuvre	Mise en œuvre	Mise en œuvre
Évaluation	Monitoring et évaluation	Réexaminer, réajuster et peaufiner	Évaluation continue et rétroaction	Évaluation après la mise en œuvre et viabilité du programme

6.2 Éléments de réflexion

Plusieurs conditions gagnantes ont été identifiées lors de l'analyse de l'implantation de projets de systématisation dans les hôpitaux de Montréal et de la Montérégie et lors des entrevues réalisées avec les professionnels ayant collaboré à la mise en place du MOAT dans leur région :

- la présentation des avantages de l'implantation d'une approche comme le MOAT pour les bénéficiaires escomptés comme une diminution du temps d'hospitalisation, des infections, et donc des coûts;
- l'engagement et le soutien de la direction, des décideurs et des gestionnaires permettant la mise en place d'un environnement organisationnel favorable et la planification des ressources;
- une charge administrative légère;
- un soutien financier récurrent pour dégager un professionnel ayant le mandat de coordonner l'implantation du programme dans l'hôpital et d'assurer sa pérennité;
- l'institutionnalisation d'une mesure d'identification du statut tabagique dans les procédures officielles de l'hôpital;

- une standardisation des tâches dédiées au programme dans tout l'hôpital, témoignant d'une démarche cohérente et des valeurs et de la mission de l'organisation;
- la disponibilité d'outils facilitant l'intervention et la prescription de pharmacothérapie, par exemple un formulaire d'ordonnance préimprimé;
- la collaboration des médecins et des différents professionnels;
- une communication interdisciplinaire efficace;
- l'implication des infirmières des unités, ce qui faciliterait la pérennité;
- l'apport d'infirmières et possiblement d'inhalothérapeutes et de pharmaciens dédiés au counseling;
- la participation d'un leader d'opinion, d'un « champion » pour promouvoir le programme et motiver les équipes soignantes à intervenir auprès des usagers faisant usage du tabac;
- une analyse de données permettant d'évaluer l'impact de l'intervention au niveau des patients.

Un des enjeux importants dans l'implantation de la démarche de systématisation est la décision d'opter pour une équipe dédiée ou pour un partage des responsabilités entre les différents professionnels et les équipes soignantes. Selon certains professionnels ayant implanté le MOAT dans leur région, l'environnement dans lequel la systématisation est implantée peut dicter ou faciliter un choix ou l'autre pour minimiser les impacts négatifs. L'option faisant appel au partage des responsabilités est probablement plus compliquée, surtout dans un contexte où les équipes sont souvent débordées, et elle nécessite d'offrir de la formation à un plus grand nombre de professionnels, mais en revanche, elle pourrait faciliter la pérennité de la démarche de systématisation. Une forme hybride de ces deux tendances pourrait combler des lacunes, et ainsi maximiser l'expertise, la coordination et l'intégration dans les soins courants.

7 Conclusion

L'adoption de politiques visant la création d'environnements sans fumée dans les établissements de santé et de services sociaux amène une conscientisation grandissante chez les dirigeants quant au besoin d'offrir du soutien aux personnes faisant usage du tabac. Ainsi, dans les établissements où sont hébergées des personnes contraintes à s'abstenir de fumer, il est important d'informer ces dernières des politiques en vigueur et de mettre en place des mesures pour les soutenir face à un sevrage imposé.

Il existe un consensus quant aux interventions à offrir en milieu hospitalier aux personnes dont le statut tabagique aura été consigné au dossier. Ainsi, on doit offrir à tout fumeur un counseling et une pharmacothérapie pendant le séjour à l'hôpital afin de contrôler les symptômes de sevrage et de favoriser une tentative de renoncement au tabac. De plus, on proposera, lors du congé de l'hôpital, un suivi d'une durée minimale d'un mois pour favoriser l'abstinence à plus long terme.

Les établissements de santé du Québec peuvent s'appuyer sur plusieurs expériences inspirantes d'offre de services de renoncement au tabac aux personnes hospitalisées. Pour sa part, le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac a rejoint depuis 2006 plus de 310 000 patients canadiens, via le réseau MOAT. Au Québec, quelques régions ont adopté ce modèle qui a fait l'objet de plusieurs évaluations ayant démontré une augmentation significative du taux d'abstinence dans les établissements ayant implanté le MOAT. D'autres régions, en revanche, ont opté pour un modèle régional qui semblait plus adapté aux besoins de leurs établissements.

L'analyse de l'implantation de projets québécois de même que les entrevues réalisées avec les professionnels ayant collaboré à la mise en place du MOAT dans leur région ont permis d'identifier plusieurs conditions gagnantes à prendre en considération lors de la planification de la systématisation d'interventions auprès des personnes faisant usage du tabac. Parmi celles-ci, notons l'engagement et le soutien de la direction de l'établissement, un soutien financier récurrent, l'institutionnalisation d'une mesure d'identification du statut tabagique dans les procédures officielles de l'hôpital de même qu'une standardisation des tâches dédiées au programme dans tout l'hôpital. La collaboration des médecins et des professionnels et une communication interdisciplinaire efficace sont essentielles. Un suivi au congé de l'hôpital et une orientation vers une ressource spécialisée en abandon du tabac s'avèrent être des éléments stratégiques. Quant à la collecte de données avec un système de rappel automatisé ou son équivalent, elle permet de repérer parmi les personnes ayant obtenu leur congé de l'hôpital, celles qui ont besoin de soutien, et de mesurer les effets de la systématisation des interventions.

Enfin, un des enjeux importants dans l'implantation de la démarche de systématisation est la décision d'opter pour une équipe dédiée ou pour un partage des responsabilités entre les différents professionnels et les équipes soignantes. Cette décision devrait être guidée par la réalité de chacune des régions.

Références

- Boivin-Proulx, L.-A., Khalifé, S., Lagacé-Lavoie, G., Lefort, C. (2015). Sous la supervision de Stéphane Groulx. AID-ACT, Analyse de l'implantation d'une démarche d'aide à la cessation tabagique dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés de la Montérégie. 47 p.
- Cabezas, C., Advani, M., Puente, D., Rodriguez-Blanco, T., Martin, C.: ISTAPS Study Group. (2011). Effectiveness of a stepped primary care smoking cessation intervention: Cluster randomized clinical trial (ISTAPS study). *Addiction*, 106(9):1696–706. Cité dans Thomas et coll., 2017.
- Campbell, S., Pieters, K., Mullen, K.-A., Reece, R., Reid, R.D. (2011). Examining sustainability in a hospital setting: Case of smoking cessation. *Implementation Science*, 6 : 108.
- CAN-ADAPTT (2011). Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme. Toronto, Canada : Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique, Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- European Network for Smoking and Tobacco Prevention. (2018). Guidelines for treating tobacco dependence.
- Fiore, M.C., Keller, P.A., Curry, S.J. (2007). Health system changes to facilitate the delivery of tobacco-dependence treatment. *American Journal of Preventive Medicine*, 33 (6S): S349-S356.
- Fiore, M.C., Jaén, C.R., Baker, T.B., et coll. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update - Clinical Practice Guideline. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Gordon J.S., Andrews, J.A., Albert, D.A., Crews, K.M., Payne, T.J., Severson, H.H. (2010). Tobacco cessation via public dental clinics: results of a randomized trial. *American Journal of Public Health*, 100(7):1307–12. Cité dans Thomas et coll., 2017.
- 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. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 120 p.
- Jimenez-Ruiz, C.A., de Grande Orive, J.L., Solano Reina, S. et coll. (2017). Guidelines for the Treatment of Smoking in Hospitalized Patients. *Arch Bronconeumol*, 53(7):387–394.
- Joseph, M.A., Arikian, N.J., An, L.C., Nugent, S.M., Sloan, R.J., Pieper, C.F. (2004). Results of a randomized controlled trial of intervention to implement smoking guidelines in Veterans Affairs medical centers: increased use of medications without cessation benefit. *Medical Care*, 42(11): 1100–10. Cité dans Thomas et coll., 2017.
- Little, S.J., Hollis, J.F., Fellows, J.L., Snyder, J.J., Dickerson, J.F. (2009). Implementing a tobacco assisted referral program in dental practices. *Journal of Public Health Dentistry*, 69(3): 149–55. Cité dans Thomas et coll., 2017.
- Mullen, K.A., Manuel, D.G., Hawken, S.J. et coll. (2017). Effectiveness of a hospital-initiated smoking cessation programme: 2-year health and healthcare outcomes. *Tobacco Control*, 26: 293-299.

- Patwardhan, P.D., Chewning, B.A. (2012). Effectiveness of intervention to implement tobacco cessation counseling in community chain pharmacies. *Journal of the American Pharmacists Association*, 52(4):507–14. Cité dans Thomas et coll., 2017.
- Reid, R.D., Pipe, A.L., Quinlan, B. (2006). Promoting smoking cessation during hospitalization for coronary artery disease. *Canadian Journal of Cardiology*, 22 (9): 775-780.
- Reid, R.D., Mullen, K.-A., Slovenic, M.E., et coll. (2010). Smoking cessation for hospitalized smokers: An evaluation of the “Ottawa Model”. *Nicotine and Tobacco Research*, 12 (1): 11-18.
- Rigotti, N.A., Clair, C., Munafo, M.R., Stead, L.F. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No. : CD001837.
- Robert, M. Prise en charge infirmière des fumeurs hospitalisé infirmières. (2017). *Perspective infirmière*, 14 (5) : 33-37.
- Rothemich, S.F., Woolf, S.H., Johnson, R.E., Devers, K.J., Flores, S.K., Villars, P., et coll. (2010). Promoting primary care smoking cessation support with quitlines: the QuitLink randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(4):367–74. Cité dans Thomas et coll., 2017.
- Sissoko, H., Groulx, S., Bélanger, H. (2011). *Systématisation des soins visant le counseling concernant l’abandon du tabagisme : Guide*. Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 99 p.
- Tessier, S., Leaune, V. (2011). Évaluation d’implantation du projet *Soutien à la cessation tabagique dans les hôpitaux de Montréal*. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 28 p.
- Thomas, D., Abramson, M.J., Bonevski, B., George J. (2017). System change interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 2. Art. No. : CD010742.
- Verbiest, M., Brakema, E., van der Kleij, R. et coll. (2017). National guidelines for smoking cessation in primary care: a literature review and evidence analysis. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 27 (1) : 2.
- Winickoff, J.P., Nabi-Burza, E., Chang, Y., Regan, S., Drehmer, J., Finch, S., et coll. (2014). Implementation of a parental tobacco control intervention in pediatric practice. *Pediatrics*, 132(1): 109–17. Cité dans Thomas et coll., 2017.

Annexe 1

Questionnaire d'entrevue

Questionnaire d'entrevue

1. Dans la démarche de systématisation, par quoi avez-vous commencé?
2. Que vous a demandé ou qu'a fait le MOAT?
3. En quoi consiste l'évaluation avant la mise en œuvre?
4. Comment avez-vous planifié le programme dans les différentes installations?
5. Comment avez-vous mobilisé les professionnels/médecins des différentes installations autour de ce projet?
6. Comment avez-vous identifié vos différentes trajectoires?
7. Comment ça se passe à l'urgence (avant d'être vu et une fois sur civière)?
8. Comment ça se passe quand les patients sont admis sans passer par l'urgence?
9. Comme vous avez des intervenants dédiés, quelle est l'implication des équipes traitantes? Quel type de soutien offrent-elles?
10. Quel type de soutien offre la pharmacie, notamment à l'urgence?
11. Qu'est-ce qui se passe les soirs ou les fins de semaine pour la gestion des symptômes de sevrage quand l'équipe dédiée n'y est pas?
12. Qui a été formé ? Comment les formations ont-elles été organisées auprès de l'ensemble des professionnels des établissements?
13. Aviez-vous un plan de communication spécifique en lien avec la systématisation (et pas juste avec la politique sans fumée)?
14. Quels sont les indicateurs que vous allez suivre pour évaluer la mise en œuvre de la systématisation?
15. Si une région ne peut pas se payer le MOAT, quel serait votre meilleur conseil?
16. Si une région ne peut pas se payer le MOAT, quels enjeux ou difficultés devrait-elle surveiller?
17. Si une région n'a pas d'intervenants dédiés, quelle serait votre vision?

Annexe 2

Résultats détaillés des entrevues

Résultats détaillés des entrevues

Les expériences d'implantation du MOAT recensées sont présentées selon les six grandes étapes proposées par le modèle. On retrouve aussi certaines suggestions faites par les personnes interviewées. Il est à noter que les démarches recensées sont à des niveaux différents d'implantation.

Laval

Entrevue réalisée en décembre 2018 avec Dr Mark-Andrew Stefan de la Direction de santé publique (DSPub) du CISSS de Laval.

L'adoption du MOAT pour l'implantation de la politique sans fumée au CISSS de Laval dès le 31 mai 2018 a été facilitée par le fait que ce modèle avait reçu un appui important du programme des maladies pulmonaires obstructives chroniques au CISSS de Laval en 2014-2015. La proposition d'implanter le MOAT a ensuite été reprise lors des consultations pour rédiger la politique pour un environnement sans fumée au courant de 2017.

La **mise en œuvre** du MOAT au CISSS de Laval est prévue en deux phases. Une première phase à l'intention des usagers des installations, où le sevrage de la clientèle admise ou hébergée représente un enjeu considérable, soit : l'hôpital juif de réadaptation, le centre jeunesse et l'hôpital Cité de la Santé, et ce malgré le fait que persistent quelques zones où il est toléré de fumer dans deux de ces installations. Une deuxième phase d'implantation du MOAT est en cours pour les usagers de l'urgence de l'hôpital Cité de la Santé et plusieurs cliniques externes et cliniques ambulatoires du CISSS (cancérologie, préadmission, chirurgie, etc.). De plus, lors de la deuxième phase, le rôle des inhalothérapeutes a été élargi pour prendre en compte leur nouveau pouvoir de prescrire autant pour les usagers hospitalisés que pour ceux dans les services ambulatoires (Laboratoire du sommeil, services de spirométrie (site fixe et en GMF), service d'oxygénothérapie à domicile).

L'ensemble de la démarche d'implantation du MOAT a été confié à la Direction des Soins infirmiers (DSI) en collaboration avec la DSPub et a fait appel à un **comité de pilotage** responsable notamment de déterminer l'utilisation des ressources. La rédaction des outils cliniques, quant à elle, a été confiée à la DSPub en collaboration étroite avec la DSI, la direction des services multidisciplinaire (DSM) et le département de pharmacie.

Une des premières étapes de travail a été de procéder à des entrevues auprès des gestionnaires de chacun des services afin de **faire le portrait des pratiques en matière de counseling tabagique** auprès de la clientèle hospitalisée ou hébergée.

De plus, un **sondage réalisé auprès d'un échantillon aléatoire de patients fumeurs à l'hôpital Cité de la Santé (environ cinquante patients) et à l'hôpital de réadaptation (environ vingt patients)** acceptant d'être rappelés six mois après leur congé de l'hôpital permettra notamment de déterminer le taux naturel d'abandon du tabac après une hospitalisation, de comparer les résultats pré et post implantation du MOAT et donc d'en mesurer l'impact.

La **planification du programme et l'élaboration du protocole interdisciplinaire** pour le traitement de la dépendance à la nicotine ont fait appel à un comité de travail constitué d'un membre de chacune des directions responsables d'unités de soins qui s'est réuni à deux occasions afin de déterminer les rôles respectifs des différentes ressources. Une fois complété, le protocole a fait l'objet d'une présentation d'environ 30 minutes aux infirmières et aux inhalothérapeutes des trois quarts de travail (jour — soir — nuit) de toutes les unités de soins. Le protocole a aussi été présenté au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens afin que les membres soient informés de ce qui était attendu d'eux.

L'implantation du MOAT fait appel à une équipe dédiée, constituée d'une infirmière à temps plein et d'un médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive présents les jours ouvrables. Chaque matin de la semaine, ceux-ci sont informés par le service des admissions de l'arrivée de nouveaux usagers fumeurs et ils sont responsables de leur offrir un counseling et de prescrire les aides pharmacologiques. Quant aux équipes traitantes, elles ont pour rôle de repérer les usagers fumeurs qui n'auraient pas été identifiés lors de l'admission, d'administrer les TRN, de monitorer les symptômes de sevrage, de faire compléter le formulaire de consentement à l'auto-administration des TRN (dans lequel le patient s'engage à prendre ses médicaments, à respecter la posologie et à dégager l'hôpital de dommages résultant du non-respect de ces conditions) et de faire le décompte quotidien des gommes de nicotine consommées. La gestion des symptômes de sevrage des patients admis les soirs ou les fins de semaine, lorsque l'équipe dédiée n'est pas présente, est assez aléatoire même si les médecins peuvent prescrire des aides pharmacologiques en s'inspirant du protocole. Les TRN sont disponibles sur les unités de soins et les pharmaciens s'assurent que les prescriptions de TRN sont conformes aux règles d'utilisation du CISSS de Laval. Ils informent aussi les prescripteurs et médecins traitants des médicaments dont le métabolisme pourrait être affecté.

Bien que le modèle d'implantation du MOAT choisi fait appel à une équipe dédiée, les équipes soignantes et leurs chefs ont participé à une formation abordant le rôle attendu des différents professionnels, les symptômes de sevrage, les mythes, etc. Seules les inhalothérapeutes qui sont habilitées à prescrire la TRN ont eu accès à deux formations accréditées plus complètes : une formation de base de deux heures sur le MOAT et une formation traitant des aspects plus pratiques sur le protocole et l'utilisation des outils. Celles-ci sont ainsi en mesure d'offrir du soutien quant aux symptômes de sevrage ou au renoncement au tabac.

Aucun **plan de communication** spécifique au MOAT n'a été développé étant donné que tous les professionnels des unités de soins ont été rencontrés.

La mise en œuvre de la systématisation et le taux d'abstinence à six mois **seront évalués** à l'aide des indicateurs recueillis avec le système TelASK.

Selon Dr. Stefan, les régions n'ayant pas accès au MOAT devraient faire des représentations pour trouver les fonds nécessaires permettant d'implanter le MOAT, car il est difficile de mettre en place une démarche de systématisation sans soutien. Advenant le cas où une région déciderait d'adopter un modèle de systématisation sans équipe dédiée, confier la responsabilité à l'ensemble des inhalothérapeutes dans le cadre de leur travail, ou à une inhalothérapeute dédiée de façon permanente serait une option intéressante à considérer.

L'ensemble des outils développés dans la région de Laval se retrouvent en suivant cet hyperlien : <http://bibliotheques.cissslaval.ca/ListRecord.htm?list=folder&folder=379>

Lanaudière

Entrevue réalisée en mars 2019 avec Dr Laurent Marcoux, de la DSPub du CISSS de Lanaudière.

Dans la région de Lanaudière, la mise en œuvre de la politique sans fumée dont l'entrée en vigueur est prévue le 1er novembre 2019 interdira de fumer sur l'ensemble de la propriété, dont tous les terrains des installations du CISSS, les seules exclusions étant les espaces identifiés comme milieu de vie en CHSLD et les soins prolongés en santé mentale. En lien avec cette politique, la systématisation des interventions auprès des usagers faisant usage du tabac a été identifiée comme une priorité du CISSS et de ce fait, elle est soutenue par le président directeur général, l'ensemble de l'équipe de gestion, et les structures professionnelles et médicales.

Une fois la décision prise d'adopter le MOAT, la première étape a consisté à trouver du financement pour le processus de planification, la formation des intervenants, etc. Un budget non récurrent de 25 000 \$ a été approuvé par le CISSS. Cet investissement sera maintenu pour les années subséquentes, surtout pour permettre le suivi des patients avec le système TelASK. Cet apport financier supplémentaire s'ajoute aux ressources humaines qui seront impliquées dans toutes les phases de planification, d'implantation, de suivi et d'évaluation du programme.

Les travaux ont débuté avec une **évaluation préimplantation**. Ainsi, les taux de prévalence du tabagisme des usagers des départements cliniques de l'institution ont été documentés à l'aide d'un questionnaire administré de façon ponctuelle et ils seront suivis sur une période de neuf mois en vue de connaître les taux d'abandon des personnes hospitalisées avant le début d'implantation du MOAT. D'autres mesures seront faites un an après l'implantation du programme pour suivre l'évolution des taux. La démarche a été réalisée en quelques jours dans les deux hôpitaux.

Il est prévu d'implanter le MOAT en débutant dans les départements où se retrouvent les taux les plus élevés de prévalence d'usage du tabac. Les départements de psychiatrie des deux hôpitaux seront donc les premiers à implanter le programme et ses intervenants seront les premiers à valider les processus et les outils développés. Dans le cadre de l'évaluation préimplantation, 57 % (23/40) des patients des soins psychiatriques de courte durée étaient fumeurs, et c'était le cas pour 43 % (25/58) des usagers en longue durée psychiatrique. Les prévalences étaient de 34 % (15/43) en inhalothérapie, de 25 % à la clinique externe de cardiologie, de 23 % (10/43) à la clinique externe de pneumologie, de 20 % (9/45) sur le département de pneumologie et de 21 % (8/38), sur celui d'oncologie. À terme, il est prévu d'étendre la systématisation à la clientèle en soins primaires des CLSC (ex. suivis postopératoires) et aux groupes de médecine familiale.

Au moment de l'entrevue, les travaux étaient en cours avec le département des archives pour retenir le meilleur moyen de repérage des usagers fumeurs dès leur arrivée à une des portes d'entrée de l'institution, y compris lors de l'attente à l'urgence. Les trajectoires de soins à partir de l'offre systématique initiale d'aide pour le traitement de la dépendance à la nicotine jusqu'à l'offre systématique de soins lors du suivi à long terme étaient en cours de définition. Le programme doit déterminer aussi la meilleure offre de soutien aux employés et aux visiteurs.

La région n'a pas fait le choix, notamment pour des raisons économiques, de confier l'implantation à une équipe dédiée. Elle a plutôt opté de faire reposer la démarche de systématisation sur des « Champions » identifiés dans chacun des départements par les chefs administratifs et recrutés dans les différents quarts de travail. Les « Champions », dont certains occupent des postes de gestion, seront spécialement **formés** afin d'agir comme facilitateur et comme modèle pour leur équipe respective. Une **formation en ligne** sera accessible à tous les intervenants et gestionnaires impliqués, notamment aux infirmières, aux inhalothérapeutes ainsi qu'à des intervenants de santé

mentale afin que le soutien puisse être assumé par l'ensemble du personnel affecté aux soins. Les medecins mobilisés dans chacun des départements se verront offrir, en plus de la formation en ligne du MOAT, des outils adaptés à leurs besoins identifiés lors des rencontres avec le medecin de sante publique responsable du programme.

Le choix de confier le counseling à l'équipe soignante mise sur la plus-value de la proximité avec l'usager, du pouvoir de la relation thérapeutique et de la prise en compte des autres aspects de la réalité de la personne qui fume, notamment des comorbidités. Le fait également que les interventions soient une responsabilité partagée entre divers intervenants diminue l'impact en cas de roulement de personnel et assure une continuité des soins les soirs et les fins de semaine.

L'implantation du MOAT profite d'une **coordination** à la fois professionnelle et administrative et d'un soutien médical. Une gestionnaire de projet expérimentée en abandon du tabac, à raison de trois jours par semaine, est responsable du volet gestion. Le déploiement et la coordination clinique sont soutenus par une infirmière, deux ou trois jours par semaine. Un **comité de programme où siègent des représentants des directions impliquées** identifiés par le comité de direction du CISSS coordonne le déploiement des actions sur une base stratégique et met sur pied les différents comités de travail nécessaires au déploiement de chacune des trajectoires de soins, incluant les protocoles, les ordonnances collectives, la pharmacothérapie et autres. Une facilitatrice en provenance de l'équipe du MOAT fait partie du comité de programme, offre un accompagnement pour chacune des étapes, et met à profit sa vaste expérience tout en rendant accessibles les outils déjà validés. Le soutien d'autres régions implantant le programme simplifie aussi beaucoup tout le processus par différentes mises en commun d'expériences et d'outils.

Au moment de l'entrevue, les **indicateurs de suivi** n'étaient pas encore définis, à l'exception de la prévalence du tabagisme des usagers, mais un suivi du processus d'implantation sera fait, en collaboration avec la professionnelle facilitatrice dédiée du MOAT.

Selon Dr Marcoux, le MOAT permet de profiter d'un ensemble de mesures reconnues efficaces et de l'expertise de l'équipe du MOAT pour déployer la systématisation de façon séquentielle. Le soutien de personnes d'expérience sous forme de mentorat serait une autre option possible pour les régions, mais il faudrait s'assurer de travailler avec des outils validés et de respecter les étapes habituelles de planification et de déploiement d'un programme de sante publique, tout en portant une attention particulière pour identifier les enjeux et les défis. Cela pourrait poser des défis opérationnels à court terme, mais encore là, tout dépend du contexte régional.

Un avantage non négligeable du MOAT est l'utilisation des services TelASK qui intègre les informations des clients dans une banque de données et permet le suivi et l'orientation vers des personnes en cas de besoin vers les ressources régionales spécialisées comme les CAT, la ligne j'Arrête, les programmes de groupe en arrêt tabagique ou autres ressources locales. Ce service automatisé aide à combler un besoin important dans le cadre du traitement d'une dépendance dont le taux de succès dépend grandement du suivi et du traitement des rechutes. Le MOAT permet également aux intervenants d'avoir accès à un réseau déjà constitué qui offre de la formation continue en ligne et le partage des expériences.

Mauricie–Centre-du-Québec

Entrevue réalisée en janvier 2019 avec Dre Manon Toupin, de la DSPub du CIUSSS de la Mauricie–et-du-Centre-du-Québec

La responsabilité de l'implantation de la politique sans fumée a été confiée à la DSPub qui, dans son *Plan d'action régional*, avait déjà priorisé l'implantation de la systématisation des interventions en abandon du tabac auprès des usagers hospitalisés, en débutant par un projet pilote dans une unité d'un CH, et ce, avant l'obligation légale d'adopter une politique sans fumée. Ce projet pilote était en discussion avec les directions cliniques au moment de l'élaboration de la politique. Dans le cadre de l'implantation de la politique sans fumée du CIUSSS, qui prévoit l'aide aux fumeurs dans l'ensemble de ses installations, la région a décidé d'opter pour le MOAT.

Pour devenir un établissement totalement sans fumée en 2023, le CIUSSS a planifié l'implantation du MOAT de façon séquentielle, une installation à la fois, à partir de septembre 2018, en débutant par l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (HCM) (installation pilote) et en terminant avec les CHSLD. Un comité d'implantation du MOAT a été mis en place pour coordonner les travaux, sous la responsabilité de la DSPub.

Jusqu'à maintenant, le CIUSSS MCQ a approuvé le financement non récurrent du MOAT (l'année 1 et l'année 2).

L'évaluation pré-implantation est en cours afin d'estimer la prévalence du tabagisme et le taux naturel d'abandon du tabac de la clientèle de l'HCM. Pour ce faire, un formulaire est administré à tous les patients admis (sauf ceux des soins intensifs et palliatifs) jusqu'à ce qu'un minimum de 50 patients fumeurs accepte un suivi téléphonique six mois plus tard.

Au moment de l'entrevue, les différentes trajectoires n'avaient pas encore été définies.

Le modèle d'une équipe dédiée (inhalothérapeute et infirmière) est souhaité. Les discussions sont actuellement en cours afin d'identifier le modèle le mieux adapté à l'HCM.

La région offrira les formations clé en main du MOAT aux infirmières, médecins et pharmaciens. Toutefois, la région souhaite, à terme, être autonome pour les formations et prévoit que les formateurs, qui seront formés par la facilitatrice du MOAT puissent prendre la relève des formations pour les années 4 et 5 du déploiement du MOAT.

La région considère très important que les décisions soient prises par l'ensemble des directions. Pour le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, le MOAT s'avère être une option clé en main, basée sur les meilleures pratiques et la gestion du changement des pratiques et il est reconnu efficace pour augmenter les taux d'abandon. Cette option permet également la pérennité des services.

A défaut de pouvoir adopter le MOAT, la DSP conseille vivement de s'en inspirer en dédiant une équipe pour le counseling constituée d'une infirmière ou d'une inhalothérapeute et d'adopter des indicateurs de suivi afin de disposer d'arguments solides pour que le dossier demeure prioritaire.

Centre universitaire de santé McGill – Programme IMPACT 2014-2018

Information colligée en mars 2019 par Karima Hallouche de la DSPub du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) a mis en œuvre le programme de renoncement au tabac « IMPACT » fondé sur le MOAT. Ce programme a été déployé progressivement entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015, et s'est poursuivi jusqu'en janvier 2018. L'absence d'un financement récurrent n'a pas permis le maintien du programme IMPACT soutenu initialement par la fondation du CUSM et la DSPub de Montréal.

Quatre unités de soins ont été visées par l'implantation du programme :

- l'unité de soins aigus en pneumologie, située à l'Institut thoracique de Montréal;
- l'unité de cardiologie de l'Hôpital général de Montréal;
- l'unité de cardiologie de l'Hôpital Royal-Victoria;
- l'unité de chirurgie cardiaque de l'Hôpital Royal-Victoria.

Le programme IMPACT inclut les composantes habituelles proposées par le MOAT. Le système automatisé TelASK est utilisé pour effectuer un **suivi** standardisé des fumeurs sur une période de six mois et facilite l'établissement de liens avec les ressources existantes dans la communauté et avec les professionnels de la ligne j'Arrête pour un accès téléphonique rapide à des intervenants spécialisés en cas de besoin. Trois semaines après le congé de l'hôpital, l'infirmière gestionnaire de cas ou l'inhalothérapeute établit un contact téléphonique avec les personnes identifiées comme faisant usage du tabac lors de l'hospitalisation et dirige celles qui en expriment le besoin vers les infirmières de première ligne pour un ajustement de la TRN et pour une offre de sessions de soutien de groupe ou individuel.

Le programme a fait appel à plusieurs ressources : un infirmier chargé de l'implantation du projet, de la coordination des activités et de l'intervention auprès des fumeurs, et une infirmière clinicienne en poste à la clinique spécialisée de renoncement au tabac à l'Institut thoracique de Montréal.

Les outils utilisés dans le cadre du programme IMPACT sont :

- le guide d'intervention;
- le formulaire de demande de consultation en abandon du tabac placé dans tous les dossiers de patients; l'infirmière soignante qui identifie un fumeur remplit le formulaire et le place dans le pigeonier réservé à cet effet sur l'unité de soins;
- une ordonnance préimprimée;
- un dépliant sur le programme IMPACT à l'intention des clients;
- un formulaire de consentement des fumeurs pour recevoir un suivi à l'aide de TelASK.

Une évaluation du taux de renoncement au tabac à six mois a été réalisée avant et après l'implantation du programme IMPACT dans trois des quatre unités concernées. Dans l'unité de chirurgie cardiaque, il n'y a pas eu d'évaluation préimplantation du fait que l'unité n'a pas été intégrée au processus en même temps que les autres.

Lors de la phase de préimplantation réalisée en 2013, les taux d'abstinence de tabac à six mois chez les 76 patients ayant accepté de recevoir un appel téléphonique étaient de 21 % à l'unité de cardiologie de l'hôpital général de Montréal, de 34 % à l'unité de cardiologie de l'hôpital Royal Victoria et de 37 % à l'Institut thoracique de Montréal.

Selon une **évaluation du programme** réalisée entre 2014 et 2018, 1 735 fumeurs ont été identifiés parmi les patients hospitalisés et 998 chez les personnes vues en préopération. Le tableau 7 fait état des données recueillies.

Tableau 7 Implantation du programme IMPACT 2014 – 2018

Patients fumeurs	Hospitalisés N = 1735	Pré-op N = 998
Nombre de fumeurs rencontrés au moins une fois (%)	1 559 (90 %)	729 (73 %)
Proportion d'hommes	70 %	54 %
Nombre moyen de cigarettes fumées par jour	19	15
Proportion de fumeurs quotidiens	83 %	94 %
Nombre de fumeurs prêts à cesser de fumer au cours des 30 prochains jours parmi les fumeurs rencontrés au moins une fois (%)	905 (58 %)	180 (25 %)
Nombre de personnes ayant accepté d'être rappelées parmi les fumeurs prêts à cesser de fumer (%)	517 (57 %)	91 (50 %)
Nombre de non-fumeurs à 6 mois parmi les personnes ayant accepté d'être rappelées (%)	251 (49 %)	36 (40 %)

Institut Universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Entrevue réalisée en janvier 2019 avec Mme Véronique Therrien, agente de planification, programmation et de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.

Depuis le 20 juin 2018, l'Institut Universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) a mis en vigueur sa politique qui interdit de fumer ou de vapoter sur l'ensemble de ses terrains, à l'exception des zones temporaires désignées. Pour le moment, aucune date n'a été déterminée pour la suppression de ces zones.

Selon les **données sur le statut tabagique** repérées sur la feuille sommaire d'hospitalisation complétée par les médecins, il y aurait environ 2000 patients fumeurs hospitalisés par année. Le taux de fumeurs est estimé à environ 11 % sur les unités de soins, mais il existe une grande variabilité entre les différentes unités (25 % de fumeurs à l'unité coronarienne versus 5 % en médecine interne, par exemple) ce qui peut suggérer un manque d'identification systématique du statut tabagique des patients. En raison des limites liées à leur condition médicale, peu d'usagers sortiraient à l'extérieur pour fumer.

Présentement, la démarche de systématisation de l'identification du statut tabagique et de la prescription de TRN ou de médicaments est opérationnelle à l'unité de pneumologie et de chirurgie cardiaque grâce à l'engagement volontaire d'une assistante-infirmière chef. Comme celle-ci travaille le soir, elle regarde les évaluations du jour et télécopie à l'intervenante dédiée le nom et le numéro de

dossier des patients hospitalisés faisant usage du tabac. L'intervenante dédiée, présente à raison de deux jours/semaine, est en mesure de voir environ 20 % des patients fumeurs de l'établissement. Aucune démarche n'assure de façon systématique d'orientation ni d'offre de suivi au congé de l'hôpital.

Bien que les équipes aient été mobilisées par des **activités de communications** multiples (réunions, journaux internes papier et virtuel), par deux **formations** d'une durée d'une heure accréditées et rémunérées, et que près de 157 personnes aient été formées à ce jour, notamment tous les kinésithérapeutes et infirmières du centre de réadaptation, l'implication des équipes traitantes à l'urgence et sur les autres unités est aléatoire et variable en fonction de l'intérêt et de la disponibilité du personnel en place. Le rôle de ces professionnels consiste à traiter les symptômes de sevrage via le plan de traitement individualisé, à ajuster la médication au besoin et à diriger les cas plus complexes vers l'intervenante dédiée qui agit en soutien aux équipes.

L'IUCPQ a débuté l'implantation du MOAT en 2009, mais suite à l'abolition de l'enveloppe budgétaire dévolue au MOAT en provenance de la DSPub, le modèle a été abandonné. De cette période, l'IUCPQ a pu conserver des outils développés pour l'application systématique des meilleures pratiques, tel qu'une ordonnance préimprimée et un formulaire d'orientation vers la ligne J'Arrête et au CAT.

Mme Véronique Therrien, l'intervenante dédiée de l'IUCPQ, recommande l'implication d'un intervenant dédié (ex. conseiller CAT ou tout professionnel de la santé ayant la formation dans le domaine du renoncement au tabac et la capacité de prescrire des TRN) aux établissements qui ne peuvent pas bénéficier du MOAT. Elle suggère également d'identifier un « champion » expérimenté, déterminé et ayant des habiletés de communication pour motiver les équipes soignantes à appliquer les lignes directrices et à utiliser les outils disponibles.

www.inspq.qc.ca