



# Mettre en œuvre l'abandon du tabagisme dans les soins contre le cancer à l'échelle du Canada

**UN CADRE D'ACTION**



**Un produit du Réseau pancanadien d'abandon du tabagisme en lien avec les soins contre le cancer**

**OCTOBRE 2019**



Partenariat canadien contre le cancer  
145, rue King Ouest, bureau 900  
Toronto (Ontario) M5H 1J8

Téléphone : 416-915-9222  
Sans frais : 1-877-360-1665  
Courriel : [info@partenariatcontrecancer.ca](mailto:info@partenariatcontrecancer.ca)  
[www.partenariatcontrecancer.ca](http://www.partenariatcontrecancer.ca)

# Mettre en œuvre l'abandon du tabagisme dans les soins contre le cancer à l'échelle du Canada

UN CADRE D'ACTION



# TABLE DES MATIÈRES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Remerciements.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>2. Résumé.....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>3. Introduction.....</b>  | <b>7</b>  |
| 3.1. Pourquoi l'abandon du tabagisme est-il important dans les soins contre le cancer?.....  | 7         |
| 3.2. Un Cadre d'action pour l'abandon du tabagisme.....  | 7         |
| 3.3. Pourquoi un Cadre d'action est-il utile pour les intervenants du domaine des soins<br>contre le cancer et les patients atteints de cancer?..... | 8         |
| <b>4. Le Cadre d'action pancanadien pour la mise en œuvre de l'abandon du<br/>tabagisme dans les soins contre le cancer.....</b>                     | <b>9</b>  |
| 4.1. Aperçu du Cadre d'action.....   | 9         |
| 4.2. Soutenir la mise en œuvre et l'amélioration continue.....   | 9         |
| <b>5. Soutien à l'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes.....</b>  | <b>11</b> |
| 5.1. Counseling comportemental.....  | 11        |
| 5.2. Pharmacothérapie.....   | 15        |
| <b>6. Outils clés.....</b>   | <b>17</b> |
| 6.1. Approche centrée sur la personne.....   | 17        |
| 6.2. Mobilisation adaptée à la culture.....  | 17        |
| 6.3. Partenariats.....   | 18        |
| <b>7. Indicateurs et mise en œuvre.....</b>  | <b>19</b> |
| 7.1. Mesure des indicateurs et production de rapports.....   | 19        |
| 7.2. Liste de vérification de la mise en œuvre.....  | 20        |
| <b>8. Appel à l'action.....</b>  | <b>22</b> |
| <b>9. Annexe : Tableaux de spécification des données pour les indicateurs<br/>communs de la qualité.....</b>   | <b>23</b> |
| <b>10. Références.....</b>   | <b>30</b> |



# 1 REMERCIEMENTS

Le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a été créé en 2006 par le gouvernement fédéral et a commencé ses activités en 2007. Depuis lors, le mandat principal du Partenariat a été de concrétiser la *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer* et d'en assurer le succès par l'apport de changements coordonnés à l'échelle du système visant tous les aspects des soins contre le cancer. Pour ce faire, le Partenariat collabore étroitement avec des partenaires nationaux, provinciaux et territoriaux.

L'élaboration du Cadre d'action pancanadien pour la mise en œuvre de l'abandon du tabagisme dans les soins contre le cancer (le Cadre d'action) n'aurait pas été possible sans la participation et les efforts soutenus des membres du Réseau pancanadien d'abandon du tabagisme en lien avec les soins contre le cancer (RPATSCC). Le Partenariat tient à souligner l'importante contribution du RPATSCC ainsi que des nombreux experts-conseils et dirigeants, éducateurs, cliniciens, patients et membres de la famille, décideurs, chercheurs, planificateurs des services de santé et organismes de lutte contre le cancer qui ont contribué à façonner le Cadre d'action.

La production du présent document a été rendue possible grâce au soutien financier de Santé Canada, par l'entremise du Partenariat. Les opinions qui y sont exprimées sont celles du Partenariat canadien contre le cancer.

***Citation suggérée à titre de référence au présent Cadre :***

Partenariat canadien contre le cancer. (2019). *Mettre en œuvre l'abandon du tabagisme dans les soins contre le cancer à l'échelle du Canada : un cadre d'action*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer.

## 2 RÉSUMÉ



*Le Cadre d'action devrait être utilisé dans la conception et la mise en œuvre d'un programme de soutien à l'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes afin de s'assurer que tous les patients canadiens atteints de cancer et leur famille reçoivent un soutien optimal pour améliorer les résultats des traitements et leur qualité de vie.*



Le Cadre d'action pancanadien pour la mise en œuvre de l'abandon du tabagisme dans les soins contre le cancer est le premier de ce genre au Canada. Il fournit une orientation à l'échelle du programme afin que les intervenants puissent mettre en œuvre un programme complet d'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes dans les milieux de soins contre le cancer, pour ainsi aider les patients à cesser de fumer et, en fin de compte, améliorer les résultats en matière de santé des patients et produire des avantages économiques pour les systèmes de santé. Le Cadre arrive à point nommé, contribuant à l'avancement à la fois de la [Stratégie canadienne de lutte contre le cancer \(2019-2029\)](#), qui vient d'être mise à jour et qui réclame le déploiement d'efforts accrus visant à promouvoir l'abandon du tabagisme, et de la [Stratégie sur le tabac de Santé Canada](#), qui vise à réduire l'usage du tabac à 5 % de la population d'ici 2035.

Notre objectif est que tous les centres de soins ambulatoires contre le cancer au Canada, ainsi que les intervenants responsables de la mise en œuvre des mesures d'abandon du tabagisme, dont les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes de lutte contre le cancer, les administrateurs du système de santé et les fournisseurs de soins de santé, utilisent ce Cadre d'action pour réaliser notre vision voulant que **chaque patient atteint de cancer à l'échelle du Canada reçoive un soutien à l'abandon du tabagisme afin de bénéficier du meilleur traitement et de la meilleure qualité de vie possible.**

### Les objectifs spécifiques du Cadre d'action sont les suivants :

1. établir des processus pour l'identification systématique des fumeurs de tabac dans les établissements de soins contre le cancer;
2. mettre en œuvre des processus pour soutenir systématiquement les patients atteints de cancer et leur famille dans leur démarche d'abandon du tabagisme, en collaboration avec des partenaires communautaires, au besoin;
3. élaborer des approches centrées sur la personne pour favoriser l'abandon du tabagisme ainsi que des approches adaptées à la culture chez les patients des Premières Nations, des Inuits et/ou des Métis qui sont atteints de cancer; et
4. évaluer et soutenir les approches d'abandon du tabagisme pour les patients atteints de cancer.

Le Cadre d'action se compose de plusieurs éléments clés qui, ensemble, forment un programme complet de soutien à l'abandon du tabagisme et permettront l'atteinte de ces objectifs. Les éléments clés sont les suivants :

- **un soutien à l'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes** (se référer à la [section 5](#)) comprenant le **counseling comportemental** (c.-à-d., la participation des patients, des conseils et du counseling pour les patients atteints de cancer qui veulent cesser de fumer) et la **pharmacothérapie** (c.-à-d., des médicaments permettant d'atténuer les symptômes du sevrage de la nicotine);
- des **outils clés** transversaux (se référer à la [section 6](#)) permettant d'amplifier l'efficacité et l'incidence du soutien à l'abandon du tabagisme, notamment des **approches centrées sur la personne**, une **mobilisation adaptée à la culture** et des **partenariats**;
- des **indicateurs de la qualité** servant à mesurer le rendement des programmes de soutien à l'abandon du tabagisme (se référer à la [section 7.1](#));
- une **liste de vérification de la mise en œuvre** (se référer à la [section 7.2](#)) qui aide à préparer les centres de cancérologie à offrir un soutien complet à l'abandon du tabagisme (c.-à-d., avant la mise en œuvre) et qui décrit une approche de mise en œuvre par étapes pour chaque composante du soutien à l'abandon du tabagisme, guidant la division des programmes selon les niveaux bronze, argent et or.

# 3 INTRODUCTION

La mise en œuvre de programmes complets d'abandon du tabagisme dans les établissements de soins contre le cancer partout au Canada se répercute de façon importante sur la santé des patients et offre des avantages économiques significatifs pour les systèmes de santé. Pour concrétiser ces avantages, le présent Cadre d'action fournit une orientation à l'échelle du programme afin de mettre en œuvre un programme d'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes dans les soins contre le cancer de première ligne et, en fin de compte, d'aider les patients à cesser de fumer. La mise en œuvre du Cadre d'action s'harmonise avec les priorités de la [Stratégie canadienne de lutte contre le cancer \(2019-2029\)](#) et nous aide à nous rapprocher de l'[objectif de Santé Canada qui vise à réduire l'usage du tabac à moins de 5 % d'ici 2035](#)<sup>1,2</sup>.



Dans le présent document, le terme « tabagisme » fait référence à l'utilisation ou à l'abandon des produits du tabac commerciaux. Il ne fait pas référence à l'utilisation ou à l'abandon du tabagisme traditionnel ou sacré par les communautés des Premières Nations ou des Métis. Le tabac traditionnel ou sacré diffère du tabac commercial en ce sens qu'il est utilisé dans les rituels cérémoniels ou sacrés pour la guérison et la purification.

## 3.1. Pourquoi l'abandon du tabagisme est-il important dans les soins contre le cancer?

La consommation de tabac commercial demeure la principale cause évitable de cancer au Canada. En plus de s'exposer à un risque de cancer, les patients qui continuent de fumer pendant un traitement contre le cancer ont souvent besoin de doses plus élevées de médicaments anticancéreux, reçoivent un traitement pendant de plus longues périodes, subissent des complications à la suite d'interventions chirurgicales et sont réadmis à l'hôpital plus fréquemment que les patients non-fumeurs atteints de cancer<sup>3</sup>. Malgré ces conséquences sur la santé, jusqu'à 20 % des patients atteints de cancer continuent de fumer après avoir reçu un diagnostic et pendant le traitement de première intention contre la maladie<sup>4</sup>. Outre les effets sur leur santé, d'importantes répercussions économiques sur le système de santé surviennent également lorsque les patients fument, ce qui entraîne un coût supplémentaire par patient fumeur se chiffrant à 10 678 \$<sup>5</sup>. Le déploiement d'efforts visant à promouvoir l'abandon du tabagisme chez les patients atteints de cancer joue donc un rôle essentiel dans l'amélioration des résultats des patients en matière de santé et des résultats économiques associés au système de lutte contre le cancer en augmentant l'efficacité du traitement contre le cancer, en réduisant les taux de mortalité due au cancer (de 30 à 40 %<sup>6</sup>) ainsi qu'en réalisant des économies de 50 à 74 millions de dollars pour chaque tranche de 5 % des patients atteints de cancer qui cessent de fumer<sup>7</sup>.

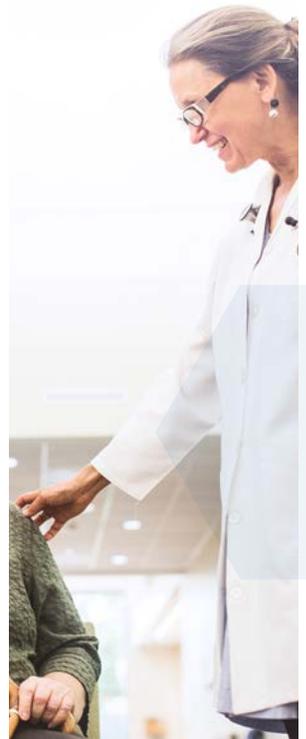
Bien qu'il existe au Canada des programmes fondés sur des données probantes visant à soutenir l'abandon du tabagisme, les services ne sont pas toujours offerts dans les établissements de soins contre le cancer où sont traités les patients. Il s'avère donc nécessaire de garantir la mise en œuvre et la durabilité de programmes d'abandon du tabagisme fondés sur des pratiques exemplaires. Ainsi, le Cadre d'action a été élaboré dans le but d'harmoniser les efforts déployés, d'accélérer l'adoption ainsi que la mise en œuvre du soutien à l'abandon du tabagisme au Canada et d'atteindre nos objectifs pancanadiens.

## 3.2. Un Cadre d'action pour l'abandon du tabagisme

En 2017, le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) a mis sur pied le Réseau pancanadien d'abandon du tabagisme en lien avec les soins contre le cancer (RPATSCC; le Réseau) qui est composé de représentants des domaines de la lutte contre le tabagisme et de la lutte contre le cancer des 13 provinces et territoires du Canada, d'organismes gouvernementaux fédéraux (Santé Canada, Agence de la santé publique du Canada, Services aux Autochtones Canada) ainsi que de représentants des patients et des familles. Le Réseau a reçu le mandat d'accélérer l'intégration d'un soutien à l'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes dans les milieux de soins ambulatoires contre le cancer.



Notre objectif pancanadien consiste à ce que 100 % des centres de soins ambulatoires contre le cancer offrent un soutien à l'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes aux patients atteints de cancer et à leur famille partout au Canada.





Grâce aux efforts définis dans le Cadre d'action et au dévouement des centres de cancérologie partout au Canada, nous pouvons réaliser notre vision voulant que chaque patient atteint de cancer à l'échelle du pays reçoive un soutien à l'abandon du tabagisme afin de bénéficier du meilleur traitement et de la meilleure qualité de vie possible.

Le Cadre d'action pancanadien pour la mise en œuvre de l'abandon du tabagisme dans les soins contre le cancer a été créé pour fournir une orientation pancanadienne et des recommandations pratiques sur la mise en œuvre, le perfectionnement et la durabilité d'un soutien à l'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes pour les patients atteints de cancer dans les centres de soins contre le cancer partout au Canada. Plus précisément, les objectifs spécifiques du Cadre d'action sont les suivants :

1. établir des processus pour l'identification systématique des fumeurs de tabac dans les établissements de soins contre le cancer;
2. mettre en œuvre des processus pour soutenir systématiquement les patients atteints de cancer et leur famille dans leur démarche d'abandon du tabagisme, en collaboration avec des partenaires communautaires, au besoin;
3. élaborer des approches centrées sur la personne pour favoriser l'abandon du tabagisme ainsi que des approches adaptées à la culture chez les patients des Premières Nations, des Inuits et/ou des Métis qui sont atteints de cancer; et
4. évaluer et soutenir les approches d'abandon du tabagisme pour les patients atteints de cancer.

### 3.3. Pourquoi un Cadre d'action est-il utile pour les intervenants du domaine des soins contre le cancer et les patients atteints de cancer?

Les données probantes générées à ce jour indiquent clairement qu'il est possible de tirer des avantages substantiels de la mise en œuvre d'efforts visant à favoriser l'abandon du tabagisme. Pour les administrateurs et les organismes de réglementation (organismes gouvernementaux) du système de santé, cela se traduira par des améliorations des soins et du soutien aux patients dans la zone qu'ils desservent et par une réduction, à l'échelle du système, des coûts généralement associés au tabagisme chez les patients atteints de cancer. En première ligne, les fournisseurs de soins de santé pratiqueront une médecine plus efficace, ce qui réduira le temps consacré à la réadministration de médicaments ou à l'exécution d'interventions chirurgicales plus longues, par exemple, et permettra d'atteindre les résultats que tous les professionnels espèrent obtenir pour leurs patients. Enfin, pour les patients atteints de cancer, les avantages de l'abandon du tabagisme se traduisent par de meilleures chances de combattre et de vaincre le cancer.



## 4 LE CADRE D'ACTION PANCANADIEN POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'ABANDON DU TABAGISME DANS LES SOINS CONTRE LE CANCER

### 4.1. Aperçu du Cadre d'action

Pour réaliser notre vision de l'intégration du soutien à l'abandon du tabagisme dans les milieux de soins contre le cancer, le Partenariat et son Réseau ont établi un Cadre complet d'abandon du tabagisme qui est fondé sur des données probantes et adapté au contexte canadien (se référer à la figure 1 pour comprendre le modèle de traitement de première ligne pour l'abandon du tabagisme). Au cœur du Cadre, on retrouve le **soutien à l'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes** (se référer à la [section 5](#)) qui comprend deux principaux composants : **I) le counseling comportemental**, qui inclut la participation des patients, des conseils et du counseling pour les patients atteints de cancer qui veulent cesser de fumer (se référer à la [section 5.1](#)), et **II) la pharmacothérapie**, qui aide à atténuer les symptômes du sevrage de la nicotine et complète le counseling afin d'accroître la probabilité de réussite de la réduction ou de l'abandon du tabagisme (se référer à la [section 5.2](#)). Ensemble, ces composantes ont fait l'objet d'études cliniques rigoureuses et il a été démontré que l'approche combinée augmente la probabilité de réussir à cesser de fumer après six mois<sup>8</sup>.

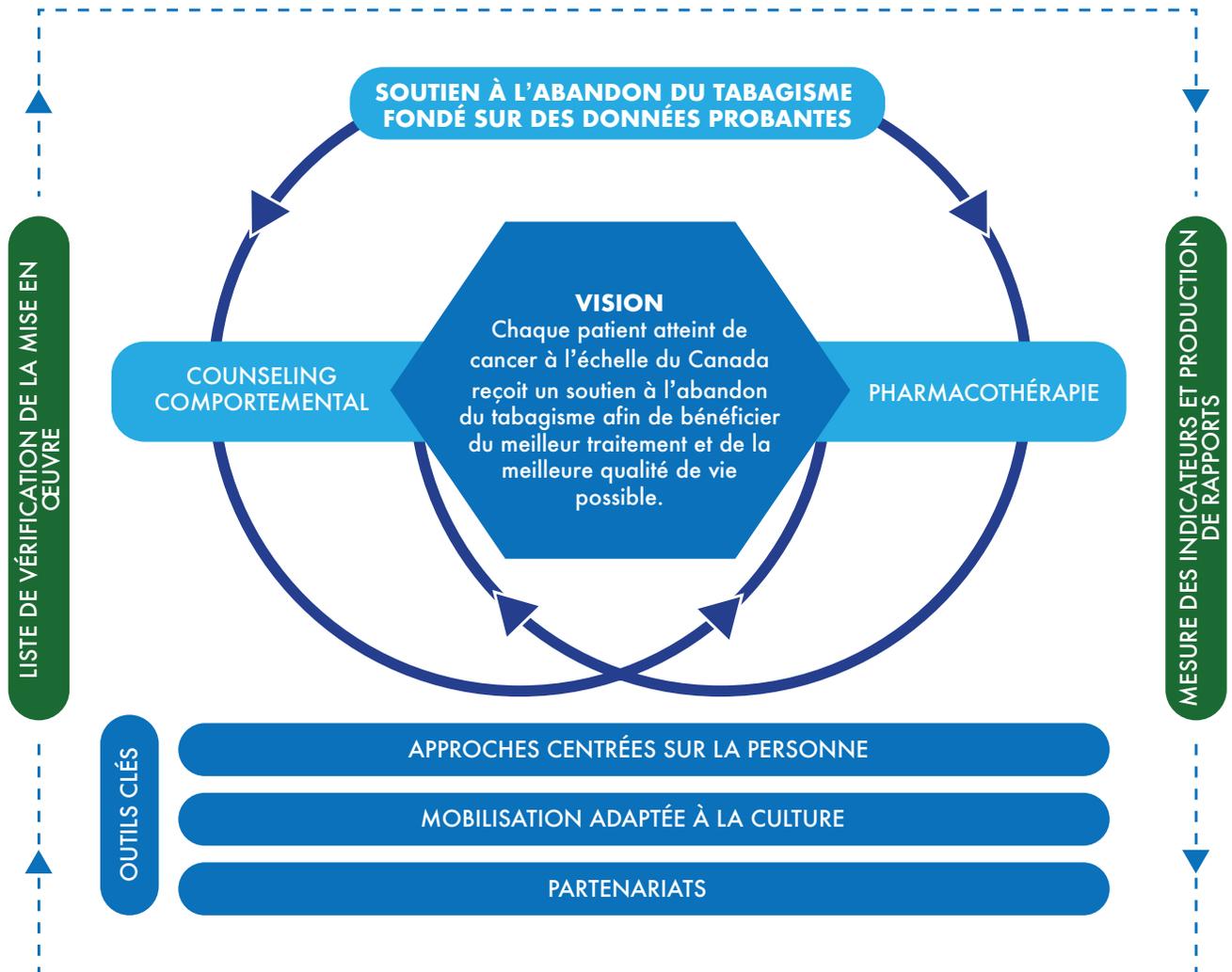
Le Cadre comprend également des **outils clés** transversaux (se référer à la [section 6](#)) conçus pour amplifier l'efficacité et l'incidence du soutien à l'abandon du tabagisme, ainsi que pour favoriser le succès du Cadre dans son ensemble. Ces outils clés sont les suivants :

- **Approches centrées sur la personne** : personnaliser et adapter le soutien à l'abandon du tabagisme pour tenir compte de la situation unique d'une personne;
- **Mobilisation adaptée à la culture** : tenir compte du contexte historique, social et psychologique qui peut exister au sein des populations, plus particulièrement chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis, afin de fournir des services de façon équitable, sécuritaire et respectueuse;
- **Partenariats** : faire participer les partenaires et les intervenants de la communauté pour renforcer les services de soutien à l'abandon du tabagisme dans un territoire de compétence, éviter le dédoublement des efforts et tirer parti des ressources.

### 4.2. Soutenir la mise en œuvre et l'amélioration continue

En fin de compte, l'intégration réussie du soutien à l'abandon du tabagisme dans les milieux de soins ambulatoires contre le cancer et l'opérationnalisation des outils clés nécessiteront une mise en œuvre efficace. Une partie de la valeur ajoutée du Cadre d'action est l'inclusion d'une **liste de vérification de la mise en œuvre** (se référer à la [section 7.2](#) et à l'annexe) conçue pour i) préparer les centres de cancérologie qui commencent à offrir un soutien complet à l'abandon du tabagisme par le biais d'une évaluation préalable à la mise en œuvre et ii) décrire une approche par étapes dans chaque composante du soutien à l'abandon du tabagisme qui guide le classement des programmes selon les niveaux bronze, argent et or. L'inclusion des niveaux bronze, argent et or vise à reconnaître que les centres de soins contre le cancer peuvent se trouver à des étapes différentes de leur cheminement en ce qui a trait à la mise en œuvre du programme d'abandon du tabagisme, tout en orientant les mesures vers l'offre d'un soutien à l'abandon du tabagisme de niveau or en matière de soins du cancer. Enfin, l'évolution du programme est rendue possible par la mesure des indicateurs normalisés de la qualité concernant l'abandon du tabagisme et la production de rapports connexes. Ces indicateurs sont décrits dans la dernière section du Cadre, **Mesure des indicateurs et production de rapports** (se référer à la [section 7.1](#)).

Figure 1 : L'abandon du tabagisme comme modèle de traitement de première intention du cancer



# 5 SOUTIEN À L'ABANDON DU TABAGISME FONDÉ SUR DES DONNÉES PROBANTES

Le soutien à l'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes consiste en une combinaison de counseling comportemental et de pharmacothérapie, qui permettent ensemble d'accroître la probabilité de réussite des tentatives d'abandon du tabagisme chez les patients atteints de cancer<sup>8</sup>.

## 5.1. Counseling comportemental

Le counseling comportemental représente la première porte d'entrée pour un patient atteint de cancer qui entreprend de cesser de fumer. Bien que la terminologie puisse différer, cette composante essentielle du soutien à l'abandon du tabagisme comprend généralement : i) des modèles d'abandon du tabagisme fondés sur des données probantes et un counseling bref ou intensif connexe, ii) des mécanismes d'aiguillage, iii) la mise en place de mesures de suivi et de prévention des rechutes ainsi que iv) des services complémentaires offerts aux familles et aux amis. Chacune de ces dimensions est décrite plus en détail ci-dessous.

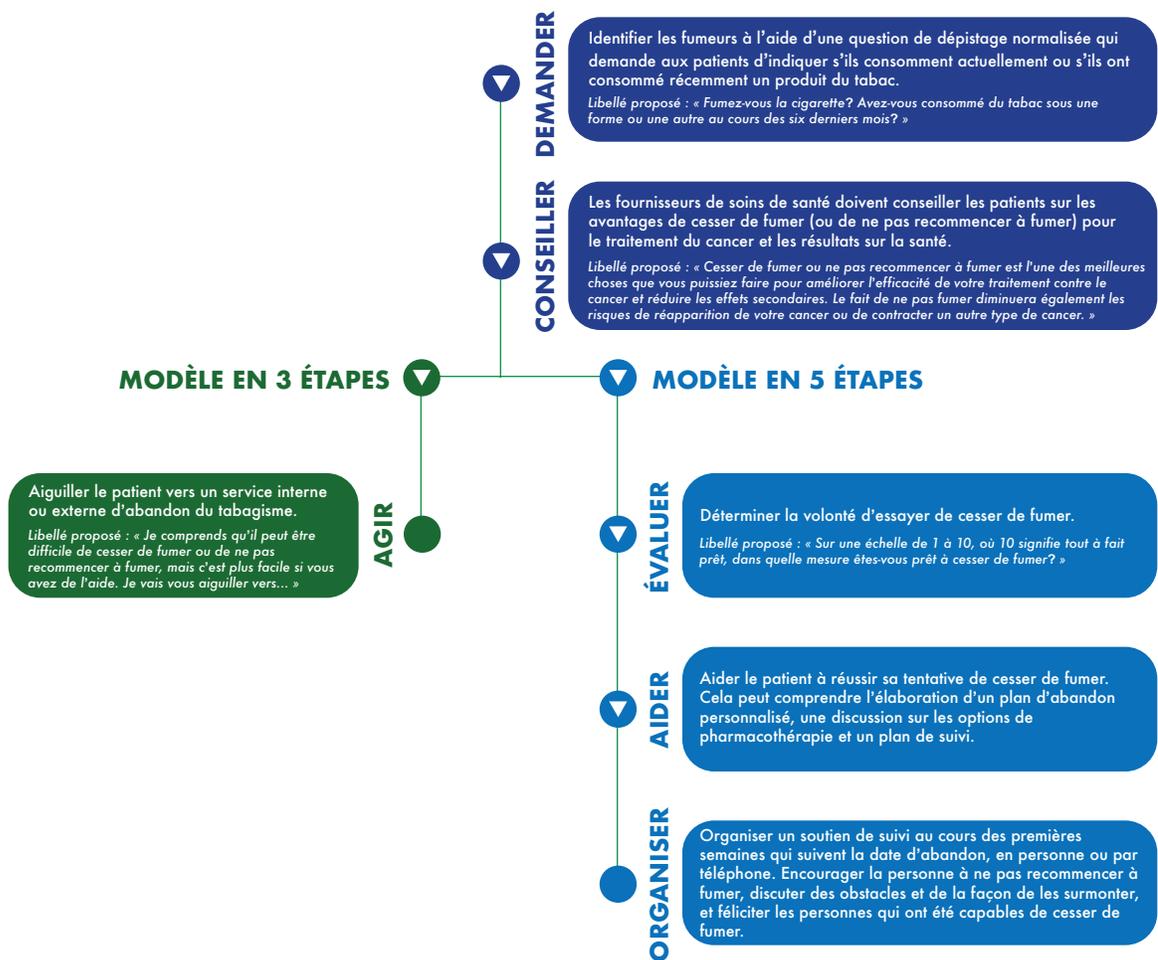
### *Modèles d'abandon du tabagisme fondés sur des données probantes*

Les approches qui optimisent la réussite des interventions comportementales offertes aux patients fumeurs atteints de cancer ont été organisées selon les **modèles en 5 étapes et en 3 étapes**. Le **modèle en 5 étapes** (demander, conseiller, évaluer, aider, organiser) est une intervention reconnue à l'échelle internationale et fondée sur des données probantes qui est conçue pour aider les fournisseurs de soins de santé à soutenir l'abandon du tabagisme en encourageant les praticiens à : *demander* si un patient fume, *conseiller* celui-ci sur les avantages découlant de l'abandon du tabagisme, *évaluer* sa volonté de cesser de fumer, *aider* à cesser de fumer et *organiser* des rendez-vous de suivi (se référer à la figure 2). Étant donné que les horaires des fournisseurs de soins de santé travaillant dans un centre de cancérologie sont exigeants, il se peut qu'il y ait peu de temps disponible pour entreprendre chaque étape du modèle en 5 étapes. C'est pour cette raison qu'une version simplifiée et condensée du modèle a également été acceptée, laquelle comprend les exigences minimales de l'intervention permettant d'offrir un soutien à l'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes. Cette version, appelée le **modèle en 3 étapes** (demander, conseiller, agir), encourage les praticiens à *demander* si un patient fume, à *conseiller* celui-ci sur les avantages découlant de l'abandon du tabagisme et à *agir* pour l'aider à réussir à cesser de fumer. Jusqu'à présent, il existe des preuves, quoique limitées, qui démontrent que tant les modèles en 5 étapes qu'en 3 étapes peuvent être efficaces. Selon les ressources disponibles, les centres de cancérologie peuvent choisir d'appliquer l'un ou l'autre de ces deux modèles<sup>9</sup>.

Quel que soit le modèle d'abandon du tabagisme choisi, l'intensité du counseling offert peut aussi varier, allant de brève à intensive. Le **counseling bref** dure environ une à trois minutes et est offert dans le cours normal des activités en milieu clinique ou communautaire. Les données probantes montrent que de brefs conseils de la part des fournisseurs de soins de santé ont un effet important sur les taux d'abandon du tabagisme<sup>10</sup>. Un **counseling plus intensif** dure plus de 10 minutes et peut être effectué dans le cadre des activités cliniques ou communautaires courantes, p. ex., dans le cadre de l'interaction entre une infirmière et un patient à l'hôpital.

Bien que le fournisseur de soins de santé ait l'occasion de donner des conseils dans le contexte de la prestation des soins à un patient, il existe des options pour que les patients identifiés comme étant des fumeurs soient dirigés vers un spécialiste qualifié du traitement du tabagisme, un service externe (p. ex., une ligne d'aide à l'abandon du tabagisme), un service de réponse vocale interactive (RVI), un service communautaire ou une clinique interne d'abandon du tabagisme au sein du centre de cancérologie qui offre des séances spécifiques sur l'abandon du tabagisme<sup>10</sup>. Ce soutien peut se faire en personne ou au téléphone, chacune de ces options ayant ses avantages et ses inconvénients (se référer au tableau 1).

Figure 2 : Comparaison des modèles de soutien à l'abandon du tabagisme en 3 étapes et en 5 étapes, et libellés proposés



Remarque : Les libellés proposés sont tirés du Cadre pour l'abandon du tabagisme au sein des programmes régionaux de cancérologie, ACO, V2.0 (2017)<sup>11</sup>.

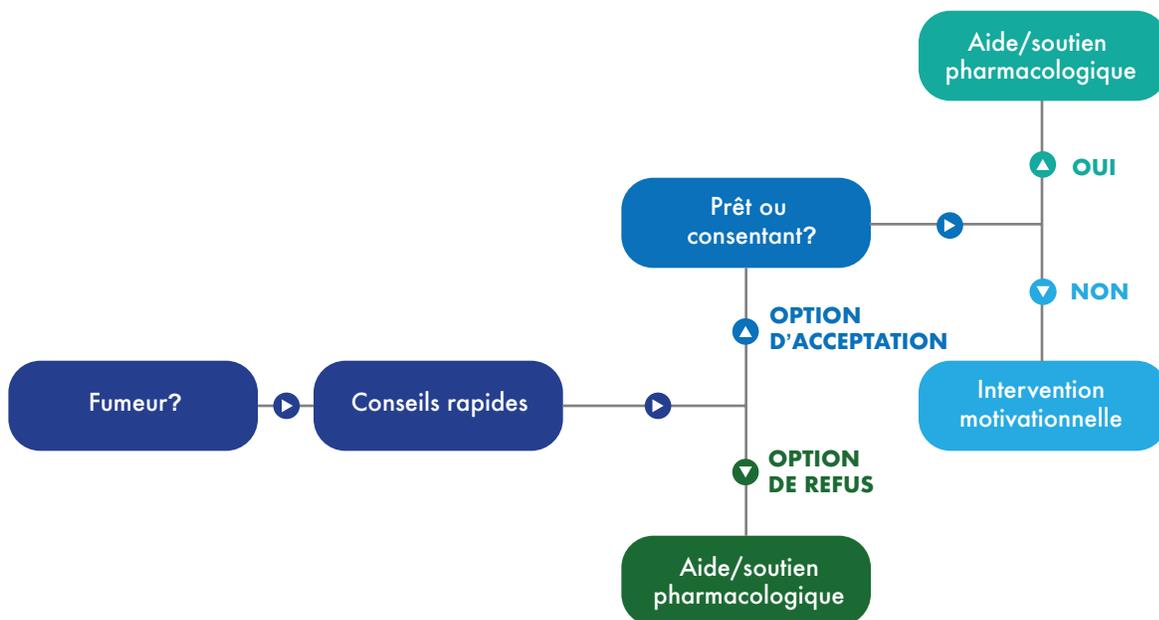
## Le mécanisme d'aiguillage avec option de refus

Traditionnellement, le soutien à l'abandon du tabagisme a consisté à aiguiller par défaut les patients qui « acceptent » de recevoir un soutien à l'abandon du tabagisme, ce qui limite ou retarde l'accès à des outils efficaces pour cesser de fumer, d'autant plus que seule une minorité de fumeurs se disent « prêts à cesser de fumer »<sup>12</sup>. Toutefois, des données probantes actuelles portent à croire que les patients qui disent « ne pas être prêts à cesser de fumer » abandonnent le tabagisme au même rythme que ceux qui s'estiment « prêts ». Pour cette raison, des théories récentes donnent à penser qu'une approche « avec option de refus », où le soutien à l'abandon du tabagisme est fourni de façon proactive aux patients qui fument sans égard à leur volonté ou à leur état de préparation à cesser de fumer, devrait être l'approche par défaut. Comme c'est le cas pour les autres services de soins médicaux, un patient peut refuser l'aiguillage si tel est son choix (se référer à la figure 3).

## La recherche a révélé qu'un mécanisme d'aiguillage avec option de refus présente plusieurs avantages<sup>12</sup>, puisqu'il :

- transfère le soutien à l'abandon du tabagisme vers une composante normalisée de soins contre le cancer de qualité;
- réduit le temps que consacrent les professionnels de la santé à l'évaluation des patients;
- diminue le taux de refus concernant l'adoption d'un soutien à l'abandon du tabagisme;
- augmente la participation des patients aux services de soutien à l'abandon du tabagisme grâce à l'inscription automatisée (par opposition à l'auto-inscription);
- permet de commencer le traitement plus tôt afin d'améliorer les avantages potentiels de l'abandon du tabagisme en lien avec l'efficacité du traitement contre le cancer.

Figure 3 : Approches avec option d'acceptation et avec option de refus en matière d'aiguillage vers des services de soutien à l'abandon du tabagisme





### **Vers la mise en œuvre d'un soutien à l'abandon du tabagisme de niveau or**

*La mise en œuvre du modèle de soutien à l'abandon du tabagisme en 3 étapes ou en 5 étapes représente une exigence minimale et une première étape essentielle pour aider les patients à cesser de fumer (niveau bronze). Dans l'idéal, l'intégration d'une approche avec option de refus devrait s'ensuivre pour s'assurer qu'un plus grand nombre de patients soit aiguillé vers un soutien à l'abandon du tabagisme (niveau argent). De plus, des mécanismes de prévention des rechutes et de suivi, ainsi que l'élargissement des services d'aiguillage à la famille et aux amis, devraient être mis en place pour s'assurer que les patients atteints de cancer demeurent non fumeurs (niveau or).*

De plus, le fait d'offrir simplement un traitement d'abandon du tabagisme sans devoir évaluer et discuter de la motivation réelle des patients à cesser de fumer constitue l'approche préférée des fournisseurs de soins de santé, car elle est plus facile et moins longue à mettre en œuvre<sup>13</sup>.

### **Prévention des rechutes et suivi**

Le soutien à l'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes n'est pas une solution à toute épreuve; les rechutes dans le domaine du tabagisme sont fréquentes, surtout lorsqu'elles sont associées à un événement stressant de la vie comme un diagnostic de cancer<sup>14</sup>. Dans bien des cas, un diagnostic de cancer mène à une tentative immédiate de cesser de fumer à court terme, mais la rechute se produit habituellement entre un et six mois plus tard<sup>15</sup>. En effet, ce cycle peut se répéter puisqu'il faudra peut-être plusieurs tentatives d'abandon du tabagisme avant de réellement cesser de fumer sur le long terme<sup>16</sup>. Par conséquent, le fait d'aider un patient atteint d'un cancer à maintenir son abstinence tabagique constitue une composante importante du programme d'abandon du tabagisme d'un centre de cancérologie.

Lorsque les ressources nécessaires sont disponibles, un soutien complet à l'abandon du tabagisme devrait comprendre des mécanismes de suivi et de prévention des rechutes pour s'assurer que les personnes qui ont récemment cessé de fumer, soit les patients qui ont cessé de fumer au cours des six derniers mois, reçoivent des conseils et un aiguillage vers un nouveau traitement qui peut les aider à demeurer non-fumeurs. Il est également important que les fournisseurs de soins de santé fassent preuve d'empathie et continuent de promouvoir l'abandon du tabagisme tout au long du processus de rétablissement des patients atteints de cancer.

### **Élargissement de l'offre d'un soutien à l'abandon du tabagisme à la famille et aux amis**

Le soutien offert à la famille et aux amis peut avoir une influence positive sur la capacité d'un patient à cesser de fumer. Inversement, le fait de vivre avec une ou plusieurs personnes qui fument peut constituer un obstacle important à l'abandon du tabagisme<sup>17</sup>. Dans la mesure du possible, les membres de la famille, les amis et/ou les proches du patient devraient être informés des effets positifs de l'abandon du tabagisme sur l'efficacité du traitement contre le cancer et sur les résultats relatifs à l'état de santé général du patient, ainsi que de l'incidence que pourrait avoir leur renforcement positif ou négatif sur la capacité du patient à cesser de fumer. Bien que le parcours de soutien offert aux membres de la famille et aux amis puisse sembler différent de celui offert au patient atteint de cancer, un centre de cancérologie devrait envisager de partager l'information ou d'aiguiller les membres de la famille et les amis vers une ligne d'aide à l'abandon du tabagisme ou vers un partenaire communautaire de soutien à l'abandon du tabagisme pour leur assurer un soutien.

Au fil du temps, les centres de cancérologie devraient s'efforcer d'intégrer un programme complet de counseling comportemental comprenant des modèles éprouvés d'abandon du tabagisme (modèles en 5 étapes ou en 3 étapes), des mécanismes d'aiguillage avec option de refus, un soutien en matière de suivi et de prévention des rechutes et une mobilisation de la famille et des amis pour obtenir les meilleurs résultats.



## 5.2. Pharmacothérapie

La pharmacothérapie constitue un élément important d'un soutien à l'abandon du tabagisme complet et fondé sur des données probantes, et devrait compléter les efforts de counseling comportemental. La thérapie peut prendre plusieurs formes, plus particulièrement :

- les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) qui libèrent de la nicotine sans avoir à fumer du tabac (p. ex., les timbres, la gomme à mâcher, les pastilles, les inhalateurs ou les vaporisateurs) et qui sont généralement offertes en vente libre;
- les médicaments comme le bupropion ou la varénicline qui interfèrent chimiquement avec les récepteurs de la nicotine dans le cerveau pour réduire les symptômes de sevrage et nécessitent une ordonnance de la part d'un professionnel de la santé;
- les produits de santé naturels, comme la cytosine, qui réduisent également les envies de fumer en bloquant les récepteurs de la nicotine.

Bien que ces pharmacothérapies puissent être achetées partout au Canada, le degré de couverture de ces aides par le régime gouvernemental varie et dépend de conditions d'admissibilité comme l'âge, le régime d'assurance-maladie, la durée de la couverture et la limite maximale de remboursement. De plus, l'habilitation de certains professionnels de la santé (p. ex., les pharmaciens, les infirmières praticiennes et les autres professionnels paramédicaux) à prescrire des pharmacothérapies varie également selon la province et le territoire. Pour en savoir plus sur la disponibilité actuelle des aides à l'abandon du tabagisme dans votre province ou territoire, veuillez vous référer à [l'infographie sur la couverture des aides au renoncement](#).

Bien que la combinaison du counseling comportemental et de la pharmacothérapie puisse entraîner une amélioration statistiquement significative des taux d'abandon du tabagisme, les patients atteints de cancer peuvent avoir besoin d'une gamme d'approches différentes selon, par exemple, la source des services de soutien à l'abandon du tabagisme, le mécanisme de prestation et l'inclusion ou non de la pharmacothérapie<sup>18</sup>. Le tableau 1 résume les différentes approches et présente les avantages ainsi que les inconvénients de chacune.



### Vers la mise en œuvre d'un soutien à l'abandon du tabagisme de niveau or

*Le fait d'aider les fournisseurs de soins de santé dans les milieux de soins en oncologie à prescrire des médicaments/TRN pour les patients fumeurs atteints de cancer représente la première étape d'un programme complet d'abandon du tabagisme (niveau bronze). Les administrateurs des centres de cancérologie et les chefs de file cliniques devraient collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux afin d'offrir des médicaments/TRN subventionnés pour les patients atteints de cancer (niveau argent) tout au long du processus visant à offrir ces produits sans frais aux patients (niveau or).*

Tableau 1. Paramètres du soutien à l'abandon du tabagisme, notamment les avantages et les inconvénients

| Source des services d'abandon du tabagisme | Mécanisme de prestation | Pharmacothérapie offerte | Niveau d'intervention                      | Exemple   | Avantages  | Inconvénients   |
|--|-------------------------|--------------------------|--|---|--|---|
| Sur place au centre de cancérologie        | En personne             | Oui                      | 3 étapes ou 5 étapes<br>Brève ou intensive | Le clinicien ou le spécialiste du traitement contre le tabagisme rencontre le patient à la clinique, discute de l'abandon du tabagisme et fournit des médicaments   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le suivi est effectué plus facilement</li> <li>- Capacité de suivre la confirmation par analyses biochimiques</li> <li>- Coordination avec les soins contre le cancer du patient</li> <li>- Guichet unique pour les patients</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plus de ressources (espace clinique et temps des cliniciens) requises</li> <li>- Portée réduite pour les patients qui ne peuvent pas se présenter en personne</li> <li>- Services offerts seulement pendant les heures d'ouverture de la clinique</li> </ul> |
|  | Téléphone               | Oui                      | 3 étapes<br>Habituellement brève           | Le spécialiste du traitement contre le tabagisme est informé qu'un patient a été aiguillé vers lui par le clinicien, appelle le patient, discute avec lui de l'abandon du tabagisme et lui fait des recommandations sur les médicaments           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients ont accès à des services de counseling sur l'abandon du tabagisme à partir de leur domicile (ce qui peut accroître la portée du programme)</li> <li>- Le suivi est effectué plus facilement</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité de fournir immédiatement des médicaments (c.-à-d., au point d'intervention)</li> <li>- Contact moins personnel</li> </ul>   |
| Partenaire hors site                       | En personne             | Oui                      | 3 étapes<br>Brève ou intensive             | Le spécialiste du traitement contre le tabagisme est informé qu'un patient a été aiguillé vers lui, prend rendez-vous avec le patient, discute avec lui des médicaments et lui fournit les médicaments  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Moins exigeant en ressources pour le centre de cancérologie</li> <li>- Le patient peut recevoir un soutien de counseling plus approfondi (intensif)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien à l'abandon du tabagisme offert dans une clinique distincte (le patient doit se déplacer)</li> <li>- Programme moins bien coordonné avec l'ensemble des soins contre le cancer reçus par le patient</li> </ul>                                       |
|  | Téléphone               | Oui                      | 3 étapes<br>Habituellement brève           | Un programme téléphonique comme la ligne d'aide à l'abandon du tabagisme reçoit des renseignements sur le patient par l'entremise d'un centre de cancérologie, puis appelle le patient pour discuter de l'abandon du tabagisme et des médicaments | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients ont accès à des services de counseling sur l'abandon du tabagisme à partir de leur domicile (ce qui peut accroître la portée du programme)</li> <li>- Moins exigeant en ressources pour le centre de cancérologie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficulté à obtenir des renseignements sur les patients (p. ex., suivi, taux d'abandon du tabagisme) auprès de ressources externes</li> <li>- Incapacité de fournir immédiatement des médicaments (c.-à-d., au point d'intervention)</li> </ul>             |
| Réponse vocale interactive (RVI)           | Téléphone               | Non                      | 3 étapes<br>Brève                          | Un service de RVI communique avec le patient et un système automatisé fournit le soutien à l'abandon du tabagisme   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients ont accès à des services de counseling sur l'abandon du tabagisme à partir de leur domicile (ce qui peut accroître la portée du programme)</li> <li>- Aucune ressource humaine requise</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucun lien personnel</li> <li>- Aucune pharmacothérapie fournie</li> </ul>   |

# 6 OUTILS CLÉS

Les outils clés (approche centrée sur la personne, mobilisation adaptée à la culture et partenariats) sont enchâssés dans toutes les composantes d'un programme complet d'abandon du tabagisme dans les milieux de soins contre le cancer et contribueront à l'efficacité, à l'incidence et à la réussite générales du Cadre d'action. Chaque outil clé est décrit ci-dessous.

## 6.1. Approche centrée sur la personne

L'annonce d'un diagnostic de cancer est un événement inattendu et bouleversant qui peut être exacerbé par la situation personnelle du patient<sup>19</sup>. Un tel événement peut amener certains patients à continuer ou à recommencer à fumer comme mécanisme d'adaptation. La prestation de services de soutien à l'abandon du tabagisme devrait donc tenir compte de la situation personnelle du patient et s'adapter au contexte, aux préférences, aux valeurs et à la culture qui lui sont propres.

Un programme d'abandon du tabagisme centré sur la personne devrait : i) inclure au sein de ses comités des patients qui serviront de conseillers en partageant leurs points de vue personnels et en agissant à titre de cocréateurs dans l'élaboration (et le perfectionnement) du programme; ii) recueillir les commentaires des patients sur leur expérience avec le programme d'abandon du tabagisme au moyen de questionnaires ou d'entrevues; iii) utiliser des outils de dépistage comportant une série de questions qui permettent systématiquement au professionnel de la santé de comprendre la situation personnelle d'un patient et de lui fournir des services adaptés de soutien à l'abandon du tabagisme.

## 6.2. Mobilisation adaptée à la culture

Les centres de soins ambulatoires contre le cancer devraient reconnaître et offrir un soutien à l'abandon du tabagisme d'une manière culturellement sécuritaire qui tienne compte des antécédents culturels divers des patients, y compris chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis<sup>20</sup>. La sécurité culturelle implique l'utilisation d'une approche systématique pour comprendre les différences de pouvoir inhérentes à la prestation des services de santé et peut inclure l'intégration des soins tenant compte des traumatismes dans les services de soutien à l'abandon du tabagisme afin de créer un environnement culturellement sécuritaire et de déterminer les facteurs qui peuvent affecter la capacité du patient à cesser de fumer. On devrait encourager le personnel des centres de cancérologie à adopter des pratiques adaptées à la culture, c'est-à-dire un ensemble de connaissances, de comportements, d'attitudes et de politiques qui permettent à chacun de travailler efficacement avec des groupes d'origines ethniques et culturelles diverses. Le personnel ayant reçu une formation sur le savoir-faire culturel permettra de mieux faire connaître et comprendre l'histoire des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ainsi que d'offrir un soutien à l'abandon du tabagisme de façon équitable et sans discrimination<sup>21</sup>. Les modèles et les possibilités de formation existants peuvent être offerts par l'entremise des organismes communautaires, des gouvernements ainsi que des organismes locaux et régionaux des Premières Nations, des Inuits et/ou des Métis, de l'autorité sanitaire locale ou en ligne par le biais des autorités sanitaires provinciales (p. ex., Action Cancer Ontario et la Provincial Health Services Authority de la Colombie-Britannique).



### Vers la mise en œuvre d'un soutien à l'abandon du tabagisme de niveau or

*Au départ, le comité consultatif/de planification sur le soutien à l'abandon du tabagisme du centre devrait compter un représentant des patients comme membre actif et contribuant à la cocréation du programme offert par le centre (niveau bronze). La collecte de commentaires des patients sur leurs expériences individuelles (niveau argent) permettra ensuite aux administrateurs de façonner les versions futures du programme en fonction de ces idées. Enfin, l'intégration ainsi que l'utilisation d'outils permettant d'évaluer les expériences des patients et d'adapter le soutien à l'abandon du tabagisme en fonction des circonstances (niveau or) permettront d'offrir un programme véritablement centré sur la personne.*



### Vers la mise en œuvre d'un soutien à l'abandon du tabagisme de niveau or

*Tous les membres du personnel qui contribuent à un programme de soutien à l'abandon du tabagisme auront accès à une formation sur le savoir-faire culturel (niveau bronze) et disposeront des ressources nécessaires pour fournir aux peuples autochtones des renseignements contextualisés supplémentaires sur les avantages de l'abandon du tabagisme (niveau argent). Tous les membres du personnel doivent recevoir une formation sur le savoir-faire culturel et offrir des approches culturellement sécuritaires pour soutenir l'abandon du tabagisme (niveau or).*



**Vers la mise en œuvre d'un soutien à l'abandon du tabagisme de niveau or**

*Les centres de soins ambulatoires contre le cancer formeront une équipe multidisciplinaire qui contribuera à un programme de soutien à l'abandon du tabagisme (niveau bronze), puis élargira son réseau dans la collectivité pour étendre le réseau d'aiguillage, accroître la capacité et améliorer l'efficacité du programme de soutien à l'abandon du tabagisme du centre (niveau argent) ainsi qu'établir des mécanismes de rétroaction afin de permettre le partage de renseignements entre les centres de cancérologie et les partenaires communautaires (niveau or).*

### 6.3. Partenariats

La prestation efficace et efficiente des interventions d'abandon du tabagisme auprès des patients atteints de cancer (avec ou sans leur famille) est optimisée grâce à l'engagement d'équipes et de partenaires multidisciplinaires. Au sein du centre de cancérologie, la question du dépistage du tabagisme peut être posée par un oncologue ou un coordonnateur de l'admission qui aide le patient à remplir ses documents administratifs initiaux. Ce modèle d'équipe multidisciplinaire peut aider à surmonter les obstacles liés au temps et à la charge de travail par le biais du partage des responsabilités entre les différentes disciplines.

À l'extérieur du centre de cancérologie, le programme devrait également envisager l'établissement de partenariats avec une gamme d'organismes ou de groupes pour tirer parti des efforts déployés, permettre un partage des ressources et prévenir une surcharge de travail pour un professionnel de la santé ou une discipline en particulier (se référer au tableau 2). Il est important de noter que les rôles et les responsabilités de tous les membres et les partenaires de l'équipe doivent être clairement définis dans un plan opérationnel ou un cheminement clinique afin de s'assurer que chacun est au courant des attentes ainsi que des rôles et des responsabilités.

**Tableau 2. Partenaires de soutien à l'abandon du tabagisme (liste non exhaustive de partenaires locaux ou pancanadiens)**

| Organisme/groupe  | Raison du partenariat  |
|---|--|
| Ministères de la Santé et des Services sociaux  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Responsables du déploiement des efforts de lutte contre le tabagisme dans une province ou un territoire donné</li> <li>Financent la couverture provinciale/territoriale des TRN et des médicaments antitabagiques</li> <li>Financent des programmes d'abandon du tabagisme accessibles au public</li> </ul> |
| Téléassistance pour fumeurs ou ligne d'aide provinciale/territoriale à l'abandon du tabagisme | <ul style="list-style-type: none"> <li>Offre gratuitement des services d'abandon du tabagisme à la population générale</li> <li>Élabore des activités continues et adaptées de soutien à l'abandon du tabagisme (p. ex., élaboration d'un plan pour cesser de fumer)</li> <li>Fournit des services en plusieurs langues</li> </ul>                 |
| Santé mentale et toxicomanie  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Considère le tabagisme comme une dépendance</li> <li>Offre des services de counseling pour cesser de fumer tout en tenant compte des traumatismes</li> </ul>  |
| Organisations autochtones   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Conçoivent conjointement des approches d'abandon du tabagisme adaptées à la culture</li> </ul>  |
| Programmes communautaires d'abandon du tabagisme  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Créent des liens avec les services de soutien à l'abandon du tabagisme offerts dans la communauté d'un patient</li> </ul>   |
| Coalitions ou groupes de défense des intérêts des fumeurs                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Dirigent ou soutiennent le déploiement d'efforts visant à améliorer les politiques et les programmes de lutte contre le tabagisme, notamment l'accès à la pharmacothérapie</li> </ul>   |
| Établissements de recherche ou universitaires   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Soutiennent le déploiement d'efforts d'évaluation afin d'orienter les effets et la durabilité du programme</li> </ul>   |

# 7 INDICATEURS ET MISE EN ŒUVRE

Le Cadre comprend également des outils pour aider l'utilisateur à mettre en œuvre et à maintenir le soutien à l'abandon du tabagisme dans les milieux de soins contre le cancer. Les outils de mise en œuvre comprennent :

i) des **indicateurs normalisés de la qualité** sur l'abandon du tabagisme pour permettre la mesure du rendement et la production de rapports à ce sujet, et ii) une **liste de vérification de la mise en œuvre pour guider la mise en œuvre** et le perfectionnement d'un programme d'abandon du tabagisme dans un centre de soins contre le cancer selon des niveaux d'adoption progressifs (c.-à-d., avant la mise en œuvre, bronze, argent et or).

## 7.1. Mesure des indicateurs et production de rapports

Des indicateurs de la qualité ont été mis au point pour permettre la collecte de données et la production de rapports de façon normalisée ainsi que pour offrir l'occasion de surveiller et d'évaluer de façon constante l'adoption et l'efficacité du soutien à l'abandon du tabagisme dans l'ensemble du système canadien de lutte contre le cancer.

Ce Cadre comprend six indicateurs normalisés de la qualité permettant de mesurer le niveau d'*adoption*, de *portée*, de *participation* et d'*efficacité* (ou les « résultats ») des programmes de soutien dans les centres de soins ambulatoires contre le cancer qui offrent un soutien à l'abandon du tabagisme aux patients avec ou sans leur famille (se référer au tableau 3 et à l'**annexe** pour consulter les tableaux de spécification des données).



### Vers la mise en œuvre d'un soutien à l'abandon du tabagisme de niveau or

Au départ, les provinces et les territoires mesureront le nombre de centres de soins contre le cancer au sein de leur territoire de compétence qui offrent un soutien à l'abandon du tabagisme ([indicateur 1](#)) et le pourcentage de patients atteints de cancer qui sont soumis à un dépistage du tabagisme ([indicateur 2](#)) et qui ont accepté d'être aiguillés vers un service d'abandon du tabagisme ([indicateur 3](#)) (niveau bronze). Le nombre de patients qui reçoivent un soutien par l'intermédiaire des centres ([indicateur 4](#)) représentera la prochaine étape de l'évolution de l'ensemble d'indicateurs (niveau argent). La mesure des indicateurs de résultats [p. ex., les patients qui déclarent avoir cessé de fumer ([indicateur 5](#)) pendant une semaine ([indicateur 6a](#)) ou six mois ([indicateur 6b](#)) après avoir été aiguillés vers un service d'abandon du tabagisme] et la production de rapports à cet égard constitueront le système le plus complet de mesure des indicateurs de rendement et d'établissement de rapports à ce sujet (niveau or).

Tableau 3. Indicateurs normalisés de la qualité

| Type          | Indicateur   |
|---------------|--|
| Adoption      | 1. Pourcentage des centres de soins ambulatoires contre le cancer qui offrent un soutien à l'abandon du tabagisme aux patients atteints de cancer (avec ou sans leur famille)  |
| Portée        | 2. Pourcentage des nouveaux patients atteints de cancer dans les centres de soins ambulatoires contre le cancer qui ont fait l'objet d'un dépistage pour l'usage actuel ou récent (6 derniers mois) de tabac dans les 28 jours suivant leur première visite au centre<br>3. Pourcentage des patients atteints de cancer faisant actuellement usage ou ayant fait usage récemment de tabac à qui l'on a offert de les aiguiller vers un service d'abandon du tabagisme  |
| Participation | 4. Pourcentage de fumeurs actuels ou récents qui ont participé à un service d'abandon du tabagisme après avoir été aiguillés vers un tel service   |
| Résultats     | 5. Pourcentage des patients recevant des soins ambulatoires contre le cancer qui ont déclaré fumer moins ou avoir réduit leur usage du tabac après avoir accepté d'être aiguillés vers un service d'abandon du tabagisme<br>6. Pourcentage des patients recevant des soins ambulatoires contre le cancer qui ont déclaré s'être abstenus de fumer au cours des sept derniers jours après avoir accepté d'être aiguillés vers un service d'abandon du tabagisme<br>7. Pourcentage des patients recevant des soins ambulatoires contre le cancer qui ont déclaré s'être abstenus de fumer au cours des six derniers mois après avoir accepté d'être aiguillés vers un service d'abandon du tabagisme |



*Remarque particulière à l'intention des territoires : certains éléments de la liste de vérification devront peut-être être remplis en collaboration avec les partenaires provinciaux où les patients des territoires reçoivent leur traitement contre le cancer à titre de partenaires clés dans la prestation du soutien à l'abandon du tabagisme pour les patients atteints de cancer.*

## 7.2. Liste de vérification de la mise en œuvre

Le Cadre d'action comprend également une liste de vérification de la mise en œuvre qui servira de guide convivial et pratique à l'intention des centres de soins contre le cancer pour i) évaluer le niveau actuel de leur programme de soutien à l'abandon du tabagisme (c.-à-d., les niveaux avant la mise en œuvre, bronze, argent et or) selon des critères normalisés et ii) déterminer les étapes à suivre pour que le programme franchisse le prochain niveau d'adoption (se référer à la liste de vérification de la mise en œuvre, à la page 19).

La liste de vérification peut être utilisée par tous les centres, peu importe où se situe un centre ou un territoire de compétence dans son cheminement de mise en œuvre du programme d'abandon du tabagisme, car les niveaux ne s'excluent pas mutuellement et peuvent être évalués indépendamment (p. ex., certaines composantes du programme d'abandon du tabagisme d'un centre de cancérologie peuvent répondre aux critères de niveau or, alors que d'autres peuvent être de niveau bronze ou argent) pour déterminer le classement général de la mise en œuvre.

Dans un premier temps, et plus particulièrement pour les centres qui commencent à peine à adopter le soutien à l'abandon du tabagisme, une catégorie « avant la mise en œuvre » est incluse dans la liste de vérification de la mise en œuvre (page 19). Cette catégorie est conçue pour aider les territoires de compétence et les centres à évaluer leur capacité en ressources et leur état de préparation pour la mise en œuvre. Un élément clé de la préparation de la mise en œuvre consiste à obtenir l'appui de la haute direction pour démontrer l'engagement du centre de cancérologie à l'égard de l'abandon du tabagisme chez les patients atteints de cancer. La désignation de cadres champions, des annonces effectuées lors des assemblées publiques et la participation aux efforts de planification stratégique peuvent aider à obtenir l'appui d'une équipe multidisciplinaire de membres du personnel (p. ex., les oncologistes, les infirmières praticiennes, le personnel administratif, le personnel de soutien en TI) et mener au déploiement d'un effort concerté.

### **Comment appliquer la liste de vérification de la mise en œuvre dans la pratique**

Dans la liste de vérification de la mise en œuvre, lisez les critères pour chacun des quatre niveaux et cochez la case qui s'applique le mieux à l'état actuel du centre de cancérologie ou du territoire de compétence pour « donner un score » à chaque composante d'un programme complet d'abandon du tabagisme comme le décrit ce Cadre (avant la mise en œuvre = score de 0, bronze = score de 1, argent = score de 2 et or = score de 3), de façon à donner une indication du niveau global de la mise en œuvre ou du « classement » (c.-à-d., avant la mise en œuvre, bronze, argent ou or) du programme, de la façon suivante :

- Avant la mise en œuvre : score total de 0
- Bronze : score total de 1 à 6
- Argent : score total de 7 à 12
- Or : score total de 13 à 18

Cette liste de vérification fournit une évaluation du classement actuel de la mise en œuvre du programme ou du déploiement des efforts d'abandon du tabagisme d'un centre de cancérologie ou d'un territoire de compétence, tout en offrant des conseils sur la façon d'élargir ou d'améliorer un programme d'abandon du tabagisme dans un milieu de traitement du cancer en vue d'atteindre le niveau or.

# METTRE EN ŒUVRE L'ABANDON DU TABAGISME DANS LES SOINS CONTRE LE CANCER À L'ÉCHELLE DU CANADA

## UN CADRE D'ACTION

**Liste de vérification de la mise en œuvre :** un guide convivial et pratique à l'intention des centres de soins contre le cancer pour évaluer le niveau actuel de leur programme de soutien à l'abandon du tabagisme (c.-à-d., les niveaux avant la mise en œuvre, bronze, argent et or) selon des critères normalisés pour chacune des catégories du Cadre et déterminer les étapes à suivre pour que le programme franchisse le prochain niveau d'adoption (c.-à-d., bronze, argent ou or) afin que le soutien à l'abandon du tabagisme obtienne finalement un classement de niveau or.

| Catégorie   | Avant la mise en œuvre<br>(score de 0)  | Bronze<br>(score de 1)  | Argent<br>(score de 2)  | Or<br>(score de 3)   | Score  |
|---|---|---|---|--|--------|
| <b>Counseling<br/>comportemental</b>                                | <input type="checkbox"/> Comprendre les incidences financières de la mise en œuvre du counseling comportemental; établir et maintenir une infrastructure facilitant l'aiguillage vers les services d'abandon du tabagisme et le suivi des patients; élaborer du matériel de communication | <input type="checkbox"/> Le modèle en 3 étapes (demander-conseiller-agir) ou en 5 étapes (demander-conseiller-évaluer-aider-organiser) est mis en œuvre | <input type="checkbox"/> Le modèle en 3 étapes (demander-conseiller-agir) ou en 5 étapes (demander-conseiller-évaluer-aider-organiser) est mis en œuvre et comprend une option de refus             | <input type="checkbox"/> Le modèle en 3 étapes (demander-conseiller-agir) ou en 5 étapes (demander-conseiller-évaluer-aider-organiser) est mis en œuvre et comprend une option de refus; des mécanismes pour la prévention et le suivi des rechutes ainsi qu'un soutien à l'abandon du tabagisme pour la famille et les amis sont en place                             | ___ /3 |
| <b>Pharmaco-<br/>thérapie</b>                                       | <input type="checkbox"/> Déterminer le niveau d'accès et les voies par lesquelles les patients atteints de cancer peuvent recevoir une pharmacothérapie   | <input type="checkbox"/> Une pharmacothérapie/TRN est prescrite   | <input type="checkbox"/> Une pharmacothérapie/TRN subventionnée est fournie   | <input type="checkbox"/> Une pharmacothérapie/TRN est fournie gratuitement   | ___ /3 |
| <b>Approche<br/>centrée sur la<br/>personne</b>                     | <input type="checkbox"/> Évaluer la disponibilité d'un représentant des patients pour participer au programme d'abandon du tabagisme et rencontrer le représentant du comité consultatif des patients et de leur famille afin d'obtenir la participation des patients                     | <input type="checkbox"/> Les patients sont représentés au sein du comité consultatif ou de planification du programme                                   | <input type="checkbox"/> Les patients sont représentés au sein du comité consultatif ou de planification du programme et leurs commentaires sur le programme d'abandon du tabagisme sont recueillis | <input type="checkbox"/> Les patients sont représentés au sein du comité consultatif ou de planification du programme, leurs commentaires sont recueillis et des outils sont utilisés pour évaluer les résultats des patients et adapter le programme en conséquence   | ___ /3 |
| <b>Approche<br/>adaptée à la<br/>culture</b>                        | <input type="checkbox"/> Connaître l'état actuel de la formation du personnel en matière de savoir-faire culturel et élaborer du matériel de formation pour le personnel non formé  | <input type="checkbox"/> Une formation sur le savoir-faire culturel est offerte à tout le personnel   | <input type="checkbox"/> Une formation sur le savoir-faire culturel est offerte à tout le personnel, et des ressources adaptées sur le plan culturel sont offertes aux patients                     | <input type="checkbox"/> Une formation sur le savoir-faire culturel est obligatoire pour tout le personnel, des ressources adaptées sur le plan culturel sont offertes aux patients et les interventions pour l'abandon du tabagisme intègrent des approches sécuritaires sur le plan culturel   | ___ /3 |
| <b>Partenariats</b>   | <input type="checkbox"/> Déterminer la disponibilité de l'expertise en matière de traitement du tabagisme, soit par l'entremise d'une clinique interne d'abandon du tabagisme, d'un service externe, d'un service de réponse vocale interactive (RVI) ou d'un service de proximité        | <input type="checkbox"/> Une équipe multidisciplinaire spécialisée a été mise sur pied pour le programme d'abandon du tabagisme                         | <input type="checkbox"/> Une équipe multidisciplinaire spécialisée a été mise sur pied pour le programme d'abandon du tabagisme, et des partenaires locaux font partie du réseau d'aiguillage       | <input type="checkbox"/> Une équipe multidisciplinaire spécialisée a été mise sur pied pour le programme d'abandon du tabagisme, des partenaires locaux font partie du réseau d'aiguillage et des mécanismes de communication de l'information entre le ou les centres et les partenaires locaux ont été adoptés pour suivre les progrès et les résultats des patients | ___ /3 |
| <b>Mesure des<br/>indicateurs et<br/>production de<br/>rapports</b> | <input type="checkbox"/> Élaborer des outils pour suivre l'efficacité du programme et évaluer l'infrastructure de TI afin de faciliter la collecte de données et la production de rapports sur les indicateurs de la qualité  | <input type="checkbox"/> Des données sont recueillies et des rapports sont produits sur les indicateurs d'adoption et de portée (indicateurs 1 à 3)     | <input type="checkbox"/> Des données sont recueillies et des rapports sont produits sur les indicateurs d'adoption, de portée et de participation (indicateurs 1 à 4)                               | <input type="checkbox"/> Des données sont recueillies et des rapports sont produits sur les indicateurs d'adoption, de portée, de participation et de résultats (indicateurs 1 à 6)  | ___ /3 |

**SCORE TOTAL ET NIVEAU (avant la mise en œuvre : 0; bronze : 1 à 6; argent : 7 à 12; or : 13 à 18)**

\_\_\_ /18



*Le Cadre d'action devrait être utilisé dans la conception et la mise en œuvre d'un programme de soutien pour l'abandon du tabagisme fondé sur des données probantes afin de s'assurer que tous les patients canadiens atteints de cancer ainsi que leur famille et leurs amis reçoivent un soutien optimal pour améliorer les résultats de leurs traitements et leur qualité de vie.*

## 8 APPEL À L'ACTION

L'abandon du tabagisme est un traitement de première intention contre le cancer et un élément essentiel des soins de qualité contre le cancer. La décision de cesser de fumer lors d'un diagnostic de cancer est l'une des meilleures choses qu'un patient puisse faire pour améliorer son traitement contre le cancer et ses résultats de santé<sup>22</sup>. Bien qu'il existe au Canada des approches fondées sur des données probantes pour l'abandon du tabagisme, ces services ne sont pas systématiquement offerts dans les centres de soins ambulatoires contre le cancer et il n'existait aucune façon d'accélérer leur adoption à l'ensemble du système de lutte contre le cancer avant la publication du présent Cadre d'action.

Ce Cadre énonce la vision de l'intégration du soutien à l'abandon du tabagisme dans les milieux de soins ambulatoires contre le cancer afin de garantir que tous les patients canadiens atteints de cancer reçoivent le soutien approprié dont ils ont besoin pour améliorer les résultats de leurs traitements et leur qualité de vie. D'ici 2022, 100 % des centres de soins ambulatoires contre le cancer devraient offrir aux patients atteints de cancer un soutien à l'abandon du tabagisme fondé sur des pratiques exemplaires et des données probantes pour améliorer les résultats du système de lutte contre le cancer et de ses patients. Ce Cadre propose des recommandations pratiques et réalisables pour inspirer les centres de soins contre le cancer à améliorer, d'une manière générale, l'efficacité, l'incidence et la réussite des programmes d'abandon du tabagisme dans l'ensemble du Canada.

Nous espérons que toutes les personnes qui participent à la prestation du soutien à l'abandon du tabagisme dans les milieux de soins ambulatoires contre le cancer, soit les oncologues, les infirmières, les travailleurs sociaux, les partenaires communautaires et les décideurs politiques gouvernementaux, utiliseront le Cadre d'action pour guider la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de leurs programmes d'abandon du tabagisme fondés sur des données probantes. Pour ce faire, tous les intervenants devront se faire les champions de l'abandon du tabagisme en tant que traitement de première intention contre le cancer ainsi qu'offrir et maintenir les mesures de soutien nécessaires pour que les patients atteints de cancer cessent de fumer et demeurent non-fumeurs tout au long de leur expérience face au cancer.

# 9 ANNEXE : TABLEAUX DE SPÉCIFICATION DES DONNÉES POUR LES INDICATEURS COMMUNS DE LA QUALITÉ

| Définitions  |  |
|--|--|
| <b>Centres de soins ambulatoires contre le cancer</b>      | Des centres de cancérologie qui fournissent des services en consultation externe, où les services de soins de santé sont fournis au patient dans un délai d'un jour civil.<br>(Source : Norme d'extraction de dossiers médicaux électroniques des patients ambulatoires atteints de cancer d'Action Cancer Ontario – Guide de mise en œuvre)   |
| <b>Soutien à l'abandon du tabagisme</b>                    | Le soutien à l'abandon du tabagisme vise à aider les patients atteints de cancer à réduire leur usage du tabac ou à s'abstenir de fumer pendant et après leur traitement contre le cancer. Les composantes cliniques fondées sur des données probantes du soutien à l'abandon du tabagisme comprennent : <ul style="list-style-type: none"> <li>• identifier l'usage récent ou actuel du tabac;</li> <li>• donner des conseils sur les avantages de l'abandon du tabagisme et aiguiller les patients vers des interventions d'abandon du tabagisme éclairées par des données probantes;</li> <li>• assurer un suivi constant.</li> </ul> (Source : Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac – Pratiques exemplaires en matière d'abandon du tabac en milieu clinique au Canada) |
| <b>Usage du tabac commercial</b>                           | Tout au long de ce document, lorsque nous faisons référence à l'usage du tabac, nous entendons le tabac commercial. Le tabac commercial est fabriqué pour un usage récréatif et habituel dans les cigarettes, le tabac sans fumée, le tabac à pipe, les cigares, les narguilés et d'autres produits. Il s'agit d'un usage du tabac distinct et différent de l'usage traditionnel (sacré) du tabac chez les peuples autochtones.<br>(Source : Régie de la santé des Premières Nations – Respect du tabac)   |
| <b>Aiguillage vers un soutien à l'abandon du tabagisme</b> | L'aiguillage lie un patient à un service interne ou externe d'abandon du tabagisme et est directement organisé par le centre de cancérologie pour le patient. L'aiguillage ne comprend pas la fourniture de documents écrits ou de renseignements comme une brochure.  |
| <b>Réduction de l'usage du tabac</b>                       | Une réduction se définit comme toute diminution de la consommation quotidienne de tabac et de l'usage du tabac, sans abstinence tabagique complète.  |

## Indicateur 1 : Centres de cancérologie offrant un soutien à l'abandon du tabagisme

|   |   |
|---|---|
| <b>Définition</b>                                   | Pourcentage des centres de soins ambulatoires contre le cancer qui offrent un soutien à l'abandon du tabagisme aux patients atteints de cancer (avec ou sans leur famille)  |
| <b>Justification de la mesure</b>                   | Les données probantes ont permis de démontrer que cesser de fumer lors d'un diagnostic de cancer est l'une des meilleures choses qu'une personne puisse faire pour améliorer sa santé et les résultats de son traitement. Par conséquent, les centres de cancérologie devraient être équipés pour aider les patients atteints de cancer à cesser de fumer et à prévenir les rechutes. Idéalement, les membres de la famille qui fument devraient également se voir offrir un soutien à l'abandon du tabagisme, car il a été démontré que l'abstinence tabagique chez les membres de la famille aide les patients qui essaient de cesser de fumer. |
| <b>Numérateur</b>                                   | Le nombre de centres de soins ambulatoires contre le cancer qui offrent un soutien à l'abandon du tabagisme aux patients atteints de cancer (et à leur famille, le cas échéant)   |
| <b>Dénominateur</b>                                 | Le nombre total de centres de soins ambulatoires contre le cancer dans une province ou un territoire  |
| <b>Critères d'exclusion</b>                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Établissements de soins hospitaliers</li></ul>  |
| <b>Variable(s) de stratification facultative(s)</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Données démographiques sur les patients (p. ex., l'âge, le sexe, le revenu, le type de cancer, etc.)</li></ul>  |
| <b>Source des données</b>                           | À déterminer à l'échelle provinciale ou territoriale  |
| <b>Objectif national</b>                            | 100 % des centres canadiens de soins ambulatoires contre le cancer offrent aux patients atteints de cancer et/ou à leur famille un soutien à l'abandon du tabagisme<br>(Recommandation du Cadre pancanadien d'abandon du tabagisme en lien avec les soins contre le cancer)   |

**Indicateur 2 : Patients atteints de cancer ayant fait l'objet d'un dépistage du tabagisme**

|   |  |
|---|--|
| <b>Définition</b>                                   | Pourcentage des nouveaux patients atteints de cancer dans les centres de soins ambulatoires contre le cancer qui ont fait l'objet d'un dépistage de l'usage actuel ou récent (6 derniers mois) de tabac dans les 28 jours suivant leur première visite au centre   |
| <b>Justification de la mesure</b>                   | L'identification des patients ayant récemment reçu un diagnostic de cancer qui pourraient tirer profit d'un soutien pour cesser de fumer ainsi que pour les aider à cesser de fumer et à prévenir les rechutes constitue une importante composante des soins de qualité contre le cancer. Le dépistage offre aux fournisseurs de soins de santé l'occasion d'éduquer les patients sur les avantages que procure l'abandon du tabagisme et d'offrir aux patients un soutien pour cesser de fumer. |
| <b>Numérateur</b>                                   | Le nombre de patients atteints de cancer en centres de soins ambulatoires ayant subi un dépistage de l'usage actuel ou récent de tabac dans les 28 jours suivant leur première visite  |
| <b>Dénominateur</b>                                 | Le nombre de nouveaux patients atteints de cancer qui ont reçu des soins dans un centre de soins ambulatoires contre le cancer   |
| <b>Critères d'exclusion</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage effectué dans les établissements de soins hospitaliers</li> </ul>   |
| <b>Variable(s) de stratification facultative(s)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Données démographiques sur les patients (p. ex., l'âge, le sexe, le revenu, le type de cancer, etc.)</li> </ul>   |
| <b>Source des données</b>                           | À déterminer à l'échelle provinciale ou territoriale   |
| <b>Objectif national</b>                            | 100 % des nouveaux patients atteints de cancer qui reçoivent des soins ambulatoires dans des centres de cancérologie subiront un dépistage pour l'usage actuel ou récent de tabac dans les 28 jours suivant leur première visite à la clinique<br>(Recommandation du Cadre pancanadien d'abandon du tabagisme en lien avec les soins contre le cancer)   |

### Indicateur 3 : Fumeurs actuels ou récents aiguillés vers des services d'abandon du tabagisme

|   |  |
|---|--|
| <b>Définition</b>                                   | Pourcentage des patients atteints de cancer faisant actuellement usage ou ayant récemment fait usage de tabac à qui l'on a offert de les aiguiller vers un service d'abandon du tabagisme  |
| <b>Justification de la mesure</b>                   | La poursuite de l'usage du tabac pendant le traitement contre le cancer peut nuire aux résultats liés au traitement. Par conséquent, les patients atteints de cancer devraient être sensibilisés aux conséquences de la poursuite de l'usage du tabac et aiguillés vers des services d'abandon du tabagisme dans le cadre de leur traitement contre le cancer afin de favoriser la réussite d'une tentative d'abandon du tabagisme et/ou de prévenir les rechutes.   |
| <b>Numérateur</b>                                   | Le nombre de fumeurs actuels ou récents à qui l'on a offert de les aiguiller vers un service d'abandon du tabagisme  |
| <b>Dénominateur</b>                                 | Le nombre de patients atteints de cancer faisant actuellement usage de tabac ou ayant récemment fait usage de tabac  |
| <b>Critères d'exclusion</b>                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Les fumeurs actuels ou récents qui sont décédés</li></ul>  |
| <b>Variable(s) de stratification facultative(s)</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Fournisseur de service(s) d'abandon du tabagisme<ul style="list-style-type: none"><li>○ Interne</li><li>○ Externe</li><li>○ Les deux</li></ul></li><li>• Type de service(s) d'abandon du tabagisme<ul style="list-style-type: none"><li>○ Pharmacothérapie</li><li>○ Counseling (par téléphone, en personne ou par clavardage)</li><li>○ Les deux</li></ul></li><li>• Données démographiques sur les patients (p. ex., l'âge, le sexe, le revenu, le type de cancer, etc.)</li></ul> |
| <b>Source des données</b>                           | À déterminer à l'échelle provinciale ou territoriale   |
| <b>Objectif national</b>                            | 100 % des patients atteints de cancer faisant actuellement usage de tabac ou ayant récemment fait usage de tabac se verront offrir un aiguillage vers un service d'abandon du tabagisme pour les aider à cesser de fumer ou à demeurer non-fumeurs<br>(Recommandation du Cadre pancanadien d'abandon du tabagisme en lien avec les soins contre le cancer)   |

**Indicateur 4 : Consommateurs de tabac participant à des services d'abandon du tabagisme**

|   |  |
|---|--|
| <b>Définition</b>                                   | Pourcentage de fumeurs actuels ou récents qui ont participé à un service d'abandon du tabagisme après avoir été aiguillés vers un service d'abandon du tabagisme   |
| <b>Justification de la mesure</b>                   | La prestation de services d'abandon du tabagisme fondés sur des données probantes (counseling et/ou pharmacothérapie) constitue le meilleur moyen d'aider un fumeur actuel ou récent à fumer moins ou à cesser de fumer et à réduire son usage du tabac ou à cesser de consommer du tabac, et devrait être offerte à tous les patients atteints de cancer faisant actuellement usage de tabac ou ayant fait usage récemment de tabac.  |
| <b>Numérateur</b>                                   | Le nombre de fumeurs actuels ou récents qui ont participé à un service d'abandon du tabagisme  |
| <b>Dénominateur</b>                                 | Le nombre de fumeurs actuels ou récents à qui l'on a offert de les aiguiller vers un service d'abandon du tabagisme  |
| <b>Critères d'exclusion</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fumeurs actuels ou récents qui sont décédés</li> </ul>  |
| <b>Variable(s) de stratification facultative(s)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de service(s) d'abandon du tabagisme <ul style="list-style-type: none"> <li>o Interne</li> <li>o Externe</li> <li>o Les deux</li> </ul> </li> <li>• Type de service(s) d'abandon du tabagisme <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pharmacothérapie</li> <li>o Counseling (par téléphone, en personne ou par clavardage)</li> <li>o Les deux</li> </ul> </li> <li>• Données démographiques sur les patients (p. ex., l'âge, le sexe, le revenu, le type de cancer, etc.)</li> </ul> |
| <b>Source des données</b>                           | À déterminer à l'échelle provinciale ou territoriale   |
| <b>Objectif national</b>                            | Aucun objectif national n'est disponible; les objectifs pour cet indicateur peuvent être déterminés à l'échelle provinciale ou territoriale  |

## Indicateur 5 : Fumeurs actuels ou récents qui ont déclaré avoir réduit leur consommation de tabac

|   |  |
|---|--|
| <b>Définition</b>                                   | Pourcentage des patients recevant des soins ambulatoires contre le cancer qui ont déclaré fumer moins ou avoir réduit leur usage du tabac après avoir accepté d'être aiguillés vers un service d'abandon du tabagisme. Il est recommandé d'évaluer la réduction de la consommation de tabac tous les mois <sup>1</sup> .   |
| <b>Justification de la mesure</b>                   | Bien qu'il soit préférable de cesser complètement de fumer ou de consommer du tabac pour améliorer la santé et les résultats du traitement, la réduction de l'usage du tabac offrira des avantages pour la santé des patients. Les patients devraient être encouragés à continuer de réduire la quantité de tabac qu'ils consomment et recevoir un soutien en la matière, dans le but de cesser de fumer.  |
| <b>Numérateur</b>                                   | Le nombre de fumeurs actuels ou récents qui continuent de fumer, mais qui signalent une réduction de leur consommation de tabac (p. ex., passer de tous les jours à certains jours)  |
| <b>Dénominateur</b>                                 | Le nombre de fumeurs actuels ou récents qui ont accepté d'être aiguillés vers un service d'abandon du tabagisme  |
| <b>Critères d'exclusion</b>                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Les fumeurs actuels ou récents qui sont décédés</li></ul>  |
| <b>Variable(s) de stratification facultative(s)</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Fournisseur de service(s) d'abandon du tabagisme<ul style="list-style-type: none"><li>○ Interne</li><li>○ Externe</li><li>○ Les deux</li></ul></li><li>• Type de service(s) d'abandon du tabagisme<ul style="list-style-type: none"><li>○ Pharmacothérapie</li><li>○ Counseling (par téléphone, en personne ou par clavardage)</li><li>○ Les deux</li></ul></li><li>• Données démographiques sur les patients (p. ex., l'âge, le sexe, le revenu, le type de cancer, etc.)</li></ul> |
| <b>Source des données</b>                           | À déterminer à l'échelle provinciale ou territoriale   |
| <b>Objectif national</b>                            | Aucun objectif national n'est disponible; les objectifs pour cet indicateur peuvent être déterminés à l'échelle provinciale ou territoriale  |

<sup>1</sup>Source : The Cancer Patient Tobacco Use Questionnaire (C-TUQ) Fact Sheet. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : [https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/documents/C-TUQ\\_Flyer\\_Questionnaire-508.pdf](https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/documents/C-TUQ_Flyer_Questionnaire-508.pdf)

**Indicateur 6 : Fumeurs actuels ou récents qui ont déclaré s'abstenir de fumer**

|   |   |
|---|---|
| <b>Définition</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pourcentage des patients recevant des soins ambulatoires contre le cancer qui ont déclaré s'être abstenus de fumer au cours des sept derniers jours après avoir accepté d'être aiguillés vers un service d'abandon du tabagisme</li> <li>b. Pourcentage des patients recevant des soins ambulatoires contre le cancer qui ont déclaré s'être abstenus de fumer au cours des six derniers mois après avoir accepté d'être aiguillés vers un service d'abandon du tabagisme</li> </ul> <p>Il est recommandé d'évaluer l'abstinence tabagique tous les mois<sup>2</sup>.</p> |
| <b>Justification de la mesure</b>                   | Cesser de fumer ou de consommer du tabac représente la meilleure façon d'améliorer la santé et les résultats du traitement, et pour ce faire, les patients atteints de cancer devraient se voir offrir un soutien fondé sur des données probantes.  |
| <b>Numérateur</b>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Le nombre de fumeurs actuels ou récents qui ont déclaré ne pas avoir fumé ou consommé de tabac au cours des sept derniers jours (taux d'abandon du tabagisme après sept jours)</li> <li>b. Le nombre de fumeurs actuels ou récents qui ont déclaré ne pas avoir fumé ou consommé de tabac au cours des six derniers mois (taux d'abandon du tabagisme continu après six mois)</li> </ul>  |
| <b>Dénominateur</b>                                 | Le nombre de fumeurs actuels ou récents qui ont accepté d'être aiguillés vers un service d'abandon du tabagisme   |
| <b>Critères d'exclusion</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fumeurs actuels ou récents qui sont décédés</li> </ul>   |
| <b>Variable(s) de stratification facultative(s)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournisseur de service(s) d'abandon du tabagisme <ul style="list-style-type: none"> <li>o Interne</li> <li>o Externe</li> <li>o Les deux</li> </ul> </li> <li>• Type de service(s) d'abandon du tabagisme <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pharmacothérapie</li> <li>o Counseling (par téléphone, en personne ou par clavardage)</li> <li>o Les deux</li> </ul> </li> <li>• Données démographiques sur les patients (p. ex., l'âge, le sexe, le revenu, le type de cancer, etc.)</li> </ul>  |
| <b>Source des données</b>                           | À déterminer à l'échelle provinciale ou territoriale  |
| <b>Objectif national</b>                            | Aucun objectif national n'est disponible; les objectifs peuvent être déterminés à l'échelle provinciale ou territoriale   |

<sup>2</sup>Source : The Cancer Patient Tobacco Use Questionnaire (C-TUQ) Fact Sheet. Disponible à l'adresse (en anglais seulement) : [https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/documents/C-TUQ\\_Flyer\\_Questionnaire-508.pdf](https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/documents/C-TUQ_Flyer_Questionnaire-508.pdf)

# 10 RÉFÉRENCES

1. Partenariat canadien contre le cancer. (2019). *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer. Disponible à l'adresse : <https://www.partnershipagainst-cancer.ca/fr/cancer-strategy/>.
2. Gouvernement du Canada. (2019). *Stratégie canadienne sur le tabac*. Ottawa, Ontario : Gouvernement du Canada. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/strategie-tabac-canada.html>.
3. Balmford, J., Leifert, J. A., Jaehne, A. (2014). "Tobacco dependence treatment makes no sense because" ...: rebuttal of commonly-heard arguments against providing tobacco dependence treatment in the hospital setting. *BMC Public Health*, 14(1182). Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1182>.
4. Liu, J., Chadder, J., Fung, S., Lockwood, G., Rahal, R., Halligan, Mowat, D., Bryant, H. (2016). Smoking behaviours of current cancer patients in Canada. *Current Oncology*, 23(3), 201-203. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.3747/co.23.3180>.
5. Warren, G. W., Cartmell, K. B., Garrett-Mayer, E., Salloum, R. G., Cummings, K. M. (2019). Attributable failure of first-line cancer treatment and incremental costs associated with smoking by patients with cancer. *JAMA Network Open*, 2(4), e191703. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.1703>.
6. U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health consequences of smoking: 50 years of progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Géorgie : Centers for Disease Control and Prevention.
7. Iraborri, N., Essue, B., Timmings, C., Keen, D., Bryant, H., Warren, G. (2019). The cost of failed first-line cancer treatment due to continued smoking in Canada. *Fait l'objet d'un examen*.
8. Stead, L. F., Koilpillai, P., Fanshawe, T. R., Lancaster, T. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub3>.
9. Dawson, G. M., Noller, J. M., Skinner J. C. (2013). Models of smoking cessation brief interventions in oral health. *New South Wales Public Health Bulletin*, 24(3). Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1071/NB12090>.
10. Association canadienne de santé publique. (2017). *Vers une vie sans fumer : Ressources pour les animatrices d'ateliers d'abandon du tabac*. Section 3 : Intervention individualisée axée sur le renoncement au tabac. Disponible à l'adresse : [https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stopsmoking/sect\\_3\\_f.pdf](https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stopsmoking/sect_3_f.pdf).
11. Action Cancer Ontario. (2017). *Cadre pour l'abandon du tabagisme au sein des programmes régionaux de cancérologie (v2.0)*. Toronto, Ontario : Action Cancer Ontario.
12. Richter, K. P., Ellerbeck, E. F. (2015). It's time to change the default for tobacco treatment: Changing the default. *Addiction*, 110(3), 381-386. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/add.12734>.
13. Kotz, D. (2015). Implementation of a new "opt-out" default for tobacco treatment is urgently needed, but requires free access to evidence-based treatments. *Addiction*, 110(3), 387-388. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/add.12793>.
14. Díaz, D. B., Brandon, T. H., Sutton, S. K., Meltzer, L. R., Hoehn, H. J., Meade, C. D., ... Simmons, V. N. (2016). Smoking relapse-prevention intervention for cancer patients: Study design and baseline data from the surviving SmokeFree randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 50, 84-89. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.cct.2016.07.015>.

15. Toll, B. A., Brandon, T. H., Gritz, E. R., Warren, G. W., Herbst, R. S., AACR Subcommittee on Tobacco and Cancer. (2013). Assessing tobacco use by cancer patients and facilitating cessation: an American Association for Cancer Research policy statement. *Clinical Cancer Research: An Official Journal of the American Association for Cancer Research*, 19(8), 1941-1948. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-13-0666>.
16. Chaiton, M., Diemert, L., Cohen, J. E., Bondy, S. J., Selby, P., Philipneri, A., Schwartz, R. (2016). Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open*, 6(6), e011045. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011045>.
17. Gritz, E. R., Fingeret, M. C., Vidrine, D. J., Lazev, A. B., Mehta, N. V., Reece, G. P. (2006). Successes and failures of the teachable moment: Smoking cessation in cancer patients. *Cancer*, 106(1), 17-27. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1002/cncr.21598>.
18. Nayan, S., Gupta, M. K., Sommer, D. D. (2011). Evaluating Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *ISRN Oncology*. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195844/>.
19. Partenariat canadien contre le cancer. (2018). *Vivre avec le cancer : un rapport sur l'expérience des patients*. Toronto, Ontario : Partenariat canadien contre le cancer, 50 p.
20. Wardman D., McKennitt, D. Addressing Commercial Tobacco Use among Indigenous Peoples. Dans : *Disease Interrupted: A Clinical Guide to Tobacco Reduction and Cessation*, 2<sup>e</sup> éd., chapitre 27, éditeur : Centre de toxicomanie et de santé mentale, 517 p.
21. Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la commission de vérité et réconciliation du Canada*. Winnipeg, Manitoba : Commission de vérité et réconciliation du Canada.
22. Duffy, S. A., Louzon, S. A., Gritz, E. R. (2012). Why do cancer patients smoke and what can providers do about it? *Community Oncology*, 9(11), 344-352. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500959/>.



## **CONTACTEZ-NOUS**

Partenariat canadien contre le cancer  
145, rue King Ouest, bureau 900  
Toronto (Ontario) M5H 1J8

Téléphone : 416-915-9222  
Sans frais : 1-877-360-1665  
Courriel : [info@partenariatcontrecancer.ca](mailto:info@partenariatcontrecancer.ca)  
[www.partenariatcontrecancer.ca](http://www.partenariatcontrecancer.ca)