

**ANALYSE DE LA PERTINENCE  
D'INTERVENTIONS DE  
CESSATION DU TABAGISME**

**Institut national de santé publique du Québec**

**Juillet 2001**

**AUTEURE**

Michèle Tremblay, médecin-conseil

Institut national de santé publique du Québec

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>*

*Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

**CONCEPTION GRAPHIQUE**

**BELLEMARE COMMUNICATION VISUELLE**

**DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTECOM (<http://www.santecom.qc.ca>)**

**COTE : A15,540**

**DÉPÔT LÉGAL - 3<sup>E</sup> TRIMESTRE 2000**

**BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC**

**BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA**

**ISBN 2-550-37953-5**

©Institut national de santé publique du Québec

---

## AVANT PROPOS

---

Dans le cadre du volet cessation du Plan de travail tripartite tabac (septembre 2000 à mars 2002), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a convenu d'évaluer la pertinence d'interventions de cessation du tabagisme et de la qualité des modèles théoriques qui les sous-tendent après que le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) ait répertorié et présélectionné les interventions devant faire l'objet d'une telle analyse.

En date d'avril 2001, neuf programmes ont été soumis à l'INSPQ pour analyse, cinq en provenance des Directions de santé publiques (DSP) et quatre en provenance d'organismes privés. C'est le fruit de cette analyse que nous avons le plaisir de communiquer à nos partenaires. Dans le contexte des travaux en cours pour doter le Québec de services d'abandon du tabac, l'Institut espère que ce travail facilitera l'identification des interventions efficaces et leurs modalités d'implantation.

Le document prend la forme de neuf fiches qui précisent la provenance des documents soumis et la documentation rendue disponible. Suivent une brève description du programme et une analyse qui confronte le modèle proposé aux données scientifiques consensuelles les plus à jours. Dans certains cas, la documentation était insuffisante, ce qui a rendu impossible l'exercice d'un jugement de valeur scientifique.

En terminant, je tiens à remercier Johanne Lagüe et Réal Morin de l'Institut national de santé publique, de même que Denise Plamondon du MSSS et Martine Gilbert de la DSP du Bas-St-Laurent pour leurs précieux commentaires. Je remercie également Paulette Khoury et Nathalie Théorêt qui ont assuré le secrétariat et la mise en page de ce document.



---

## TABLE DES MATIÈRES

---

Avant-propos.....	i
Projet régional d'aide à l'abandon du tabac pour les fumeurs hospitalisés.....	1
Programme intégré d'aide à la cessation tabagique pour les patients hospitalisés au Centre hospitalier régional Baie-Comeau (CHRBC).....	5
« À vos marques, prêts, arrêtez ! ».....	9
Méthode « Oxygène ».....	13
« Bien respirer pour mieux vivre ».....	17
« Santé sans fumée ».....	21
Interventions de cessation disponibles dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.....	25
« Stop-Tabac ».....	27
« Nicosoft ».....	29



---

## PROJET RÉGIONAL D'AIDE À L'ABANDON DU TABAC POUR LES PATIENTS FUMEURS HOSPITALISÉS

---

### PROVENANCE :

Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

### DOCUMENTS DISPONIBLES POUR ANALYSE :

- Rapport de l'étude sur la cessation du tabagisme chez les patients hospitalisés. Programme « Pour une vie sans fumée ». Jocelyne Pelletier, Unité de santé publique du Centre Hospitalier régional du Grand Portage. Septembre 1996. 56 pages.
- Projet régional d'aide à l'abandon du tabac pour les patients fumeurs hospitalisés. Première partie, phase d'implantation. Martine Gilbert, DSP Bas-Saint-Laurent. Février 1999. 12 pages avec six annexes.
- Projet régional d'aide à l'abandon du tabac pour les patients fumeurs hospitalisés. Deuxième partie, résultats après deux années de fonctionnement. Martine Gilbert, DSP Bas-Saint-Laurent. Septembre 2000.

### DESCRIPTION :

Le document de 1996 présente une étude dont l'objectif était « d'expérimenter la dispensation d'un programme éducatif d'abandon du tabagisme auprès de patients hospitalisés, en intégrant ce programme au rôle du personnel soignant ». L'hypothèse était que l'implantation d'un tel programme « générerait un plus grand nombre d'arrêts du tabagisme que ne le ferait le seul événement de l'hospitalisation ». Pour ce faire, un devis de type quasi expérimental a été utilisé avec une mesure pré-intervention et trois mesures post-intervention (au congé du centre hospitalier, deux mois et un an après la sortie) dans un groupe étude et dans un groupe témoin, constitués de fumeurs hospitalisés de 15 à 64 ans, excluant les individus hospitalisés pour cause psychiatrique, les patients en phase terminale et les hospitalisés d'un jour.

L'auteure présente le programme utilisé, soit un programme en provenance de l'Université de Stanford basé sur la théorie sociale cognitive de Bandura et plus spécifiquement sur l'élément de la croyance en l'efficacité personnelle d'un comportement. Elle précise aussi le rôle attendu du personnel soignant et des médecins, de même que l'implantation du programme. Enfin, on trouve dans ce rapport les différentes analyses ainsi que les leçons tirées de cette expérience. Retenons que dans le groupe expérimental, le comportement non-fumeur après un an est prédit par la participation au programme et le sexe masculin alors que dans le milieu témoin, la variable la plus prédictive est une interaction du diagnostic, « maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire » et une durée de séjour de sept jours et plus. L'auteure mentionne dans la discussion que « le programme montre indubitablement une tendance à générer des effets supérieurs en terme d'adoption d'un comportement non-tabagique à ce qu'entraîne le seul fait d'être hospitalisé ».

Les documents de 1999 et 2000, qui sont deux parties complémentaires d'un même rapport, présentent les actions entreprises depuis l'étude de 1996 afin d'implanter un projet d'abandon du tabac pour les patients fumeurs hospitalisés. Les conditions de réussite exposées sont celles tirées des lignes directrices de pratique clinique de 1996<sup>(1)</sup> et les objectifs poursuivis sont :

- « d'offrir de l'aide à la cessation à tous les patients fumeurs hospitalisés plus particulièrement pour ceux souffrant de maladies cardiovasculaires et respiratoires;
- d'implanter de façon permanente dans tous les hôpitaux de courte durée de la région des mesures d'aide à la cessation de fumer ».

De plus, la démarche régionale est présentée de même que les facteurs facilitants et contraignants.

La deuxième partie du rapport présente des informations sur les fumeurs rejoints par le programme en 1998-1999. Parmi les principales conclusions, retenons que :

- 600 fumeurs hospitalisés ont été rejoints par le programme sur une possibilité de 7000;
- les fumeurs qui se sont prévalus du service sont majoritairement des femmes;
- les participants jugent à 80% l'intervention utile et apprécient particulièrement le suivi après l'hospitalisation, la documentation et les conseils;
- après un an, le taux de cessation parmi les fumeurs ayant participé au service d'aide est de 25%.

#### **DONNÉES DE LA LITTÉRATURE :**

Les lignes directrices de pratique clinique sur le traitement de la dépendance au tabac<sup>(1)</sup>, mises à jour à l'été 2000<sup>(2)</sup>, nous informent sur l'efficacité de différentes interventions en matière de cessation tabagique. Cette analyse de près de 700 articles publiés en anglais entre 1975 et 1999 dans des revues révisées par des pairs, rapportant les résultats d'essais randomisés d'interventions après un suivi minimal de cinq mois après la date d'arrêt, indique entre autres que :

- les cliniciens devraient intégrer l'identification et le traitement du tabagisme dans toutes leurs visites;
- il existe une relation très forte entre l'intensité et l'efficacité du counselling, les interventions de plus de dix minutes augmentant de façon marquée les taux de cessation;
- les interventions cliniques permettant aux patients fumeurs de résoudre les difficultés reliées à l'abandon du tabac, augmentent les taux de cessation;
- les interventions cliniques qui incluent un soutien de la part du clinicien augmentent les taux de cessation;
- le traitement offert par différents types de cliniciens est plus efficace que l'aide apportée par un seul type de cliniciens;



- les patients fumeurs devraient être encouragés à utiliser les médicaments reconnus efficaces en cessation tabagique sauf en présence de certaines conditions;
- pour tous les patients hospitalisés, le statut tabagique devrait être identifié et indiqué au dossier, de l'aide en cessation incluant l'utilisation de la pharmacothérapie devrait être offerte en cours d'hospitalisation et des conseils devraient être prodigués à la sortie de l'hôpital pour prévenir les rechutes.

D'autre part, une revue de quinze études menées entre 1990 et 2000 conclut que les interventions de counselling menées durant l'hospitalisation et comprenant un suivi durant au moins un mois, obtenaient des taux significativement plus élevés que les interventions témoin<sup>(3)</sup>.

#### **ANALYSE :**

À la lumière des documents soumis pour analyse par la DSP du Bas-Saint-Laurent et des données de la littérature, voici les principaux constats qui se dégagent :

- le projet régional d'aide à l'abandon du tabac pour les patients fumeurs hospitalisés est, à notre connaissance, la toute première tentative québécoise d'utiliser ce que plusieurs auteurs qualifient de « *teachable moment* » pour aider les fumeurs à cesser de fumer;
- l'étude de 1996 nous offre plusieurs informations très pertinentes qui pourraient être utilisées pour convaincre les responsables de certains services hospitaliers (service de cardiologie ou de pneumologie par exemple) de l'importance d'implanter un service d'abandon de tabac;
- les conditions de réussite de l'implantation du programme sont basées sur les données des lignes directrices américaines qui sont une référence dans ce domaine.

L'expérience du Bas-Saint-Laurent apparaît très pertinente pour encourager l'abandon du tabac et ce, à partir du réseau des centres hospitaliers. De plus, les conditions de réussite de l'implantation de ce projet d'abandon du tabac pour fumeurs hospitalisés sont celles tirées des lignes directrices américaines qui sont une référence en la matière.

Il sera intéressant de connaître comment ce service sera implanté dans chaque MRC du territoire.

Une proposition à cet effet a d'ailleurs été soumise à l'automne 2000 à différents responsables en vue de :

- « répartir selon les territoires un montant d'argent conditionnel à l'implantation d'un service d'abandon du tabagisme ;
- former les intervenants en CLSC;
- mettre en place un mécanisme de concertation;
- soutenir les projets communs à la région;
- évaluer les résultats obtenus suite à la mise en place de ces services ».

**RÉFÉRENCES :**

1. The smoking cessation clinical practice guideline panel and staff. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline. JAMA 1996;275(16):1270-80.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
3. Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, February 28, 2001.

---

## **PROGRAMME INTÉGRÉ D'AIDE À LA CESSATION TABAGIQUE (PACT) POUR LES PATIENTS HOSPITALISÉS AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL BAIE-COMEAU (CHRBC)**

---

### **PROVENANCE :**

Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

### **DOCUMENTS DISPONIBLES POUR ANALYSE :**

- Étude de faisabilité pour l'implantation d'un programme d'aide à la cessation du tabac pour les usagers fumeurs hospitalisés au CHRBC. Denise Lavoie, CHRBC. 15 décembre 1999. 26 pages.
- Suivi des usagers référés par le CHRBC dans le cadre du programme d'aide à la cessation du tabac. Ginette Amiot, CLSC et Centre d'hébergement de Manicouagan. Février 2000. 12 pages avec annexe.
- Programme d'aide à la cessation du tabac pour les usagers fumeurs hospitalisés au CHRBC. Denise Lavoie, CHRBC. Mai 2000. 63 pages.

### **DESCRIPTION :**

Le programme intégré d'aide à la cessation tabagique pour les patients hospitalisés du CHRBC vise à « favoriser le plus grand nombre d'arrêts tabagiques, en offrant systématiquement à tous les usagers fumeurs hospitalisés de l'aide à la cessation du tabac ». De façon plus spécifique le programme a pour objectifs :

- « d'aider les usagers fumeurs à amorcer une réflexion sur leur tabagisme;
- de soutenir les usagers fumeurs dans une démarche de cessation;
- de faciliter le maintien à la cessation en offrant une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) ou une pharmacothérapie ».

De plus, il « s'inscrit en synergie avec le réseau de soins (RRSSS, CH, CLSC, cabinets privés, etc...) et préconise une approche globale, respectueuse, individualisée et adaptée à l'étape de cheminement où se trouve l'utilisateur ».

Le document qui décrit le programme d'aide à la cessation au tabac pour les usagers fumeurs hospitalisés au CHRBC présente :

- la clientèle visée du programme, tous les usagers fumeurs hospitalisés sur une unité de soins cliniquement stables, excluant les usagers hospitalisés pour problèmes psychiatriques, en phase terminale ou âgés de moins de 10 ans;

- la description des rôles de l'équipe interdisciplinaire dont celui du personnel infirmier du CHRBC, de l'infirmière responsable du programme et de l'infirmière substitut du CHRBC des médecins au CHRBC, du médecin de famille, des pharmaciens du CHRBC, des professionnels du CLSC et du centre d'hébergement Manicouagan et du centre de santé des Nord-Côtiers, du médecin conseil au CHRBC;
- les facteurs favorisant une démarche de cessation tabagique chez l'utilisateur fumeur;
- les modalités de fonctionnement du programme;
- l'intervention clinique en cessation tabagique incluant des algorithmes de fonctionnement;
- un algorithme d'utilisation de la TRN ou du bupropion (Zyban), les posologies recommandées ainsi que les avantages et inconvénients des différentes aides pharmacologiques;
- le matériel d'information pour l'utilisateur incluant un dépliant promotionnel du programme, la brochure « Liberté » et des conseils concernant la TRN ou le bupropion.

#### **DONNÉES DE LA LITTÉRATURE :**

Les lignes directrices de pratique clinique sur le traitement de la dépendance au tabac<sup>(1)</sup>, mises à jour à l'été 2000<sup>(2)</sup>, nous informent sur l'efficacité de différentes interventions en matière de cessation tabagique. Cette analyse de près de 700 articles publiés en anglais entre 1975 et 1999 dans des revues révisées par des pairs, rapportant les résultats d'essais randomisés d'interventions après un suivi minimal de cinq mois après la date d'arrêt, indique entre autres que :

- les cliniciens devraient intégrer l'identification et le traitement du tabagisme dans toutes leurs visites;
- il existe une relation très forte entre l'intensité et l'efficacité du counselling, les interventions de plus de dix minutes augmentant de façon marquée les taux de cessation;
- les interventions cliniques permettant aux patients fumeurs de résoudre les difficultés reliées à l'abandon du tabac, augmentent les taux de cessation;
- les interventions cliniques qui incluent un soutien de la part du clinicien augmentent les taux de cessation;
- le traitement offert par différents types de cliniciens est plus efficace que l'aide apportée par un seul type de cliniciens
- les patients fumeurs devraient être encouragés à utiliser les médicaments reconnus efficaces en cessation tabagique sauf en présence de certaines conditions;
- pour tous les patients hospitalisés, le statut tabagique devrait être identifié et indiqué au dossier, de l'aide en cessation incluant l'utilisation de la pharmacothérapie devrait être offerte en cours d'hospitalisation et des conseils devraient être prodigués à la sortie de l'hôpital pour prévenir les rechutes.

D'autre part, une revue de quinze études menées entre 1990 et 2000 conclut que les interventions de counselling menées durant l'hospitalisation et comprenant un suivi durant au moins un mois, obtenaient des taux significativement plus élevés que les interventions témoin<sup>(3)</sup>.

## **ANALYSE :**

À la lumière des documents soumis pour analyse par la DSP de la Côte-Nord et des données de la littérature, voici les principaux constats qui se dégagent :

- le PACT du CHRBC est un programme intégré d'aide à la cessation tabagique qui préconise une approche individualisée et adaptée à l'étape de cheminement où se trouve l'utilisateur;
- c'est un programme qui permet le dépistage systématique du statut tabagique des patients hospitalisés au CHRBC et qui permet d'offrir un service individualisé d'aide à la cessation tabagique à un moment où le fumeur a de bonnes chances d'être réceptif;
- l'intervention clinique est tout à fait en accord avec les données de la littérature, dure de 15 à 30 minutes et peut être répétée à quelques reprises durant l'hospitalisation, ce qui risque d'augmenter de façon importante les taux de cessation;
- la substitution nicotinique est encouragée, ce qui est également conforme aux recommandations actuelles;
- enfin, un suivi en post-hospitalisation est offert aux fumeurs hospitalisés qui auront consenti à la transmission de données (trois rencontres possibles au CLSC et cinq relances téléphoniques sur une période d'un an).

Ce programme nous apparaît comme une très belle intégration de services d'aide à la cessation tabagique qui répond aux critères d'efficacité de la littérature scientifique. Le point de départ est l'hospitalisation et le fumeur qui naviguera à travers les différents établissements du réseau de santé (CLSC, cabinets privés...) pourra trouver soutien et conseils appropriés pour l'aider à vaincre sa dépendance au tabac. Il sera intéressant de connaître jusqu'à quel point ce programme a été implanté, dans quelles mesures il a rejoint la clientèle cible et quel en sera l'impact.

## **RÉFÉRENCES :**

1. The smoking cessation clinical practice guideline panel and staff. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline. JAMA 1996;275(16) :1270-80.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
3. Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, February 28, 2001.



---

## « À VOS MARQUES, PRÊTS, ARRÊTEZ ! »

---

### PROVENANCE :

Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

### DOCUMENTS DISPONIBLES POUR ANALYSE :

- « À vos marques, prêts, arrêtez ! » Groupe d'aide à cesser de fumer. Guide de l'animateur. Module promotion-prévention. Direction de la santé publique de la Montérégie et CLSC des Maskoutains. Décembre 1999. 130 pages avec trois annexes.

### DESCRIPTION :

Le programme « À vos marques, prêts, arrêtez ! » est un programme d'abandon du tabac qui se présente sous la forme de huit rencontres de groupe de deux heures réparties sur une période de sept semaines. Les trois premières rencontres en sont de préparation à l'arrêt du tabac qui se fait le dimanche de la troisième semaine. Les cinq rencontres suivantes visent à offrir un soutien aux ex-fumeurs dans leur lutte pour demeurer abstinents. Dans ce programme, « une grande place est laissée au participant afin qu'il exprime ses émotions et ses besoins ». Notons que les deux rencontres qui suivent la date d'arrêt du tabac, ont lieu durant la même semaine, moment où en général les symptômes de sevrage sont plus importants.

Le document précise que le programme « À vos marques, prêts, arrêtez ! » est basé sur « le modèle offert par le docteur Jean Blouin depuis 1981 dans trois CLSC. Le taux d'abandon du tabac des personnes qui ont suivi ces cliniques a été de 37% à six mois et de 23% à un an; 33% des personnes qui ont cessé de fumer ont un proche qui a suivi leur exemple ».

Notons que du matériel écrit est remis au participant à chaque rencontre.

### DONNÉES DE LA LITTÉRATURE :

Les lignes directrices de pratique clinique sur le traitement de la dépendance au tabac<sup>(1)</sup>, mises à jour à l'été 2000<sup>(2)</sup>, nous informent sur l'efficacité de différentes interventions en matière de cessation tabagique. Cette analyse de près de 700 articles publiés en anglais entre 1975 et 1999 dans des revues révisées par des pairs, rapportant les résultats d'essais randomisés d'interventions après un suivi minimal de cinq mois après la date d'arrêt, indique entre autres que :

- le counselling de groupe est efficace et c'est un format qui devrait être utilisé en cessation tabagique tout comme le counselling individuel et le counselling téléphonique proactif;

- une méta-analyse de 54 études a démontré que l'utilisation de deux approches différentes d'interventions en cessation tabagique obtenait des taux de cessation après au moins cinq mois de 18,5% versus 10,8% pour aucune approche; les différentes approches incluaient le matériel autodidacte, le counselling téléphonique proactif, le counselling individuel ou de groupe;
- trois types de counselling augmentent les taux de cessation soit : a) un counselling qui permet au fumeur d'identifier les situations associées au tabagisme ou au risque de rechutes; b) un counselling qui permet au fumeur de développer des stratégies pour résister aux envies de fumer; c) un counselling qui informe le fumeur sur la dépendance à la nicotine, les symptômes de sevrage et sur le fait que fumer une seule cigarette augmente les risques de rechute;
- tous les fumeurs qui tentent de cesser de fumer devraient être encouragés à utiliser les médicaments reconnus efficaces en cessation tabagique sauf en présence de certaines conditions.

Une analyse coût-efficacité des recommandations des lignes directrices américaines de 1996 a toutefois indiqué que les interventions intensives de groupe rejoignent un faible pourcentage de la population fumeuse, soit environ 2,5%<sup>(3)</sup>. De plus, une récente analyse des programmes de groupe pour l'abandon du tabac par les collaborateurs aux revues « Cochrane », indique que bien que ce type d'approche soit plus efficace que le matériel autodidacte, il n'y a pas suffisamment de preuves pour conclure que c'est une approche plus efficace que l'approche de counselling individuel intensif<sup>(4)</sup>.

#### **ANALYSE :**

À la lumière du document soumis pour analyse par la DSP de la Montérégie et des données de la littérature, voici les principaux constats qui se dégagent :

- le contenu du programme « À vos marques, prêts, arrêtez ! » est tout à fait conforme avec les recommandations américaines en cessation tabagique à savoir :
  - ▷ aider le fumeur à identifier les situations associées au tabagisme ou à risque de rechutes;
  - ▷ aider le fumeur à développer des stratégies pour résister aux envies de fumer;
  - ▷ informer le fumeur sur la dépendance à la nicotine, les symptômes de sevrage et sur le fait que fumer une seule cigarette augmente les risques de rechute.
- de plus, du matériel éducatif est remis aux participants ce qui augmenterait les taux de cessation d'une seule approche.

Ce programme de groupe rencontre les critères d'efficacité d'interventions de cessation tabagique retrouvés dans la littérature scientifique. De plus, il se base sur l'expérience de plus de 20 ans d'un médecin de la région qui a offert ce programme et qui a fait les ajustements nécessaires au cours des ans.



**RÉFÉRENCES :**

1. The smoking cessation clinical practice guideline panel and staff. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline. JAMA 1996;275(16):1270-80.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
3. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC and al. Cost effectiveness of the clinical practice recommendations in the A.H.C.P.R. Guidelines for Smoking Cessation. JAMA, 1997;278(21).
4. Stead LF, Lancaster T. Group Behaviour Therapy Programmes for Smoking Cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, August 8, 2000.



---

## MÉTHODE « OXYGÈNE »

---

### PROVENANCE :

Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval.

### DOCUMENTS DISPONIBLES POUR ANALYSE :

- Méthode « Oxygène ». Andrée Delorme et François Godin. Version de groupe. 1999.
- Méthode « Oxygène ». Andrée Delorme et François Godin. Version individualisée. 1999.

### DESCRIPTION :

La méthode « Oxygène » version de groupe, est un programme d'abandon du tabac qui se présente sous la forme de six rencontres de groupe de deux heures, réparties sur une période de sept semaines. Les deux premières rencontres en sont de préparation à l'abandon du tabac qui se fait lors de la troisième rencontre. Les sessions suivantes visent à offrir un soutien aux ex-fumeurs dans leur lutte pour demeurer abstinents. Un journal de bord est remis au participant à l'intérieur duquel sont inscrits divers conseils. Il est suggéré au participant de remplir les exercices proposés dans le journal de bord.

La méthode « Oxygène » version individualisée propose quatre rencontres dont : la première, d'une durée de 60 minutes, vise à évaluer les habitudes tabagiques et à inciter la mise en place d'un plan d'action; la deuxième rencontre d'une durée de 20 à 30 minutes, la veille de la date ciblée de l'arrêt tabagique, vise à valider la mise en place du plan d'action; la troisième session d'une durée de 30 minutes, une semaine après la date d'arrêt, a pour objectif de renforcer le plan d'action et d'offrir du soutien à l'ex-fumeur durant une période critique pour les rechutes; et enfin, la quatrième rencontre qui peut être une relance téléphonique, un mois après la date d'arrêt, vise à offrir du soutien à l'ex-fumeur ou à renégocier une date d'arrêt s'il y a eu rechute.

### DONNÉES DE LA LITTÉRATURE :

Les lignes directrices de pratique clinique sur le traitement de la dépendance au tabac<sup>(1)</sup>, mises à jour à l'été 2000<sup>(2)</sup>, nous informent sur l'efficacité de différentes interventions en matière de cessation tabagique. Cette analyse de près de 700 articles publiés en anglais entre 1975 et 1999 dans des revues révisées par des pairs, rapportant les résultats d'essais randomisés d'interventions après un suivi minimal de cinq mois après la date d'arrêt, indique entre autres que :

- les cliniciens devraient intégrer l'identification et le traitement du tabagisme dans toutes leurs visites;
- il existe une relation très forte entre l'intensité et l'efficacité du counselling, les interventions de plus de dix minutes augmentant de façon marquée les taux de cessation;

- les interventions cliniques permettant aux patients fumeurs de résoudre les difficultés reliées à l'abandon du tabac, augmentent les taux de cessation;
- les interventions cliniques qui incluent un soutien de la part du clinicien augmentent les taux de cessation;
- le traitement offert par différents types de cliniciens est plus efficace que l'aide apportée par un seul type de cliniciens;
- le counselling de groupe est efficace et c'est un format qui devrait être utilisé en cessation tabagique tout comme le counselling individuel et le counselling téléphonique proactif;
- une méta analyse de 54 études a démontré que l'utilisation de deux approches différentes d'interventions en cessation tabagique obtenait des taux de cessation après au moins cinq mois de 18,5% versus 10,8% pour aucune approche; les différentes approches incluaient le matériel autodidacte, le counselling téléphonique proactif, le counselling individuel ou de groupe;
- trois types de counselling augmentent les taux de cessation soit : a) un counselling qui permet au fumeur d'identifier les situations associées au tabagisme ou au risque de rechutes; b) un counselling qui permet au fumeur de développer des stratégies pour résister aux envies de fumer; c) un counselling qui informe le fumeur sur la dépendance à la nicotine, les symptômes de sevrage et sur le fait que fumer une seule cigarette augmente les risques de rechute;
- tous les fumeurs qui tentent de cesser de fumer devraient être encouragés à utiliser les médicaments reconnus efficaces en cessation tabagique sauf en présence de certaines conditions.

Une analyse du coût efficacité des recommandations des lignes directrices américaines de 1996 a toutefois indiqué que les interventions intensives de groupe rejoignent un faible pourcentage de la population fumeuse, soit environ 2,5%<sup>(3)</sup>. De plus, une récente analyse des programmes de groupe pour l'abandon du tabac par les collaborateurs aux revues « Cochrane », indique que bien que ce type d'approche soit plus efficace que le matériel autodidacte, il n'y a pas suffisamment de preuves pour conclure que c'est une approche plus efficace que l'approche de counselling individuel intensif<sup>(4)</sup>.

#### **ANALYSE :**

À la lumière des documents soumis pour analyse par la DSP de Laval et des données de la littérature, voici les principaux constats qui se dégagent :

- le contenu de la méthode « Oxygène » version de groupe est tout à fait conforme avec les recommandations américaines en cessation tabagique à savoir :
  - ▷ aider le fumeur à identifier les situations associées au tabagisme ou à risque de rechutes;
  - ▷ aider le fumeur à développer des stratégies pour résister aux envies de fumer;
  - ▷ informer le fumeur sur la dépendance à la nicotine, les symptômes de sevrage et sur le fait que fumer une seule cigarette augmente les risques de rechute;

- de plus, du matériel éducatif est remis aux participants ce qui augmenterait les taux de cessation d'une seule approche;
- ce programme de groupe rencontre donc les critères d'efficacité d'interventions de cessation tabagique retrouvés dans la littérature scientifique;
- quant à la méthode « Oxygène » version individualisée, elle rencontre elle aussi les critères d'intervention clinique reconnus efficaces car elle :
  - ▷ offre une intervention intensive d'au moins 120 minutes;
  - ▷ permet au fumeur d'identifier les difficultés potentielles lors de l'arrêt tabagique et les stratégies pour les surmonter;
  - ▷ offre un soutien constant au fumeur.

#### RÉFÉRENCES :

1. The smoking cessation clinical practice guideline panel and staff. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline. JAMA 1996;275(16):1270-80.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
3. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC and al. Cost effectiveness of the clinical practice recommendations in the A.M.C.P.R. Guidelines for Smoking Cessation. JAMA, 1997;278(21).
4. Stead LF, Lancaster T. Group Behaviour Therapy Programmes for Smoking Cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, August 30, 2000.



---

## « BIEN RESPIRER POUR MIEUX VIVRE »

---

### PROVENANCE :

CLSC-CHSLD les Eskers, Amos.

### DOCUMENTS DISPONIBLES POUR ANALYSE :

- « Bien respirer pour mieux vivre ». Manuel de l'animateur. CLSC-CHSLD les Eskers. Révision décembre 1996. 124 pages.
- « Bien respirer pour mieux vivre ». Manuel du participant. CLSC-CHSLD les Eskers. Non daté. 113 pages.

### DESCRIPTION :

Le programme « Bien respirer pour mieux vivre » est un programme d'abandon du tabac qui se présente sous la forme de huit rencontres de groupe de deux heures, réparties sur une période de huit semaines. Il est basé sur le programme de l'Association pulmonaire américaine développé au milieu des années 1970, lequel programme a été traduit et adapté par l'Institut thoracique de Montréal. Les deux premières rencontres en sont de préparation à l'arrêt du tabac qui se fait lors de la troisième rencontre. Les cinq sessions suivantes visent à offrir un soutien aux ex-fumeurs dans leur lutte à demeurer abstinents. Notons que lors de la quatrième rencontre, qui survient deux jours après la date d'arrêt, on discute des symptômes de sevrage physiques et psychologiques, des bienfaits à cesser de fumer, des difficultés rencontrées ainsi que des stratégies possibles.

Les participants ont à leur disposition un manuel à l'intérieur duquel se trouvent beaucoup d'informations pertinentes ainsi que des exercices de réflexion à effectuer de façon individuelle.

### DONNÉES DE LA LITTÉRATURE :

Les lignes directrices de pratique clinique sur le traitement de la dépendance au tabac<sup>(1)</sup>, mises à jour à l'été 2000<sup>(2)</sup>, nous informent sur l'efficacité de différentes interventions en matière de cessation tabagique. Cette analyse de près de 700 articles publiés en anglais entre 1975 et 1999 dans des revues révisées par des pairs, rapportant les résultats d'essais randomisés d'interventions après un suivi minimal de cinq mois après la date d'arrêt, indique entre autres que :

- le counselling de groupe est efficace et c'est un format qui devrait être utilisé en cessation tabagique tout comme le counselling individuel et le counselling téléphonique proactif;

- une méta analyse de 54 études a démontré que l'utilisation de deux approches différentes d'interventions en cessation tabagique obtenait des taux de cessation après au moins cinq mois de 18,5% versus 10,8% pour aucune approche; les différentes approches incluaient le matériel autodidacte, le counselling téléphonique proactif, le counselling individuel ou de groupe;
- trois types de counselling augmentent les taux de cessation soit : a) un counselling qui permet au fumeur d'identifier les situations associées au tabagisme ou au risque de rechutes; b) un counselling qui permet au fumeur de développer des stratégies pour résister aux envies de fumer; c) un counselling qui informe le fumeur sur la dépendance à la nicotine, les symptômes de sevrage et sur le fait que fumer une seule cigarette augmente les risques de rechute;
- tous les fumeurs qui tentent de cesser de fumer devraient être encouragés à utiliser les médicaments reconnus efficaces en cessation tabagique sauf en présence de certaines conditions.

Une analyse du coût efficacité des recommandations des lignes directrices américaines de 1996 a toutefois indiqué que les interventions intensives de groupe rejoignent un faible pourcentage de la population fumeuse, soit environ 2,5%<sup>(3)</sup>. De plus, une récente analyse des programmes de groupe pour l'abandon du tabac par les collaborateurs aux revues « Cochrane », indique que bien que ce type d'approche soit plus efficace que le matériel autodidacte, il n'y a pas suffisamment de preuves pour conclure que c'est une approche plus efficace que l'approche de counselling individuel intensif<sup>(4)</sup>.

#### **ANALYSE :**

À la lumière des documents soumis pour analyse par le CLSC-CHSLD les Eskers, et des données de littérature, voici les principaux constats qui se dégagent :

- le contenu du programme « Bien respirer pour mieux vivre » est tout à fait conforme avec les recommandations américaines en cessation tabagique à savoir :
  - ▷ aider le fumeur à identifier les situations associées au tabagisme ou à risque de rechutes;
  - ▷ aider le fumeur à développer des stratégies pour résister aux envies de fumer;
  - ▷ informer le fumeur sur la dépendance à la nicotine, les symptômes de sevrage et sur le fait que fumer une seule cigarette augmente les risques de rechute.
- de plus, du matériel éducatif est remis aux participants ce qui augmenterait les taux de cessation d'une seule approche.

Ce programme de groupe rencontre donc les critères d'efficacité d'interventions de cessation tabagique retrouvés dans la littérature scientifique.



**RÉFÉRENCES :**

1. The smoking cessation clinical practice guideline panel and staff. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline. JAMA 1996;275(16):1270-80.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
3. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC and al. Cost effectiveness of the clinical practice recommendations in the A.M.C.P.R. Guidelines for Smoking Cessation. JAMA, 1997;278(21).
4. Stead LF, Lancaster T. Group Behaviour Therapy Programmes for Smoking Cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, August 30, 2000.



---

## « SANTÉ SANS FUMÉE »

---

### PROVENANCE :

Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Outaouais.

### DOCUMENTS DISPONIBLES POUR ANALYSE :

- « Santé sans fumée ». Programme de désaccoutumance au tabac. Programme de groupe. Manuel de l'animateur. The Homewood Behavioural Health Corporation. 1998. 63 pages avec des corrections au manuel de l'animateur.
- « Santé sans fumée ». Programme de désaccoutumance au tabac. Programme de groupe. Manuel du participant. The Homewood Behavioural Health Corporation. 1998. 121 pages avec des corrections au manuel du participant.
- Programme « Santé sans fumée ». Document d'appoint. Christine Olivier. Août 2000.
- « Santé sans fumée ». Programme de désaccoutumance au tabac. Manuel du consultant. Session par téléphone/individuel. The Homewood Behavioural Health Corporation. 1998. 64 pages.

### DESCRIPTION :

Le programme « Santé sans fumée » version de groupe est un programme d'abandon du tabac qui se présente sous la forme de six rencontres de groupe. Les trois premières rencontres en sont de préparation à l'abandon du tabac qui se fait avant la quatrième rencontre. Les sessions suivantes visent à offrir un soutien aux ex-fumeurs dans leur lutte pour demeurer abstinents. Un manuel est remis au participant à l'intérieur duquel sont proposés plusieurs exercices de réflexions.

Le document d'appoint de Christine Olivier permet "de répondre à certains éléments peu ou pas abordés ou encore non adaptés à la clientèle dans le cadre du programme « Santé sans fumée ». Les thèmes ont été choisis à partir du besoins émis par les professionnels en cessation tabagique". On y retrouve beaucoup de matériel en provenance des ateliers « Oui, j'arrête » développés par le Département de santé communautaire de l'Hôpital Général de Montréal en 1992.

Enfin, le manuel du consultant décrit la démarche qu'un consultant devrait avoir lors de sessions individuelles du programme « Santé sans fumée » (face-à-face ou par téléphone). Il est proposé d'offrir sept sessions dont une entrevue initiale suivie de quatre sessions de counselling s'échelonnant sur une période de six semaines et de deux suivis à trois et six mois après la conclusion du programme. La date de cessation se trouve entre la deuxième et la troisième session.

## **DONNÉES DE LA LITTÉRATURE :**

Les lignes directrices de pratique clinique sur le traitement de la dépendance au tabac<sup>(1)</sup>, mises à jour à l'été 2000<sup>(2)</sup>, nous informent sur l'efficacité de différentes interventions en matière de cessation tabagique. Cette analyse de près de 700 articles publiés en anglais entre 1975 et 1999 dans des revues révisées par des pairs, rapportant les résultats d'essais randomisés d'interventions après un suivi minimal de cinq mois après la date d'arrêt, indique entre autres que :

- les cliniciens devraient intégrer l'identification et le traitement du tabagisme dans toutes leurs visites;
- il existe une relation très forte entre l'intensité et l'efficacité du counselling, les interventions de plus de dix minutes augmentant de façon marquée les taux de cessation;
- les interventions cliniques permettant aux patients fumeurs de résoudre les difficultés reliées à l'abandon du tabac, augmentent les taux de cessation;
- les interventions cliniques qui incluent un soutien de la part du clinicien augmentent les taux de cessation;
- le traitement offert par différents types de cliniciens est plus efficace que l'aide apportée par un seul type de cliniciens;
- le counselling de groupe est efficace et c'est un format qui devrait être utilisé en cessation tabagique tout comme le counselling individuel et le counselling téléphonique proactif;
- une méta analyse de 54 études a démontré que l'utilisation de deux approches différentes d'interventions en cessation tabagique obtenait des taux de cessation après au moins cinq mois de 18,5% versus 10,8% pour aucune approche; les différentes approches incluaient le matériel autodidacte, le counselling téléphonique proactif, le counselling individuel ou de groupe;
- trois types de counselling augmentent les taux de cessation soit : a) un counselling qui permet au fumeur d'identifier les situations associées au tabagisme ou au risque de rechutes; b) un counselling qui permet au fumeur de développer des stratégies pour résister aux envies de fumer; c) un counselling qui informe le fumeur sur la dépendance à la nicotine, les symptômes de sevrage et sur le fait que fumer une seule cigarette augmente les risques de rechute;
- tous les fumeurs qui tentent de cesser de fumer devraient être encouragés à utiliser les médicaments reconnus efficaces en cessation tabagique sauf en présence de certaines conditions.

Une analyse du coût efficacité des recommandations des lignes directrices américaines de 1996 a toutefois indiqué que les interventions intensives de groupe rejoignent un faible pourcentage de la population fumeuse, soit environ 2,5%<sup>(3)</sup>. De plus, une récente analyse des programmes de groupe pour l'abandon du tabac par les collaborateurs aux revues « Cochrane », indique que bien que ce type d'approche soit plus efficace que le matériel autodidacte, il n'y a pas suffisamment de preuves pour conclure que c'est une approche plus efficace que l'approche de counselling individuel intensif<sup>(4)</sup>.

## **ANALYSE :**

À la lumière des documents soumis pour analyse par la DSP de l'Outaouais et des données de la littérature, voici les principaux constats qui se dégagent :

- le contenu du programme « Santé sans fumée » version de groupe est tout à fait conforme avec les recommandations américaines en cessation tabagique à savoir :
  - ▷ aider le fumeur à identifier les situations associées au tabagisme ou à risque de rechutes;
  - ▷ aider le fumeur à développer des stratégies pour résister aux envies de fumer;
  - ▷ informer le fumeur sur la dépendance à la nicotine, les symptômes de sevrage et sur le fait que fumer une seule cigarette augmente les risques de rechute;
- de plus, du matériel éducatif est remis aux participants ce qui augmenterait les taux de cessation d'une seule approche;
- ce programme de groupe rencontre donc les critères d'efficacité d'interventions de cessation tabagique retrouvés dans la littérature scientifique;
- quant au programme individuel, il rencontre lui aussi les critères d'intervention clinique reconnus efficaces car :
  - ▷ six sessions de counselling sont proposées;
  - ▷ le programme permet au fumeur d'identifier les difficultés potentielles lors de l'arrêt tabagique et les stratégies pour les surmonter;
  - ▷ et offre un soutien constant au fumeur.

## **RÉFÉRENCES :**

1. The smoking cessation clinical practice guideline panel and staff. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline. JAMA 1996;275(16) :1270-80.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
3. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC and al. Cost effectiveness of the clinical practice recommendations in the A.M.C.P.R. Guidelines for Smoking Cessation. JAMA, 1997;278(21).
4. Stead LF, Lancaster T. Group Behaviour Therapy Programmes for Smoking Cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library, August 30, 2000.



---

## INTERVENTION DE CESSATION DISPONIBLES DANS LA RÉGION DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

---

### PROVENANCE :

Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay- Lac-Saint-Jean.

### DOCUMENTS DISPONIBLES POUR ANALYSE :

- « Nicot, un programme d'intervention multidisciplinaire pour la cessation du tabac en milieu de travail ». Benoît Girard, Groupe de recherche et d'aide psychosociale (GRAP). 20 septembre 1999. 11 pages.
- J'éteins pour la vie. Olympe. Trois pages.
- Stratégies d'intervention en arrêt tabagique. Michel Vézina. Non daté. 31 pages.

### DESCRIPTION :

Le programme Nicot est un programme d'aide à l'abandon du tabac « implanté dans la plupart des usines d'Alcan depuis 1996, ainsi qu'à l'usine d'Abitibi Consolidated de Kénogami et quelques autres petites entreprises. Le taux de réussite à quatre ans s'élève à 53% chez les employés du Complexe Jonquière et le programme a atteint une participation de 74,5% des fumeurs ».

Le programme est constitué de deux composantes. La première est une composante individuelle comprenant une supervision médicale, un soutien téléphonique 24 heures / 7 jours, l'évaluation du profil du sujet, un counselling individuel comprenant huit rencontres sur une période de trois mois, ainsi que deux conférences de groupe. La deuxième composante est corporative et inclut une formation sur le parrainage et l'aide à la résolution de conflits avec les fumeurs, des conférences pour les employés et leur famille ainsi que des stands d'information et des mini-conférences. Le coût de la composante individuelle est de 275 \$ par inscription et les services sont d'une durée d'un an. Les données du programme Nicot sont recueillies et permettent de connaître les taux de participation ainsi que les taux de réussite à un an.

Le document de trois pages « J'éteins pour la vie » fait la promotion d'un programme d'abandon du tabac comprenant trois rencontres de groupe de deux heures chacune, deux suivis téléphoniques de soutien et d'encouragement ainsi que du matériel didactique de soutien. Le coût du programme est de 175 \$ par personne.

Le troisième document, celui de Michel Vézina est en fait une série de près de 300 diapositives portant sur l'histoire du tabac, les effets du tabac sur la santé, les stratégies de l'industrie du tabac et sur l'arrêt tabagique.

**ANALYSE :**

Il est impossible de porter un jugement précis sur les documents reçus car ils sont incomplets. En effet aucun des deux premiers documents soumis pour analyse ne présente le contenu de l'intervention. Toutefois, dans le document qui présente le cadre d'intervention du programme Nicot, les sources mentionnées sont des sources sérieuses soit les lignes directrices de « l'Agency for Health Care Policy and Research »<sup>(1)</sup> et celles de l'association psychiatrique américaine. Quant aux diapositives de Michel Vézina, le contexte de l'intervention et les objectifs poursuivis ne sont pas précisés.

**RÉFÉRENCE :**

1. The smoking cessation clinical practice guideline panel and staff. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline. JAMA 1996;275(16):1270-80.



---

## « STOP-TABAC »

---

### PROVENANCE :

Centre Stop-Tabac.

### DOCUMENTS DISPONIBLES POUR ANALYSE :

- Historique et description des centres d'arrêt Stop-Tabac. Volume 1, Juin 2000.
- Articles et documents de recherche sur l'auriculothérapie. Volume 2, Non daté.

### DESCRIPTION :

La technique anti-tabac des centres d'arrêt Stop-Tabac inc. « s'inspire de celles élaborées en auriculothérapie et en acupuncture ». Elle utilise toutefois des appareils au laser plutôt que des aiguilles. « Le laser utilisé est... un laser doux... dont les rayons lumineux faiblement parallélisés pénètrent à faible profondeur dans les tissus, sans léser, couper ni chauffer, mais en réénergisant les cellules qu'ils parcourent ». Le centre affirme que « le taux de réussite atteint 85% avec un seul traitement et 95% avec traitements complémentaires servant à renforcer le premier ».

Le traitement s'effectue à l'intérieur d'une séance d'environ 45 minutes lors d'une entrevue avec une infirmière. Divers documents sont également remis au client sur la technique utilisée, le phénomène du sevrage, des trucs pour les aider à changer leurs habitudes ainsi que les avantages d'arrêter de fumer. Le prix du traitement individuel est de 305\$ plus les taxes et comprend des séances d'appoint d'une vingtaine de minutes. Notons que parmi les documents soumis pour analyse, une grande partie de l'information consiste en un plan d'affaires et une revue de presse.

### DONNÉES DE LA LITTÉRATURE :

Les lignes directrices de pratique clinique sur le traitement de la dépendance au tabac<sup>(1)</sup>, mises à jour à l'été 2000<sup>(2)</sup>, nous informent sur l'efficacité de différentes interventions en matière de cessation tabagique. Cette analyse de près de 700 articles publiés en anglais entre 1975 et 1999 dans des revues révisées par des pairs, rapportant les résultats d'essais randomisés d'interventions après un suivi minimal de cinq mois après la date d'arrêt, indique entre autres :

- qu'il n'existe pas d'évidence qui supporte l'acupuncture comme un traitement efficace du tabagisme. Une méta-analyse de cinq études ayant comparé des fumeurs soumis à l'acupuncture dite « active », c'est-à-dire selon des points reconnus d'acupuncture, à des fumeurs ayant reçu un traitement d'acupuncture qualifiée de « témoin », selon des points non reconnus d'acupuncture, n'a montré aucune différence d'efficacité entre les deux traitements<sup>(2)</sup>. Il n'est fait nullement mention de l'auriculothérapie dans les lignes directrices américaines.

### **ANALYSE :**

À la lumière des documents soumis pour analyse par le centre Stop-Tabac et des données de la littérature, voici les principaux constats qui se dégagent :

- les taux de réussite rapportés de 85% et de 95% sont discordants des données de la littérature qui indiquent qu'à date, les études scientifiques n'ont pas démontré d'efficacité de l'acupuncture en tant que telle;
- il est possible que l'intervention offerte par l'infirmière excluant l'utilisation de « laser doux » sur des points d'auriculothérapie, et que les documents écrits remis au fumeur qui se prépare à cesser de fumer, aident le fumeur dans sa démarche de cessation;
- il serait important que la population soit informée correctement des taux réels d'efficacité de cette méthode.

### **RÉFÉRENCES :**

1. The smoking cessation clinical practice guideline panel and staff. The agency for health care policy and research smoking cessation clinical practice guideline. JAMA 1996;275(16) :1270-80.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.

---

## « NICOSOFT »

---

### PROVENANCE :

Robert W. Talbot, président de Nicosoft.

### DOCUMENTS DISPONIBLES POUR ANALYSE :

- Sept pages décrivant la méthode, cinq pages faisant la promotion de la méthode et un dépliant promotionnel.
- Lettres d'appui au projet.

### DESCRIPTION :

La méthode « Nicosoft » est présentée dans un coffret qui comprend un livre, une audio-cassette, des pastilles de graines de tournesol, un inhalateur et une cassette audio de gestion de stress. Le livre et l'audio-cassette permettent sur une période de 17 jours de se préparer à cesser de fumer. Lors du sevrage, les pastilles et l'inhalateur aideraient à surmonter les fortes envies de fumer alors que la cassette de relaxation permettrait de mieux gérer le stress. Les taux de succès de cette méthode seraient de 80%.

### ANALYSE :

Il est malheureusement impossible de donner un avis éclairé sur les documents rendus disponibles pour analyse car ce sont principalement des documents promotionnels. Il est toutefois possible de douter des taux de succès rapportés de 80% car aucune étude n'appuie ces résultats et parce que les meilleures méthodes de cessation atteignent des taux de cessation au bout d'un an ne dépassant pas 30%<sup>(1)</sup>.

### RÉFÉRENCE :

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.