

Québec 

Institut national
de santé publique
du Québec

**INTERVENTIONS EN MATIÈRE
DE CESSATION TABAGIQUE :
DESCRIPTION, EFFICACITÉ,
IMPACT, COÛTS ESTIMÉS
POUR LE QUÉBEC**

**INTERVENTIONS EN MATIÈRE
DE CESSATION TABAGIQUE :
DESCRIPTION, EFFICACITÉ,
IMPACT, COÛTS ESTIMÉS
POUR LE QUÉBEC**

Institut national de santé publique du Québec

Novembre 2001

AUTEURS

Michèle Tremblay, médecin-conseil
André Gervais, médecin-conseil

Institut national de santé publique du Québec
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.

Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

CONCEPTION GRAPHIQUE
BELLEMARE COMMUNICATION VISUELLE

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : A 15,863

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2001
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-38539-X

©Institut national de santé publique du Québec

AVANT-PROPOS

Les effets du tabagisme sur la santé sont connus depuis plus de quarante ans et cette consommation des produits du tabac constitue sans contredit la plus grande cause évitable de problèmes de santé. Chaque année, environ 12 000 Québécois meurent de maladies liées à leurs habitudes tabagiques. Bien que les effets de l'usage du tabac sur la santé soient assez bien connus de la population québécoise, la prévalence du tabagisme au Québec, chez les personnes âgées de 15 ans et plus, s'élevait encore à 28 % en 2000, représentant environ 1,7 million de personnes.

Depuis 1994, le tabagisme est identifié au Québec comme une priorité d'intervention. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a d'ailleurs publié plusieurs documents d'orientation identifiant les interventions à mettre de l'avant pour prévenir le tabagisme, favoriser la cessation et protéger la santé des non-fumeurs : le *Plan d'action de lutte au tabagisme* (1994), les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (1997), le *Programme québécois de lutte contre le cancer* (1997). De plus, le travail des organismes engagés dans la lutte contre le tabagisme a conduit à l'adoption en 1998 de la *Loi sur le tabac*.

Le présent document a pour objectif de fournir une vue d'ensemble des interventions en matière de cessation tabagique ayant fait l'objet d'une évaluation afin d'en comparer leur efficacité relative et leurs coûts. L'accessibilité aux services de cessation du tabagisme étant appelée à croître au Québec, l'Institut espère que ce travail facilitera l'identification des interventions efficaces et leurs modalités d'implantation.



Réal Morin
Directeur scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte	1
Remerciements	3
Méthodologie.....	5
• Interventions analysées	5
• Sources d'information	6
• Structure du document	7
Interventions auprès des fumeurs	9
• Ligne téléphonique d'information et de référence	10
• Counselling téléphonique proactif	14
• Counselling individuel minimal ou de faible intensité	15
• Counselling individuel d'intensité élevée	22
• Approches pharmacologiques de sevrage de la nicotine	25
• Matériel autodidacte.....	28
• Counselling de groupe.....	28
• Approches de masse	30
Interventions environnementales.....	35
• Politiques fiscales	35
• Accessibilité à des lieux publics et à des milieux de travail où il est interdit de fumer	36
Clientèles particulières.....	37
• Jeunes.....	37
• Femmes enceintes.....	38
• Personnes affectées par des problèmes de santé.....	39
Estimations de l'impact et des coûts de différentes interventions en matière de cessation tabagique au Québec.....	41
Discussion.....	45
Références bibliographiques	59

MISE EN CONTEXTE

En mars 1999, onze professionnels du réseau de la santé membres de directions de santé publique, de la centrale Info-Santé CLSC, du Conseil québécois sur le tabac et la santé et du ministère de la Santé et des Services sociaux se rencontraient une première fois pour discuter d'interventions en cessation tabagique. Le fruit de ces échanges leur a permis de réaliser qu'ils partageaient la même vision de l'abandon du tabagisme à savoir :

« Les Québécois et les Québécoises devraient avoir accès à des services d'appui au renoncement du tabagisme dispensés dans le cadre d'une stratégie articulée, basée sur les preuves et solidement enracinée dans des politiques gouvernementales. »

Les quelques rencontres subséquentes permirent de mettre en commun l'information relative aux données de la littérature concernant l'efficacité d'une dizaine de mesures d'abandon du tabagisme.

Dans un contexte d'augmentation des budgets dédiés à la réduction du tabagisme, il nous est apparu important de faire une mise à jour des résultats de ces travaux jusqu'à maintenant jamais publiés ni diffusés.

Voici les noms des personnes ayant participé aux travaux préliminaires :

- Mario Bujold, Conseil québécois sur le tabac et la santé
- Pierre Corbeil, Direction de la santé publique de la Montérégie
- Donald Déry, Centre de formation et consultation, Stratégie antitabac de l'Ontario
- Mary Delafield, Hôpital Laval
- Louise Desjardins, Direction de la santé publique de Lanaudière
- Martine Gilbert, Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent
- Ghislaine Lemay, Direction de la santé publique de l'Outaouais
- Carole Naud, Centrale Info-Santé CLSC, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières
- Lise St-Cyr, Direction de la santé publique de Lanaudière
- Michèle Tremblay, Direction de la santé publique de Montréal-Centre
- Alain Vanasse, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke.

Nous tenons à remercier de façon particulière Donald Déry, alors à l'emploi du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour avoir permis ces échanges très fructueux.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les personnes qui ont lu une des différentes versions de ce document et qui, par leurs précieux commentaires, ont su apporter rigueur et clarification : Thomas Anctil et Hélène Beaulieu du ministère de la Santé et des Services sociaux, Claire Harvey du ministère de l'Éducation du Québec, Alain Rochon de la Direction de la santé publique de l'Estrie, Denis Roy de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, Ginette Turbide de l'Hôpital Laval et Fernand Turcotte de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Nous tenons à souligner la pertinence des commentaires apportés par Johanne Laguë et Réal Morin de l'Institut national de santé publique du Québec. Merci pour leur encouragement soutenu tout au long de la rédaction de ce rapport.

Finalement, nous désirons remercier Élisabeth Pérès pour la révision linguistique du document ainsi que Nathalie Théorêt pour le travail de secrétariat et de mise en pages, toutes deux de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

MÉTHODOLOGIE

INTERVENTIONS ANALYSÉES

Les interventions analysées qu'on retrouve dans le présent rapport sont de deux ordres : les interventions auprès des fumeurs et les interventions axées sur l'environnement.

Parmi les interventions destinées aux fumeurs, nous avons étudié :

- la ligne téléphonique d'information et de référence;
- le counselling téléphonique proactif;
- le counselling individuel minimal ou de faible intensité;
- le counselling individuel d'intensité élevée;
- les approches pharmacologiques de sevrage de la nicotine;
- le matériel autodidacte;
- le counselling de groupe;
- les approches de masse telles que les concours de type « Quit and Win » et les campagnes médiatiques.

À propos des interventions qui peuvent avoir un impact sur l'environnement au sein duquel évoluent les Québécois et les Québécoises, nous nous sommes penchés sur :

- les politiques fiscales;
- l'accessibilité à des lieux publics et des milieux de travail où il est interdit de fumer.

Par ailleurs, la réduction du taux de nicotine contenue dans les cigarettes pourrait être une intervention prometteuse. Précisons que la Loi sur le tabac du Canada¹ et celle du Québec prévoient exercer davantage de contrôle sur le produit. Puisqu'il s'agit d'un domaine nouveau et peu documenté, nous ne sommes pas en mesure, à l'heure actuelle, de faire des recommandations sur cette question.

SOURCES D'INFORMATION

Nous nous sommes fortement inspirés de deux documents. Le premier s'intitule *Treating Tobacco Use and Dependence* et a été publié en 2000 aux États-Unis par un consortium de sept organismes dont l'Agency for Health Care Research and Quality et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) pour n'en nommer que quelques-uns². Ce document est une mise à jour des premières lignes directrices cliniques américaines concernant l'abandon du tabac publiées en 1996. Un comité formé de trente experts reconnus dans le domaine a développé et supervisé tout le processus devant mener à la publication en 2000 de recommandations spécifiques à la cessation tabagique, basées sur la qualité des preuves (*evidence-based*).

À partir d'une banque de 6 000 articles, près de 700 articles publiés en anglais entre 1975 et 1999 dans des revues révisées par des pairs ont été sélectionnés pour analyses parce qu'ils répondaient à certains critères émis par le comité, soit de :

- rapporter des résultats d'essais randomisés d'interventions portant sur la cessation tabagique;
- fournir des résultats après un suivi minimal de cinq mois après la date d'arrêt.

Trois types de preuves soutiennent les recommandations inscrites dans les lignes directrices américaines, soit les preuves A, B et C (tableau 1).

Tableau 1 : Classification des preuves supportant les recommandations

A	Plusieurs essais cliniques randomisés directement reliés à l'intervention et révélant des résultats consistants
B	Certaines preuves provenant d'essais cliniques randomisés soutenant la recommandation, mais les preuves scientifiques ne sont pas optimales
C	Consensus d'experts en l'absence d'essais randomisés pertinents

Le second document qui nous a inspirés est un article publié en 1997 qui présente une analyse économique de type coûts-efficacité des recommandations contenues dans les lignes directrices américaines publiées en 1996³.

Enfin, nous avons complété notre analyse à l'aide des revues Cochrane publiées depuis 1999, d'un article publié en 2001 sur les services préventifs à offrir à la communauté⁴ et d'autres articles pertinents.

STRUCTURE DU DOCUMENT

Au cours des prochaines pages, vous trouverez de façon succincte une description de chaque intervention étudiée, son efficacité, l'impact estimé en termes de nombre d'ex-fumeurs et l'identification des ressources humaines, matérielles et financières requises pour sa mise en place au Québec.

I - Description

Dans cette section, nous avons tenté de décrire avec le plus de précision possible l'intervention étudiée. Lorsque le type de preuves A, B ou C était disponible, nous l'avons inscrit.

II - Efficacité et impact

Cette rubrique est celle qui a soulevé le plus grand défi. En effet, pour comparer l'efficacité et l'impact d'interventions de toute nature, nous devons avoir les paramètres les plus semblables possible. Or, la revue des différentes études nous a révélé diverses limites méthodologiques dont voici les principales :

- Les populations de fumeurs diffèrent en ce qui a trait à leur motivation à cesser de fumer, les plus motivés atteignant des taux d'abandon plus élevés. Le mode de recrutement sélectionne des populations différentes :
 - les fumeurs recrutés lors des visites chez le médecin sont très différents de ceux qui répondent à une campagne médiatique;
 - les fumeurs qui participent à des études sont sélectionnés selon différents critères d'admissibilité ce qui se répercute sur les taux d'abandon.
- Les taux d'abandon sont significativement différents entre six mois et douze mois. Bien que peu d'études se soient poursuivies pendant plus de douze mois, il est maintenant reconnu que les fumeurs continuent à faire des rechutes jusqu'à cinq ans après l'arrêt.
- Les taux d'abandon rapportés par les fumeurs sont différents des taux qui sont validés par des tests biochimiques (niveau de cotinine ou d'oxyde de carbone), un certain pourcentage de fumeurs mentionnant qu'ils sont non-fumeurs. Les résultats d'études qui n'utilisent pas de tests biochimiques doivent être interprétés avec prudence.
- Les études sur les approches pharmacologiques de sevrage de la nicotine comprennent très souvent un traitement de soutien (counselling, matériel éducatif) qui est généralement peu ou pas décrit, qui varie beaucoup d'une étude à l'autre, et qui influence les taux d'abandon.

Ainsi, pour faire face à ces différentes limites, nous avons été très attentifs aux populations décrites dans les études et nous avons ajusté les taux de cessation à douze mois lorsque les taux rapportés étaient à au moins cinq mois, en réduisant le pourcentage de cessation de 45 % comme l'a fait Cromwell dans son analyse coûts-efficacité des interventions de cessation³. Le détail des décisions qui ont été prises se retrouve au début de la section

« Estimations de l'impact et des coûts de différentes interventions en matière de cessation tabagique au Québec ».

Il est important de préciser que l'efficacité des taux estimés de cessation qui est rapportée tout au long de ce document est une efficacité directement liée aux interventions décrites. Par exemple, l'efficacité d'une ligne téléphonique utilisée par un fumeur pour obtenir de l'information pour cesser de fumer serait le taux de cessation obtenu par les utilisateurs de la ligne téléphonique moins le taux du groupe témoin.

III - Coûts

Finalement, nous avons tenté d'identifier quels seraient les coûts nécessaires pour la mise en place de l'intervention étudiée au Québec en tenant compte de la réalité de notre système de santé.

INTERVENTIONS AUPRÈS DES FUMEURS

Avant de présenter les différentes interventions auprès des fumeurs, il semble pertinent de décrire brièvement les étapes de changement de comportement auxquelles nous ferons parfois référence. Plusieurs recherches menées principalement par des psychologues établissent que les gens traversent une série d'étapes avant de réussir à modifier un comportement tel le comportement tabagique : la préréflexion, la réflexion, la préparation, l'action et le suivi⁵. Les fumeurs qui cessent de fumer rechutent fréquemment et ils peuvent retourner à chacune des étapes qui précèdent l'action. Il est souvent nécessaire de passer à travers ce cycle à plusieurs reprises. Le tableau 2 indique les caractéristiques du fumeur selon ces différentes étapes de changement.

Tableau 2 : Caractéristiques du fumeur selon l'étape de changement

Étape de changement	Caractéristiques du fumeur
Préréflexion	Ce fumeur ne perçoit pas son tabagisme comme un problème et il ne pense pas cesser de fumer au cours des six prochains mois
Réflexion	Ce fumeur est conscient que son tabagisme est un problème et il pense cesser de fumer au cours des six prochains mois
Préparation	Ce fumeur se prépare à cesser de fumer au cours du prochain mois et il a en général cessé de fumer pendant au moins 24 heures au cours des douze derniers mois
Action	Cet ex-fumeur de moins de six mois est aux prises avec les difficultés inhérentes à l'arrêt tabagique
Suivi	Cet ex-fumeur de plus de six mois poursuit ses efforts pour maintenir son statut d'ex-fumeur

La connaissance de ces étapes de changement peut être utile au professionnel de la santé qui désire aider un fumeur à cesser de fumer. Toutefois, depuis quelques années, certains experts remettent en question l'utilisation de ce modèle pour traiter les fumeurs, et considèrent que le degré de dépendance à la nicotine serait un meilleur déterminant de la cessation⁶. Les lignes directrices américaines indiquent d'ailleurs que davantage de recherches devraient être faites afin de déterminer si un traitement basé sur les étapes de changement augmenterait de façon significative les taux de cessation comparativement à une intervention d'intensité semblable visant elle, à augmenter la motivation des fumeurs à cesser de fumer².

LIGNE TÉLÉPHONIQUE D'INFORMATION ET DE RÉFÉRENCE

I - Description

Il s'agit d'une ligne téléphonique mise à la disposition des fumeurs qui ont l'intention de cesser de fumer ou qui ont cessé récemment. Cette ligne, qualifiée de réactive, vise un bassin important de fumeurs. Celle-ci permet à toute personne de pouvoir obtenir par téléphone de l'information au sujet des services d'aide à la cessation ou d'être écoutée et soutenue dans une démarche de cessation. Le service permet de cerner le besoin exprimé par l'appelant, de faire du counselling individuel de façon succincte et de référer le client vers les ressources appropriées. Une ligne téléphonique peut aussi offrir des messages enregistrés. Un service de counselling proactif, où l'intervenant rappelle le fumeur, est parfois ajouté au service réactif (voir counselling téléphonique proactif).

II - Efficacité et impact

Il existe peu d'études ayant évalué l'impact de ce type de ligne. En effet, une fois le service établi sur une large base communautaire, il est difficile de former un véritable groupe témoin.

Trois études ont comparé un groupe expérimental à un groupe témoin. Ossip-Klein *et al.*⁷ ont réalisé entre 1985 et 1987 une étude portant sur 1 813 fumeurs provenant du milieu rural et de villes de petite taille. Ils ont comparé des fumeurs ayant utilisé un manuel sur la cessation tabagique à des fumeurs possédant le même manuel et ayant accès à une ligne téléphonique. Cette ligne téléphonique offrait des messages préenregistrés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ainsi que la possibilité de parler à un intervenant de 9 heures à 21 heures. Le programme combiné a obtenu le plus haut taux de succès, avec un taux d'abandon de 12,1 % après 18 mois comparativement à 7,6 % pour le programme n'offrant que le manuel. Notons que ces taux de cessation ont été confirmés par des tests biochimiques. L'impact d'une telle ligne téléphonique a été plus prononcé chez les plus gros fumeurs et chez ceux qui avaient connu de plus longues périodes d'abstinence tabagique lors de tentatives antérieures.

Par contre, deux autres études n'ont démontré aucun effet imputable à l'ajout d'une ligne téléphonique. Chez des fumeurs exposés à un programme comprenant une composante télévisée ainsi que des lettres d'encouragement et l'accès à une ligne téléphonique durant dix mois, les taux de cessation ont été inférieurs au groupe témoin⁸. D'autre part, une ligne téléphonique offerte à des ex-fumeurs pour les aider à demeurer abstinents s'est avérée moins efficace que du matériel écrit⁹.

Une ligne téléphonique publicisée dans le cadre d'une campagne médiatique de trois mois contre le tabac en Angleterre a fait l'objet en 1998 d'une étude auprès des fumeurs ayant fait appel à la ligne durant la campagne. Plus de 40 % des appels annuels reçus l'avaient été durant ces trois mois; ce service a rejoint 500 000 fumeurs, soit 4,2 % de tous les fumeurs du pays, et 93 % appelaient pour eux-mêmes. Les taux d'abandon à un an, considérant les non-répondants au sondage comme étant encore fumeurs, et en supposant

que 20 % des répondants qui se disent non-fumeurs continuent à fumer, s'élevaient à 15,6 %¹⁰. Bien qu'il n'y avait pas de groupe témoin, les auteurs ont estimé que 7,3 % des fumeurs en Angleterre avaient cessé sans intervention durant cette période. Des résultats similaires d'abandon et d'utilisation proviennent de lignes téléphoniques d'information en Écosse et en Australie.

D'après les lignes directrices américaines, les différentes formes d'aide individuelle comme les lignes téléphoniques réactives augmenteraient légèrement les taux de cessation, soit de 1,5 %, mais de façon non consistante. L'implantation de ces lignes téléphoniques réactives n'a donc pas été recommandée par les experts qui suggèrent plutôt de poursuivre les recherches évaluatives sur ce type d'intervention². La revue Cochrane sur le sujet, réalisée en 2001, arrive à des conclusions similaires¹¹.

Examinons maintenant la fréquence d'utilisation de telles lignes téléphoniques. En Oregon, la mise en place d'une ligne téléphonique sur la cessation tabagique a généré plus de 9 000 appels, de quelque 3 000 personnes différentes, sur une période de un an, ce qui représente environ 1,2 % des fumeurs¹². La plupart des utilisateurs ont écouté les messages enregistrés et seulement 3,2 % ont demandé une assistance individuelle.

Aussi, dans deux régions de Californie, on a mis en place un service téléphonique interactif automatisé offrant une variété de messages adaptés à l'intérêt du fumeur ou aux étapes de changement. En douze mois d'implantation, 5 345 appelants sur une population de 1,7 million d'habitants, soit environ 1,2 % des fumeurs ont écouté 19 617 messages et 78 % ont utilisé la séquence complète des messages¹². Les options les plus fréquemment sélectionnées étaient les raisons pour cesser de fumer, comment cesser de fumer et les ressources locales.

Enfin, l'expérience de la ligne téléphonique de l'Institut national du cancer aux États-Unis, une ligne sans frais sur le traitement, le diagnostic et la prévention des cancers, a révélé qu'entre 1983 et 1990, le tabagisme avait été le troisième sujet le plus populaire avec 12,8 % de tous les appels. Les utilisateurs de cette ligne avaient plus tendance à être de race blanche, de sexe féminin et de scolarité élevée¹².

Impact estimé d'une telle intervention au Québec

À la lumière de ces différentes données, on pourrait s'attendre à une efficacité de 1,5 % après au moins cinq mois² à la suite de la mise en place d'une ligne téléphonique réactive. Si on applique ce taux de cessation à 4 % de la population fumeuse qui pourrait utiliser ce service comme ce fut le cas en Angleterre, l'implantation d'un tel service pourrait signifier 559 fumeurs de moins par année au Québec. Notons que cet estimé est basé sur le scénario le plus favorable.

III - Coûts

La ligne Info-Santé CLSC

Ressources humaines

Au Québec, l'accès téléphonique de première ligne du réseau de la santé est le service Info-Santé CLSC, et ce, pour tous types de problématiques de santé ou sociales. Ce service est offert dans les CLSC, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les infirmières qui répondent aux appels évaluent la situation de santé présentée par le client, et lui procurent de l'information appropriée; elles indiquent au client, le cas échéant, la référence pour obtenir un service plus élaboré. L'intervention téléphonique est basée sur le jugement clinique de l'infirmière et sur des protocoles infirmiers scientifiques.

En 1997-1998, 2,4 millions d'appels ont été traités au Québec. En moyenne, la durée d'un appel est de dix minutes. Selon l'Enquête sociale et de santé du Québec menée en 1998, 73 % de la population connaît le service Info-Santé CLSC, 37 % a déjà obtenu un conseil ou une information en appelant ce service, et 17 % a appelé une ou deux fois au cours des douze mois précédant l'enquête¹³. À l'heure actuelle, peu de fumeurs font appel à la ligne Info-Santé CLSC pour obtenir de l'information sur la cessation tabagique et les ressources disponibles. Une promotion de ce service augmenterait sûrement l'achalandage comme l'ont démontré plusieurs études.

En supposant que 4 % des fumeurs utiliseraient une ligne téléphonique d'information et de référence sur le tabac dont la promotion se ferait de façon continue, on pourrait s'attendre à 67 767 appels par année sur le tabagisme au Québec, soit une hausse de l'achalandage de 2,8 %.

Notons qu'un programme de formation spécifique devrait être mis en place et s'adresser à chacune des infirmières qui répond à la ligne Info-Santé CLSC.

Ressources matérielles

Les protocoles infirmiers pour l'intervention téléphonique devraient être mis à jour. On devrait y retrouver des données récentes concernant les effets du tabagisme, les méthodes de cessation, l'intervention préconisée ainsi que les ressources disponibles.

Certaines modifications au cadre normatif devraient aussi être apportées. Le cadre normatif des CLSC est géré au niveau provincial et permet d'obtenir des données statistiques concernant les raisons d'appels, les interventions faites et les suivis prévus à ces appels. Ce cadre normatif contient des appellations plutôt larges et des codifications spécifiques devraient y être incluses pour faire un suivi des appels au sujet du tabagisme. Des rapports spécifiques préformatés devraient être créés afin de pouvoir produire rapidement des rapports de résultats de la façon la plus conforme possible dans les 160 sites d'Info-Santé CLSC.

Ressources financières

Le tableau 3 présente une évaluation des coûts encourus pour mettre en place un service d'information et de référence sur la cessation tabagique qui serait associé à la ligne existante d'Info-Santé CLSC. De façon résumée, le coût par appelant serait de 6,09 \$ la première année et de 4,80 \$ les années subséquentes. L'estimé de ces coûts est basé sur l'hypothèse qu'une hausse du nombre d'appels de 2,8 % se traduirait nécessairement par une augmentation des ressources infirmières du même ordre de grandeur. C'est donc le scénario le plus coûteux.

Tableau 3 : Estimé des coûts pour l'ajout d'un service d'information sur le tabagisme associé à la ligne Info-Santé CLSC

Ressources	Coûts non récurrents	Coûts récurrents
Ressources humaines		
Ajout d'infirmières pour répondre à une hausse d'achalandage de 2,8 %		315 000 \$
Préparation d'un programme de formation (module informatisé)	8 000 \$	
Formation de 1 000 infirmières	30 000 \$	
Ressources matérielles		
Mise à jour des protocoles infirmiers	5 000 \$	
Mise à jour du répertoire des ressources (1 jour x 16 régions)		5 000 \$
Informatisation des mises à jour des protocoles (250 \$ x 160 sites)	40 000 \$	
Modifications au cadre normatif	5 000 \$	
Rapports spécifiques		5 000 \$
Total	88 000 \$	325 000 \$
Grand total an 1		413 000 \$
Année 2 et années subséquentes		325 000 \$

Une ligne sans frais

Au Québec, l'Association pulmonaire du Québec parraine la ligne « 1 888 Poumon-9 ». La ligne, subventionnée en 1998-1999 par la compagnie pharmaceutique Glaxo Wellcome inc., est en fonction depuis août 1998. Elle est en service du lundi au vendredi, de 13 heures à 20 heures, et sept infirmières assurent le service de counselling. L'entrevue téléphonique

est d'une durée de 20 à 30 minutes et comprend une relance proactive à trois, six, neuf mois ou au besoin.

Cette ligne téléphonique a vu le jour par le biais d'un projet pilote qui a duré trois semaines, en janvier et février 1998. Près d'un millier de personnes s'étaient alors prévaluées de ce service. Depuis 1998, près de 10 000 fumeurs et ex-fumeurs en quête d'informations et de moyens pour cesser de fumer ont fait appel à la ligne Poumon-9 qui reçoit environ 3 000 appels par an. Notons que cette ligne renseigne également de nombreux intervenants en matière de tabagisme. Les coûts de cette ligne sont de 100 000 \$ annuellement, pour un coût par appelant de 33 \$.

La ligne « Drogues, aide et référence »

La ligne « Drogues, aide et référence » est une ligne téléphonique qui répond à des demandes d'information sur les différentes toxicomanies et sur le jeu. En 2000-2001, on a répondu à 205 demandes d'information sur le tabagisme. La ligne est en service, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. En 2000-2001, 31 447 appels ont été reçus au coût de 10,62 \$ par appelant et le ministère de la Santé et des Services sociaux a défrayé 334 000 \$ en frais de téléphone et de ressources humaines. L'équipe de la ligne compte cinq permanents, trois sur appel et dix à vingt bénévoles. Des commanditaires assurent les coûts de promotion.

COUNSELLING TÉLÉPHONIQUE PROACTIF

I - Description

Il s'agit d'une intervention où l'intervenant appelle les fumeurs afin de :

- prévenir les rechutes suite à une intervention clinique d'abandon du tabac;
- renforcer le counselling avec ou sans thérapie de remplacement de la nicotine;
- fournir une aide ou une assistance rapide afin de soutenir temporairement le fumeur qui cesse de fumer suite à un programme initié à l'hôpital¹².

II - Efficacité et impact

Les lignes directrices américaines recommandent le counselling proactif comme une mesure efficace (preuve de classe A). La revue des données de 26 études démontre des taux d'abstinence après un minimum de cinq mois de 13,1 %, soit 2,3 % de plus que les taux du groupe témoin².

Une revue Cochrane, réalisée en 2001, a analysé vingt études expérimentales ou quasi expérimentales sur le counselling téléphonique proactif. Ces études très hétérogènes n'ont pas permis de démontrer que le counselling proactif était systématiquement supérieur à une intervention minimale. Le counselling proactif ne procure pas de taux d'abandon supérieurs à une intervention face à face et ne s'est pas avéré utile lors d'utilisation de thérapie de remplacement à la nicotine. Les auteurs concluent que le counselling proactif en tant que principale intervention aide les fumeurs à cesser de fumer en comparaison à une

intervention sans contact personnel. On ne peut cependant confirmer ou infirmer son utilité en présence de counselling en face à face ou avec pharmacothérapie¹¹.

En 2001 toujours, une autre revue Cochrane a analysé quinze études d'interventions chez les patients hospitalisés. Un soutien téléphonique, d'une semaine à six mois après le congé de l'hôpital, faisait partie de douze de ces études. Cette revue démontre que les interventions intensives, comprenant au moins un mois de suivi, augmentent l'abandon du tabac, que la pharmacothérapie ait été ou non utilisée. Bien qu'il ne soit pas possible de déterminer si différents diagnostics influencent la réponse à l'intervention, les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire semblent tout de même obtenir des taux d'abandon supérieurs à ceux affectés d'une maladie respiratoire¹⁴.

Impact estimé d'une telle intervention au Québec

En 1998, au Québec, 613 707 personnes ont été hospitalisées à au moins une reprise. En appliquant la prévalence du tabagisme de 28 % à ce nombre, on obtient ainsi 171 838 fumeurs hospitalisés. Une intervention terrain réalisée au Québec auprès de fumeurs hospitalisés a démontré que 40 % des fumeurs identifiés acceptaient de l'aide¹⁵. Ainsi, un service comprenant une rencontre et des contacts téléphoniques offerts de façon systématique aux fumeurs hospitalisés avec un taux estimé de cessation de 2,3 %, après au moins cinq mois, pourrait générer, chaque année au Québec, 870 ex-fumeurs.

III - Coûts

Les coûts associés à la mise en place d'un service de counselling téléphonique proactif sont le salaire des intervenants incluant leur formation et les frais de téléphone. Plus d'un essai pour rejoindre une personne peut s'avérer nécessaire. À titre indicatif, Krumholz *et al.* ont estimé qu'il en coûtait 100 \$ par patient cardiaque, pour une intervention comprenant trois heures de counselling par une infirmière à un tarif horaire de 30 \$ plus 10 \$ de matériel éducatif¹⁶. L'intervention consistait en une rencontre à l'hôpital suivie de six appels téléphoniques. La mise en place d'un service similaire au Québec pourrait coûter un peu plus de 2,4 M \$ si on considère un coût par fumeur de 35 \$ en ressources humaines (60 minutes d'intervention par une infirmière) pour quelque 68 735 fumeurs hospitalisés une fois au cours d'une année et qui accepteraient de recevoir des appels téléphoniques.

COUNSELLING INDIVIDUEL MINIMAL OU DE FAIBLE INTENSITÉ

L'identification systématique du statut tabagique et le counselling en matière de tabagisme par les cliniciens de première ligne représentent une voie d'action importante. Cette mesure est présentée de façon fort détaillée dans le document des lignes directrices américaines². Parmi les principales conclusions, il est important de retenir que :

- la dépendance au tabac est une condition chronique qui requiert une intervention répétée;
- les courtes interventions de cessation sont efficaces;

- les cliniciens de différentes disciplines : médecins, dentistes, pharmaciens, infirmières, psychologues, etc., peuvent offrir de façon efficace des traitements de cessation;
- les cliniciens devraient être rémunérés quand ils offrent une intervention clinique en cessation tabagique tout comme ils le sont pour d'autres affections chroniques.

Cinq recommandations sont faites aux cliniciens de première ligne :

- identifier le statut tabagique de tous les patients ou clients et déterminer l'intention des fumeurs de faire une tentative d'abandon;
- conseiller à tous les fumeurs de cesser de fumer;
- offrir une intervention qui vise à motiver les fumeurs qui ne sont pas intéressés à cesser de fumer;
- aider les fumeurs intéressés à cesser de fumer, en les informant adéquatement, en discutant des situations à risque de fumer et des stratégies permettant d'y faire face, en leur offrant un soutien durant la consultation, en leur suggérant de rechercher du soutien en dehors de la consultation et en leur proposant une pharmacothérapie permettant de faciliter le sevrage;
- offrir un suivi aux fumeurs qui cessent de fumer.

I - Description de l'intervention²

Examinons ce que signifient l'identification systématique du statut tabagique et le counselling minimal ou de faible intensité.

Identifier le statut tabagique

Les cliniciens devraient demander à tous leurs patients ou clients s'ils fument, et devraient identifier leur statut tabagique régulièrement (preuve de classe A).

Les systèmes qui permettent d'identifier le statut tabagique dans les dossiers des patients tels les étiquettes, étampes, listes de problèmes ou l'ajout aux signes vitaux, etc., sont essentiels pour la détermination régulière du statut tabagique (preuve de classe B).

Ce que les études ont révélé à ce sujet c'est que les systèmes permettant l'identification systématique du statut tabagique augmentent de façon significative le nombre d'interventions par les cliniciens. D'autre part, ces systèmes d'identification du statut tabagique semblent résulter en des taux plus élevés de cessation bien que le nombre d'études à ce sujet soit limité.

Tableau 4 : Taux d'intervention par les cliniciens qui utilisent un système d'identification du statut tabagique

	Taux estimé d'intervention (I.C.* 95 %)
↵ Aucun système d'identification	38,5 %
↵ Système d'identification	65,6 % (58,3 % - 72,6 %)

* I.C. = intervalle de confiance.

Conseiller aux fumeurs de cesser de fumer

Tous les médecins devraient conseiller à leurs patients qui fument de cesser de fumer (preuve de classe A). Sept études ont démontré que le conseil du médecin d'une durée de trois minutes ou moins augmentait de façon significative les taux de cessation chez les fumeurs en comparaison à l'absence de tels conseils (tableau 6).

Tous les cliniciens devraient conseiller à leurs clients qui fument de cesser de fumer (preuve de classe B). Il existe peu d'études qui ont évalué l'impact de conseils de trois minutes ou moins donnés par des professionnels de la santé autres que des médecins. Toutefois, il est probable que de tels conseils soient efficaces.

Offrir une intervention pour motiver les fumeurs qui ne sont pas intéressés à cesser de fumer

Les cliniciens devraient offrir une intervention pour motiver les fumeurs qui ne désirent pas cesser de fumer (preuve de classe C).

Il est conseillé aux cliniciens de motiver les fumeurs non intéressés à cesser de fumer en basant leur intervention sur les « 5 R's » soit, « relevance » ou pertinence, les « risques », les « rewards » ou avantages, les « roadblocks » ou barrières, et la « répétition ». L'intervention a plus de chances de réussir quand le clinicien est empathique, qu'il évite l'argumentation, qu'il favorise l'autonomie du fumeur et qu'il met en valeur les succès antérieurs de son client.

Aider les fumeurs intéressés à cesser de fumer

Tous les cliniciens devraient offrir des interventions cliniques aux fumeurs qu'ils rencontrent en consultation (preuve de classe A).

Les interventions cliniques offertes par une variété de cliniciens sont plus efficaces que celles offertes par un seul type de clinicien et elles devraient être encouragées (preuve de classe C).

Les interventions minimales de counselling (trois minutes ou moins) augmentent les taux de cessation, tout comme les interventions de faible intensité (de trois à dix minutes) (preuve de classe A).

Il existe une relation dose/réponse très forte entre la durée de l'intervention individuelle (contact clinicien-fumeur) et les taux de cessation. Les interventions de counselling de plus de dix minutes sont plus efficaces que les interventions plus courtes et devraient être faites quand c'est possible (preuve de classe A).

Les interventions cliniques qui permettent aux patients fumeurs d'identifier les situations à risque de fumer et de résoudre les difficultés reliées à l'abandon du tabac augmentent les taux de cessation (preuve de classe B).

Les interventions cliniques qui incluent du soutien de la part du clinicien lors de la consultation augmentent les taux de cessation (preuve de classe B).

Les interventions cliniques qui suggèrent au fumeur d'identifier des personnes autres que le clinicien pouvant offrir du soutien augmentent les taux de cessation (preuve de classe B).

Les patients fumeurs devraient être encouragés à utiliser une pharmacothérapie sauf en présence de circonstances particulières (preuve de classe A) (plus de détails se trouvent à la section sur les approches pharmacologiques de sevrage de la nicotine).

Les interventions cliniques incluant une procédure aversive augmentent les taux de cessation (preuve de classe B). La technique aversive étudiée consistait à faire fumer le patient de façon intensive jusqu'à l'inconfort. Cette technique pose toutefois des risques pour la santé et ne devrait être utilisée que sous surveillance médicale.

L'évidence est insuffisante quant à l'efficacité de l'hypnose comme traitement, car les études sont peu nombreuses, de piètre qualité et révèlent des résultats inconsistants. Quant à l'acupuncture, les quelques études disponibles ne sont pas concluantes.

Offrir un suivi aux fumeurs qui cessent de fumer

Quand les cliniciens rencontrent un ex-fumeur récent, ils devraient le féliciter de son succès, renforcer sa décision d'avoir cessé de fumer, revoir les avantages liés à la cessation et l'aider à surmonter les difficultés qu'il rencontre (preuve de classe C).

Le suivi devrait se faire, si possible, au cours de la semaine qui suit la date de cessation et idéalement une seconde fois au cours du mois suivant l'abandon du tabac. Il peut être offert lors d'une visite au bureau ou lors d'un contact téléphonique.

II - Efficacité et impact

Les lignes directrices américaines rapportent une efficacité pour le counselling minimal (trois minutes au moins) de 2,5 % alors qu'elle serait de 5,1 % avec le counselling de faible intensité (de trois à dix minutes)².

Comme environ 70 % des fumeurs consultent un médecin au moins une fois par année¹⁷, l'intervention médicale pourrait avoir un impact marqué sur la santé de la population du Québec. Imaginons en effet que tous les médecins offrent une intervention de faible intensité à tous leurs patients fumeurs qui les consultent, et qu'ils obtiennent des taux de cessation de 5,1 % après au moins cinq mois, leur intervention pourrait résulter en un peu plus de 33 000 ex-fumeurs par année au Québec.

D'autre part, en se basant sur les résultats de l'Enquête Santé Québec de 1992-1993¹⁸, il est possible de calculer l'impact en nombre d'ex-fumeurs que pourrait produire une intervention de counselling de faible intensité par différents types de cliniciens au bout d'un an (tableau 5). Cette enquête révélait entre autres le recours aux services de consultation de différents types de professionnels de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête.

Tableau 5 : Impact après douze mois, d'une intervention de counselling de faible intensité par différents cliniciens

Type de cliniciens	Nombre d'ex-fumeurs*	% de la population ayant consulté un clinicien au cours des deux semaines précédant l'enquête
☞ Médecins	33 265	14,7 %
☞ Dentistes	9 731	4,3 %
☞ Pharmaciens	5 431	2,4 %
☞ Infirmières	3 621	1,6 %
☞ Psychologues	1 584	0,7 %
☞ Travailleurs sociaux	1 358	0,6 %

* Ces chiffres ont été obtenus en considérant des taux de cessation identiques pour les interventions par les différents types de cliniciens ainsi que les taux de consultation tirés de l'Enquête Santé Québec de 1992-1993.

III - Coûts

Les médecins

En juillet 2001, un peu plus de 18 000 médecins étaient inscrits dans le bottin du Collège des médecins du Québec, dont 8 817 omnipraticiens. Une enquête menée auprès d'un échantillon aléatoire d'omnipraticiens de Montréal en 2000¹⁹ a révélé les résultats suivants :

- 43 % des médecins utilisent habituellement ou toujours un système d'identification du statut tabagique;
- 43,4 % des médecins offrent une intervention de counselling à tous leurs patients fumeurs ou presque;

- la durée du counselling est de moins de deux minutes pour 11,3 % des médecins, de deux à cinq minutes pour 45,7 % d'entre eux, de six à dix minutes pour 28,9 % des répondants et enfin, de plus de dix minutes pour 14,1 % des médecins;
- parmi les principales barrières notées par les médecins au counselling en cessation tabagique, il y a le manque de temps, le manque d'intérêt des patients, la faible observance thérapeutique et l'absence d'honoraires octroyés par la RAMQ pour faire du counselling.

En janvier 1999, le Collège des médecins du Québec, en collaboration avec la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, publiait et diffusait les lignes directrices « La prévention et l'abandon du tabagisme »²⁰ à tous les médecins incluant les résidents en spécialité. Ce document de seize pages, disponible sur les sites Internet du Collège des médecins et de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, propose aux médecins des modalités d'intervention auprès de leurs patients fumeurs.

Des formations sur le counselling en cessation tabagique sont disponibles dans différentes régions du Québec. En novembre 1998, une dizaine de médecins ont été formés à travers le Québec et ont reçu un guide du formateur leur permettant d'animer des ateliers ou d'offrir une conférence à leurs collègues. De plus, tous les responsables du dossier tabac des Directions de santé publique du Québec disposent d'une version, remise à jour en août 2001²¹, qu'ils peuvent utiliser eux-mêmes ou prêter à des médecins formateurs de leur région. Dans la région de Québec, la formation sur le counselling en cessation tabagique est intégrée à la formation médicale continue de l'Université Laval.

À l'Université Laval, depuis 1999, tous les externes en médecine reçoivent un exemplaire des lignes directrices du Collège des médecins du Québec dans le cadre de leur stage obligatoire en médecine sociale et préventive alors qu'ils sont exposés à la problématique tabac depuis 1997. À l'Université de Montréal, le stage en santé communautaire est également obligatoire pour les externes en médecine et on discute de l'approche avec le patient fumeur depuis 1996. À l'Université McGill, environ 20 % des externes reçoivent une formation sur le counselling en cessation tabagique. Enfin, à l'Université de Sherbrooke, les étudiants en première année sont exposés au problème de toxicomanie incluant le tabagisme. De plus, les externes lors de leur stage obligatoire en santé communautaire assistent à un cours sur les habiletés de communication et le counselling durant lequel le counselling sur le tabagisme est toujours abordé.

Le principal mode de rémunération des médecins qui prévaut actuellement au Québec est celui de la rémunération à l'acte. Bien qu'il n'existe actuellement pas de code spécifique pour le counselling en cessation tabagique, le médecin omnipraticien peut être rémunéré pour un examen ordinaire ou complet en indiquant le diagnostic de tabagisme. Pour un médecin qui effectue une intervention minimale ou de faible intensité, on peut penser qu'une telle intervention de counselling pourrait être intégrée à la consultation médicale.

Les dentistes

Trois mille neuf cent trente dentistes sont inscrits au tableau de l'Ordre des dentistes du Québec. Il est connu que certains dentistes font du counselling en cessation tabagique auprès de leurs clients, mais il n'existe pas, à notre connaissance, de données récentes sur le nombre de dentistes concernés ni sur le type d'intervention menée.

Dans l'édition de mai 2000 du guide du dentiste, l'Ordre des dentistes du Québec recommande à ses membres d'inscrire au dossier dentaire le statut tabagique²². On retrouve également dans ce guide une politique de l'Association dentaire canadienne au sujet des produits du tabac qui fut adoptée par l'Ordre des dentistes du Québec en novembre 1998. On y recommande aux dentistes « d'interroger leurs patients pour savoir s'ils consomment du tabac et de prodiguer des conseils et encouragements à ceux qui aimeraient cesser d'en consommer ».

La formation continue est assurée par les trois universités qui dispensent la formation en médecine dentaire au Québec en collaboration avec l'Ordre des dentistes du Québec. Cet enseignement prend la forme de conférences offertes par les sociétés dentaires régionales et il peut se donner aux universités mêmes, ou lors du congrès annuel de la profession dentaire. Plusieurs avenues sont possibles pour assurer une formation en counselling au dentiste en pratique privée. La première consiste à intégrer une formation sur le counselling en cessation tabagique à la formation dentaire continue et à en assurer la diffusion par l'intermédiaire des sociétés dentaires régionales du Québec. Une autre voie serait d'assurer une formation en counselling en cessation tabagique à tous les dentistes oeuvrant au sein des Directions de la santé publique des Régions régionales de la santé et des services sociaux. Ces professionnels agiraient comme agents multiplicateurs auprès des dentistes de leur région. La réalisation d'un guide du formateur faciliterait grandement l'atteinte de cet objectif. Finalement, une formation sur le site Internet de l'Ordre des dentistes du Québec permettrait de rejoindre les dentistes préférant ce mode de formation.

Actuellement, le régime d'assurance maladie du Québec ne couvre que les soins curatifs pour les enfants de la naissance jusqu'à neuf ans inclusivement, certains soins de chirurgie buccale en milieu hospitalier et les soins dentaires pour les prestataires du programme de services dentaires pour les prestataires d'assistance-emploi. On ne peut donc pas envisager un mode de rémunération gouvernemental dans le cadre actuel du régime.

Par ailleurs, selon une enquête menée auprès des adultes de 35 à 44 ans en 1994-1995, 48,5 % de cette population possédait une assurance dentaire privée²³. Compte tenu des conséquences du tabagisme sur la santé buccale, il y aurait lieu de vérifier l'intérêt de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour proposer un nouveau code pour le counselling en cessation tabagique dans la section prévention. Ce code refléterait plus justement la formation actuelle en médecine dentaire qui propose une approche globale des problèmes de santé du patient. Cette démarche devrait être suivie d'un lobby très actif auprès des compagnies d'assurances afin de voir ces services assurés.

Les pharmaciens

L'Ordre des pharmaciens compte en 2001, 5 995 membres. Ceux-ci oeuvrent dans une des 1 594 pharmacies du Québec, dans des établissements de santé et dans divers milieux comme l'industrie, les universités, les associations ou le gouvernement. L'Ordre a été très actif en 1998, en diffusant à tous ses membres un algorithme d'intervention auprès des clients fumeurs²⁴. De plus, des ateliers de formation d'une durée de deux heures et demie ont été offerts en décembre 1998 dans plusieurs régions du Québec. Au total, trois cents pharmaciens ont participé à cette formation. Malheureusement, ils ne peuvent être remboursés lorsqu'ils font du counselling, bien que l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires négocie présentement avec le gouvernement la rémunération d'un tel acte.

Les infirmières

Jusqu'à présent, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec n'a pas offert à ses 64 000 membres de formation en counselling en cessation tabagique dans le cadre de la formation continue. Un mémoire a été rédigé en 1996 lors de la consultation publique sur les mesures législatives antitabagiques, mais il n'existe pas d'autres documents sur le tabagisme portant sur l'aide à apporter aux fumeurs désirant cesser de fumer.

COUNSELLING INDIVIDUEL D'INTENSITÉ ÉLEVÉE

I - Description

Le counselling individuel d'intensité élevée est une intervention de plus de dix minutes qui s'adresse à tout fumeur intéressé à cesser de fumer, fumeur en réflexion, en préparation ou en action. Ce service cible particulièrement :

- les fumeurs qui ont rechuté à plusieurs reprises après des interventions minimales ou de faible intensité;
- les fumeurs qui possèdent des caractéristiques associées à de faibles taux de cessation comme une forte dépendance à la nicotine, une comorbidité psychiatrique, un haut niveau de stress, une faible motivation, une faible estime de soi, un réseau social constitué de plusieurs fumeurs.

Le counselling intensif peut être offert dans divers milieux tels les hôpitaux, les CLSC, les bureaux privés des professionnels de la santé ou dans des cliniques spécialisées d'arrêt tabagique. En général, ce type d'intervention est offert par un clinicien qui possède les habiletés et les connaissances requises pour intervenir de façon efficace en cessation tabagique².

II - Efficacité et impact²

Il existe une variation des taux d'efficacité du counselling en cessation tabagique en fonction de certains paramètres comme la durée de l'intervention, le temps total de contact entre le fumeur et le clinicien et le nombre de rencontres.

Tableau 6 : Taux de cessation, à au moins cinq mois, de l'intervention de counselling en fonction de la durée

Durée de l'intervention	Taux estimé de cessation (I.C.* 95 %)
↵ Aucune intervention	10,9 %
↵ Intervention minimale (≤ 3 minutes)	13,4 % (10,9 % - 16,1 %)
↵ Intervention de faible intensité (> 3 - ≤ 10 minutes)	16,0 % (12,8 % - 19,2 %)
↵ Intervention d'intensité élevée (> 10 minutes)	22,1 % (19,4 % - 24,7 %)

* I.C. = intervalle de confiance.

Tableau 7 : Taux de cessation, à au moins cinq mois, de l'intervention de counselling en fonction du temps total de contact entre le fumeur et le clinicien

Temps total de contact en minutes*	Taux estimé de cessation (I.C. 95 %)
↵ Aucun contact	11,0 %
↵ 1 à 3 minutes	14,4 % (11,3 % - 17,5 %)
↵ 4 à 30 minutes	18,8 % (15,6 % - 22,0 %)
↵ 31-90 minutes	26,5 % (21,5 % - 31,4 %)
↵ 91 à 300 minutes	28,4 % (21,3 % - 35,5 %)
↵ > 300 minutes	25,5 % (19,2 % - 31,7 %)

* Est défini comme temps total de contact, le nombre de rencontres multiplié par la durée en minutes des rencontres.

Tableau 8 : Taux de cessation, à au moins cinq mois, de l'intervention de counselling en fonction du nombre de rencontres

Nombre de rencontres	Taux estimé de cessation (I.C. 95 %)
↪ 0 à 1 rencontre	12,4 %
↪ 2 à 3 rencontres	16,3 % (13,7 % - 19,0 %)
↪ 4 à 8 rencontres	20,9 % (18,1 % - 23,6 %)
↪ > 8 rencontres	24,7 % (21,0 % - 28,4 %)

Il est important de retenir que :

- les interventions de counselling de faible intensité ou d'intensité élevée augmentent les taux de cessation de façon plus importante (preuve de classe A) que les interventions minimales (preuve de classe A);
- tout comme pour la durée de l'intervention, il existe une forte relation dose/réponse entre le temps total de contact entre le fumeur et le clinicien et les taux de succès (preuve de classe A); il n'existe pas de preuves que plus de 90 minutes d'intervention augmentent de façon importante les taux d'abandon;
- plus de quatre interventions cliniques individuelles augmentent de façon marquée les taux de cessation (preuve de classe A).

L'efficacité d'une intervention de counselling individuel d'intensité élevée serait de 11,2 % après au moins cinq mois².

III - Coûts

Actuellement, il n'existe pas au Québec, de code spécifique pour rémunérer à l'acte le médecin omnipraticien qui offrirait un counselling d'intensité élevée à un patient fumeur. Pour une rencontre de 30 minutes, nous estimons que les coûts par fumeur seraient de l'ordre de 30 \$. Ce tarif est établi d'après le code de psychothérapie de soutien auquel les médecins au Québec ont présentement accès.

Évidemment, si un autre type de professionnel de la santé offrait un counselling d'intensité élevée, les coûts pourraient être différents.

APPROCHES PHARMACOLOGIQUES DE SEVRAGE DE LA NICOTINE

I - Description

Le fumeur qui cesse sa consommation de cigarettes, ne consomme plus, par le fait même, de nicotine et encourt les effets d'un sevrage dont l'intensité est variable d'un individu à l'autre. Près de 80 % des fumeurs qui abandonnent le tabagisme développent des symptômes de sevrage au cours des heures qui suivent, symptômes qui vont culminer en intensité après 48 heures pour ensuite diminuer progressivement sur une période de deux à cinq semaines²⁵. Les effets du sevrage généralement rencontrés sont :

- l'irritabilité, l'impatience, l'anxiété;
- le désir incontrôlable de fumer;
- la fatigue, une diminution de l'attention et une difficulté de concentration;
- les troubles de sommeil;
- une augmentation de l'appétit et du poids.

Il existe actuellement deux approches pharmacologiques approuvées au Canada pour l'aide à la cessation du tabagisme. La première consiste à remplacer la nicotine contenue dans les cigarettes par de la nicotine sous forme de timbres transdermiques ou de gommes de polyacrilex. Ces thérapies de remplacement à la nicotine (TRN) permettent de traiter le syndrome de sevrage à la nicotine produit par l'abandon de la cigarette par le maintien d'un seuil de confort du taux de nicotine dans le sang sans produire les effets de plaisir liés à une absorption rapide d'une forte dose de nicotine comme celle dispensée par l'inhalation de la fumée de cigarette. Une réduction progressive des doses de nicotine sur une période de huit à douze semaines est recommandée.

Le second type d'approche consiste en l'utilisation du chlorhydrate de bupropion (Zyban®), un antidépresseur ayant des propriétés particulières sur l'activation du système dopaminergique, diminuant ainsi les besoins en nicotine des cellules cérébrales.

II - Efficacité et impact

En général, ces thérapies augmentent le taux de succès à cinq mois et plus. Elles traitent efficacement les symptômes du sevrage chez la majorité des utilisateurs. Des méta-analyses sur l'efficacité de différentes formes de TRN (gommes, timbres, inhalateur de nicotine, vaporisateur nasal*) et du bupropion ont démontré une augmentation des taux d'abstinence de 1,5 à 2,7 fois pour ces médicaments (tableau 9)².

Les lignes directrices américaines recommandent que tous les patients qui essaient de cesser de fumer soient encouragés à utiliser une pharmacothérapie efficace comme la thérapie de remplacement de la nicotine et le bupropion, simple ou en combinaison, sauf en présence de conditions particulières (preuve de classe A).

* À noter que seuls le timbre et la gomme de nicotine sont des TRN approuvées au Canada.

La gomme de nicotine de 4 mg s'avère plus efficace que celle de 2 mg chez le fumeur très dépendant à la nicotine (preuve de classe B)².

La combinaison du timbre et de la gomme ou du vaporisateur nasal est plus efficace que l'utilisation d'une seule modalité et devrait être recommandée chez ceux qui ne peuvent cesser en utilisant un seul médicament (preuve de classe B)².

La revue Cochrane sur la TRN, réalisée en 1999, arrive à des conclusions similaires. Les auteurs ajoutent que les résultats obtenus étaient indépendants de l'intensité du soutien et de l'environnement où la TRN était offerte. Ils considèrent qu'une intervention de plus de trois minutes était offerte dans ces études, et qu'ainsi ce serait un minimum à offrir lors d'une recommandation d'une TRN. Bien qu'une intervention plus intensive soit bénéfique, elle n'apparaît pas essentielle avec la TRN. Les auteurs ont également indiqué que huit semaines de traitement seraient aussi efficaces qu'un traitement plus long, que la diminution progressive n'était pas supérieure à l'arrêt subit, et que le timbre de 16 heures était aussi efficace que celui de 24 heures²⁶.

Tableau 9 : Taux de cessation, à au moins cinq mois, des aides pharmacologiques

Aide pharmacologique (Nombre d'études)	Taux estimé de cessation	
	Médicament	Placebo
Gomme de nicotine 2 mg (13)	23,7 %	17,1 %
Timbre de nicotine (27)	17,7 %	10,0 %
Bupropion (2)	23,1 % - 30,3 %*	12,4 % – 15,6 %*
Inhalateur de nicotine (4)	22,8 %	10,5 %
Vaporisateur nasal de nicotine (3)	30,5 %	13,3 %

* Abstinence ponctuelle à un an.

La clonidine (preuve de classe A) et la nortryptiline (preuve de classe B) sont recommandées comme médicaments de deuxième intention, bien que le profil d'innocuité soit moins bien documenté que pour la TRN ou le bupropion².

Plusieurs médicaments comme les anxiolytiques, les benzodiazépines, les bêtabloqueurs, l'acétate d'argent ou la mécamylamine ne sont pas recommandés jusqu'à présent compte tenu du peu d'études concernant leur efficacité².

Thérapies de remplacement à la nicotine

La population cible des TRN, sous forme de timbres transcutanés ou de gommes de polyacrilex, comprend les fumeurs qui désirent cesser de fumer et qui ne présentent pas de contre-indications. Les femmes enceintes, les jeunes de moins de 18 ans et les personnes victimes récentes d'un infarctus du myocarde de moins de deux semaines, présentant de l'arythmie grave ou de l'angine instable, représentent des situations particulières où le clinicien doit bien évaluer les risques et les avantages des TRN². Dans un énoncé de position publié par l'Association médicale ontarienne en 1999²⁷, il est suggéré de rendre la TRN disponible aux :

- patients cardiaques incapables de cesser de fumer;
- femmes enceintes qui ne peuvent cesser de fumer sans pharmacothérapie;
- jeunes de moins de 18 ans qui veulent cesser de fumer.

Chlorhydrate de bupropion²⁸

Le chlorhydrate de bupropion est recommandé au fumeur qui désire cesser de fumer et qui n'a pas de contre-indications. Comme ce médicament abaisse le seuil de convulsions, il est contre-indiqué en présence de sevrage éthylique, de benzodiazépines ou de sédatifs, ou s'il y a présence de convulsions. On évitera également son emploi chez le fumeur qui souffre ou a souffert de boulimie ou d'anorexie nerveuse et chez celui qui présente une hypersensibilité au bupropion. Il faut cesser tout inhibiteur de la mono-amine-oxydase ou la thioridazine (Mellaril[®]) quatorze jours avant de commencer le bupropion. De plus, il existe plusieurs mises en garde en présence de facteurs qui abaissent le seuil convulsif ainsi que des interactions médicamenteuses associées au bupropion qui appellent à une extrême prudence. Aucune étude n'a évalué l'innocuité de ce médicament chez la femme enceinte ni chez l'adolescent.

III - Coûts

Depuis le 1^{er} octobre 2000, le régime général d'assurance médicaments du Québec couvre le timbre cutané Nicoderm[®] et le bupropion pour une période de douze semaines. Le 1^{er} avril 2001, le timbre Habitrol[®] et la gomme Nicorette[®] (jusqu'à 840 gommes) se sont également ajoutés à la liste des médicaments couverts. Moyennant une ordonnance médicale, les fumeurs n'ont que 25 % du coût de ces produits à déboursier.

MATÉRIEL AUTODIDACTE

I - Description

La majorité des fumeurs cessent de fumer sans aide, et il est pertinent de se demander si les différents outils mis à leur disposition sont efficaces. On retrouve différents types d'outils sous la rubrique matériel autodidacte :

- matériel écrit comme des dépliants, brochures, livrets, manuels;
- vidéocassettes et audiocassettes;
- programmes informatiques, Internet;
- inventaires de ressources de cessation, etc.

II - Efficacité et impact

Dans les lignes directrices américaines, une revue de 58 études a révélé que les différents outils autodidactes s'avèrent être d'une efficacité marginale. Les résultats inconsistants suggèrent une augmentation de l'abandon du tabac de 1,5 %. Vingt et une études ont été analysées pour déterminer si l'utilisation de plus d'un type d'outils autodidactes augmentait l'abandon. Aucun effet bénéfique n'a été démontré. Deux méta-analyses ayant porté sur l'impact de brochures sans intervention ou de brochures comme adjuvant au counselling n'ont démontré aucune amélioration des taux d'abandon².

C'est pourquoi à l'heure actuelle, il est recommandé d'effectuer plus de recherches sur l'efficacité du matériel autodidacte en particulier sur l'impact d'interventions personnalisées interactives par ordinateur, et sur l'effet d'un tel matériel comme adjuvant au counselling ou à la pharmacothérapie.

La revue Cochrane, réalisée en 1999, arrive à des conclusions similaires. Elle indique que le matériel autodidacte n'augmente que légèrement l'abandon en comparaison à aucune intervention et n'ajoute rien à une intervention de counselling minimal ou à la TRN²⁹.

COUNSELLING DE GROUPE

I - Description

Le counselling de groupe est une approche généralement intensive, principalement recommandée aux fumeurs qui ont rechuté à de multiples reprises ou qui possèdent des caractéristiques associées à de faibles taux de cessation (comorbidité psychiatrique, forte dépendance à la nicotine, haut niveau de stress, faible motivation et faible estime de soi).

Pour augmenter le pourcentage de cessation, le programme devrait contenir :

- des éléments visant à motiver le fumeur à cesser;
- une approche de résolution de problèmes;
- l'apprentissage de nouvelles habiletés;
- des éléments visant à contrôler les stimuli associés au fait de fumer;
- des éléments visant à prévenir la rechute;
- l'offre d'une aide pharmacologique.

II - Efficacité et impact

Les lignes directrices américaines sur la cessation indiquent que les interventions de groupe augmentent les taux de cessation en comparaison à des interventions témoins (preuve de classe A)². En effet, les programmes de groupe obtiendraient des taux de cessation de 3,1 % supérieurs aux taux de cessation du groupe témoin². Cependant, dans la version antérieure des lignes directrices, cette différence était de 7,7 %³⁰. Notons que les interventions intensives de groupe rejoignent un faible pourcentage de la population fumeuse, soit 2,5 %³.

La mise en place de groupes de cessation, rejoignant 2,5 % de la population fumeuse et obtenant des taux de cessation de 3,1 %, permettrait de compter parmi les non-fumeurs chaque année, au Québec, 722 personnes de plus. Si d'autre part, on retient l'hypothèse que 7,7 % des fumeurs cesseraient de fumer grâce à un counselling de groupe, on parlerait plutôt de 1 794 ex-fumeurs.

III - Coûts

Au Québec, en 1999, quatorze régions offraient des programmes de groupe. Le nombre de programmes différents disponibles varie d'une région à l'autre. En effet, certaines régions bénéficient de services dispensés par plusieurs organismes (organismes sans but lucratif, églises, centres hospitaliers, CLSC) tandis que d'autres ont un système plus centralisé (un type d'organisme responsable du service). L'organisation des services varie aussi en fonction des services de cessation disponibles dans une région. Certaines régions, par le biais de la Direction de la santé publique, ont initié la mise en place de programmes de groupe tandis que d'autres régions se sont arrimées aux programmes existants.

En général, les programmes sont animés par des professionnels de la santé ou du domaine social. Plusieurs directions de santé publique assument ou participent à la formation des animateurs qui sont directement impliqués dans leur région, alors que la situation est inconnue pour les programmes qui fonctionnent de façon indépendante de la direction de santé publique.

Les moyens privilégiés pour effectuer la promotion et la publicité des programmes de groupe varient d'une région à l'autre. On y retrouve des affiches, des dépliants et de la publicité dans les journaux locaux. Depuis janvier 1999, un site Internet permet d'obtenir la liste des programmes disponibles dans chacune des régions. Certains services d'information référence assurent aussi la diffusion d'information.

En se référant au « Répertoire québécois des ressources favorisant la réduction du tabagisme », on constate une brochette de coûts pour les participants variant de gratuit à plus de 300 \$³¹. Cette différence s'explique par le financement public de certains programmes tandis que d'autres doivent s'autofinancer. Les frais d'inscription à un programme de groupe ne sont pas remboursés par les régimes d'assurances privés ni déductibles d'impôt. Ainsi, la gratuité d'un programme de groupe représenterait un coût d'un peu plus de trois millions de dollars. Ce montant est basé sur le coût des ressources humaines offrant sept rencontres de deux heures à un groupe de huit fumeurs et représente environ 75 \$ par participant.

APPROCHES DE MASSE

CONCOURS DE TYPE « QUIT AND WIN »

I - Description

« Quit and Win » est une intervention populationnelle qui utilise une approche de concours et qui inclut des mesures incitatives, sous forme de prix, pour encourager les fumeurs à cesser de fumer. L'intervention cible habituellement les fumeurs adultes, et plus particulièrement ceux qui se trouvent aux stades de la réflexion et de la préparation. Une telle intervention permet aux fumeurs de prendre conscience des inconvénients de fumer et des avantages de cesser de fumer, d'accroître leur confiance de réussir à cesser de fumer et enfin d'obtenir un soutien. Étant hautement médiatisée, cette intervention permet de créer une mobilisation communautaire autour de l'abandon du tabac et de rendre la décision de cesser de fumer très populaire auprès de la population. Dans ce contexte, le concours produit probablement aussi des effets chez les fumeurs en préreflexion. C'est une intervention qui a le potentiel d'être attrayante pour une large proportion de fumeurs puisque plusieurs d'entre eux préfèrent cesser de fumer par eux-mêmes plutôt qu'à l'aide de programme de groupe. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) organise depuis plusieurs années le concours « Quit and Win » pour encourager la cessation du tabagisme à travers le monde. En 2000, on évaluait le nombre de participants à plus d'un million de personnes provenant de 119 pays.

II - Efficacité et impact

Les données les plus intéressantes sont tirées, en bonne partie, d'une revue de 17 études sur l'impact de ce type de concours³². Le taux de réussite moyen, un mois après l'intervention, est de 34 % alors qu'il est de 23 % après un an. Cependant, les auteurs soulignent les limites des taux de réussite basés uniquement sur la parole des participants. Des études ont démontré que des fumeurs dans des proportions de 14 % à 16 % avaient répondu avoir cessé de fumer dans le cadre de ce type de concours mais fumaient toujours après vérification par une mesure du taux d'oxyde de carbone. On peut donc présumer que le pourcentage réel de non-fumeurs après un an est d'environ 20 %.

Ce genre d'intervention rejoint généralement de 1 à 2 % des fumeurs. Ce taux de participation peut augmenter par l'utilisation d'approches novatrices de recrutement des participants. Divers aspects de ce type d'intervention, incluant les critères de participation au programme, le type de publicité utilisé, le groupe cible et le type de mesures incitatives offertes, peuvent influencer le succès de l'intervention. Parmi ces éléments, l'importance de la mesure incitative est décisive : des prix de grande valeur sont perçus comme plus efficaces que les plus petits prix pour motiver les fumeurs à cesser de fumer.

En Outaouais, un tel concours a fonctionné pendant cinq ans. Leur expérience a démontré que de 1,5 % à 2,5 % des fumeurs s'inscrivaient au concours et que les taux de cessation, non confirmés par test biochimique, étaient de 27 % après huit mois.

Le Défi « J'arrête, j'y gagne ! » a été mis en oeuvre en 2000 et 2001 sous l'égide du Groupe Acti-Menu, du réseau de la santé publique, de la Société canadienne du cancer (SCC), du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS), du ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) et de Santé Canada. Une évaluation du premier concours provincial réalisé en 2000 a démontré que 20 400 participants de 18 ans et plus se sont inscrits du 1^{er} mars au 11 avril 2000 ce qui représente 1,3 % des fumeurs de 18 ans et plus au Québec. Un an plus tard, 28 % des participants se disaient abstinents³³.

Il est important de spécifier que la plupart des évaluations réalisées sur ce type d'intervention se limitent à mesurer le taux de réussite de l'approche en ne comparant pas les participants au concours qui cessent de fumer avec ceux qui cessent sans participer au concours. Cette absence de groupe témoin ne fournit donc pas d'indication précise de l'impact réel d'une telle intervention. C'est d'ailleurs le constat inscrit dans le guide des services préventifs à offrir à la communauté à savoir que nous ne disposons pas à l'heure actuelle de données permettant de conclure sur l'efficacité de ces mesures⁴.

Impact estimé d'une telle intervention au Québec

Une intervention de type « Quit and Win » qui rejoindrait 1,5 % de la population fumeuse québécoise âgée de 15 ans et plus, toucherait un peu plus de 25 000 fumeurs. En supposant une efficacité de 9 % à un an, une telle mesure provoquerait 2 287 abandons. Cette efficacité est calculée en soustrayant des 20 % d'abandons à un an tirés des études, le pourcentage d'abandons retrouvés chez une population fumeuse au stade de la préparation, soit 11 %³⁴.

III - Coûts

Plusieurs ressources humaines sont nécessaires pour la coordination, la préparation, la promotion et le suivi d'une intervention d'une telle envergure. Diverses ressources sont aussi requises pour la production et la distribution d'outils promotionnels comme les dépliants, affiches, messages dans les médias, émissions de télé, etc. Il faut également rechercher des prix pour les participants qui peuvent être fournis gratuitement ou à un coût réduit par des commanditaires.

L'expérience de l'Outaouais indique que le coût moyen pour mettre en place un tel concours est de 22 ¢ par fumeur, alors que l'expérience du premier concours québécois en 2000 a été de 28 ¢ par fumeur pour un coût de 550 000 \$.

CAMPAGNES MÉDIATIQUES

I - Description

L'utilisation des médias de masse est un outil efficace pour modifier certaines perceptions et certains comportements dans la population. Une telle approche permet habituellement de rejoindre l'ensemble de la population, et de cibler les fumeurs qui se situent à une étape spécifique du processus d'abandon du tabagisme. Elle peut véhiculer des messages favorisant la cessation du tabagisme en présentant par exemple les avantages de cesser de fumer ou en promouvant le statut de non-fumeur comme une situation souhaitable. Il est également possible d'accroître la confiance des fumeurs à réussir de cesser de fumer ou de favoriser le maintien du statut de non-fumeurs.

Une campagne médiatique peut servir de soutien promotionnel aux actions régionales et locales mises sur pied pour accroître l'accessibilité aux services d'abandon du tabagisme. De même, une campagne médiatique bien orchestrée permettrait de réduire la portée des nombreux messages véhiculés par l'industrie du tabac. Ces messages associent la cigarette à des valeurs positives comme l'indépendance, le sport, la célébrité, la liberté, la virilité pour les garçons et la minceur pour les filles. Elle peut permettre de mettre en place une contre-publicité aux produits du tabac.

Une série de messages à la télévision, à la radio, dans les imprimés et sur les panneaux publicitaires, jumelée à un travail de relations de presse, sont des éléments importants de l'intervention médiatique. Des messages sur la cessation du tabagisme pourraient aussi être diffusés par l'entremise de bulletins de nouvelles, d'émissions d'affaires publiques, d'émissions de variétés, de téléromans, etc.

II - Efficacité et impact

Selon le guide sur les services préventifs à offrir à la communauté publié aux États-Unis en 2001⁴, les campagnes médiatiques sont des composantes de base des programmes du contrôle du tabagisme bien financés en Californie, au Massachusetts, en Arizona, en Floride et dans d'autres États américains. Le financement de ces campagnes est important, bénéficiant des taxes d'accise ou des règlements financiers convenus entre certains États américains et l'industrie du tabac. Bien qu'il soit difficile de distinguer l'effet des campagnes médiatiques des programmes d'éducation, celles-ci diminueraient l'utilisation du tabac chez les adultes, limiteraient l'initiation chez les jeunes et protégeraient les enfants de l'exposition à la fumée de tabac secondaire. Les auteurs concluent à une diminution médiane de la consommation du tabac de 12,8 % (d'une diminution de 9,8 % à 17,5 %) en une période de deux à huit ans suite à l'évaluation de campagnes médiatiques réalisées en Californie, au Massachusetts et en Oregon. Ils démontrent aussi une diminution médiane de la prévalence de 3,4 % (d'une augmentation de 0,2 % à une diminution de 7 %) sur une période de six ans

en analysant cinq études comparant des États diffusant des campagnes médiatiques à ceux qui n'en avaient pas⁴.

Une étude indépendante a été menée au Massachusetts sur une campagne médiatique conçue pour accroître la motivation du fumeur à cesser de fumer³⁵. L'étude a démontré que 84 % des fumeurs reconnaissaient le thème qui avait été choisi pour cette campagne. Bien que les fumeurs aient reçu de l'information sur la cessation du tabagisme de multiples sources, plus de fumeurs ont mentionné la télévision que toute autre source au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête. Par ailleurs, 60 % des fumeurs ont mentionné avoir obtenu de l'information par l'entremise de brochures, ce qui en faisait la deuxième plus importante source d'information.

Une étude menée en Californie souligne qu'en 1996, 67 % des adultes et 82 % des adolescents de cet État avaient vu un message contre le tabagisme à la télévision³⁶. D'autre part, 44 % des adultes et 58 % des adolescents avaient entendu un message contre le tabagisme à la radio, alors que 41 % des adultes et 58 % des adolescents avaient vu un message contre le tabagisme sur un panneau-réclame. Cette même étude fait état d'une proportion beaucoup plus importante de fumeurs qui étaient enclins à cesser de fumer chez ceux qui avaient été exposés aux trois types de messages médiatiques que chez ceux qui n'y avaient pas été exposés (60,1 % versus 43,2 %). L'étude précise aussi que les fumeurs adultes avaient vu davantage les messages dans les médias que les ex-fumeurs et les non-fumeurs. Les auteurs soulignent que cette tendance suggère que le volet médiatique de cette campagne était efficace dans sa stratégie pour cibler les fumeurs adultes. Environ 27 % des fumeurs qui avaient fait une tentative récente de cesser de fumer avaient entendu parler de la ligne d'aide aux fumeurs publicisée dans les annonces télé et radio, de même que sur les panneaux-réclames.

III - Coûts

En 1997, le Massachusetts consacrait 32 % de son budget réservé à la lutte au tabagisme à l'aspect médiatique de sa campagne, soit 11,7 millions de dollars³⁵. Toutefois, ce montant ne servait pas qu'à promouvoir la cessation du tabagisme puisque la campagne abordait aussi la protection des non-fumeurs et la prévention de l'usage du tabac auprès des jeunes.

Le gouvernement du Québec annonçait en avril 2001, que l'argent consacré à la lutte contre le tabagisme passerait à 20 millions de dollars par année. Une allocation de 30 % de ce budget à l'aspect médiatique se traduirait par un budget média de 6 millions de dollars par année.

INTERVENTIONS ENVIRONNEMENTALES

Nous avons décrit précédemment certaines interventions qui favorisent le cheminement des fumeurs à travers les étapes de changement du comportement tabagique. Ces interventions s'adressent surtout aux fumeurs qui se situent aux phases de réflexion, de préparation et d'action. Les mesures dites « environnementales » s'appliquent à l'ensemble des fumeurs et rejoignent également les fumeurs en phase de préréflexion. Ce sont des mesures qui visent à créer un environnement favorable à la décision de ne pas fumer et au maintien du statut de non-fumeur.

POLITIQUES FISCALES

I - Description

De 1950 jusqu'au début des années 1980, le tabac est devenu plus abordable au Canada, le prix réel du tabac diminuant et les revenus personnels disponibles augmentant alors rapidement³⁷. Toutefois, à partir de 1985, les gouvernements ont augmenté de façon importante les taxes sur les produits du tabac. Le prix moyen d'une cartouche de 200 cigarettes, excluant la marge bénéficiaire des détaillants, est passé de 17,85 \$ en 1985 à 46,72 \$ en 1993³⁸. Entre 1985 et 1991, la prévalence du tabagisme au Québec chez les 15 ans et plus est alors passée de 40 % à 33 %³⁹.

Entre 1991 et 1994, la prévalence de l'usage du tabac s'est accrue, passant de 33 % à 38 %. On croit cette hausse associée à la contrebande des produits du tabac, provoquant une diminution des prix et une augmentation de l'accessibilité économique des cigarettes. Cette hausse du tabagisme a été plus importante chez les élèves du secondaire, le taux de fumeurs actuels (fumeurs réguliers et fumeurs occasionnels) passant de 19 % à 29 % entre 1991 et 1994³⁹. En 2000, l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire* révélait que 18,6 % des répondants étaient des fumeurs actuels (fumeurs quotidiens et fumeurs occasionnels) et que 10,4% étaient des fumeurs débutants⁴⁰. Ces résultats sont similaires à ceux de l'enquête menée en 1998. Dans ces enquêtes, est défini comme fumeur débutant, celui qui a fumé entre une et quatre-vingt-dix-neuf cigarettes dans sa vie et qui a fumé au cours des 30 jours précédant l'enquête. Cette catégorie n'était pas distincte dans les enquêtes de 1991 et de 1994, et il est possible que les fumeurs débutants se retrouvaient alors dans la catégorie de fumeurs occasionnels.

II - Efficacité et impact

Aux États-Unis, plusieurs chercheurs ont noté qu'une hausse de 10 % du prix du tabac faisait baisser la demande, donc la consommation globale, de 4 % à court terme, probablement à l'intérieur d'une année⁴¹. Cette baisse de la consommation serait attribuable à la diminution de la quantité de cigarettes fumées par certains fumeurs et à l'abandon complet de l'usage du tabac pour d'autres fumeurs. Il est estimé que la prévalence diminuerait de moitié, soit 2 %. Les jeunes seraient beaucoup plus sensibles au prix que les adultes, une augmentation de 10 % du prix du tabac engendrant une baisse de la demande

de l'ordre de deux à trois fois plus élevé que la baisse observée chez la population en général⁴¹.

Ainsi, une augmentation de 10 % du prix entraînerait, au Québec, l'abandon du tabac chez 33 883 personnes âgées de 15 ans et plus.

III - Coûts

En novembre 1999, le prix des cigarettes a augmenté de 1,20 \$ la cartouche, la première augmentation depuis la forte diminution des taxes décrétée par les gouvernements du Québec et d'Ottawa, suite à la crise de la contrebande en 1994. En avril 2001, une hausse de 4 dollars par cartouche imposée en parts égales par le gouvernement du Québec et le gouvernement fédéral a permis de générer des revenus annuels de 160 millions de dollars, revenus qui pourraient être investis dans les programmes de lutte au tabagisme. Le 1^{er} novembre 2001, une augmentation de la taxation du même ordre que celle d'avril 2001 a été mise en place. Le prix de la cartouche est maintenant de 43,82 \$ canadiens.

ACCESSIBILITÉ À DES LIEUX PUBLICS ET À DES MILIEUX DE TRAVAIL OÙ IL EST INTERDIT DE FUMER
--

Certaines études montrent que les politiques d'interdiction de fumer dans les milieux de travail ont un impact favorable sur la consommation de tabac et sur la décision de cesser de fumer. Une étude américaine menée auprès de 100 000 travailleurs a permis d'analyser l'effet de politiques d'espaces de travail sans fumée sur la prévalence et la consommation du tabac. La création d'un environnement totalement sans fumée a réduit la prévalence de 5,7 points de pourcentage et la moyenne de consommation quotidienne de 2,67 cigarettes en comparaison avec des milieux où les restrictions sont minimales ou nulles. Une interdiction au niveau des sites de travail, mais avec permission de fumer dans certains lieux communs, a permis de diminuer la prévalence de 2,6 points de pourcentage. Par contre, une interdiction partielle de fumer n'a pas d'effet significatif sur la prévalence du tabagisme⁴².

En juin 1998, le gouvernement du Québec a adopté la Loi sur le tabac⁴³, en vigueur depuis le 17 décembre 1999. Cette loi contient diverses règles applicables à l'usage, à la vente, à la publicité et à la promotion du tabac. Cette loi contribue à définir une norme sociale favorisant le non-usage du tabac. De façon plus spécifique, la Loi sur le tabac interdit l'usage du tabac dans les milieux de travail, sauf ceux situés dans une demeure, et dans la plupart des lieux fermés où l'on accueille du public. Il est toutefois possible d'aménager des fumeurs et d'autres espaces pour fumer, à l'exception des lieux destinés aux mineurs.

Considérant les résultats des diverses études sur le sujet, l'application du Chapitre II devrait produire un impact important sur les taux de cessation. Comme environ 56 % de la population québécoise est sur le marché du travail et que 2,6 % des fumeurs pourraient cesser de fumer, nous estimons que la seule mise en application du Chapitre II produira 24 667 ex-fumeurs de plus au Québec.

CLIENTÈLES PARTICULIÈRES

JEUNES

Il existe peu d'études robustes dans la littérature sur l'efficacité des programmes de cessation chez les jeunes. Pour le moment, les lignes directrices américaines ont trois recommandations avec des preuves de classe C, des preuves qui émanent du consensus d'experts en l'absence d'essais randomisés pertinents.

Les cliniciens devraient identifier le statut tabagique des jeunes et celui de leurs parents, et leur conseiller fortement de ne pas fumer (preuve de classe C).

Les interventions de counselling et de modification de comportement démontrées efficaces chez les adultes devraient être considérées comme pertinentes également chez les enfants et les adolescents. Le contenu de l'intervention devrait toutefois être adapté au développement de cette population (preuve de classe C).

Lors d'une intervention visant à motiver le jeune fumeur à cesser de fumer, le professionnel pourrait orienter ses messages autour des thèmes suivants^{21,30} :

- la plupart des jeunes ne fument pas;
- toutes les formes de tabac causent une dépendance et la plupart des jeunes qui font usage de tabac sont dépendants de la nicotine;
- le tabagisme entrave la liberté et cause une perte de contrôle;
- les compagnies de tabac manipulent les jeunes avec des publicités trompeuses dans le but de les rendre dépendants;
- fumer ne rend ni *cool*, ni *sexy*, ni viril, ni plus heureux;
- la mauvaise haleine, les taches sur les doigts et les dents, le souffle court et une diminution de la performance sportive sont quelques-unes des conséquences à court terme du tabagisme;
- le tabagisme cause des problèmes de santé chez plusieurs jeunes, dont une toux chronique ou des maux de gorge;
- le tabagisme coûte cher et l'argent dépensé pourrait être utilisé à d'autres fins;
- il existe d'autres façons de se distinguer que d'adopter une habitude qui cause rapidement de la dépendance et de nombreux problèmes de santé à long terme.

Les cliniciens peuvent considérer l'utilisation de la thérapie de remplacement de la nicotine ou du bupropion si les jeunes fumeurs sont dépendants de la nicotine et s'ils veulent cesser de fumer (preuve de classe C).

Lorsque le clinicien recommande ou prescrit une pharmacothérapie à un jeune fumeur, il devrait tenir compte de son niveau de dépendance, du nombre de cigarettes consommées chaque jour et du poids corporel².

En Colombie-Britannique, dans une revue de littérature sur les programmes efficaces de cessation, des chercheurs universitaires ont présenté en 1998 une série de constats⁴⁴ :

- les écoles sont des milieux privilégiés d'intervention à cause de l'accès aux étudiants fumeurs et à leurs pairs, de la disponibilité de locaux;
- les programmes de cessation devraient être accessibles en milieu scolaire et devraient être intégrés dans une approche globale de réduction du tabagisme;
- les programmes de groupe structurés seraient préférables au matériel autodidacte;
- les programmes de groupe en milieu scolaire devraient être offerts uniquement aux fumeurs plutôt que pendant les heures de classe à l'ensemble des étudiants (fumeurs et non-fumeurs);
- les programmes de cessation devraient être donnés par des individus, idéalement des professionnels de la santé, formés spécifiquement pour l'animation de ce genre d'intervention;
- l'approche de cessation devrait inclure une phase de maintien (au moins six mois après la date d'arrêt);
- les programmes de cessation devraient inclure une composante de soutien par les pairs;
- les intervenants qui désirent offrir des programmes de cessation aux jeunes devraient être formés sur les moyens efficaces pour recruter les jeunes;
- les programmes de cessation en milieu scolaire devraient être gratuits ou offerts à un coût minime afin de favoriser l'accessibilité et de faciliter le recrutement;
- les concours de cessation en milieu scolaire devraient être utilisés seulement comme complément aux programmes de groupe structurés;
- la confidentialité est un élément essentiel des programmes, car beaucoup de jeunes ne veulent pas que leurs parents sachent qu'ils fument;
- le modèle des étapes de changement des comportements selon Prochaska et DiClemente ne peut être généralisé pour le moment aux jeunes.

FEMMES ENCEINTES

Il est bien connu que le tabagisme durant la grossesse comporte des risques tant pour la femme enceinte que pour le fœtus. C'est pourquoi plusieurs femmes enceintes sont particulièrement motivées à renoncer au tabac pendant leur grossesse. Les professionnels de la santé ont donc tout intérêt à profiter de cette opportunité pour offrir du counselling en cessation tabagique.

Voici ce que les lignes directrices américaines indiquent² :

- Les femmes enceintes fumeuses devraient se voir offrir une intervention plus intensive que l'intervention minimale (preuve de classe A). En effet, une revue de sept études comparant une intervention plus intensive à une intervention minimale de trois minutes comprenant la recommandation de cesser de fumer et du matériel autodidacte a révélé

que les taux de cessation des femmes soumises à l'intervention intensive avaient dépassé de 10,2 % les taux obtenus avec l'intervention minimale (16,8 % versus 6,6 %).

- Les cliniciens devraient offrir du counselling dès la première visite prénatale et tout au long de la grossesse (preuve de classe B).
- L'utilisation de la pharmacothérapie devrait être envisagée lorsqu'une femme enceinte est incapable de cesser de fumer et quand les avantages de l'abandon dépassent les risques de la pharmacothérapie et de la possibilité de continuer de fumer simultanément (preuve de classe C). Toutefois, le clinicien devrait s'assurer que la femme enceinte ne consomme pas plus de nicotine que lorsqu'elle fumait.

Comme au Québec, il y a environ 75 000 naissances chaque année, une intervention intensive menée auprès de la totalité des femmes enceintes fumeuses aboutirait à 1 189 abandons chaque année.

LES PERSONNES AFFECTÉES PAR DES PROBLÈMES DE SANTÉ

Hospitalisation

Il est possible de rejoindre les personnes fumeuses, atteintes d'une maladie reliée au tabagisme ou non, lorsqu'elles sont hospitalisées ou quand elles reçoivent des services ambulatoires. Comme une grande proportion des hospitalisations le sont pour des maladies reliées au tabagisme, il apparaît extrêmement pertinent de se préoccuper du statut tabagique de chaque patient hospitalisé. De plus, les patients sont souvent très motivés si leur maladie est reliée à leur habitude tabagique. Le fait d'être temporairement hébergés dans un établissement sans fumée constitue un facteur de renforcement.

L'intervention suggérée en milieu hospitalier consiste à :

- inscrire au dossier le statut tabagique de tout patient hospitalisé;
- inscrire, pour les fumeurs, le statut tabagique à la liste de problèmes et parmi les diagnostics de départ;
- offrir de l'aide à tous les fumeurs dont une approche pharmacologique de sevrage de la nicotine durant l'hospitalisation et à la sortie de l'hôpital².

Selon les lignes directrices américaines, le taux estimé de cessation, à partir de quatre études chez des fumeurs hospitalisés soumis à une intervention, est de 23,3 % comparé à 19,2 % pour un groupe témoin². Ainsi, les patients hospitalisés devraient se voir offrir durant leur hospitalisation un traitement reconnu efficace (preuve classe B)².

Au Québec, deux projets régionaux d'aide à l'abandon du tabac pour fumeurs hospitalisés ont été réalisés. Le programme « Pour une vie sans fumée » du Centre hospitalier régional du Grand-Portage rapporte qu'en 1998-1999, 600 personnes, majoritairement des femmes,

se sont prévaluées du programme sur une possibilité de 7 000 fumeurs hospitalisés. Quarante-vingts pour cent des participants ont jugé l'intervention utile, appréciant le suivi après l'hospitalisation, la documentation et les conseils. Après un an, 25 % des participants avaient cessé de fumer⁴⁵.

Le programme intégré d'aide à la cessation tabagique du Centre hospitalier régional de Baie-Comeau procède au dépistage systématique du statut tabagique des patients hospitalisés, offre un service individualisé durant l'hospitalisation incluant la substitution nicotinique et exerce un suivi en post-hospitalisation. L'impact reste cependant à être évalué⁴⁵.

Comorbidité psychiatrique et toxicomanie

D'après les lignes directrices américaines, les fumeurs avec une comorbidité psychiatrique devraient être traités selon les modalités thérapeutiques démontrées efficaces (preuve de classe C)².

Le bupropion et la nortryptiline devraient être considérés pour traiter la dépendance au tabac chez les fumeurs souffrant ou ayant souffert de dépression (preuve de classe C)².

Par « comorbidité psychiatrique » on entend présence du tabagisme et d'une maladie psychiatrique concomitante. Jusqu'à 30 % des fumeurs demandant des services d'abandon ont des antécédents de dépression et 20 % des antécédents de dépendance à l'alcool. Ces fumeurs doivent donc bénéficier d'un suivi étroit et d'une réévaluation des besoins de traitement. Une exacerbation de la maladie psychiatrique peut être déclenchée par l'abandon du tabac chez certains patients, mais l'abstinence a généralement peu d'impact sur la maladie psychiatrique.

La codépendance tabac/alcool est fréquente. Chez les personnes qui abusent de l'alcool ou de drogues, plus de 70 % fument. Les fumeurs en traitement pour une autre dépendance que celle du tabac devraient également recevoir un traitement pour l'abandon du tabac comprenant counselling et pharmacothérapie (preuve de classe C). Il n'y a pas d'évidence qu'un fumeur qui cesse de fumer ait une rechute quant à l'usage d'autres drogues desquelles il était devenu abstinent.

Fumeur âgé

Le traitement du tabagisme est efficace chez les personnes âgées (preuve de classe A)², car il peut diminuer le risque d'infarctus du myocarde et le risque de décès par maladie coronarienne ou cancer du poumon. À tout âge, un fumeur retirera des avantages de l'abandon du tabac. Les interventions démontrées efficaces dans la population générale le sont également chez le fumeur âgé.

ESTIMATIONS DE L'IMPACT ET DES COÛTS DE DIFFÉRENTES INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE CESSATION TABAGIQUE AU QUÉBEC

Après avoir présenté une description de différentes interventions en matière de cessation tabagique, leur efficacité, et une estimation de leurs coûts, nous tenterons au cours des prochaines pages de les comparer entre elles.

Le tableau 10 présente des données québécoises qui ont servi aux différents calculs :

- la prévalence du tabagisme en 2000;
- le nombre de fumeurs âgés de 15 ans et plus en 2000;
- le nombre de fumeurs hospitalisés au moins une fois en 1998; comme nous ne connaissons pas la prévalence exacte chez les patients hospitalisés, nous l'avons estimée à 28 %, prévalence probablement sous-évaluée.

Tableau 10 : Données de base au sujet de la population québécoise

	Population de 15 ans et plus en 2000	Personnes de 15 ans et plus hospitalisées au moins une fois en 1998
	6 050 621	613 707
Nombre de fumeurs (prévalence tabagisme)	1 694 174 (28 %)	171 838 (28 %)

Dans les tableaux 11 et 12, nous avons inscrit pour chaque intervention :

- le nombre de bénéficiaires potentiels;
- le pourcentage d'utilisation;
- l'efficacité de l'intervention à douze mois;
- l'impact en termes d'ex-fumeurs à douze mois;
- les coûts des ressources humaines et matérielles;
- le coût par ex-fumeur.

Cet exercice permet de comparer l'efficacité des différentes interventions de cessation en fonction des coûts estimés pour leur mise en place.

Voici quelques informations pertinentes pour la compréhension des tableaux 11 et 12 :

- dans les lignes directrices américaines, plusieurs des taux de cessation rapportés sont des taux à au moins cinq mois. Cromwell, dans son analyse coûts-efficacité des interventions de counselling, a ajusté les taux à douze mois, en prenant comme hypothèse qu'il y avait une rechute de 45 % entre six et douze mois³. Nous avons donc ajusté à douze mois tous les taux rapportés à au moins cinq mois en réduisant le pourcentage de cessation de 45 %;
- par efficacité, nous entendons les taux de cessation dus à l'intervention moins les taux de cessation obtenus dans un groupe témoin;
- pour la ligne téléphonique d'information et de référence, nous avons estimé que 4 % de tous les fumeurs pourraient l'utiliser, comme l'a rapporté une importante étude en Grande-Bretagne. Les coûts rapportés sont les coûts récurrents de la ligne Info-Santé CLSC;
- dans le tableau 11, le counselling d'intensité variée est celui offert par les médecins; nous avons considéré que 70 % de la population consultait son médecin une fois par année, ce qui représente 1 185 922 fumeurs;
- au sujet de la répartition des pourcentages d'utilisation des différentes formes de counselling individuel, nous avons utilisé l'information disponible lors d'une enquête effectuée en 2000 auprès d'omnipraticiens de Montréal. Cette enquête a révélé que la durée de counselling est de moins de deux minutes pour 11 % des médecins, de deux à cinq minutes pour 45 % d'entre eux, de six à dix minutes pour 29 % des répondants et de plus de dix minutes pour 14 % des médecins; nous avons fait l'hypothèse que 30 % des fumeurs vus en consultation par un médecin recevraient un counselling minimal, 45 % un counselling de faible intensité et 15 % un counselling d'intensité élevée; à propos des fumeurs qui utiliseraient une pharmacothérapie, nous avons estimé que plus de la moitié des fumeurs en préparation accepteraient une aide pharmacologique, soit environ 10 % des fumeurs vus en consultation par les médecins;
- pour les calculs concernant le counselling, nous avons utilisé l'efficacité à au moins cinq mois qui se retrouve dans les lignes directrices américaines (que nous avons ajustée à 12 mois) :

- intervention minimale	2,5 %	(1,38 % à 12 mois)
- intervention de faible intensité	5,1 %	(2,81 % à 12 mois)
- intervention d'intensité élevée	11,2 %	(6,16 % à 12 mois)
- pharmacothérapie (timbre de nicotine et bupropion)	10,0 %	(5,50 % à 12 mois)
- aucun coût de ressources humaines n'a été rapporté dans le tableau concernant le counselling minimal ou de faible intensité; concernant le coût du counselling individuel d'intensité élevée, nous l'avons estimé à 30 \$ par fumeur;
- pour le counselling de groupe, nous avons regardé deux scénarios : le premier utilisant l'efficacité citée dans les lignes directrices américaines de 1996 et le second, celle de la mise à jour en 2000;
- comme il n'y a pas d'études contrôlées pour le concours de type « Quit and Win », nous avons soustrait du taux de 20 % rapporté dans la littérature, un taux d'abandon de 11 %

retrouvé chez la population fumeuse au stade de la préparation (selon les étapes de changement du comportement);

- la littérature rapporte qu'une augmentation de 10 % du prix des cigarettes provoque une diminution de la consommation totale de 4 % dont une baisse de la prévalence de moitié;
- les deux interventions environnementales du tableau 12 ont probablement un impact au cours des mois qui suivent l'introduction de la mesure.

Tableau 11 : Estimations de l'impact et des coûts de différentes interventions auprès des fumeurs du Québec

Interventions	Bénéficiaires potentiels	% utilisation	Efficacité à 12 mois* (%)	Impact à 12 mois (nombre de fumeurs ayant cessé)	Coûts	Coûts/ex-fumeur
Ligne téléphonique d'information et de référence	1 694 174	4,0	0,83	559	325 000	581
Counselling téléphonique proactif chez les fumeurs hospitalisés	171 838	40,0	1,27	870	2 405 732	2 767
Counselling individuel par le médecin :						
• minimal	1 185 922	30,0	1,38	4 892	Inclus RAMQ	----
• de faible intensité	1 185 922	45,0	2,81	14 969	Inclus RAMQ	----
• d'intensité élevée	1 185 922	15,0	6,16	10 958	5 336 648	487
• minimal ou de faible intensité avec pharmacothérapie	1 185 922	10,0	5,50	6 523	Inconnus	Inconnus
Counselling de groupe						
• 1 ^{er} scénario (efficacité 2000)	1 694 174	2,5	1,71	722	3 176 576	4 399
• 2 ^e scénario (efficacité de 1996)	1 694 174	2,5	4,24	1 794	3 176 576	1 771
Concours de type « Quit and Win »	1 694 174	1,5	9,00	2 287	550 000	240

* L'efficacité à douze mois a été ajustée en considérant 45 % de rechutes entre six et douze mois sauf pour le concours de type « Quit and Win ».

Tableau 12 : Estimations de l'impact de différentes interventions environnementales au Québec

Interventions	Bénéficiaires potentiels	% utilisation	Efficacité à 12 mois (%)	Impact à 12 mois (nombre de fumeurs ayant cessé)	Coûts	Coûts/ex-fumeur
Augmentation de 10 % du prix des cigarettes	1 694 174	100,0	2,00	33 883	Revenus	----
Application du Chapitre II de la Loi sur le tabac	1 694 174	56,0	2,60	24 667	Inconnus	----

DISCUSSION

Est-il encore utile de rappeler en 2001 l'impact du tabagisme sur la santé de la population ? Maladies cardiovasculaires, nombre de cancers, maladies respiratoires, pour ne nommer que les principales, sont toutes des maladies fortement influencées par l'usage du tabac. De fait, le tabagisme est le principal facteur de risque des maladies chroniques. L'usage du tabac est responsable du décès, à chaque année, de 12 000 Québécois et la fumée de tabac dans l'environnement provoque à elle seule 1 100 décès.

La population québécoise est de plus en plus consciente de la nocivité des produits du tabac et les nombreuses interventions mises en place depuis le début des années 1990 semblent porter fruit. La prévalence du tabagisme est passée de 38 % en 1994 à 28 % en 2000. L'implantation d'une panoplie de mesures dont la dénonciation des stratégies de l'industrie du tabac, les campagnes médiatiques, l'adoption de la Loi sur le tabac, le remboursement des aides pharmacologiques de sevrage de la nicotine ou la mise en place de services de cessation, a probablement permis de modifier la norme sociale entourant l'usage du tabac au Québec, et de ce fait, provoquer une réduction du tabagisme.

Tous les experts reconnaissent que pour réduire le tabagisme dans une population, il est indispensable d'utiliser une variété d'interventions pour prévenir l'usage du tabac, protéger la santé des non-fumeurs et favoriser la cessation. Seulement la mise en place d'un programme global coordonné et soutenu parviendra à contrer les stratégies de promotion de l'industrie du tabac.

Dans ce travail, nous avons tenté d'estimer l'impact potentiel et les coûts de mise en œuvre de plusieurs interventions en matière de cessation tabagique. Nous sommes conscients qu'un tel exercice comporte plusieurs limites. En effet, les taux de cessation que nous avons utilisés sont des taux obtenus dans un cadre spécifique de recherche. En situation courante, les taux de cessation pourraient être différents. Nous croyons toutefois que cet exercice facilitera le travail des planificateurs sociosanitaires et des intervenants de la santé.

Principaux constats :

- le counselling individuel par les médecins accompagné ou non d'une pharmacothérapie est l'intervention qui a le potentiel le plus élevé pouvant générer un peu plus de 37 000 ex-fumeurs au cours d'une année;
- les interventions de counselling minimal ou de faible intensité par les médecins ne comportent pas de coûts supplémentaires, car nous avons considéré que les coûts rattachés à ces interventions étaient déjà inclus dans le cadre de la visite médicale;
- les interventions de counselling individuel d'intensité élevée sont celles qui sont le plus efficaces, mais elles ont un impact populationnel moindre (près de 11 000 ex-fumeurs) que les counsellings minimal et de faible intensité regroupés (près de 20 000 ex-fumeurs);
- l'augmentation de 10 % du prix des cigarettes est une mesure qui pourrait résulter en presque 34 000 ex-fumeurs;

- l'application du Chapitre II de la Loi sur le tabac est une mesure très efficace, avec un impact potentiel de près de 25 000 ex-fumeurs. Cet impact se produit probablement lors de l'implantation de la mesure et non pas de façon répétée;
- les concours de type « Quit and Win », bien qu'ils ne génèrent pas un aussi grand nombre d'ex-fumeurs que d'autres interventions, ont un ratio coût par ex-fumeur très faible;
- le counselling de groupe est une intervention efficace, bien que peu de fumeurs s'inscrivent dans une telle démarche;
- 870 fumeurs hospitalisés pourraient cesser de fumer à chaque année grâce à une intervention de counselling téléphonique proactif; les coûts par ex-fumeurs sont toutefois plus élevés que pour les autres interventions;
- le service d'information et référence, un service complémentaire à d'autres mesures comme les concours de cessation, pourrait générer près de 600 ex-fumeurs par année;
- la seule distribution de matériel autodidacte n'a pas démontré d'efficacité; l'accès à un site Internet pour fumeurs désireux de cesser de fumer n'a jamais été évalué. Il serait intéressant de pouvoir vérifier l'efficacité de ce type de service;
- les femmes enceintes constituent un groupe prioritaire auquel il est impératif d'offrir des services intensifs d'aide à la cessation;
- il existe peu d'études robustes sur l'efficacité des programmes de cessation chez les jeunes et plusieurs experts du domaine recommandent de prioriser la recherche chez ce groupe.

Quelques éléments de réflexion

- Il nous apparaît très important d'améliorer la dispensation de différentes interventions en cessation tabagique au Québec en construisant à partir des interventions déjà implantées et qui fonctionnent bien. Il existe une ligne téléphonique d'information sur le tabac, ligne Poumon-9, qui répond à 3 000 appels par année. Les intervenants qui travaillent pour cette ligne connaissent bien la problématique du tabac, car certains ont déjà offert des programmes de cessation de l'Association pulmonaire américaine à l'Institut thoracique de Montréal. De plus, cette ligne est en service depuis maintenant deux ans et a reçu de nombreux appels durant les deux Défis « J'arrête, j'y gagne ! » en 2000 et 2001. Deux autres lignes téléphoniques, non spécifiques celles-là au tabac, répondent à des appels sur le tabagisme. Il s'agit de la ligne Info-Santé CLSC, bien connue et largement utilisée, et de la ligne « Drogues, aide et référence » dont la plupart des répondants ont reçu récemment une formation spécifique sur le tabagisme. Il est essentiel de soutenir financièrement l'existence de ces trois lignes téléphoniques. Il serait également intéressant de considérer la possibilité d'ajouter des messages préenregistrés aux lignes existantes comme cela a été expérimenté dans certaines études.
- Le counselling individuel par un professionnel de la santé est une intervention qui a fait ses preuves. Comme les médecins, les dentistes et les pharmaciens sont les professionnels de la santé les plus souvent rencontrés par la population québécoise, il devrait être de leur rôle d'identifier le statut tabagique de leur clientèle et de leur offrir

une intervention minimale ou de faible intensité. Pour tous ces professionnels de la santé, l'importance de ce rôle devrait être confirmée par des ajustements d'honoraires professionnels. Les interventions individuelles d'intensité élevée pourraient également être offertes par les médecins. Toutefois, il n'existe aucun code pour la rémunération à l'acte pour ce type d'intervention. Les médecins qui facturent selon le mode de tarification horaire ou qui sont à honoraires fixes sont davantage en mesure d'offrir un counselling plus intensif. L'instauration des groupes de médecine de famille et la présence d'infirmières au sein de ces groupes pourraient faciliter l'offre de counselling en cessation tabagique d'intensité élevée.

- Nous pensons que le financement des aides pharmacologiques de sevrage de la nicotine par le régime général d'assurance médicaments du Québec est une mesure avant-gardiste. Une telle mesure devrait être poursuivie surtout lorsqu'on considère que l'utilisation d'une pharmacothérapie double les taux de succès.
- Les interventions de groupe obtiennent des taux de cessation intéressants. Toutefois, peu de fumeurs s'inscrivent à des programmes de groupe, et le coût par ex-fumeur est assez élevé.
- Le Défi « J'arrête, j'y gagne ! » en est à sa troisième année. Plus de 1 % de la population fumeuse a participé à chacune des deux premières éditions. Comme c'est une intervention hautement médiatisée, elle pourrait être considérée comme une campagne médiatique. Ce genre de campagnes médiatiques, d'après les experts, est une composante de base de tout programme global de réduction du tabagisme et on devrait y accorder l'importance et le financement nécessaires pour obtenir une bonne pénétration au sein du public.
- L'application du Chapitre II de la Loi sur le tabac depuis décembre 1999 a sûrement permis à de nombreux fumeurs de prendre la décision de cesser de fumer. Elle a de plus l'avantage de protéger la santé des travailleurs non-fumeurs.
- Quant à la hausse des taxes, c'est une intervention environnementale qui réduit la quantité totale de cigarettes consommées, favorise l'abandon du tabac, et surtout diminue l'usage du tabac chez les jeunes. En ce sens, c'est une mesure extrêmement importante à mettre en œuvre au Québec. Afin d'éviter une recrudescence de la contrebande, il est important d'harmoniser les taux de taxes entre le Québec, les provinces canadiennes et les États américains limitrophes. En effet, le prix des cigarettes demeure parmi les moins élevés en Amérique du Nord à 43,82 \$ canadiens, le prix moyen des cigarettes dans les États voisins étant de 63,47 \$ canadiens la cartouche⁴⁶.

En plus d'être un important problème de santé publique, le tabagisme imposait à la société québécoise en 1992 des coûts faramineux de 2,4 milliards de dollars par année en coûts directs et indirects⁴⁷. Ce montant représente 1,5 % du produit intérieur brut, soit 331 \$ per capita⁴⁷ alors que les investissements actuels dans la lutte contre le tabagisme sont d'environ 6 \$ par habitant⁴⁶. Alors que la prévalence du tabagisme est à la baisse depuis 1994 et que la hausse notée chez les jeunes semble se stabiliser, il apparaît essentiel que tous les professionnels de la santé s'engagent dans cette lutte contre le tabagisme en mettant en place, entre autres, des interventions efficaces en matière de cessation tabagique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. *Loi réglementant la fabrication, la vente, l'étiquetage et la promotion des produits du tabac, modifiant une autre loi en conséquence et abrégeant certaines lois*, gouvernement du Canada, 1997.
2. FIORE, M.C., et autres. *Treating Tobacco Use and Dependence. A U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Clinical practice guideline*, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, AHRQ Publication N° 00-0032, juin 2000.
3. CROMWELL, J., et autres. « Cost effectiveness of the clinical practice recommendations in the A.H.C.P.R. Guideline for smoking cessation », *JAMA*, vol. 278, n° 21, 1997, p. 1759-1766.
4. HOPKINS, D.P., J.E. FIELDING et THE TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES. « The guide to community preventive services: tobacco use prevention and control. Review, recommendations and expert commentary », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 20, n° 2, 2001, p. 1-88.
5. PROCHASKA, J.O., et C.C. DICLEMENTE. « Stages of change in the modification of problem behaviors », dans M. Hersen, R.M. Eisler et P.M. Miller (sous la dir. de), *Progress in Behavior Modification*, p. 184-214.
6. FARKAS, A.J., et autres. « Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation », *Addiction*, vol. 91, n° 9, 1996, p. 1271-1280.
7. OSSIP-KLEIN, D.J., et autres. « Effects of a smoker's hotline: Results of a 10-county self-help trial », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59, n° 2, 1991, p. 325-332.
8. MCFALL, S.L., et autres. « The effects and use of maintenance newsletter in a smoking cessation intervention », *Addict Behav*, vol. 18, 1993, p. 151-158.
9. BRANDON, T.H., et autres. « Preventing relapse among former smokers: a comparison of minimal intervention through telephone and mail », *J Consult Clin Psycho*, vol. 68, 2000, p. 103-113.
10. OWEN, L. « Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign », *Tobacco Control*, vol. 9, 2000, p. 148-154.
11. STEAD, L.F., et T. LANCASTER. « Telephone counselling for smoking cessation », dans Cochrane Review (sous la dir. de), *The Cochrane Library*, vol. 2, 2001, Oxford: Update Software.
12. LICHTENSTEIN, E., et autres. « Telephone counselling for smoking cessation. Rationales and meta-analytic review of evidence », *Health Education Research*, vol. 11, n° 2, 1996, p. 243-257.

13. DAVELUY, C., et autres. *Enquête sociale et de la santé 1998*, 2^e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000.
14. RIGOTTI, N.A., et autres. « Interventions for smoking cessation in hospitalised patients », dans Cochrane Review (sous la dir. de), *The Cochrane Library*, vol. 2, 2001, Oxford: Update Software.
15. PELLETIER, J. *Rapport de l'étude sur la cessation du tabagisme chez les patients hospitalisés*, Unité de santé publique du Centre hospitalier régional du Grand-Portage, Rivière-du-Loup, septembre 1996.
16. KRUMHOLZ, H.M., et autres. « Cost-effectiveness of a smoking cessation program after myocardial infarction », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 22, n° 6, 1993, p. 1697-1702.
17. SANTÉ CANADA. *Enquête sur le tabagisme au Canada*, Santé Canada, Quartier 4, juin 1995.
18. SANTÉ QUÉBEC. « Et la santé, ça va en 1992-1993 ? », dans C. Bellerose, C. Lavallée, L. Chenard, et M. Levasseur (sous la dir. de), *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, vol. 1, 1993.
19. DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL-CENTRE. *Communication personnelle*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, octobre 2001.
20. *La prévention et l'abandon du tabagisme. Lignes directrices*, Collège des médecins du Québec et la Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, janvier 1999.
21. TREMBLAY, M., C. LACROIX, et A. GERVAIS. *Des médecins actifs pour contrer le tabagisme. Formation sur le counselling tabagique*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, août 2001.
22. ORDRE DES DENTISTES DU QUÉBEC. *Guide du dentiste*, Ordre des dentistes du Québec, mai 2000.
23. BRODEUR, J.M., et autres. *Assurance dentaire privée : Étude 1994-1995 sur la santé bucco-dentaire des adultes québécois de 35 à 44 ans*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal, mars 1997, p. 21-22.
24. ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. *Algorithme d'encadrement et d'aide au client désirant cesser de fumer*, Ordre des pharmaciens du Québec.
25. GELLER, A. *Common addictions*, Clinical Symposia, Ciba, N° 3, 1996.
26. SILAGY, C., et autres. « Nicotine replacement therapy for smoking cessation », dans Cochrane Review (sous la dir. de), *The Cochrane Library*, vol. 3, 1999, Oxford: Update Software.

27. ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION POSITION PAPER. *Rethinking stop-smoking medications: Myths and facts*, Ontario Medical Review, juillet-août 1999.
28. GLAXO WELLCOME INC. *Monographie canadienne du Zyban (chlorhydrate de bupropion à libération prolongée)*, Mississauga, 1998.
29. LANCASTER, T., et L.F. STEAD. « Self-help interventions for smoking cessation », dans Cochrane Review (sous la dir. de), *The Cochrane Library*, vol. 3, 1999, Oxford Update Software.
30. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. PUBLIC HEALTH SERVICE. *Smoking cessation: Clinical practice guideline number 18*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research. Centers for Disease Control and Prevention, AHCPR Pub. N° 96-0692, avril 1996, 125 p.
31. CONSEIL QUÉBÉCOIS SUR LE TABAC ET LA SANTÉ, et SANTÉ CANADA. *Répertoire québécois des ressources favorisant la réduction du tabagisme*, CQTS et Santé Canada, trimestre 1999.
32. BAINS, N., W. PICKETT, et J. HOEY. « The use and impact of incentives in population-based smoking cessation programs: A review », *The Science of Health Promotion*, vol. 12, N° 5, mai-juin 1998, p. 307-320.
33. GOMEZ-ZANUDIO, M. *Évaluation du premier concours de cessation tabagique au Québec. Le Défi : « J'arrête, j'y gagne ! »*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2000.
34. DICLEMENTE, C.C., et autres. « The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change », *J Consult Clin Psychol*, vol. 59, 1991, p. 295-304.
35. HAMILTON, W. *Independent Evaluation of the Massachusetts Tobacco Program*, Abt Associates Inc., 1997.
36. PIERCE, J.P., et autres. *Tobacco Control in California: Who's Winning the War? An Evaluation of the Tobacco Control Program, 1989-1996*, University of California, San Diego, 1996.
37. CENTRE NATIONAL DE DOCUMENTATION SUR LE TABAC ET LA SANTÉ, *Des interventions efficaces auprès des jeunes : Les prix et l'abordabilité*. Tiré de : <http://www.cctc.ncth/docs/ei-price-f.htm>, mars 1996.
38. MINISTÈRE DES FINANCES DU QUÉBEC. *Communication personnelle*, ministère des Finances du Québec, 1999.
39. AUBIN, J., L. CAOUCETTE, et J. GRATTON. *L'usage de la cigarette au Québec, 1985 à 1994 : Analyse d'enquêtes multiples. Monographie # 4*, Montréal, Santé-Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 1994.
40. LOISELLE, J. *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, 2001.

41. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000.
42. FANELLY, M.C., W.N. EVANS, et Q.E.S. SFEKAS. « The impact of workplace smoking bans: results from a national survey », *Tobacco Control*, vol. 8, 1999; p. 272-277.
43. *Loi sur le tabac*. Éditeur officiel du Québec, gouvernement du Québec, 1998.
44. INSTITUTE OF HEALTH PROMOTION RESEARCH UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA. *Smoking Cessation. A Synthesis of the Literature on Program Effectiveness. Report to the British Columbia Ministry of Health and Ministry responsible for seniors*. Prepared by the Institute of Health Promotion Research University of British Columbia, juillet 1998.
45. TREMBLAY, M. *Analyse de la pertinence d'interventions de cessation du tabagisme*, Institut national de santé publique du Québec, 2001.
46. COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE CONTRÔLE DU TABAC. *Prochain budget : Hausse des taxes sur le tabac et le financement de la lutte contre le tabagisme*. Lettre ouverte, 27 octobre 2001.
47. SINGLE, E., et autres. *Les coûts de l'abus de substances au Canada*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1996.