



Les pratiques de counseling en abandon du tabac des hygiénistes dentaires et des dentistes : une comparaison entre 2004-2005 et 2010

Michèle Tremblay, M.D., Institut national de santé publique du Québec
Jennifer O'Loughlin, Ph. D., Centre de recherche du Centre hospitalier de
l'Université de Montréal, Institut national de santé publique du Québec
Dominic Comtois, B.A., candidat à la maîtrise en épidémiologie, Université McGill

INTRODUCTION

Le tabagisme est considéré comme le principal facteur de risque des maladies chroniques les plus meurtrières (Organisation mondiale de la Santé, 2002). Chaque année, un peu plus de 10 000 Québécois meurent de maladies causées par l'usage du tabac (Rhem et collab., 2006). Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué de façon remarquable au cours des 20 dernières années, il n'en demeure pas moins que plus de 1,5 million de Québécois et Québécoises font usage de tabac (Statistique Canada, 2010).

En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confiait à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'élaborer conjointement avec six ordres professionnels québécois (Collège des médecins, Ordre des pharmaciens, Ordre des dentistes (ODQ), Ordre des hygiénistes dentaires (OHDQ), Ordre des infirmières et infirmiers, Ordre professionnel des inhalothérapeutes) un projet visant à optimiser les pratiques de counseling de leurs membres. Cette demande faisait partie d'une initiative en cours depuis 2000 pour inciter les fumeurs à cesser de fumer et les soutenir dans une démarche de renoncement au tabac : campagnes médiatiques, Défi *j'arrête, j'y gagne*, couverture d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique par les régimes public et privés d'assurance-médicaments et mise en place de services *j'Arrête* (ligne téléphonique, site Internet, consultation individuelle ou de groupe dans les centres d'abandon du tabagisme).

Une première enquête conduite en 2004-2005 auprès d'échantillons aléatoires de ces six groupes de professionnels a permis de connaître leurs pratiques de counseling en abandon du tabac, leurs croyances quant à leur rôle et leurs compétences à intervenir auprès des patients fumeurs (Tremblay, Cournoyer et O'Loughlin, 2009). Les résultats ont aussi guidé le développement d'activités et d'outils de formation pour répondre aux besoins éducatifs identifiés. En 2010, une seconde enquête a été menée afin de suivre l'évolution des pratiques de counseling en abandon du tabac des professionnels de la santé et afin de connaître l'appréciation des actions mises en place par leur ordre professionnel.



information



formation



recherche



coopération
internationale

L'objectif de ce feuillet est de décrire l'évolution des pratiques de counseling en abandon du tabac des hygiénistes dentaires et des dentistes entre 2004-2005 et 2010 et des caractéristiques psychosociales associées à ce counseling.

Ce feuillet fait partie d'une collection de quatre feuillets portant sur les résultats de l'enquête menée en 2010.

MÉTHODOLOGIE

L'enquête de 2004-2005 a été menée auprès d'échantillons aléatoires simples de 500 hygiénistes dentaires et de 500 dentistes sélectionnés à partir des bases de données les plus récentes de l'OHDQ et de l'ODQ. En s'inspirant de travaux antérieurs (O'Loughlin et collab., 2001; Tremblay et collab., 2001; Makni et collab., 2002) un questionnaire autoadministré, prétesté et disponible en français et en anglais a été envoyé par la poste. Celui-ci était accompagné d'une lettre de présentation signée par le président de l'Ordre et par la chercheuse de l'INSPQ responsable de l'étude. Deux envois subséquents ont été effectués afin d'augmenter le taux de réponse. En 2010, la même méthodologie a été utilisée auprès d'échantillons aléatoires simples de 600 hygiénistes dentaires et de 600 dentistes. Pour être admissibles, les répondants devaient avoir administré des soins cliniques au cours des trois mois précédant l'enquête.

LES VARIABLES DE L'ÉTUDE

Les pratiques de counseling en abandon du tabac

En partant du principe qu'avant d'offrir du counseling en abandon du tabac, les professionnels de la santé doivent connaître le statut tabagique de leurs patients et leur motivation à cesser de fumer, nous avons créé deux scores de counseling : le score de counseling auprès des fumeurs « prêts à cesser de fumer » et celui auprès des fumeurs « pas prêts à cesser de fumer ».

Le score de counseling auprès des fumeurs « prêts à cesser de fumer » comprenait dix items : Au cours des trois derniers mois, pour quelle proportion de vos patients fumeurs qui se préparaient à cesser de fumer avez-vous : (i) demandé le nombre de cigarettes fumées par jour?; (ii) discuté des tentatives antérieures pour cesser de fumer?; (iii) discuté des symptômes du sevrage?; (iv) discuté des inquiétudes du fumeur liées à l'abandon du tabac?; (v) discuté de stratégies pour cesser de fumer?; (vi) conseillé de se fixer une date précise pour cesser de fumer?; (vii) demandé s'ils fumaient leur première cigarette au cours des 30 premières minutes suivant leur réveil?; (viii) référé à la ligne téléphonique j'Arrête, un site Internet pour aider les patients à cesser de fumer, un professionnel de la santé spécialisé en abandon du tabac, un centre d'abandon du tabagisme ou encore des ressources communautaires en abandon du tabac?; (ix) proposé un suivi, en personne ou par téléphone, une ou deux semaines après la date prévue d'arrêt?; (x) recommandé une thérapie de remplacement de la nicotine, le bupropion ou la varénicline (en 2010 seulement)? Les choix de réponse pour chaque item étaient classés sur une échelle de 1 (peu/aucun) à 5 (tous/presque tous). On faisait ensuite la moyenne pour les dix items, les scores les plus élevés indiquant que le professionnel avait entrepris davantage de counseling en abandon du tabac.

Le score de counseling auprès des fumeurs « pas prêts à cesser de fumer » comprenait sept items : Au cours des trois derniers mois, pour quelle proportion de vos patients fumeurs qui n'étaient pas prêts à cesser de fumer, avez-vous : (i) discuté des effets du tabagisme sur la santé en général?; (ii) discuté de leurs perceptions des avantages et des inconvénients du tabagisme?; (iii) discuté de leurs perceptions des avantages et des inconvénients de cesser de fumer?; (iv) exprimé votre inquiétude par rapport à leur consommation de tabac?; (v) conseillé de cesser de fumer?; (vi) discuté des effets de la fumée secondaire sur la santé de leurs proches (famille, amis, etc.)?; (vii) offert un rendez-vous spécifique pour discuter

d'abandon du tabac? Les choix de réponses pour chaque item étaient classés sur une échelle de 1 (peu/aucun) à 5 (tous/presque tous). On faisait ensuite la moyenne pour les sept items, les scores les plus élevés indiquant que le professionnel avait entrepris davantage de counseling en abandon du tabac.

Les caractéristiques psychosociales

Nous avons mesuré plusieurs caractéristiques psychosociales liées au counseling en abandon du tabac en utilisant des indicateurs créés lors de travaux antérieurs : i) la croyance que c'est le rôle de l'hygiéniste dentaire ou du dentiste d'offrir un counseling en abandon du tabac (7 items); ii) le sentiment de compétence à offrir du counseling en abandon du tabac (5 items); iii) la connaissance des ressources vers lesquelles diriger les patients pour les aider à renoncer au tabac (1 item); iv) quatre types d'obstacles au counseling en abandon du tabac : a) les obstacles liés au patient (4 items); b) les obstacles liés aux connaissances (4 items); c) les obstacles liés aux ressources (3 items); d) les obstacles liés au temps (1 item).

La formation

Deux questions portaient sur la participation à des activités de formation sur le counseling en abandon du tabac : (i) Avez-vous reçu de la formation sur le counseling en abandon du tabac au cours de vos études?; (ii) Avez-vous reçu de la formation sur le counseling en abandon du tabac après vos études?

Les covariables

Les covariables comprennent l'année de l'enquête, l'âge, le sexe, le statut tabagique actuel, les caractéristiques de l'environnement clinique des hygiénistes dentaires ou des dentistes (proportion de patients âgés de moins de 18 ans et de ceux âgés de 65 ans ou plus) et la taille de la communauté dans laquelle pratique l'hygiéniste dentaire ou le dentiste : (communauté rurale, petite ville

(< 100 000 habitants), ville de taille moyenne (100 000-500 000 habitants) et grande ville (> 500 000 habitants).

ANALYSE DES DONNÉES

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour caractériser et comparer les échantillons de 2004-2005 et de 2010. Les scores moyens pour les caractéristiques psychosociales et les pratiques de counseling ont ensuite été ventilés selon la période de l'enquête, la participation à des activités de formation durant les études, et la participation à des activités de formation après les études. Puis, des modèles de régression linéaire multiple ont été utilisés pour analyser la relation entre, d'une part, l'année de l'enquête (2004-2005, 2010) et la participation à des activités de formation (pendant ou après les études) et d'autre part, les caractéristiques psychosociales et les pratiques de counseling.

Pour bien tenir compte d'un possible effet du temps, tous les modèles de régression comprennent l'année de l'enquête et l'âge de l'hygiéniste dentaire ou du dentiste. De plus, des modèles distincts sont présentés pour dénoter les changements dans les caractéristiques psychosociales et dans les pratiques de counseling entre 2004-2005 et 2010, sans égard à la formation.

Afin de déterminer quelles autres covariables inclure dans les modèles, des régressions simples ont été effectuées entre chacune des covariables et la variable d'intérêt (caractéristique psychosociale ou score de counseling); toute variable dont la valeur de p était inférieure ou égale à 0,25 a été retenue (Hosmer et Lemeshow, 2000). Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel SPSS, version 16.0 pour Windows.

RÉSULTATS

Hygiénistes dentaires

En 2005, le taux de réponse ajusté pour non-admissibilité était de 70 %, et en 2010, de 69 %. En 2010, les hygiénistes dentaires sondées¹ sont un peu plus jeunes qu'en 2005 (moyenne de 38,4 ans versus 40,0 ans) (tableau 1). Elles rapportent traiter significativement moins de jeunes âgés de moins de 18 ans et moins de patients âgés de 65 ans et plus.

La proportion d'hygiénistes dentaires ayant indiqué avoir suivi une formation durant leurs études est passée de 1 % en 2005 à 12 % en 2010 ($p < 0,001$); pour la formation après les études, la proportion est passée de 9 % en 2005 à 17 % en 2010 ($p = 0,003$).

Tableau 1 Caractéristiques des hygiénistes dentaires en 2005 et en 2010, Québec

| | Total (n = 662) | 2005 (n = 324) | 2010 (n = 338) | P |
|---|--------------------|-------------------|-------------------|--------|
| Femmes, % | 99 | 99 | 99 | ,997 |
| Âge, moyenne (écart-type) | 39,2 (7,3) | 40,0(4,1) | 38,4 (9,5) | ,005 |
| Type de communauté, %* | | | | ,280 |
| Rurale | 12 | 14 | 10 | |
| Petite ville (< 100 000 hab.) | 34 | 35 | 33 | |
| Ville de taille moyenne (100 000-500 000 hab.) | 29 | 29 | 29 | |
| Grande ville (> 500 000 hab.) | 25 | 22 | 27 | |
| Proportion de patients âgés de moins de 18 ans, moyenne (écart-type) | 29 (21) | 31 (21) | 27 (21) | ,009 |
| Proportion de patients âgés de 65 ans ou plus, moyenne (écart-type) | 20(15) | 23 (18) | 17 (12) | < ,001 |
| Fumeur, % | 9 | 8 | 9 | ,837 |
| Ayant suivi une formation durant les études, % | 7 | 1 | 12 | < ,001 |
| Ayant suivi une formation après les études, % | 13 | 9 | 17 | ,003 |

* Les totaux peuvent différer de 100 % en raison de l'arrondissement.

¹ Étant donné la forte proportion de femmes au sein de l'OHDQ, nous avons choisi de féminiser le texte quand nous faisons référence aux hygiénistes dentaires.

Le tableau 2 présente les moyennes pour chaque caractéristique psychosociale de même que pour les deux scores de counseling selon les ventilations suivantes : année d'enquête, participation à une formation durant les études et participation à une formation après les études. Peu de changements importants sont observés entre 2005 et 2010. Toutefois, il existe des différences marquées selon que les hygiénistes dentaires ont participé ou non à une formation en arrêt tabagique. Ainsi, à deux exceptions près, les scores moyens des caractéristiques psychosociales et de counseling en abandon du tabac sont plus favorables chez les hygiénistes dentaires ayant reçu une formation durant ou après leurs études que chez celles qui n'en ont pas reçu. L'on observe des différences particulièrement importantes au niveau des deux scores de counseling en abandon du tabac de même qu'au niveau des croyances et de la perception des compétences à intervenir auprès des fumeurs.

En général, les modèles de régression multiple présentés au tableau 3 confirment les tendances observées plus haut. En ce qui concerne l'année de l'enquête, en contrôlant pour les covariables, le score de counseling en abandon du tabac auprès des fumeurs qui ne sont pas prêts à cesser de fumer est statistiquement plus élevé en 2010 qu'en 2005, les obstacles liés aux connaissances sont statistiquement moins élevés en 2010 qu'en 2005 et la connaissance des ressources communautaires est statistiquement plus élevée en 2010 qu'en 2005.

Pour la formation durant ou après les études, après contrôle des covariables, le fait d'y avoir participé est associé de façon significative à des croyances plus favorables, au sentiment d'être plus compétent, et à de meilleurs scores de counseling en abandon du tabac auprès des fumeurs prêts ou non à cesser de fumer. De plus, la formation durant les études est associée à des obstacles liés aux patients moins élevés, et la formation après les études, à une meilleure connaissance des ressources communautaires.

Tableau 2 Scores* moyens (é-t) des caractéristiques psychosociales et de counseling des hygiénistes dentaires selon l'année de l'enquête et selon la formation reçue durant ou après les études, Québec

| | n | Caractéristique psychosociale | | | | | | | | Counseling auprès des | | |
|------------------------------------|-----|-------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------|--|---|-----------------------------------|---|---|--|--|
| | | Croyances moy (é-t) | Sentiment de compétence moy (é-t) | Connaissance des ressources communautaires moy (é-t) | Obstacles liés aux patients moy (é-t) | Obstacles liés aux connaissances moy (é-t) | Obstacles liés aux ressources moy (é-t) | Obstacles liés au temps moy (é-t) | Fumeurs prêts à cesser de fumer moy (é-t) | Fumeurs pas prêts à cesser de fumer moy (é-t) | | |
| Année | | | | | | | | | | | | |
| 2005 | 324 | 3,7 (,6) | 3,2 (,8) | 2,9 (1,0) | 3,8 (,7) | 3,7 (,6) | 3,5 (,8) | 3,9 (1,0) | 2,0 (,9) | 2,2 (1,0) | | |
| 2010 | 338 | 3,8 (,6) | 3,2 (,8) | 3,1 (1,0) | 3,9 (,7) | 3,6 (,7) | 3,4 (,8) | 3,9 (1,0) | 2,1 (,8) | 2,3 (,9) | | |
| Formation durant les études | | | | | | | | | | | | |
| Non | 595 | 3,7 (,6) | 3,1 (,8) | 2,9 (1,0) | 3,9 (,7) | 3,7 (,7) | 3,5 (,8) | 3,9 (1,0) | 2,0 (,8) | 2,2 (1,0) | | |
| Oui | 42 | 4,1 (,5) | 3,6 (,8) | 3,2 (,9) | 3,7 (,7) | 3,4 (,5) | 3,3 (,7) | 3,7 (1,0) | 2,6 (,9) | 2,6 (,8) | | |
| Formation après les études | | | | | | | | | | | | |
| Non | 555 | 3,7 (,5) | 3,1 (,8) | 2,9 (1,0) | 3,8 (,7) | 3,7 (,7) | 3,5 (,8) | 3,9 (1,0) | 2,0 (,8) | 2,2 (,9) | | |
| Oui | 86 | 4,0 (,5) | 3,4 (,8) | 3,3 (1,0) | 3,9 (,6) | 3,6 (,7) | 3,4 (,8) | 4,0 (1,0) | 2,4 (,9) | 2,7 (1,0) | | |

* Tous les scores sont sur une échelle de 1 à 5, les valeurs les plus élevées étant les plus favorables à l'exception des obstacles pour lesquels les valeurs les moins élevées sont les plus favorables.

Tableau 3 Association entre l'année d'enquête, la formation durant ou après les études et les caractéristiques psychosociales et les scores de counseling des hygiénistes dentaires, Québec

| | | Caractéristique psychosociale | | | | | | | | | | Counseling auprès des | |
|--|----------|--|--|---|---|---|--|---|---|---|-----|-----------------------|--|
| | | Croyances β (ic) ^{a,b,c,d} | Sentiment de compétence β (ic) ^{a,b,c,d} | Connaissance des ressources communautaires β (ic) ^{a,b,c} | Obstacles liés aux patients β (ic) | Obstacles liés aux connaissances β (ic) ^d | Obstacles liés aux ressources β (ic) ^a | Obstacles liés au temps β (ic) | Fumeurs prêts à cesser de fumer β (ic) ^{a,b,c} | Fumeurs pas prêts à cesser de fumer β (ic) ^{a,b,c,d} | | | |
| Année | | | | | | | | | | | | | |
| | 2005 | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | |
| | 2010 | ,03 (-,05; ,12) | -,01 (-,14; ,11) | ,21 (.06; ,37) | ,02 (-,08; ,13) | -,15 (-,26; -,05) | -,08 (-,21; ,05) | -,02 (-,17; ,13) | ,10 (-,04; ,23) | ,18 (.03; ,33) | | | |
| | <i>p</i> | ,469 | ,857 | ,008 | ,712 | ,005 | ,229 | ,758 | ,170 | ,022 | | | |
| Formation durant les études | | | | | | | | | | | | | |
| | Non | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | |
| | Oui | ,40 (.21; ,58) | ,58 (.32; ,84) | ,29 (-,03; ,62) | -,24 (-,48; -,01) | -,21 (-,44; ,02) | -,08 (-,36; ,21) | -,25 (-,58; ,07) | ,58 (.30; ,86) | ,43 (.12; ,74) | | | |
| | <i>p</i> | < ,001 | < ,001 | ,079 | ,045 | ,076 | ,573 | ,126 | < ,001 | ,007 | | | |
| Formation après les études | | | | | | | | | | | | | |
| | Non | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | |
| | Oui | ,24 (.11; ,37) | ,27 (.08; ,45) | ,44 (.21; ,67) | ,03 (-,13; ,19) | -,02 (-,18; ,14) | -,06 (-,25; ,13) | ,04 (-,18; ,26) | ,39 (.20; ,59) | ,44 (.23; ,66) | | | |
| | <i>p</i> | < ,001 | ,004 | < ,001 | ,734 | ,808 | ,556 | ,720 | < ,001 | < ,001 | | | |

Tous les modèles incluent l'année de l'enquête, l'âge et le sexe. De plus, les variables suivantes sont incluses lorsqu'elles sont associées aux variables dépendantes avec $p \leq ,25$ dans une régression linéaire simple :

- ^a Pratique en milieu urbain;
- ^b Proportion de patients de moins de 18 ans;
- ^c Proportion de patients de 65 ans ou plus;
- ^d Fume quotidiennement ou à l'occasion.

👉 Dentistes

En 2004-2005, le taux de réponse ajusté pour non-admissibilité était de 60 %, et en 2010, de 49 %. Les caractéristiques démographiques et le statut tabagique des dentistes ne varient pas de façon significative entre les deux collectes de données (tableau 4). En 2010, les dentistes rapportent traiter moins de jeunes âgés de moins de 18 ans et moins de patients âgés de 65 ans et plus. La proportion des dentistes ayant indiqué avoir suivi une formation durant leurs études est passée de 3 % en 2005 à 8 % en 2010 ($p = 0,008$).

Étant donné le petit nombre de dentistes sondés ayant été formés durant ou après leurs études, il n'est pas possible de présenter les résultats en fonction de la formation reçue.

Les tableaux 5 et 6 présentent les résultats des scores de counseling et des caractéristiques psychosociales pour les années 2004-2005 et 2010. Très peu de changements sont observés (tableau 5) et aucun d'entre eux ne s'est avéré significativement différent (tableau 6).

Tableau 4 Caractéristiques des dentistes en 2005 et en 2010, Québec

| | Total (n = 545) | 2004-2005 (n = 290) | 2010 (n = 255) | <i>p</i> |
|---|--------------------|------------------------|-------------------|----------|
| Femmes, % | 45 | 42 | 48 | ,128 |
| Âge, moyenne (écart-type) | 43,9 (11,8) | 44,2(11,2) | 43,6 (12,4) | ,583 |
| Type de communauté, % ¹ | | | | ,280 |
| Rurale | 10 | 11 | 8 | |
| Petite ville (< 100 000 hab.) | 29 | 30 | 28 | |
| Ville de taille moyenne (100 000-500 000 hab.) | 20 | 20 | 21 | |
| Grande ville (> 500 000 hab.) | 41 | 39 | 42 | |
| Proportion de patients âgés de moins de 18 ans, moyenne (écart-type) | 23 (17) | 31 (21) | 27 (21) | ,009 |
| Proportion de patients âgés de 65 ans ou plus, moyenne (écart-type) | 20 (15) | 26 (19) | 21 (14) | < ,001 |
| Fumeur, % | 9 | 9 | 8 | ,229 |
| Ayant suivi une formation durant les études, % | 5 | 3 | 8 | ,008 |
| Ayant suivi une formation après les études, % | 5 | 6 | 5 | ,831 |

¹ Les totaux peuvent différer de 100 % en raison de l'arrondissement.

Tableau 5 Scores* moyens (é-t) des caractéristiques psychosociales et de counseling chez les dentistes selon l'année de l'enquête, Québec

| Année | n | Caractéristique psychosociale | | | | | | | | Counseling auprès des | |
|-----------|-----|------------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------|--|---|-----------------------------------|---|---|--|
| | | Croyances moy (é-t) ^{b,c} | Sentiment de compétence moy (é-t) | Connaissance des ressources communautaires moy (é-t) | Obstacles liés aux patients moy (é-t) | Obstacles liés aux connaissances moy (é-t) | Obstacles liés aux ressources moy (é-t) | Obstacles liés au temps moy (é-t) | Fumeurs prêts à cesser de fumer moy (é-t) | Fumeurs pas prêts à cesser de fumer moy (é-t) | |
| 2004-2005 | 290 | 3,7 (.6) | 3,2 (.8) | 2,8 (1,1) | 3,7 (.8) | 3,5 (.7) | 3,1 (.8) | 3,6 (1,2) | 1,9 (.9) | 2,4 (1,1) | |
| 2010 | 255 | 3,8 (.5) | 3,2 (.8) | 2,9 (1,0) | 3,6 (.7) | 3,5 (.7) | 3,2 (.8) | 3,6 (1,1) | 2,0 (.8) | 2,4 (1,0) | |

* Tous les scores sont sur une échelle de 1 à 5, les valeurs les plus élevées étant les plus favorables à l'exception des obstacles pour lesquels les valeurs les moins élevées sont les plus favorables.

Tableau 6 Association entre l'année d'enquête et les caractéristiques psychosociales et les scores de counseling des dentistes, Québec

| Année | Caractéristique psychosociale | | | | | | | | Counseling auprès des | |
|-----------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|---|---|---|---|--|
| | Croyances β (ic) ^{b,c} | Sentiment de compétence β (ic) | Connaissance des ressources communautaires β (ic) ^a | Obstacles liés aux patients β (ic) | Obstacles liés aux connaissances β (ic) | Obstacles liés aux ressources β (ic) ^{a,b} | Obstacles liés au temps β (ic) ^{a,b,c,d} | Fumeurs prêts à cesser de fumer β (ic) ^b | Fumeurs pas prêts à cesser de fumer β (ic) ^{a,b,c} | |
| 2004-2005 | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | ref | |
| 2010 | ,03 (-,07; 13) | -,03 (-,17; 11) | ,11 (-,06; 29) | -,09 (-,22; 04) | ,00 (-,12; 12) | ,06 (-,08; 19) | ,02 (-,17; 23) | ,03 (-,12; 17) | -,03 (-,21; 15) | |
| p | ,547 | ,675 | ,207 | ,162 | ,977 | ,433 | ,814 | ,733 | ,749 | |

Tous les modèles incluent l'année de l'enquête, l'âge et le sexe. De plus, les variables suivantes sont incluses lorsqu'elles sont associées aux variables dépendantes avec $p \leq ,25$ dans une régression linéaire simple :

- ^a Pratique en milieu urbain;
- ^b Proportion de patients de moins de 18 ans;
- ^c Proportion de patients de 65 ans ou plus;
- ^d Fume quotidiennement ou à l'occasion.

INTERPRÉTATION

Selon les données recueillies auprès des hygiénistes dentaires, certains changements sont survenus entre 2005 et 2010. Ainsi, le counseling en abandon du tabac auprès de patients qui ne sont pas prêts à cesser de fumer, la perception des obstacles liés aux connaissances et la connaissance des ressources communautaires sont les résultats pour lesquels nous observons des changements statistiquement différents sur une période de cinq ans. Toutefois, nos données suggèrent qu'il existe davantage de différences selon que les hygiénistes dentaires ont reçu ou non une formation sur le counseling en abandon du tabac. Comparativement à leurs consœurs non formées, les hygiénistes dentaires ayant reçu une formation durant ou après leurs études ont de meilleures pratiques de counseling tant auprès des patients prêts à renoncer au tabac qu'auprès de ceux qui ne sont pas prêts. De plus, leur sentiment de compétence à offrir du counseling est plus grand, et elles sont davantage persuadées qu'intervenir auprès de leurs patients fumeurs fait partie de leur rôle. Étant donné l'association positive entre la formation et le counseling en abandon du tabac, il est encourageant de constater que le nombre d'hygiénistes dentaires formées durant leurs études soit passé de 1 % à 12 % de 2005 à 2010, et que 17 % ont été formées après leurs études en 2010, comparativement à 9 % en 2005. Néanmoins, le nombre total d'hygiénistes dentaires formées demeure peu élevé, et nos données montrent que les augmentations observées entre 2005 et 2010 ne sont pas suffisantes pour se traduire en changements appréciables des pratiques de counseling de l'ensemble des hygiénistes dentaires.

Entre 2004-2005 et 2010, aucun changement significatif n'a été observé chez les dentistes quant à leurs pratiques de counseling en abandon du tabac. Les croyances quant à leur rôle en abandon du tabac, leur sentiment de compétence à intervenir, leur connaissance des ressources communautaires de même que les barrières à l'intervention auprès des fumeurs

n'ont pas non plus évolué de façon favorable. Toutefois, si nous avons pu analyser les données recueillies selon la formation reçue, il est fort possible que nous aurions observé des différences importantes des pratiques de counseling comme ce fut le cas chez les hygiénistes dentaires.

A la lumière des résultats obtenus, l'objectif au cours des prochaines années devrait être de favoriser l'intensification des activités de formation afin d'augmenter le nombre de professionnels de la santé dentaire formés à intervenir auprès des fumeurs. En 2012, l'OHDQ et l'ODQ ont souscrit à un énoncé de position commun avec cinq autres ordres professionnels québécois sur l'importance d'aborder la question du tabagisme et sur le rôle essentiel que doivent jouer les professionnels de la santé en accompagnant leurs patients fumeurs dans une démarche de renoncement au tabac. Dans cette déclaration, les deux ordres professionnels se sont engagés à i) offrir de la formation sur le counseling en abandon du tabac à leurs membres et à en faire la promotion; ii) fournir des outils pour aider leurs membres à soutenir leurs patients qui fument; iii) promouvoir les ressources communautaires en abandon du tabac; et iv) statuer sur la nécessité d'inclure dans les programmes d'études obligatoires de base les connaissances sur le tabagisme et sur le counseling en abandon du tabac.

Les limites de cette étude tiennent au fait que les données sont autorapportées, de sorte que les pratiques de counseling en abandon du tabac pourraient être surestimées. Des biais de sélection relatifs aux non-réponses peuvent limiter la représentativité de ces résultats, mais vraisemblablement, ils ont peu de conséquences sur les associations observées entre les pratiques de counseling en abandon du tabac et les variables étudiées que sont le temps, la formation durant les études et la formation après les études.

RÉFÉRENCES

Hosmer DW, Lemeshow S. (2000). *Applied Logistic Regression* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons Inc. doi : 10.1002/0471722146.

Makni H, O'Loughlin J, Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, Déry V, et collab. (2002). Smoking Prevention Counseling Practices of Montreal General Practitioners. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 156(12):1263-7.

O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, Lacroix C, Gervais A, Déry V, et collab. (2001). Smoking cessation counseling practices of general practitioners in Montreal. *Preventive Medicine*, 33:627-38.

Organisation mondiale de la Santé. (2002). *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J, et al. (2006). *The Cost of Substance Abuse in Canada 2002*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

Statistique Canada. (2010). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, 2010*. Ottawa, ON: Statistiques Canada.

Tremblay M, Gervais A, Lacroix C, O'Loughlin J, Makni H, Paradis G. (2001). Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counseling by Montreal general practitioners. *Canadian Medical Association Journal*; 165(5):601-7.

Tremblay M, Cournoyer D, O'Loughlin J. (2009). Do the correlates of smoking cessation counseling differ across health professional groups? *Nicotine and Tobacco Research*, 11(11):1330-8. doi : 10.1093/ntr/ntp142.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour leur soutien financier ayant permis la tenue des deux enquêtes.

Les pratiques de counseling en abandon du tabac des hygiénistes dentaires et des dentistes : une comparaison entre 2004-2005 et 2010

Auteurs :

Michèle Tremblay, M.D., Institut national de santé publique du Québec

Jennifer O'Loughlin, Ph. D., Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Institut national de santé publique du Québec

Dominic Comtois, B.A., candidat à la maîtrise en épidémiologie, Université McGill

N° de publication : 1746

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2014
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-69629-2 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-69630-8 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

**Institut national
de santé publique**

Québec 