

**INSPQ**

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC

# Counseling intensif de soutien au renoncement au tabac : effets de nouvelles modalités d'intervention

ÉTAT DES CONNAISSANCES

JANVIER 2025

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

## **AUTRICES**

Marie-Josée Harbec, conseillère scientifique spécialisée  
Annie Montreuil, conseillère scientifique spécialisée  
Direction du développement des individus et des communautés

## **SOUS LA COORDINATION DE**

Olivier Bellefleur, chef d'unité scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés

## **COLLABORATION**

Andrée Dagenais, bibliothécaire  
Direction de la valorisation scientifique et qualité

## **COMITÉ SCIENTIFIQUE**

Romain Guignard, chargé de projet et d'expertise scientifique  
Direction Prévention et promotion de la santé, Santé publique France

Véronique Lanoue, conseillère en soins infirmiers  
Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Joël Tremblay, professeur titulaire  
Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

## **RÉVISION EXTERNE**

Run Kim, conseillère à la qualité de la pratique  
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Sébastien O'Neill, conseiller scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique

Les membres du comité scientifique, la réviseuse et le réviseur ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les autrices ainsi que les membres du comité scientifique, la réviseuse et le réviseur ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

## **MISE EN PAGE**

Marie-Cloé Lépine, agente administrative  
Direction du développement des individus et des communautés

## **REMERCIEMENTS**

Les autrices remercient Mariejka Beauregard, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive à l'INSPQ, pour ses commentaires sur une version antérieure qui ont permis d'améliorer ce document

*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 en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

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

Dépôt légal – 2<sup>e</sup> trimestre 2025  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-555-01089-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2025)

## AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *État des connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui synthétisent et communiquent ce que la science nous dit sur une question donnée à l'aide de méthodes rigoureuses de recension et d'analyse des écrits scientifiques et autres informations pertinentes.

La présente synthèse de connaissance porte sur les effets de nouvelles modalités d'offre de services intensifs délivrés par un intervenant pour l'accompagnement en renoncement au tabac ou aux produits de vapotage contenant de la nicotine. La *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025* vise notamment à améliorer la qualité et la couverture des services d'abandon du tabagisme selon les besoins des clientèles, en portant une attention particulière aux populations plus difficiles à rejoindre ou celles à risque de fumer. Ces nouvelles modalités pourraient permettre de rejoindre par exemple les personnes défavorisées, celles atteintes de troubles mentaux ou de troubles liés à l'utilisation de substances, ou les travailleurs manuels.

Cette synthèse a été élaborée à la demande du ministère de la Santé et de Services sociaux dans le cadre de mandats octroyés à l'Institut national de santé publique du Québec par le biais d'une entente spécifique pour la lutte contre le tabagisme.

Ce document s'adresse aux professionnels de la santé publique et aux partenaires impliqués dans le soutien au renoncement au tabac.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>FAITS SAILLANTS .....</b>	<b>1</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>2</b>
<b>1 INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
1.1 Mise en contexte .....	5
1.2 Objectifs.....	6
<b>2 MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>7</b>
2.1 Stratégie de recherche documentaire .....	7
2.2 Sélection des articles.....	7
2.3 Évaluation interjuges.....	9
2.4 Extraction des données .....	9
2.5 Évaluation de la qualité méthodologique des études.....	9
2.6 Processus de révision par les pairs .....	9
<b>3 RÉSULTATS.....</b>	<b>10</b>
3.1 Caractéristiques des études incluses.....	10
3.1.1 Qualité méthodologique .....	10
3.1.2 Résultats mesurés.....	11
3.2 Description des résultats par modalité d'intervention.....	11
3.2.1 Intervention communautaire.....	14
3.2.2 Intervention de groupe bonifiée d'une nouvelle composante.....	19
3.2.3 Intervention en milieu de travail.....	23
3.2.4 Intervention utilisant la spirométrie .....	25
3.2.5 Interventions utilisant la télémédecine .....	28
3.2.6 Interventions en couple.....	30
<b>4 DISCUSSION.....</b>	<b>32</b>
4.1 Principaux constats .....	32
4.2 Des modalités d'intervention permettant de rejoindre des clientèles prioritaires.....	33
4.2.1 Des interventions de proximité .....	34
4.2.2 Des interventions de groupe flexibles ou qui proposent des incitatifs pour améliorer la rétention au traitement .....	36

4.2.3	Aller à la rencontre des fumeurs dans leur milieu de travail.....	37
4.3	La spirométrie : un outil connu à utiliser dans certaines circonstances.....	38
4.4	Des résultats peu concluants dans le cadre de cette synthèse pour deux modalités d'intervention et pour le renoncement à la cigarette électronique.....	39
4.5	Forces et limites de la démarche et des études sélectionnées.....	39
<b>5</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>42</b>
<b>ANNEXE 1</b>	<b>MODÈLE LOGIQUE PRÉSENTANT LES PRINCIPALES INTERVENTIONS DE SOUTIEN AU RENONCEMENT AU TABAC OFFERTES AU QUÉBEC : ZOOM SUR LES CENTRES D'ABANDON DU TABAGISME (CAT) .....</b>	<b>48</b>
<b>ANNEXE 2</b>	<b>STRATÉGIES DE RECHERCHE DANS LES BASES DE DONNÉES DE LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE .....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXE 3</b>	<b>DIAGRAMME DE SÉLECTION DES RÉFÉRENCES.....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXE 4</b>	<b>CARACTÉRISTIQUES ET RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DES ÉTUDES INCLUSES, PAR MODALITÉ D'INTERVENTION .....</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXE 5</b>	<b>SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES ÉTUDES .....</b>	<b>76</b>

## FAITS SAILLANTS

Le tabagisme demeure une priorité de santé publique, causant le décès de près de 13 000 Québécois chaque année. Du soutien au renoncement est offert gratuitement aux fumeurs québécois pour cesser de fumer depuis une vingtaine d'années, incluant du counseling intensif accessible dans les centres d'abandon du tabagisme. Malgré une baisse de la proportion de fumeurs au cours des dernières décennies, certains groupes de la population demeurent plus vulnérables à cette problématique, créant ainsi des inégalités de santé persistantes. C'est notamment le cas des populations défavorisées, des personnes présentant un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances, et des travailleurs manuels. La *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025* vise à améliorer la qualité et la couverture des services d'abandon du tabagisme pour mieux répondre aux besoins des fumeurs.

Une revue de littérature a été réalisée à partir d'études publiées entre 2017 et 2023. Vingt-neuf articles ont été retenus, permettant de décrire les effets de six modalités de prestation de soutien intensif n'étant pas déjà implantées à la grandeur du Québec.

Quatre modalités de prestation ont montré des effets positifs sur le renoncement au tabac : l'intervention communautaire, l'intervention en groupe bonifiée d'une nouvelle composante, l'intervention dispensée en milieu de travail, et l'intervention utilisant la spirométrie. La plupart des études évaluant les effets de ces modalités ont été réalisées auprès de fumeurs plus difficiles à rejoindre par les interventions traditionnelles, comme des fumeurs défavorisés, atteints de troubles mentaux, vivant dans des régions éloignées, ou occupant des emplois manuels comme dans les secteurs de la construction ou de la restauration. Les résultats des études ayant évalué les interventions en couple et celles utilisant la télémédecine ont été moins concluants. Toutefois, l'absence de démonstration d'efficacité de ces modalités d'intervention dans le cadre de cette synthèse ne devrait pas être interprétée comme une preuve de leur inefficacité.

Sans démontrer de supériorité claire comparativement aux interventions actuellement offertes au Québec, certaines modalités pourraient présenter un intérêt pour accroître la portée du soutien intensif au renoncement offert aux fumeurs québécois, et contribuer éventuellement à réduire les inégalités de santé.

## SOMMAIRE

Au Québec, le tabagisme demeure une priorité de santé publique, causant le décès de près de 13 000 personnes chaque année. Malgré une baisse de la proportion de fumeurs au cours des dernières décennies, 1,1 million de Québécois fumaient la cigarette en 2020-2021. Certains groupes de la population demeurent plus vulnérables à cette problématique, créant ainsi des inégalités de santé persistantes. C'est notamment le cas des populations défavorisées, des personnes présentant un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances, et des travailleurs manuels.

Plusieurs interventions complémentaires de soutien au renoncement au tabac sont offertes gratuitement aux fumeurs québécois depuis une vingtaine d'années, incluant le counseling intensif accessible dans les centres d'abandon du tabagisme. L'efficacité de ce type d'intervention soutenue, offrant habituellement plusieurs séances d'environ une heure et animées par un spécialiste formé en renoncement au tabac, est bien établie dans la littérature scientifique. Pourtant, peu de fumeurs y ont recours. La *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025* vise à améliorer la qualité et la couverture des services d'abandon du tabagisme pour mieux répondre aux besoins des fumeurs. C'est dans ce contexte que l'INSPQ a reçu le mandat du MSSS de réaliser une synthèse des connaissances permettant de documenter les effets de nouvelles modalités de prestation de services intensifs sur le renoncement au tabac ou aux produits de vapotage.

### Méthode

La démarche de recherche documentaire a permis de sélectionner 29 articles publiés entre 2017 et 2023 décrivant des études primaires (26) et trois revues systématiques. Les études retenues portaient sur une clientèle de fumeurs d'âge adulte, et avaient recueilli des données sur l'abstinence tabagique ou des variables associées au renoncement au tabac, comme le nombre de cigarettes fumées, à la suite de l'intervention. La majorité des études ont été réalisées aux États-Unis. La moitié des études analysées ont obtenu un score de qualité méthodologique considéré faible.

### Résultats

Six modalités d'intervention de counseling intensif considérées nouvelles, c'est-à-dire n'étant pas déjà implantées à la grandeur du Québec, ont été identifiées par la recherche de littérature. Parmi celles-ci, quatre ont démontré des taux d'abstinence supérieurs ou au moins équivalents aux interventions de comparaison, ou des effets positifs sur des variables qui favorisent le renoncement au tabac : des interventions communautaires, des interventions en groupe bonifiées d'une nouvelle composante, des interventions en milieu de travail et des interventions utilisant la spirométrie.

Concernant les **interventions communautaires**, cinq études impliquaient des pairs qualifiés et trois, des intervenants communautaires. Parmi les cinq études qui impliquaient des pairs qualifiés, celle réalisée auprès d'une population générale a obtenu un taux d'abstinence et une réduction tabagique significativement supérieurs à la condition contrôle. Les quatre autres études, réalisées auprès de fumeurs défavorisés, ont montré des résultats similaires à la condition contrôle. Des données qualitatives récoltées auprès des participants suggèrent que la plus grande accessibilité au pair qualifié et la facilité d'établir un lien de confiance avec ce dernier ont agi comme facteurs facilitant l'intervention. Parmi les trois études impliquant un intervenant communautaire, une étude réalisée auprès de fumeurs atteints de troubles mentaux graves a montré un taux d'abstinence supérieur à la condition contrôle. Dans cette étude, l'intervenant communautaire accompagnait un professionnel de la santé en charge de l'intervention. Les deux autres études ont obtenu des taux d'abstinence similaires entre l'intervention dispensée par l'intervenant communautaire et le groupe de comparaison, mais ont montré une plus grande réduction du nombre de cigarettes fumées et une augmentation des tentatives d'arrêt lorsqu'un intervenant communautaire était impliqué. L'une des études a été réalisée auprès de fumeurs défavorisés, et l'autre auprès de fumeurs vivant dans des régions éloignées où les prévalences de tabagisme étaient élevées.

Six études ont été retenues pour les **interventions en groupe bonifiées d'une nouvelle composante**, c'est-à-dire l'accent mis sur le lundi, les incitatifs ou l'inscription continue. Cinq études ont été menées auprès de fumeurs défavorisés ou ayant un trouble lié à l'utilisation de substances. Les résultats indiquent qu'aucune des trois composantes n'augmente l'abstinence tabagique. Toutefois, l'une des deux études ayant évalué la composante d'inscription continue a rapporté des résultats significatifs au niveau de la réduction du nombre de cigarettes fumées. De plus, les interventions étaient généralement appréciées des participants.

Quatre études ont été retenues pour les **interventions en milieu de travail**. Dans chacune des études, l'intervention de renoncement au tabac se déployait en milieu de travail, mais sous différentes formes (ex. : counseling individuel ou de groupe, incitatifs financiers). Il importe de noter que l'intervention en milieu de travail était toujours comparée à un groupe contrôle du même milieu qui ne recevait pas d'intervention. Cela ne permet donc pas de statuer si les interventions en milieu de travail sont plus efficaces que des interventions similaires réalisées dans d'autres milieux. Une étude parmi les quatre a été menée auprès de travailleurs de la construction, et une autre auprès de travailleurs peu scolarisés du milieu de la restauration. Trois études ont obtenu des résultats similaires à ceux des groupes de comparaison au niveau de l'abstinence. La quatrième étude a rapporté un taux d'abstinence élevé, mais n'a pas utilisé de groupe de comparaison.

Quatre études ont été retenues pour documenter les interventions utilisant la **spirométrie**, un examen qui mesure la capacité respiratoire. Une étude a été réalisée auprès de fumeurs ayant un trouble concomitant lié à l'utilisation de substances. Bien qu'une revue systématique ait conclu à une efficacité limitée de l'utilisation de la spirométrie dans une démarche de renoncement au tabac, deux études primaires plus récentes ont montré des taux d'abstinence supérieurs. Une autre étude primaire, qui n'a pas utilisé de groupe de comparaison, a montré que les taux d'abstinence étaient plus élevés lorsque les résultats de la spirométrie étaient anormaux.

Les résultats des études ayant évalué les **interventions en couple** et celles utilisant la **télé médecine** ont été moins concluants. Toutefois, l'absence de démonstration d'efficacité de ces modalités d'intervention dans le cadre de cette synthèse ne devrait pas être interprétée comme une preuve de leur inefficacité.

Une seule étude s'est penchée sur le renoncement à la cigarette électronique. Les faiblesses méthodologiques de cette étude ne permettent pas de tirer de conclusions fiables sur les modalités d'intervention intensive associées au renoncement à ce produit.

Certaines limites inhérentes à la démarche et aux études sélectionnées doivent être mentionnées. Les études publiées avant 2017 n'ont pas été retenues, ce qui pourrait influencer les résultats d'une modalité qui existe depuis longtemps comme la spirométrie. Plusieurs études manquaient de puissance statistique en raison de leur faible taille d'échantillon. Aucune étude ne provenait du Canada. Enfin, la nature « novatrice » des modalités retenues a été identifiée par un tri manuel des deux autrices. Il est possible que certaines des modalités considérées nouvelles dans le cadre de ce projet existent déjà à certains endroits au Québec, ou que des modalités aient été exclues alors qu'elles auraient pu être d'intérêt.

Sans démontrer de supériorité claire comparativement aux interventions actuellement offertes au Québec, certaines modalités de prestation de services intensifs ont montré des effets positifs sur le renoncement au tabac, notamment chez des populations où la prévalence du tabagisme est plus élevée, qui sont plus difficiles à rejoindre, ou qui ont des problèmes de santé concomitants. Ces modalités pourraient présenter un certain intérêt pour accroître la portée du soutien au renoncement offert aux fumeurs québécois, et contribuer éventuellement à réduire les inégalités de santé.

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Mise en contexte

Au Québec, la lutte contre le tabagisme continue d'être une priorité de santé publique en raison notamment du décès de près de 13 000 fumeurs chaque année dans la province (Dobrescu *et al.*, 2017). Malgré une baisse de la prévalence du tabagisme au cours des dernières décennies, la proportion de fumeurs de cigarettes québécois âgés de 18 ans et plus s'élevait à 12,5 % en 2023, soit environ 869 000 fumeurs (Statistique Canada, 2025). Des inégalités de santé persistent face à cette problématique avec des proportions de fumeurs qui demeurent plus élevées dans certains groupes de la population, comme les populations défavorisées, les personnes présentant un trouble mental ou un trouble lié à l'utilisation de substances, et les travailleurs manuels (Lasnier *et al.*, 2019; Lasnier et O'Neill, 2020a, 2020b; O'Neill et Tremblay, 2020).

L'intervention gouvernementale visant à réduire le fardeau du tabagisme date de plus de 20 ans et s'inscrit actuellement dans la *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025* (la Stratégie), la quatrième depuis 1995 (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2020). La Stratégie comporte différentes mesures élaborées pour faire face aux enjeux actuels en matière de lutte contre le tabagisme et en matière de vapotage de nicotine. Ces mesures s'inscrivent dans quatre axes d'intervention : la dénormalisation du tabagisme, la prévention de l'usage des produits du tabac et de vapotage chez les jeunes, l'abandon du tabagisme et la protection contre l'exposition à la fumée secondaire et tertiaire des produits du tabac. Elles visent à réduire à 10 % la proportion de fumeurs quotidiens et occasionnels au Québec d'ici 2025. Bien que le MSSS exerce un leadership quant à la mise en œuvre des mesures, celle-ci est partagée et exige la mobilisation de nombreux acteurs dont les CISSS/CIUSSS, les ordres professionnels, l'INSPQ, les organisations non gouvernementales, et d'autres partenaires concernés.

Le présent projet s'inscrit dans l'axe de l'abandon du tabagisme de la Stratégie (MSSS, 2020). L'un des objectifs de l'axe abandon est d'améliorer la qualité et la couverture des services d'abandon du tabagisme selon les besoins des clientèles, en portant une attention particulière aux populations vulnérables ou à risque de fumer. De fait, les services et les programmes pourraient être davantage adaptés aux besoins des clientèles spécifiques (MSSS, 2020). Dans un précédent rapport de l'INSPQ, Bergeron et Tremblay (2018) soutiennent que lorsque des efforts supplémentaires sont déployés pour rejoindre ces clientèles, une plus grande proportion de personnes défavorisées sur le plan socioéconomique a recours aux services d'abandon du tabagisme et tente de cesser de fumer. D'ailleurs, la Stratégie souligne que la flexibilité et l'adaptabilité de l'offre de services déjà en place sont des éléments importants à considérer afin de mieux rejoindre des fumeurs vulnérables ou à risque (MSSS, 2020). Ainsi, il est recommandé par différentes instances d'offrir davantage de ces services dans les quartiers défavorisés et à l'extérieur des milieux de soins, tel que soulevé dans le rapport de Bergeron et Tremblay (2018).

## Les interventions de counseling intensif

Diverses interventions de soutien au renoncement au tabac sont offertes gratuitement aux fumeurs du Québec, que ce soit par l'entremise des établissements du réseau de la santé, des organismes partenaires, ou par les professionnels de la santé qui intègrent le counseling à leurs pratiques. L'annexe 1 présente brièvement ces interventions sous la forme d'un modèle logique, en mettant l'accent sur les centres d'abandon du tabagisme (CAT) (Lasnier *et al.*, 2023).

Les services offerts par les CAT correspondent à des interventions de counseling dites intensives, c'est-à-dire comportant plusieurs séances d'environ une heure, animées par un spécialiste formé en renoncement au tabac. L'efficacité de ce type d'intervention est bien établie dans la littérature scientifique (Rigotti *et al.*, 2022; US Preventive Services Task Force, 2021; US Surgeon, 2020). Un grand nombre d'études de haute qualité soutiennent l'utilisation des interventions de counseling, des interventions pharmacologiques et particulièrement la combinaison de ces deux types d'interventions (Organisation mondiale de la santé, 2024). Au Québec, les spécialistes formés en renoncement au tabac informent et conseillent les usagers sur les différentes aides pharmacologiques disponibles, et plusieurs d'entre eux peuvent prescrire des thérapies de remplacement de la nicotine (timbres, gommes et pastilles) et assurer un suivi.

Afin de mieux répondre aux besoins des clientèles spécifiques ciblées par la Stratégie, il y a un besoin d'améliorer le soutien offert aux fumeurs par l'entremise des interventions de counseling intensif pour accroître la portée de ces services offerts au Québec. C'est dans ce contexte que l'INSPQ a reçu le mandat du MSSS de réaliser une synthèse des connaissances recensant de nouvelles modalités efficaces de prestations des interventions intensives de renoncement au tabac et aux produits de vapotage de nicotine qui impliquent un intervenant humain.

### 1.2 Objectifs

Le principal objectif poursuivi et ses sous-objectifs sont les suivants :

1. Documenter les effets de nouvelles<sup>1</sup> modalités de prestation de services intensifs sur le renoncement au tabac ou aux produits de vapotage, et sur les variables associées au renoncement;
  - a. Documenter ces effets pour certaines sous-populations spécifiques où la prévalence du tabagisme est élevée;
  - b. Rapporter les facteurs favorables à l'implantation décrits dans les études pour les modalités jugées efficaces.

---

<sup>1</sup> Complémentaires à celles déjà offertes dans les CAT.

## 2 MÉTHODOLOGIE

Une synthèse des connaissances, de forme narrative systématisée (Framarin et Déry, 2021), a été entreprise pour répondre à la question suivante : « Quelles nouvelles modalités d'intervention intensive sont efficaces pour le renoncement au tabac et aux produits de vapotage de nicotine chez les adultes fumeurs? ».

### 2.1 Stratégie de recherche documentaire

En collaboration avec une bibliothécaire de l'INSPQ, une stratégie de recherche documentaire dans les bases de données de littérature scientifique a été développée en utilisant les concepts « renoncement au tabac ou au vapotage », « counseling ou intervention » et « modalités de prestation de services » ainsi que des mots-clés associés (voir annexe 2). Cette recherche a été faite les 20 et 21 décembre 2023 par l'entremise des plateformes EBSCO (AgeLine, CINHAL, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SocINDEX) et OVID (Embase, Global Health, Medline, PsycInfo).

### 2.2 Sélection des articles

La sélection a été réalisée en deux phases : d'abord sur la base des titres et des résumés, ensuite lors de l'examen du texte intégral. Ces phases de sélection ont été menées en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion préalablement définis afin de mieux cerner le sujet à l'étude (voir tableau 1). Notons que dans l'objectif d'évaluer les effets de modalités d'intervention plus récentes, la recherche documentaire s'est centrée sur les articles publiés dans les cinq dernières années (c.-à-d. depuis 2017). De plus, le principal résultat documenté était l'abstinence tabagique; les résultats secondaires correspondaient à des variables associées au renoncement au tabac ainsi qu'à des critères de faisabilité. Enfin, le tableau 1 présente plusieurs types d'interventions qui ont été exclues lors de la sélection des articles, pour l'une des raisons suivantes : ils ne présentaient pas d'élément de nouveauté comparativement à ce qui est déjà en place au Québec; ils portaient sur le counseling bref; ils ne portaient pas sur une intervention intensive délivrée par un être humain.

**Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des études**

<b>Critères d'inclusion</b>	
<b>Population</b>	Fumeurs d'âge adulte (18 ans et plus).
<b>Intervention</b>	Modalité d'intervention intensive <sup>a</sup> de counseling assurée par un intervenant humain spécialisé en abandon du tabac <sup>b</sup> .
<b>Outcomes (résultats visés)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstinence tabagique (validée biochimiquement ou autorapportée) et/ou;</li> <li>• Variables liées au renoncement au tabac (ex. : nombre de cigarettes fumées par jour, nombre et durées des tentatives d'arrêt, adhérence au traitement) et/ou;</li> <li>• Variables liées à l'adhésion à l'intervention (ex. : taux de participation ou de rétention).</li> </ul>
<b>Pays où l'étude a été réalisée</b>	Canada, États-Unis, Australie et pays européens comparables au Canada.
<b>Année de publication</b>	2017 à 2023
<b>Langue de publication</b>	Français ou anglais
<b>Devis d'étude, type de publication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Études quantitatives;</li> <li>• Études qualitatives;</li> <li>• Études à devis mixte;</li> <li>• Revues de la littérature;</li> <li>• Études de cas.</li> </ul>
<b>Critères d'exclusion</b>	
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventions utilisant uniquement des sites internet, des textos/messages instantanés ou d'autres technologies électroniques (ex. : application mobile), sans l'intervention d'un être humain;</li> <li>• Interventions intensives de counseling existantes au Québec adaptées à une clientèle spécifique (ex. : personnes diabétiques) ou à un groupe culturel précis (ex. : Américains d'origine asiatique), sans autre modalité;</li> <li>• Interventions portant sur la systématisation en établissement de santé auprès des personnes qui font usage de tabac;</li> <li>• Interventions individuelles évaluant exclusivement l'utilisation d'incitatifs financiers;</li> <li>• Interventions brèves (ex. : les 5 A) réalisées par un médecin ou un autre professionnel de la santé;</li> <li>• Mesures populationnelles pour favoriser le renoncement au tabac (ex. : campagne médiatique);</li> <li>• Interventions évaluant la promotion des services d'intervention.</li> </ul>
<b>Devis d'étude, type de publication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Études de faisabilité qui ne présentent aucun effet sur les variables d'intérêt (ex. : abstinence, nombre de cigarettes fumées);</li> <li>• Documents en prépublication;</li> <li>• Résumés de conférences;</li> <li>• Livres;</li> <li>• Chapitres de livres;</li> <li>• Lettres;</li> <li>• Notes;</li> <li>• Actes de congrès;</li> <li>• Éditoriaux/commentaires;</li> <li>• Thèses ou mémoires.</li> </ul>

<sup>a</sup> En général, une intervention dite intensive a une durée de plus de quelques minutes et s'échelonne sur plusieurs séances

<sup>b</sup> À noter que seules les modalités d'intervention évaluées par plus de deux articles différents ont été incluses.

## 2.3 Évaluation interjuges

La première autrice a trié l'ensemble des références sur la base des titres et des résumés. Une évaluation interjuges a été effectuée par les deux autrices pour environ 10 % de l'ensemble des références (n = 210) afin de s'assurer d'une compréhension commune des critères de sélection. Les désaccords ont été résolus par discussion et aucun désaccord n'a nécessité l'implication d'une troisième personne. Les références retenues sur la base des titres et des résumés ont été soumises à l'examen du texte intégral. La première autrice a lu tous les articles retenus sur la base des titres et des résumés. La deuxième autrice a lu 23 articles (soit environ 65 %). Les désaccords ont été résolus par la discussion, et aucun désaccord n'a nécessité l'implication d'une troisième personne.

## 2.4 Extraction des données

Les données de chaque étude ont été extraites à l'aide d'une grille d'extraction conçue à cet effet. Les données colligées incluaient des informations générales sur la publication (auteurs, pays, année de publication) et sur l'étude (objectif, devis d'étude, échantillon, période de collecte de données, méthodologie employée, variables et instruments de mesure, résultats d'intérêt). L'extraction a principalement été réalisée par la première autrice, avec validation de la deuxième autrice pour environ 65 % des articles.

## 2.5 Évaluation de la qualité méthodologique des études

L'évaluation de la qualité méthodologique des études a été menée à l'aide de trois outils standardisés sélectionnés en fonction du devis de l'étude. L'outil *Effective Public Health Practice Project* (EPHPP) a été utilisé pour les études primaires quantitatives (Thomas *et al.*, 2004), la grille d'appréciation *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) pour les études à devis mixte (Hong *et al.*, 2018) – quantitative et qualitative, et l'outil *Health Evidence* (CCNMO) pour les revues systématiques (Dobbins *et al.*, 2010). L'évaluation de la qualité des articles retenus a été réalisée par la première autrice. La deuxième autrice a donné son avis pour les éléments plus ambigus de certains articles.

## 2.6 Processus de révision par les pairs

En conformité avec le Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec (Robert et Déry, 2020), une version préfinale du rapport a été soumise à deux réviseurs externes. En prenant appui sur la grille institutionnelle, les réviseurs ont été invités à valider l'exactitude du contenu du rapport, la pertinence des méthodes utilisées et le caractère approprié des conclusions.

## 3 RÉSULTATS

La recherche documentaire effectuée dans les bases de données de littérature scientifique a produit 1 876 résultats, parmi lesquels 35 références ont été retenues sur la base du titre et du résumé. À la suite de l'examen du texte intégral des références, 29 articles ont été retenus pour être intégrés à l'analyse. Un résumé des résultats de la stratégie de recherche est disponible à l'annexe 3 sous forme de diagramme de flux.

### 3.1 Caractéristiques des études incluses

Les principales caractéristiques des études retenues sont présentées à l'annexe 4. La période couverte par les articles sélectionnés est du 1<sup>er</sup> janvier 2017 (Estreet *et al.*, 2017) au 7 novembre 2023 (Martín-Luján *et al.*, 2023). La majorité des études ont été menées aux États-Unis (n = 16). Vingt-six articles sont des études primaires (n = 21 ont utilisé un devis quantitatif; n = 5 un devis à méthode mixte) et trois articles sont des revues systématiques de la littérature. Les revues de littérature pouvaient inclure des études primaires publiées avant 2017. La taille des échantillons était constituée de huit (Raiff *et al.*, 2022) à 8 654 participants (Choi, 2022).

Les 29 articles inclus couvrent six modalités de prestation de services distinctes : intervention communautaire (n = 8); intervention de groupe bonifiée d'une nouvelle composante (n = 6); intervention en milieu de travail (n = 4); intervention utilisant la spirométrie (n = 4); intervention utilisant la télémédecine (n = 4) et intervention en couple (n = 3). La totalité des études était réalisée auprès de fumeurs occasionnels ou réguliers d'âge adulte (18 ans et plus), dont la moyenne d'âge était d'environ 46 ans selon les 23 études qui ont précisé l'âge moyen des participants. Plusieurs études ciblaient un type spécifique de population : personnes vivant en milieu défavorisé et/ou à faible revenu (n = 8), vivant avec un trouble lié à l'utilisation de substances (n = 2) ou un trouble mental (n = 1), vivant dans des régions éloignées (n = 2), et provenant de minorités ethniques (n = 3).

#### 3.1.1 Qualité méthodologique

Tel qu'évalué par les autrices du présent document, 52 % des études (n = 15) ont obtenu un score faible pour leur qualité méthodologique, 31 % des études (n = 9) ont obtenu un score modéré, et 17 % des études (n = 5) ont obtenu un score élevé. Parmi les 21 études primaires à devis quantitatif qui ont été évaluées à l'aide de l'outil EPHPP, il en ressort que les composantes « Biais de sélection » (ex. : non-représentativité des participants) et « Méthodologie de l'insu » (ex. : participants conscients de la question de recherche) sont celles ayant obtenu les scores les plus faibles. À l'inverse, les composantes « Devis de l'étude » (ex. : randomisé) et « Méthodes de collecte de données » (c.-à-d, outils valides et fidèles) ont obtenu les scores les plus élevés. Parmi les cinq études primaires à devis mixte ayant été évaluées avec la grille d'appréciation MMAT, les résultats montrent que les composantes des catégories « Devis qualitatif » et « Devis mixte » sont celles ayant obtenu les scores les plus élevés. En contrepartie, les composantes de la catégorie « Devis quantitatif », particulièrement celle évaluant la représentativité des

participants, ont obtenu des scores plus faibles. Enfin, parmi les trois revues systématiques ayant été évaluées à l'aide de l'outil *Health Evidence*, il en ressort une appréciation très favorable de l'ensemble des composantes. La composante évaluant la « Stratégie de recherche » (c.-à-d, exhaustivité et reproductibilité) a obtenu le score le plus faible.

Le tableau 3 de l'annexe 5 présente une synthèse de l'évaluation de la qualité méthodologique de l'ensemble des études en fonction des trois outils d'évaluation utilisés.

### 3.1.2 Résultats mesurés

Le résultat d'intérêt principal dans le cas de la présente synthèse est le taux d'abstinence, un indicateur d'abandon ou de renoncement au tabac, qui a été mesuré dans 83 % des études incluses (n = 24). La mesure d'abstinence tabagique variait selon les études sur les dimensions suivantes :

- Abstinence ponctuelle, prolongée et/ou continue<sup>2</sup>;
- Temps de mesure après l'intervention (ex. : de 2 semaines jusqu'à 2 ans);
- Autorapportée ou validée biochimiquement (ex. : monoxyde de carbone expiré).

Les résultats d'intérêt secondaire comprennent principalement des variables associées au renoncement au tabac, comme la diminution du nombre moyen de cigarettes fumées par jour, l'augmentation du nombre et de la durée des tentatives d'arrêt, ainsi que des critères de faisabilité de l'intervention (ex. : adhésion au traitement, rétention). Parmi les études incluses, 90 % d'entre elles (n = 26) ont mesuré au moins un résultat secondaire.

## 3.2 Description des résultats par modalité d'intervention

Le tableau 2 présente un aperçu de l'ensemble des résultats des études analysées. Les études ayant évalué des interventions communautaires, des interventions de groupe bonifiées d'une nouvelle composante, des interventions en milieu de travail et des interventions utilisant la spirométrie ont toutes montré des taux d'abstinence supérieurs ou au moins équivalents aux interventions de comparaison, ou encore des résultats positifs sur l'abstinence ou des variables qui favorisent le renoncement au tabac. De plus, la plupart des études ayant évalué ces quatre modalités ont porté sur des populations vulnérables ou à risque, où l'on retrouve des proportions plus élevées de fumeurs, et qui ont jusqu'à maintenant été moins bien rejointes par les interventions populationnelles de renoncement au tabac (van Wijk *et al.*, 2019). C'est le cas des fumeurs fortement défavorisés sur le plan socioéconomique, ceux atteints de troubles mentaux, d'un trouble lié à l'utilisation de substances, ou encore les travailleurs manuels.

---

<sup>2</sup> L'abstinence continue réfère au fait ne de pas fumer du tout entre la date d'arrêt et au moment du suivi; l'abstinence prolongée correspond à l'abstinence continue, mais commençant quelques jours après la date d'arrêt; l'abstinence ponctuelle fait référence à l'abstinence pendant une durée déterminée (ex. : 7 jours) précédant immédiatement le suivi (Hughes *et al.*, 2003).

L'analyse des études ayant porté sur les effets de la télémédecine utilisée dans le cadre d'interventions intensives de renoncement au tabac s'est révélée moins concluante en raison des méthodologies différentes (ex. : une étude de cas, Raiff *et al.*, 2022) et des variables confondantes (ex. : une recension des écrits réalisée avant la pandémie de la COVID-19, Tzelepis *et al.*, 2019). En ce qui a trait aux études ayant analysé des interventions en couple, celles-ci étaient moins nombreuses que les autres modalités. De plus, elles ont donné des taux d'abstinence similaires, sans résultats significatifs concernant des variables associées au renoncement au tabac, et sans porter sur une population vulnérable ou à risque.

**Tableau 2 Synthèse des résultats des 29 études analysées, par modalité d'intervention**

Modalités d'intervention	Études	Résultats		Populations vulnérables ou à risque
		Taux d'abstinence (intervention c. contrôle ou ampleur du taux)	Variables associées au renoncement au tabac	
Intervention communautaire	Pairs qualifiés (5 études)	<b>Supérieur</b> : 1 étude (White, 2020) <b>Similaire</b> : 4 études (Apata, 2022; Estreet, 2017; Hayes, 2022; Mendoza, 2018)	Diminution du nombre de cigarettes fumées (White, 2020) Meilleure rétention des participants (Estreet, 2017)	Défavorisées (Apata, 2022; Estreet, 2017; Hayes, 2022; Mendoza, 2018)
	Intervenant communautaire (3 études)	<b>Supérieur</b> : 1 étude (Evins, 2023) <b>Similaire</b> : 2 études (Bonevski, 2018; Wewers, 2017)	Diminution du nombre de cigarettes fumées (Bonevski, 2018) Plus grand nombre de tentatives d'arrêt (Bonevski, 2018; Wewers, 2017)	Atteintes de troubles mentaux graves (Evins, 2023) Défavorisées (Bonevski, 2018) Vivant en région éloignée (Wewers, 2017)
Intervention de groupe avec nouvelle composante	Accent mis sur le lundi (2 études)	<b>Similaire</b> : 2 études (Apata, 2023; De Leon, 2018)	Forte utilité perçue du programme (De Leon, 2018)	Défavorisées (Apata, 2019; 2023; Brett, 2023; Landais, 2021) Trouble lié à l'utilisation de substances (Barton, 2020)
	Ajout d'incitatifs (2 études)	<b>Taux élevé</b> , sans groupe de comparaison : 1 étude (Apata, 2019) <b>Abstinence non mesurée</b> : 1 étude (Barton, 2020)	Incitatifs sont importants pour la motivation (Apata, 2019) Pas de différence dans le nombre de séances suivies (Barton, 2020)	
	Inscription continue (2 études)	<b>Abstinence non mesurée</b> , sans groupe de comparaison : 2 études (Brett, 2023; Landais, 2021)	Réduction du nombre de cigarettes début-fin intervention (Brett, 2023) Modalité appréciée des participants (Landais, 2021)	

**Tableau 2 Synthèse des résultats des 29 études analysées, par modalité d'intervention (suite)**

Modalités d'intervention	Études	Résultats		Populations vulnérables ou à risque
		Taux d'abstinence (intervention c. contrôle ou ampleur du taux)	Variables associées au renoncement au tabac	
Intervention en milieu de travail	4 études	<b>Similaire</b> : 3 études (Asfar, 2021; Bold, 2019; Mache, 2019) <b>Taux élevé</b> , sans groupe de comparaison : 1 étude (Van den Brand, 2018)	Nombre de tentatives d'arrêt plus élevé (Bold, 2019)	Travailleurs de la construction (Asfar, 2021) Travailleurs peu scolarisés du milieu de la restauration (Bold, 2019)
Spirométrie	4 études	<b>Preuves limitées</b> : 1 revue systématique (Westerdahl, 2019) <b>Supérieur</b> : 2 études (Martín-Luján, 2023; Rodriguez-Alvarez, 2022) <b>Taux élevé lorsque spirométrie anormale</b> , sans groupe de comparaison : 1 étude (Clergue-Duval, 2020)	--	Trouble lié à l'utilisation de substances (Clergue-Duval, 2020)
Télémedecine	4 études	<b>Similaire</b> : 1 étude (Byaruhanga, 2021) <b>Preuves limitées</b> : 1 revue systématique de 2 essais randomisés (Tzelepis, 2019) <b>Taux élevé</b> : 1 étude de cas (Raiff, 2022) <b>Abstinence non mesurée</b> : 1 étude (Mahoney, 2021)	Assiduité comparable aux visites en personne (Mahoney, 2021) Forte acceptabilité ou satisfaction liée au traitement (Mahoney, 2021)	Vivant en région éloignée (Byaruhanga, 2021)
Intervention en couple	3 études	<b>Taux similaire</b> : 2 études (Buitenhuis, 2021; Whitton, 2020) <b>Preuves limitées</b> : 1 revue systématique (Choi, 2022)	--	--

Les sections 3.2.1 à 3.2.6 exposent les études ayant permis de documenter l'efficacité des modalités d'intervention, en portant une attention particulière à la description des participants ayant contribué à l'étude et à détailler la façon dont l'intervention a été réalisée. Ceci est fait dans le but de répondre aux sous-objectifs de la présente synthèse des connaissances, soit d'identifier les facteurs facilitants et les populations spécifiques à qui ces interventions peuvent bénéficier.

Chaque section débute par un paragraphe décrivant la modalité d'intervention évaluée et est suivie d'un encadré résumant les principaux résultats. Pour les lecteurs souhaitant en apprendre davantage, ou pour ceux qui doivent réfléchir de façon plus approfondie aux modalités d'intervention et d'implantation, la section « Description des études » détaille les spécificités des interventions et la manière dont elles ont été évaluées dans chacune des études retenues. Les autres lecteurs peuvent sauter à la section suivante.

### 3.2.1 Intervention communautaire

Les interventions intensives de renoncement au tabac sont souvent offertes en milieu clinique et par des professionnels de la santé. Certaines populations de fumeurs sont réticentes à fréquenter le milieu clinique, soit en raison de barrières à l'accessibilité, ou car elles se sentent inconfortables ou jugées (Estreet *et al.*, 2017). L'une des stratégies pour mieux rejoindre les fumeurs vulnérables consiste à mener les interventions de soutien dans les lieux qu'ils fréquentent (Bergeron et Tremblay, 2018; MSSS, 2020), c'est le cas des interventions en milieu communautaire. Deux types d'intervention communautaire ont été identifiés : celles offertes par des pairs qualifiés et celles impliquant un intervenant communautaire.

#### 3.2.1.1 Intervention offerte par des pairs qualifiés

Les pairs qualifiés sont d'anciens fumeurs ayant réussi à surmonter leur dépendance, qui sont recrutés au sein de la même communauté que les participants afin de les accompagner dans leur démarche de renoncement au tabac. Ils reçoivent une formation et représentent en quelque sorte des mentors pour les fumeurs. De façon générale, les pairs qualifiés présentent les avantages d'être plus disponibles que les professionnels de la santé, d'avoir une plus grande facilité à établir une relation de confiance avec les fumeurs, et d'augmenter la motivation de ceux-ci dans leur démarche de renoncement au tabac.

#### En résumé

Cinq études ont été retenues pour les interventions offertes par des pairs qualifiés (Apata *et al.*, 2022; Estreet *et al.*, 2017; Hayes *et al.*, 2022; Mendoza et Damio, 2018; White *et al.*, 2020). Hormis l'étude de White *et al.* (2020) qui ne ciblait pas une population vulnérable ou à risque, les quatre autres études ont été menées auprès de fumeurs défavorisés. Une étude a obtenu un taux d'abstinence et une réduction tabagique significativement supérieurs chez les participants ayant reçu une intervention offerte par des pairs qualifiés (White *et al.*, 2020), alors que les quatre autres études ont montré des résultats similaires à la condition contrôle. En outre, des données qualitatives récoltées auprès des participants suggèrent que la plus grande accessibilité au pair qualifié et la facilité d'établir un lien de confiance avec ce dernier ont agi comme facteurs facilitant l'intervention (Apata *et al.*, 2022; Estreet *et al.*, 2017).

#### Description des études

White *et al.* (2020) ont montré que l'implication des pairs qualifiés augmentait significativement le taux d'abstinence même dans le cadre d'une intervention numérique, SmokefreeTXT<sup>3</sup>. Les auteurs ont recruté 200 adultes fumeurs californiens, et les ont assignés à une version modifiée de SmokefreeTXT bonifiée de textos personnalisés provenant d'un pair mentor (n = 101), ou uniquement à SmokefreeTXT (n = 99). Les textos personnalisés reçus par les participants du

---

<sup>3</sup> Service de messagerie texte à l'échelle nationale fourni par le National Cancer Institute, qui offre un soutien émotionnel et éducatif aux fumeurs souhaitant renoncer au tabac.

groupe d'intervention étaient semblables à ceux du SmokefreeTXT, mais avaient un ton plus conversationnel, pouvaient être adaptés par les pairs qualifiés à chacun des participants, ou même supprimés. Les pairs pouvaient aussi envoyer des messages spontanés (non scriptés) à tout moment. Le taux d'abstinence (7 jours) validée biochimiquement était plus élevé pour les participants du groupe ayant reçu l'intervention par les pairs qualifiés que pour les participants ayant reçu des textos automatisés (8 % c. 3 %; différence ajustée = 6,5, 95 % IC 0,7-12,3,  $p < 0,05$ ). De plus, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour a significativement diminué de 3,3 chez les participants du groupe ayant reçu l'intervention par les pairs par rapport à ceux ayant reçu des textos automatisés ( $p < 0,01$ ). Enfin, White *et al.* (2020) soulèvent des différences significatives au niveau de l'engagement des participants à l'intervention comparativement au groupe contrôle, soit une réinitialisation plus fréquente de la date d'arrêt et l'envoi d'un plus grand nombre de messages.

Deux études retenues pour cette modalité d'intervention s'appuient sur le programme Communities Engaged and Advocating for a Smoke-free Environment (CEASE), issu d'un partenariat entre une université et plusieurs communautés voisines dans la ville de Baltimore (Apata *et al.*, 2022; Estreet *et al.*, 2017). Ce programme se concentre sur des populations défavorisées socioéconomiquement. L'intervention CEASE est offerte par des pairs qualifiés formés, qui sont payés pour le temps qu'ils consacrent à l'animation des séances et pour les autres activités auxquelles ils participent (ex. : réunions d'équipe, formation, engagement communautaire; communication personnelle avec la coordonnatrice du programme CEASE, juillet 2024).

Estreet *et al.* (2017) ont comparé l'intervention CEASE offerte par des professionnels de la santé en milieu clinique et celle offerte par des pairs qualifiés en milieu communautaire, dans une étude réalisée en trois phases. Chacune des phases d'intervention avait une durée de 12 semaines et les participants des trois phases avaient accès à une TRN. Au cours des phases II et III, des changements progressifs ont été apportés sur la base des leçons tirées des phases précédentes. La phase I, réalisée en milieu clinique, a révélé que les participants préféraient des lieux hors du réseau médical et que les taux d'abandon étaient similaires pour le counseling individuel et celui en groupe. La phase II a comparé deux méthodes de counseling en groupe animé par des pairs qualifiés, avec des incitatifs financiers et non financiers. Dans cette phase, les pairs qualifiés avaient comme responsabilités de recruter et d'inscrire les participants, d'identifier les lieux communautaires où les séances de groupe auraient lieu, et de conclure une entente formelle pour l'usage de ces lieux. Au cours de la phase III, l'intervention CEASE offerte par des pairs qualifiés a été déployée dans un nombre et une variété accrue de contextes communautaires, et bonifiée de contenu visant à rehausser la motivation et prévenir les rechutes. Les participants des trois phases totalisaient 951 adultes fumeurs provenant de deux communautés urbaines à faible revenu et avec des taux de tabagisme élevés. La majorité des participants étaient d'origine afro-américaine (74 %) et n'occupaient pas d'emploi au moment de l'étude (72 %).

Pour l'ensemble des trois phases, Estreet *et al.* (2017) rapportent un taux global d'abstinence validée biochimiquement à la fin de l'intervention de 18 %, avec des taux d'abstinence plus élevés dans les deux phases où l'animation était confiée à des pairs qualifiés (21 % et 30 %; phases II et III, respectivement) comparativement à du personnel médical (9 %; phase I). Les auteurs n'indiquent toutefois pas si ces différences sont significatives. Les taux de rétention ont également augmenté significativement au cours des trois phases, avec des taux de participation à six séances ou plus (sur 12) de 14 % (phase I, personnel médical), 52 % et 68 % (respectivement phases II et III, pairs qualifiés) ( $p < 0,001$ ). La rétention était significativement plus élevée en milieu communautaire qu'en milieu clinique (OR = 6,7, 95% IC 4,6-9,8). De plus, les phases II et III ont été associées à des améliorations substantielles des taux de rétention par rapport à la phase I, avec des rapports de cote significatifs de 4,9 (95 % IC 3,2-7,3) et de 12,0 (95 % IC 7,3-19,5), respectivement. Notons également qu'une rétention plus élevée était significativement associée à des taux d'abandon plus élevés (OR = 2,4, 95% IC 1,5-3,8). Enfin, les résultats qualitatifs recueillis auprès des participants ont mis en lumière des barrières à l'intervention en milieu clinique (difficultés d'accès, inconfort avec le milieu médical) et des facteurs facilitant l'intervention en milieu communautaire (plus facile d'établir un lien de confiance avec le pair qualifié, lieux familiers, facilité d'accès).

Apata *et al.* (2022) ont réalisé une étude pilote auprès de 44 fumeurs à faible revenu, d'origine afro-américaine et sans emploi, afin d'explorer la faisabilité et le potentiel d'offrir le programme CEASE par l'entremise de pairs mentors formés, recrutés parmi d'anciens fumeurs résidant dans les mêmes complexes de logements sociaux que les participants. Six pairs mentors ont été recrutés et formés<sup>4</sup>. À la suite de leur formation, les pairs étaient responsables de recruter les fumeurs participant à l'étude parmi les résidents de leur complexe immobilier. Le groupe d'intervention était composé de 30 fumeurs qui ont reçu l'intervention de soutien par les pairs qualifiés CEASE, comprenant une séance de counseling en groupe ainsi qu'un plan d'abandon du tabac et de suivi individuel élaboré conjointement avec le pair mentor. L'accord décrivait notamment comment les mentors et les participants communiqueraient ensemble pendant les 12 semaines que durait l'intervention (ex. : réunions en personne, appels téléphoniques, messages texte, courriels). Les participants du groupe d'intervention avaient accès à une TRN et à des incitatifs financiers (10 \$ par séance de counseling avec mentor). Un groupe témoin composé de 14 individus n'a reçu aucune intervention.

Douze à seize semaines après l'intervention, l'abstinence validée biochimiquement était similaire entre les participants du groupe ayant reçu l'intervention (23 %) et ceux du groupe contrôle (14 %) ( $p = 0,488$ ). Pour l'ensemble des participants, les niveaux moyens globaux de CO expiré sont passés de 26 ppm (ÉT = 19,0) au début de l'intervention à 12 ppm (ÉT = 6,0) au moment du suivi ( $p < 0,01$ ). Les auteurs soulèvent une possible contamination du groupe témoin due à la diffusion d'informations provenant du groupe d'intervention, puisque tous les participants habitaient les mêmes immeubles. Enfin, Apata *et al.* (2022) rapportent des résultats qualitatifs

---

<sup>4</sup> Trois pairs mentors formés sur six ont abandonné en cours de projet.

identifiant comme facteur facilitant le fait que les séances se passent au lieu de résidence, permettant ainsi des interactions fréquentes et interpersonnelles entre les pairs qualifiés et les participants en dehors des séances. Cela a également facilité l'établissement d'une relation de confiance, puisque des voisins d'immeuble partageaient des expériences similaires.

Les résultats de l'étude pilote de Hayes *et al.* (2022), réalisée en Irlande auprès de 125 femmes et dont près de la moitié n'occupaient pas d'emploi au moment de l'étude, montre des résultats similaires entre les taux d'abstinence du groupe avec pairs qualifiés et ceux du groupe contrôle. Mendoza et Damio (2018) ont, quant à eux, réalisé, au Connecticut, une étude pilote auprès de 138 adultes fumeurs à faible revenu, dont 73 % étaient latinos, 76 % avaient déjà reçu un diagnostic de trouble mental, et 54 % n'occupaient pas d'emploi. Dans cette étude, le fait que les participants aient reçu l'intervention par les pairs qualifiés ou la condition contrôle n'était pas associé au statut tabagique à la fin de l'intervention ( $p = 0,89$ ). Cependant, le nombre de séances suivies avec les pairs qualifiés augmentait significativement les chances de cesser de fumer.

### ***3.2.1.2 Intervention impliquant un intervenant communautaire***

Les intervenants communautaires offrent une relation d'aide, hors du milieu médical, à des personnes aux prises avec une ou plusieurs problématiques comme les dépendances, la pauvreté et les troubles mentaux. Certains individus nécessitent une présence et une disponibilité accrues que le personnel médical n'est souvent pas en mesure d'apporter. L'éducation populaire est souvent utilisée comme philosophie d'intervention par les intervenants communautaires afin de s'assurer que chaque intervention et chaque décision soit prise dans le but d'optimiser l'autonomie des personnes. Dans une démarche de renoncement au tabac, ces intervenants peuvent fournir des informations sur la santé et aider à lutter contre des obstacles liés aux soins (ex. : accessibilité, aisance avec le milieu médical) (Kangovi *et al.*, 2020). Ils peuvent également aider à l'orientation des soins et au suivi des patients.

#### **En résumé**

Trois études ont été retenues pour les interventions impliquant un intervenant communautaire (Bonevski *et al.*, 2018; Evins *et al.*, 2023; Wewers *et al.*, 2017). Celui-ci était soit responsable d'administrer l'intervention de renoncement ou soit d'accompagner un professionnel de la santé chargé de l'intervention. Les études ont été réalisées auprès de fumeurs défavorisés (Bonevski *et al.*, 2018) atteints de troubles mentaux graves (Evins *et al.*, 2023), ou vivants dans des régions éloignées et où les prévalences de tabagisme sont élevées (Wewers *et al.*, 2017). Une des études a montré un taux d'abstinence supérieur (Evins *et al.*, 2023). Les deux autres études ont obtenu des taux d'abstinence similaires entre l'intervention offerte par l'intervenant communautaire et le groupe de comparaison, mais ont montré une plus grande réduction du nombre de cigarettes fumées et une augmentation des tentatives d'arrêt lorsqu'un intervenant communautaire était impliqué.

## Description des études

Dans l'étude de Evins *et al.* (2023), les fumeurs ( $n = 1010$ ) avaient un trouble mental grave et 44 % d'entre eux vivaient en logement supervisé. L'objectif était d'évaluer si la combinaison du soutien d'un intervenant communautaire et la formation en pharmacothérapie offerte à des professionnels de la santé (médecins généralistes, psychiatres, infirmières) augmentait l'abstinence tabagique. Ainsi, ces professionnels ont reçu une formation en pharmacothérapie afin d'accroître le recours à celle-ci pour soutenir les patients dans leur démarche d'arrêt tabagique. Les intervenants communautaires, quant à eux, avaient comme responsabilités d'instaurer un climat de confiance dans les soins, d'encourager l'utilisation de la pharmacothérapie et l'adhérence au traitement, et d'accompagner les participants lors de leurs visites médicales et des séances de groupe offertes dans le cadre de l'étude. Ils rencontraient les participants habituellement en personne, à leur domicile ou dans leur quartier, selon un horaire déterminé mutuellement. La combinaison des deux interventions (formation aux professionnels de la santé + soutien intervenant communautaire;  $n = 336$ ) était comparée à la formation des professionnels (sans soutien) ( $n = 341$ ) et aux soins habituels des professionnels (sans formation ni soutien) ( $n = 333$ ).

Les résultats montrent que les participants ayant reçu le soutien d'un professionnel de la santé formé en pharmacothérapie et celui d'un intervenant communautaire avaient un taux d'abstinence à 24 mois plus élevé que ceux qui avaient été soutenus seulement par un professionnel ayant reçu une formation sur la pharmacothérapie (12 % c. 7 %; OR 1,84, 95 % IC 1,04–3,24,  $p < 0,05$ ) et que ceux ayant reçu les soins habituels (12 % c. 5 %; OR 2,40, 95 % IC 1,20–4,79,  $p < 0,05$ ). Les participants ayant reçu le soutien d'un professionnel de la santé formé en pharmacothérapie et celui d'un intervenant communautaire avaient deux fois plus de chances d'être abstinentes à 24 mois comparativement à ceux ayant reçu les soins habituels (OR 2,15, 95 % IC 1,12–4,16,  $p < 0,05$ ).

Dans l'étude de Bonevski *et al.* (2018), les fumeurs étaient défavorisés ( $N = 431$ ); 94 % recevaient des prestations gouvernementales comme source de revenus principale. Les participants, assignés aléatoirement à l'intervention ( $n = 187$ ), recevaient cinq séances de counseling du programme *Call it Quits* (trois en personne, deux au téléphone), basées sur l'entretien motivationnel et des techniques de changement de comportement. Ces séances étaient assurées par des intervenants communautaires formés. Les participants à l'intervention avaient également accès à une TRN. Les participants du groupe contrôle ( $n = 244$ ) recevaient seulement une référence vers un service de ligne téléphonique d'aide à l'arrêt tabagique.

Les taux d'abstinence étaient similaires entre les deux groupes, dont l'abstinence continue validée biochimiquement un mois post-intervention (5,6% *Call it Quits* c. 3,8% contrôle, OR = 1,62, 95% IC 0,60–4,70,  $p = 0,379$ ) et six mois post-intervention (1,0% *Call it Quits* c. 1,4% contrôle, OR = 0,77, 95% IC 0,07–8,53,  $p = 0,828$ ). À 6 mois post-intervention, les participants ayant reçu l'intervention offerte par un intervenant communautaire ont toutefois rapporté un nombre moins élevé de cigarettes fumées par jour comparativement à ceux du groupe contrôle (7,8 c. 12,7;  $p < 0,001$ ) et un nombre plus élevé de tentatives d'arrêt (3,6 c. 1,6;  $p < 0,001$ ).

Enfin, Wewers *et al.* (2017) ont comparé une intervention comportementale de plusieurs séances offerte par un intervenant communautaire à une seule rencontre téléphonique également menée par un intervenant communautaire. L'étude était réalisée auprès de 707 adultes fumeurs vivant dans des régions éloignées en Ohio, où les taux de tabagisme dépassent 30 %. Plus d'un tiers des participants vivaient sous le seuil de pauvreté. La moitié des participants ( $n = 353$ ) ont reçu sept visites en personne, d'une durée moyenne de 30 minutes, sur une période de 10 semaines. Ces visites étaient offertes conjointement par un intervenant communautaire et une infirmière, tous les deux employés dans la clinique du département de santé publique du comté et formés en renoncement au tabac. L'endroit des rencontres était mutuellement décidé (domicile du participant, bibliothèque municipale, etc.). Les participants du groupe contrôle ( $n = 354$ ), quant à eux, participaient à une seule rencontre en personne (30 minutes) avec l'intervenant communautaire, durant laquelle ce dernier leur fournissait une référence vers un service de ligne téléphonique d'aide à l'arrêt tabagique. Tous les participants de l'étude avaient accès à une TRN.

Les auteurs rapportent des taux d'abstinence similaires entre les deux groupes. Les taux d'abstinence prolongée à 3, 6 et 12 mois post-intervention étaient respectivement de 7,9 %, 5,7 % et 5,4 % pour les participants ayant reçu l'intervention intensive, et de 4,5 %, 2,5 % et 2,5 % pour les participants du groupe contrôle. Ces différences n'étaient pas statistiquement significatives. Une différence significative entre les deux groupes a toutefois été trouvée pour les tentatives d'arrêt à 3 mois post-intervention, avec 96 % des participants ayant reçu l'intervention intensive qui ont signalé au moins une tentative d'arrêt, contre 81 % parmi ceux du groupe contrôle ( $p < 0,01$ ).

### **3.2.2 Intervention de groupe bonifiée d'une nouvelle composante**

L'avantage des interventions de groupe est de pouvoir bénéficier du soutien des pairs, qui vivent une expérience similaire, en plus des conseils de l'intervenant spécialisé en renoncement au tabac. Celui-ci utilise généralement des stratégies cognitivo-comportementales liées à la motivation, à la réduction progressive de la consommation et à la prévention des rechutes. Les interactions avec les autres participants du groupe offrent des opportunités de modelage positif. L'intervention au cœur des six articles retenus pour cette modalité correspond à une intervention de groupe, avec l'ajout d'une autre composante.

Une de ces composantes, soit l'accent mis sur le lundi (Apata *et al.*, 2023; De Leon *et al.*, 2018), suggère que les intentions de changer de comportement profiteraient d'un élan en début de semaine comparativement aux autres journées. Une deuxième composante correspond à l'ajout d'incitatifs (Apata *et al.*, 2019; Barton *et al.*, 2020). Les incitatifs externes, par exemple des bons échangeables, de l'argent ou des points, permettent de renforcer positivement le changement de comportement tout au long de la démarche, comme l'assiduité aux séances de groupe. Enfin, une troisième composante utilise l'inscription continue, ou *rolling group* (Brett *et al.*, 2023; Landais *et al.*, 2021). Avec cette composante, l'ordre et l'animation des séances de groupe sont structurés, mais les participants peuvent se joindre à tout moment, sans date de début ni de fin.

L'avantage principal de cette structure est d'offrir une flexibilité qui permet d'éliminer certaines barrières à la participation.

#### **En résumé**

Six études ont été retenues pour les interventions de groupe bonifiées d'une nouvelle composante, c'est-à-dire l'accent mis sur le lundi (Apata *et al.*, 2023; De Leon *et al.*, 2018), les incitatifs (Apata *et al.*, 2019; Barton *et al.*, 2020) ou l'inscription continue (Brett *et al.*, 2023; Landais *et al.*, 2021). Cinq études ont été menées auprès de fumeurs défavorisés (Apata *et al.*, 2019, 2023; Brett *et al.*, 2023; Landais *et al.*, 2021) ou ayant un trouble lié à l'utilisation de substances (Barton *et al.*, 2020). Les résultats indiquent qu'aucune des trois composantes n'augmente l'abstinence tabagique. Toutefois, l'une des deux études ayant évalué la composante d'inscription continue a rapporté des résultats significatifs au niveau de la réduction du nombre de cigarettes fumées (Brett *et al.*, 2023). De plus, les interventions sont généralement appréciées des participants (De Leon *et al.*, 2018; Landais *et al.*, 2021)

#### **3.2.2.1 Intervention de groupe avec un accent mis sur le lundi**

##### **Description des études**

Dans l'étude de De Leon *et al.* (2018), menée au Maryland auprès de 78 fumeurs, l'intervention de groupe ciblée le lundi encourageait les participants du groupe d'intervention ( $n = 42$ ) à utiliser cette journée de la semaine pour arrêter de fumer ou pour se réengager à arrêter. Les séances de groupe et les communications étaient également offertes le lundi. Les participants du groupe contrôle ( $n = 36$ ) recevaient une intervention de groupe équivalente, mais lors d'un autre jour de la semaine. L'abstinence ponctuelle autorapportée, mesurée 3 mois post-intervention, indique des proportions de fumeurs abstinents similaires entre les deux groupes après 7 jours (36 % intervention c. 29 % contrôle,  $p = 0,30$ ) et 30 jours (36 % intervention c. 24 % contrôle,  $p = 0,60$ ). À la fin de l'intervention, les participants du groupe ciblé le lundi considéraient le programme comme étant plus utile pour arrêter de fumer (score de 4,2/5 c. 3,3 pour le groupe contrôle,  $p < 0,05$ ). Cette différence significative n'a toutefois pas été maintenue à 3 mois post-intervention.

Apata *et al.* (2023) ont mené une étude auprès de 64 fumeurs adultes en majorité d'origine afro-américaine et à faible revenu. Les chercheurs ont comparé l'efficacité du programme CEASE ciblant le lundi ( $n = 37$ ) au programme CEASE tenu une autre journée que le lundi ( $n = 27$ ). Tous les participants ont bénéficié de 12 séances de groupes animées par des pairs qualifiés. Dans le programme CEASE-lundi, les séances de groupe avaient lieu les lundis et les participants étaient encouragés à choisir cette journée comme moment d'arrêt. Ils bénéficiaient aussi du matériel de la campagne *Quit and Stay Quit Monday* (ex. : messages de motivation). Tous les participants de

l'étude avaient accès à une TRN. Les deux groupes ont présenté des taux d'abstinence autorapportés similaires (CEASE-lundi = 25% c. CEASE-standard = 22%;  $p = 0,94$ ) et une réduction non significative du nombre moyen de cigarettes fumées par jour de 7,7 à 5,6 dans les deux groupes combinés (réduction moyenne 2,1; 95 % IC 0,9-5,1,  $p = 0,08$ ).

### 3.2.2.2 Intervention de groupe avec l'ajout d'incitatifs

#### Description des études

Apata *et al.* (2019)<sup>5</sup> ont évalué l'efficacité du programme CEASE mis en œuvre dans des lieux communautaires, auprès de 389 adultes fumeurs à faible revenu et en majorité sans emploi. Les fumeurs recrutés ont participé à 12 séances de groupe animées par des pairs qualifiés, d'une durée de 1 h 30-2 h, qui différaient par le type d'incitatif utilisé. Le groupe A ( $n = 213$ ) recevait des incitatifs financiers. Les participants recevaient environ 13,50 \$ par séance, 13,50 \$ lorsqu'ils se fixaient une date d'arrêt, 13,50 \$ lorsqu'ils étaient abstinents pendant une semaine et 34 \$ pendant un mois, 34 \$ par séance de suivi et 13,50 \$ pour chacune des personnes dirigées vers le programme. Un service de ligne téléphonique d'aide à l'arrêt tabagique leur était également offert. Le groupe B ( $n = 176$ ) recevait les mêmes incitatifs financiers, ainsi que des incitatifs non financiers. Ces derniers consistaient en un système de cumulation de points, octroyés par exemple lors de leur participation aux séances (100 points/séance) ou lorsqu'ils étaient abstinents pendant une semaine (100 points) ou un mois (250 points). Après avoir accumulé 1 500 points, les participants recevaient le titre honorifique de « *Seeker* »; à 3 000 points, ils recevaient le titre de « *Champion* ». Les participants des deux groupes avaient accès à une TRN.

Les auteurs ont mesuré l'abstinence ponctuelle (7 jours) autorapportée et validée biochimiquement à 12 semaines post-intervention. Ce taux s'élevait à 21 % pour l'ensemble des participants et était similaire entre les deux groupes (groupe A = 19 %, groupe B = 25 %;  $p = 0,138$ ). Le taux de rétention au programme, soit la participation à six séances ou plus sur les douze offertes, était plus élevé pour le Groupe B (58,5 %) que le groupe A (46,5 %;  $p < 0,05$ ). Enfin, les résultats qualitatifs soulignent que certains participants ont attribué leur succès dans l'abandon du tabac au soutien des pairs qualifiés et à la participation aux séances de groupe. En plus des avantages du soutien par les pairs, certains participants ont indiqué que les incitatifs (tant financiers que non financiers) constituaient un facteur important pour les motiver à continuer le programme et éventuellement à arrêter de fumer.

Barton *et al.* (2020) ont évalué si l'ajout d'incitatifs financiers à une intervention de groupe de huit séances augmentait le nombre de séances suivies. Leur échantillon était composé de 73 vétérans fumeurs vivant à Seattle et ayant un trouble lié à l'utilisation de substances. Parmi leur échantillon, 77 % avaient un trouble de l'usage de l'alcool, et 77 % avaient un trouble dépressif. Trente-neuf participants ont reçu l'intervention avec incitatifs, alors que 34 participants faisaient partie du groupe contrôle. Une TRN était offerte à tous les participants.

---

<sup>5</sup> Cette étude décrit en détail la phase II de l'étude de Estreet *et al.* (2017) présentée dans la section « 3.2.1.1 Intervention offerte par des pairs qualifiés ».

Aucune différence significative n'a été trouvée entre les groupes pour le nombre moyen de séances totales suivies (avec incitatifs = 4,5; sans incitatif = 5,2) ni pour le nombre le plus élevé de séances consécutives (avec = 3,9 ; sans = 4,0). Le montant moyen reçu par séance était de 2,70 \$, pouvant aller jusqu'à 16,70 \$ pour l'entièreté du programme. Selon les auteurs, le montant des récompenses était possiblement trop faible pour avoir un effet significatif sur les résultats.

### 3.2.2.3 Intervention de groupe avec inscription continue

#### Description des études

L'étude de Brett *et al.* (2023) a mesuré la diminution du nombre moyen de cigarettes fumées par jour parmi un échantillon d'adultes fumeurs défavorisés de Chicago (n = 289), en majorité d'origine afro-américaine et sans emploi. Le programme était une version condensée du programme *Courage to Quit*, qui permet l'inscription continue (*Courage to Quit – Rolling*). Pour être considéré participant, il était nécessaire de se présenter à au moins une séance (sur quatre). Avant chaque séance, les participants rapportaient le nombre de cigarettes fumées par jour au cours de la semaine précédente<sup>6</sup>. Plus de la moitié des participants (56 %) ont assisté à au moins deux séances sur quatre. Les résultats montrent une diminution significative du nombre de cigarettes fumées de plus de 30 % entre la première et la dernière séance de groupe (9,2 cig/jour c. 6,0, n = 80, p < 0,001). De plus, les participants qui ont assisté aux quatre séances ont signalé des réductions plus importantes de leur consommation moyenne de cigarettes par jour que ceux ayant participé à moins de quatre séances (diminution de 4,6 cig/jour c. 1,3, respectivement F [1, 72] = 6,82, p < 0,05).

Landais *et al.* (2021) ont réalisé une étude pilote auprès de 22 fumeurs et anciens fumeurs sans emploi de milieux défavorisés aux Pays-Bas. L'intervention de groupe offerte permettait aux participants de se présenter à tout moment aux séances. Les participants avaient accès à une TRN, et avaient la possibilité d'ajouter une ou deux rencontres individuelles à l'intervention de groupe, ou d'obtenir un soutien téléphonique entre les séances de groupe. Les participants ont assisté en moyenne à 6,4 séances sur un maximum de 17. La moitié des participants avait renoncé au tabac à la fin de l'intervention, mais la majorité d'entre eux avaient rechuté au moins une fois<sup>7</sup>. De façon générale, l'intervention de groupe avec inscription continue a été très appréciée des participants, notamment car elle permettait de cesser de fumer à leur propre rythme et de continuer le programme malgré une rechute.

---

<sup>6</sup> La mesure du nombre de cigarettes fumées par jour au cours de la semaine précédente a été recueillie avant chaque séance auprès de seulement 80 participants (sur 289), soit ceux recrutés à partir de 2017.

<sup>7</sup> Le moment de la rechute (après ou pendant l'intervention) n'est pas précisé dans l'étude.

### 3.2.3 Intervention en milieu de travail

Les interventions en milieu de travail présentent les avantages de ne pas nécessiter de déplacement supplémentaire, d'être offertes dans un environnement familier et de recevoir un soutien social (ou une pression indirecte) des pairs collègues pendant l'intervention.

#### En résumé

Quatre études ont été retenues pour les interventions en milieu de travail (Asfar *et al.*, 2021; Bold *et al.*, 2019; Mache *et al.*, 2019; van den Brand *et al.*, 2018). Dans chacune des études, l'intervention de renoncement au tabac se déployait en milieu de travail, mais sous différentes formes (ex. : counseling individuel ou de groupe, incitatifs financiers). Il importe de noter que l'intervention en milieu de travail était toujours comparée à un groupe contrôle du même milieu qui ne recevait pas d'intervention. Cela ne permet donc pas de statuer si les interventions en milieu de travail sont plus efficaces que des interventions similaires réalisées dans d'autres milieux. Une étude parmi les quatre a été menée auprès de travailleurs de la construction (Asfar *et al.*, 2021), et une autre auprès de travailleurs peu scolarisés du milieu de la restauration (Bold *et al.*, 2019). Trois études ont obtenu des résultats similaires à ceux des groupes de comparaison au niveau de l'abstinence (Asfar *et al.*, 2021; Bold *et al.*, 2019; Mache *et al.*, 2019). La quatrième étude a rapporté un taux d'abstinence élevé, mais n'a pas utilisé de groupe de comparaison sans intervention (van den Brand *et al.*, 2018).

#### Description des études

Asfar *et al.* (2021) ont évalué une intervention de renoncement au tabac dans une population d'hommes latino-américains travaillant dans le secteur de la construction à Miami. Leur échantillon était composé de 134 adultes fumeurs, dont 86 % étaient nés à l'extérieur des États-Unis, répartis dans 17 chantiers de construction différents. Les sites ont été randomisés à l'intervention *Enhanced Care* (n = 65 employés) ou à une intervention de soins habituels (n = 69 employés). Sur chacun des sites, les chercheurs ont identifié une personne-ressource, habituellement le responsable de la sécurité, qui a servi de partenaire et de coordonnateur à la recherche. L'intervention *Enhanced Care*, d'une durée de huit semaines, comprenait une séance de soutien comportemental en groupe près du camion cantine lors d'une pause dîner. Le contenu de la séance était basé sur la théorie sociocognitive et abordait la préparation à l'arrêt tabagique, les premiers jours sans fumer, la prévention de la rechute et l'utilisation adéquate de la TRN (à laquelle les participants avaient accès). De plus, les participants recevaient deux appels téléphoniques de soutien avant et après la date d'arrêt, et une référence vers une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt tabagique. Le groupe contrôle, quant à lui, avait seulement accès à la TRN et à la référence vers la ligne téléphonique.

Les résultats montrent que les différents taux d'abstinence mesurés étaient similaires entre les participants recevant l'intervention et ceux du groupe contrôle. De fait, le taux d'abstinence prolongée validée biochimiquement à 3 mois post-intervention était de 53 % pour le groupe d'intervention et de 47 % pour le groupe contrôle ( $p = 0,527$ ). À 6 mois post-intervention, le taux d'abstinence ponctuelle était de 28 % pour le groupe d'intervention et de 20 % pour le groupe contrôle ( $p = 0,315$ ). Les résultats étaient également similaires au niveau de la réduction tabagique. Les participants qui n'ont pas arrêté de fumer ont réduit le nombre de cigarettes fumées par jour de 13,4 dans le groupe d'intervention et de 11,5 dans le groupe contrôle, à 6 mois post-intervention ( $p = 0,344$ ). En outre, l'adhérence au traitement était similaire dans le groupe d'intervention et dans le groupe contrôle, tant pour l'intervention reçue sur le chantier (94 % c. 88 %, respectivement) que le contact par la ligne téléphonique (49 % c. 41 %, respectivement).

Bold *et al.* (2019) ont évalué la faisabilité d'une intervention de renoncement au tabac sur les lieux de travail auprès de 25 employés peu scolarisés du milieu de la restauration au Connecticut. Plus de la moitié des participants étaient afro-américains et avaient l'équivalent d'un diplôme d'études secondaires (ou moins). Les chercheurs ont randomisé six restaurants situés sur des campus universitaires, soit trois sites d'intervention ( $n = 18$  employés au total) et trois sites de contrôle qui ont reçu l'intervention en différé ( $n = 7$  employés). L'intervention, d'une durée de six semaines, comprenait trois séances de counseling bref individuel (15 minutes chacune), une pharmacothérapie et des incitatifs financiers, qui récompensaient la réduction du nombre de cigarettes fumées ou l'abstinence, toutes deux vérifiées biochimiquement lors des rencontres. Le montant maximum qu'un participant pouvait obtenir était de 218,75 USD (environ 300 CAD). Des ressources de soutien étaient suggérées aux participants, soit la ligne téléphonique d'aide à l'arrêt, un service de messagerie texte (*SmokeFreeTXT*) et une application mobile basée sur la pleine conscience (*Craving to Quit*). Toutes les procédures de l'intervention ont été réalisées sur le lieu de travail et pendant les heures de travail des employés. Pendant la durée de l'intervention, les participants des sites de contrôle rapportaient eux aussi les mesures d'intérêt pour les chercheurs, mais ne recevaient aucune intervention.

Les résultats montrent qu'une proportion plus grande d'employés des sites d'intervention a rapporté une tentative d'arrêt à partir du début de l'intervention par rapport aux sites de contrôle (67 % c. 12,5 %,  $p < 0,05$ ), mais il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes quant à l'abstinence pendant au moins 24 heures (53 % c. 12,5 %,  $p = 0,08$ ). Enfin, les participants ont jugé l'intervention globalement très utile, particulièrement le fait qu'elle était offerte sur le lieu de travail.

Mache *et al.* (2019) ont mené une étude auprès de 222 adultes fumeurs allemands travaillant dans des milieux variés. Le traitement, d'une durée de 12 mois, consistait en : 1) des séances de counseling de groupe hebdomadaires ou aux deux semaines, d'une durée de 30 à 45 minutes; 2) des séances de counseling cognitivo-comportemental individuel avec un intervenant qualifié, qui utilisait notamment l'entretien motivationnel; et 3) une séance d'activité physique hebdomadaire de 30 minutes avec un entraîneur. Les employés prenaient part à l'étude pendant

la journée de travail, selon un horaire adapté autant que possible (ex. : avant ou après les heures de travail rémunérées, à l'heure du dîner). Les participants ont été répartis dans le groupe d'intervention (n = 112), et le groupe contrôle (n = 110) qui ne recevait aucune intervention.

L'abstinence continue autorapportée à 12 mois était de 18 % dans le groupe ayant reçu l'intervention et de 7 % dans le groupe contrôle (p = 0,31), ce qui n'est pas significativement différent. Parmi les participants ayant rechuté, le nombre de cigarettes fumées par jour était inférieur en moyenne de 4,1 respectivement dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle (p > 0,05), une différence qui n'est pas significative non plus.

Enfin, van den Brand *et al.* (2018) ont mené une étude aux Pays-Bas auprès de 604 employés provenant de 61 entreprises différentes qui offraient un programme de renoncement au tabac. Les entreprises ont été randomisées à une intervention de groupe avec incitatifs financiers (n = 319 employés) et sans incitatifs (n = 285 employés). Les incitatifs financiers représentaient quatre chèques-cadeaux totalisant 350 € (environ 515 CAD) si les participants atteignaient 12 mois d'abstinence continue (50 € à la fin du programme, 50 € à 3 mois, 50 € à 6 mois et 200 € à 12 mois post-intervention). L'intervention proposait une séance de groupe hebdomadaire de 90 minutes pendant une durée de sept semaines. Les séances étaient animées par un intervenant spécialisé en renoncement au tabac, et avaient lieu pendant ou immédiatement après les heures de travail. Les participants ont cessé de fumer en même temps au début de la troisième séance.

Les auteurs rapportent des taux d'abstinence continue autorapportée et validée biochimiquement à la fin de l'intervention ainsi qu'à 3, 6, et 12 mois post-intervention. Ces taux étaient significativement différents entre les groupes à 3, 6 et 12 mois post-intervention. De fait, 76 % des participants sans incitatifs financiers et 83 % des participants ayant reçu des incitatifs financiers étaient abstinents à la fin du programme (OR 1,77, 95 % IC 1,00–3,12, p = 0,05). Ces proportions étaient respectivement de :

- 44 % et 54 % à 3 mois (OR 1,55, 95 % IC 1,07–2,24, p < 0,05);
- 27 % et 45 % à 6 mois (OR 2,39, 95 % IC 1,62–3,52, p < 0,001); et
- 26 % et 41 % à 12 mois post-intervention (OR 1,93, 95 % IC 1,31–2,85, p < 0,001).

### **3.2.4 Intervention utilisant la spirométrie**

La spirométrie est un examen qui mesure la capacité respiratoire et peut être utilisée dans une démarche de renoncement au tabac afin de donner une rétroaction au fumeur. La spirométrie n'est généralement pas administrée de façon isolée. Elle est plutôt considérée comme une composante additionnelle aux interventions de counseling qui augmente la motivation des fumeurs à faire une tentative d'arrêt.

### En résumé

Quatre études ont été retenues pour documenter les interventions utilisant la spirométrie. Bien qu'une revue systématique ait conclu à une efficacité limitée de l'utilisation de la spirométrie dans une démarche de renoncement au tabac (Westerdahl *et al.*, 2019), deux études primaires plus récentes ont montré des taux d'abstinence supérieurs (Martín-Luján *et al.*, 2023; Rodriguez-Alvarez *et al.*, 2022). Une autre étude primaire réalisée auprès de fumeurs ayant un trouble lié à l'utilisation de substances, sans groupe de comparaison, a montré que les taux d'abstinence étaient plus élevés lorsque les résultats de la spirométrie étaient anormaux (Clergue-Duval *et al.*, 2020).

### Description des études

Dans leur revue systématique, Westerdahl *et al.* (2019) ont retenu sept essais contrôlés randomisés réalisés auprès de fumeurs quotidiens adultes. L'objectif était d'évaluer si les résultats de spirométrie, combinés au counseling en renoncement au tabac, augmentaient les taux d'abstinence comparativement au counseling seul. Les résultats de spirométrie, présentés par un médecin (n = 5), une infirmière (n = 1) ou un analyste biomédical (n = 1), étaient communiqués au participant en âge estimé des poumons (n = 5) ou en valeurs de la fonction pulmonaire (n = 2). Deux études ont montré une amélioration significative de l'abandon du tabac (1 mois et 1 an post-intervention) lorsque les patients recevaient de la rétroaction sur les résultats de la spirométrie en combinaison avec du counseling, comparativement aux patients qui n'avaient reçu que du counseling. Dans les deux études, évaluées comme ayant un faible risque de biais, les résultats de spirométrie ont été exprimés en âge pulmonaire. Aucun effet significatif de l'intervention n'a été trouvé dans les cinq autres études incluses dans la revue. Les auteurs concluent que les preuves sont limitées pour soutenir l'utilisation des résultats de spirométrie (en combinaison avec le counseling) dans le but d'augmenter les taux de renoncement au tabac.

Martín-Luján *et al.* (2023) ont réalisé une étude clinique randomisée auprès de 614 adultes fumeurs espagnols sans maladie respiratoire connue. Leur objectif était d'évaluer l'efficacité d'une intervention motivationnelle basée sur les résultats de spirométrie pour augmenter le taux d'abstinence. L'intervention (n = 308) consistait en un test de spirométrie, administré par une infirmière qualifiée, suivi d'une rencontre personnalisée (15 minutes) durant laquelle les résultats détaillés et standardisés du test, exprimés en âge estimé de leurs poumons, étaient expliqués aux participants. L'intervention incluait également un counseling bref sur la cessation tabagique (méthode des 5A<sup>8</sup>), administré par leur professionnel de santé traitant. Les participants du groupe contrôle (n = 306) recevaient seulement le counseling bref. Dans le groupe

---

<sup>8</sup> Celle-ci correspond à une méthode de dépistage du tabagisme, d'encouragement à l'arrêt et au maintien de l'abstinence, adaptée au degré de motivation de la personne (Fiore et Baker, 2011). La méthode des 5A comporte cinq étapes : Ask (poser des questions), Advise (conseiller), Assess (évaluer), Assist (aider, soutenir) et Arrange (organiser).

d'intervention, 20 % des participants présentaient une altération de la fonction pulmonaire en spirométrie. Les auteurs ont rapporté une abstinence prolongée validée biochimiquement à 12 mois post-intervention significativement plus élevée dans le groupe ayant reçu la spirométrie, comparativement au groupe contrôle (7,8 % c. 2,6 %;  $p < 0,01$ ). De plus, l'intervention a significativement augmenté la probabilité d'abstinence ponctuelle et prolongée au cours des suivis à 6 et 9 mois et a presque triplé la probabilité d'abstinence prolongée à 12 mois (OR 2,84, 95 % IC 1,18-7,65,  $p < 0,05$ ).

Toujours en Espagne, Rodriguez-Alvarez *et al.* (2022) ont mené une étude clinique randomisée dans six centres de soins primaires auprès de 350 adultes fumeurs afin d'évaluer les avantages d'utiliser régulièrement la spirométrie comparativement à une seule utilisation au début de l'intervention. Ainsi, tous les participants ont effectué un test de spirométrie lors de la première visite et ont reçu des explications détaillées sur les résultats ainsi que du counseling bref lors de la deuxième visite. Les tests de spirométrie étaient réalisés par le personnel infirmier spécialement formé. Quatre visites de suivi avaient lieu par la suite : à 3 et 6 mois (au téléphone, avec un infirmier), puis à 12 et 24 mois (en personne, avec un médecin). Les participants du groupe d'intervention ( $n = 171$ ) recevaient d'autres explications sur les résultats initiaux de spirométrie aux suivis à 3 et à 6 mois, et un nouveau test de spirométrie leur a été administré au suivi de 12 mois, avec rétroaction et explications. Les participants du groupe contrôle ( $n = 179$ ) ne recevaient que le counseling bref lors des visites de suivi. Les auteurs rapportent des taux d'abstinence similaires entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle à 3 mois (16 % c. 15 %,  $p = 0,995$ ), 6 mois (20 % c. 16 %,  $p = 0,314$ ), 12 mois (24 % c. 16 %,  $p = 0,060$ ) et 24 mois (25 % c. 18 %,  $p = 0,084$ ). Toutefois, dans l'ensemble, sans tenir compte du moment de suivi, les taux d'abstinence validés étaient 1,42 fois plus élevés dans le groupe ayant reçu l'intervention que dans le groupe contrôle ( $p < 0,05$ ).

Clergue-Duval *et al.* (2020), quant à eux, ont mené une étude rétrospective en France afin d'évaluer les effets de résultats de spirométrie anormaux sur le renoncement ultérieur au tabac. Dans leur échantillon de 48 adultes fumeurs, 71 % avaient un trouble d'usage de l'alcool et 23 % un trouble d'usage du cannabis. L'intervention, qui avait lieu dans un centre ambulatoire de toxicomanie, était la même pour tous les participants. Ainsi, ils assistaient à une séance de counseling basée sur l'entretien motivationnel, offerte par un médecin ou une infirmière, durant laquelle un test de spirométrie était réalisé. Les participants recevaient également des informations sur la santé et une offre de TRN. Sur la base des résultats de spirométrie, l'échantillon a été divisé en trois groupes : 1) maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC;  $n = 13$ ); 2) résultat sous-optimal (pas de MPOC, mais âge pulmonaire anormal;  $n = 11$ ); 3) résultat normal ( $n = 24$ ). Chez les participants ayant eu des résultats normaux ou sous-optimaux, il leur a été expliqué que le test de spirométrie était une mesure de l'état actuel et qu'il pourrait se détériorer si le tabagisme continuait, mais que le renoncement au tabac pourrait contribuer à prévenir la MPOC. Chez les participants atteints de MPOC, l'abstinence tabagique leur a été présentée comme un traitement clé pour limiter la progression de la détérioration de

la fonction respiratoire. Les auteurs ont trouvé que le statut tabagique 3 mois post-intervention était significativement différent entre les trois groupes selon leur résultat de spirométrie ( $p < 0,05$ ). De fait, parmi les participants atteints de MPOC, 38,5 % ont rapporté avoir cessé de fumer. Ce pourcentage s'élevait à 60 % chez les participants ayant eu un résultat sous-optimal, et à 9 % chez ceux ayant eu un résultat normal.

### 3.2.5 Interventions utilisant la télémédecine

La télémédecine désigne le counseling vidéo en temps réel utilisant la technologie de vidéoconférence, soit une caméra connectée à un ordinateur ou à un appareil mobile, qui transmet la vidéo et l'audio du professionnel de la santé et du patient en direct. Les services de télémédecine ont connu une augmentation fulgurante de leur utilisation pendant la pandémie de COVID-19, notamment en raison des périodes de confinements (Mehraeen *et al.*, 2023).

#### En résumé

Quatre études ont été retenues pour documenter les interventions utilisant la télémédecine, soit une revue systématique (Tzelepis *et al.*, 2019) et trois études primaires (Byaruhanga *et al.*, 2021; Mahoney *et al.*, 2021; Raiff *et al.*, 2022). Une étude a été réalisée auprès de fumeurs vivant en régions éloignées (Byaruhanga *et al.*, 2021). L'hétérogénéité des quatre études permet difficilement de se prononcer sur la valeur ajoutée de la télémédecine pour le renoncement au tabac comparativement au counseling téléphonique. La revue systématique a conclu à une efficacité limitée étant donné le faible niveau de preuves. En effet, cette revue s'est appuyée sur deux études, qui ont montré des effets similaires de la télémédecine et du counseling téléphonique dans une démarche de renoncement au tabac. Similairement, une étude a rapporté des taux d'abstinence semblables entre les participants ayant reçu l'intervention de télémédecine et ceux ayant reçu du counseling téléphonique (Byaruhanga *et al.*, 2021). Une étude de cas auprès de huit étudiants universitaires a rapporté un taux d'abstinence élevé à la suite du renoncement à la cigarette électronique, mais sans groupe de comparaison et avec l'ajout d'incitatifs financiers si les échantillons de cotinine salivaire démontraient l'abstinence (Raiff *et al.*, 2022). Enfin, une étude ayant dû adapter sa méthode à la réalité de la pandémie a permis de documenter les avantages et les défis de la télémédecine selon les perspectives des participants (Mahoney *et al.*, 2021).

#### Description des études

Dans leur revue systématique, Tzelepis *et al.* (2019) ont retenu deux essais randomisés qui comparaient l'efficacité du counseling vidéo à celui du counseling téléphonique, auprès d'un total de 615 participants. Une étude ciblait une population de femmes américaines atteintes du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), alors que l'autre visait une population rurale vivant au Missouri. Les résultats de la télémédecine étaient similaires à ceux du counseling

téléphonique pour l'abstinence à 6 mois validée biochimiquement (RR = 2,15, 95% IC 0,38-12,04; 2 études, 608 participants;  $I^2=66\%$ ). De plus, le nombre de tentatives d'arrêt, l'adhérence à l'intervention et l'alliance thérapeutique étaient similaires entre les deux moyens d'intervention. Les auteurs ont jugé la qualité des études comme étant très faible, notamment en raison du nombre d'études et de leurs limites.

En Australie, Byaruhanga *et al.* (2021) ont comparé une intervention de soutien transmise par télémédecine à la même intervention transmise par counseling téléphonique et à du matériel écrit (envoyé par la poste), sur l'abstinence et les tentatives d'arrêt de 655 adultes fumeurs résidant dans des zones rurales ou éloignées. Les participants étaient affectés aléatoirement à l'une de ces trois conditions. La télémédecine et le counseling téléphonique s'échelonnaient sur un maximum de six séances de 15 minutes chacune, offertes par un conseiller en cessation tabagique. Les auteurs rapportent que l'abstinence ponctuelle (7 jours) autorapportée à 4 mois post-intervention était similaire entre le groupe ayant reçu la télémédecine (n = 201) et celui soutenu par le counseling téléphonique (n = 229) (19 % c. 13 %, OR = 1,61, 95 % IC 0,95–2,72, p = 0,08). La télémédecine était toutefois associée à une abstinence significativement plus élevée comparativement au matériel écrit (n = 225) (19 % c. 9 %, OR = 2,39, 95 % IC 1,34–4,26, p < 0,01). Les taux d'abstinence prolongée (3 mois) autorapportée à 4 mois post-intervention étaient similaires entre les trois groupes (télémédecine = 7 %, counseling téléphonique = 4,4 %, matériel écrit = 3,1 %).

Dans une étude de cas auprès de huit étudiants universitaires utilisateurs de cigarette électronique au New Jersey, Raiff *et al.* (2022) ont offert sept séances de télémédecine pendant une période d'abstinence de 14 jours. Les auteurs recueillaient des échantillons de cotinine salivaire, que devaient récolter les participants eux-mêmes et les envoyer à l'équipe de recherche. Les participants pouvaient recevoir jusqu'à 140 USD (environ 190 CAD) pour l'envoi d'échantillons de cotinine salivaire, si ceux-ci démontraient leur abstinence. Les chercheurs rapportent que tous les participants ont assisté à toutes les rencontres de télémédecine et ont tous arrêté de vapoter au cours de l'intervention de deux semaines.

Enfin, dans leur étude ayant dû être modifiée en raison de la pandémie de COVID-19, Mahoney *et al.* (2021) ont comparé une cohorte de fumeurs suivie pendant la pandémie (n = 23) à une cohorte comparable suivie avant la pandémie (n = 51). Pendant la pandémie, les visites en personne ont été remplacées par des rencontres téléphoniques ou par vidéoconférence. Les résultats qualitatifs sur les expériences des participants qui ont vécu la transition font ressortir une forte acceptabilité des rendez-vous virtuels, avec une préférence pour les rencontres par vidéoconférence comparativement aux rencontres téléphoniques. Le mode hybride, soit une combinaison de rencontres en personne et à distance, était celui préféré par les participants (11/15). Parmi les avantages des visites à distance, le fait qu'elles ne requéraient aucun déplacement et qu'elles offraient une plus grande commodité et confidentialité ont été soulevés par les participants. En matière de défis, ces derniers soulignent qu'il y avait généralement moins d'interactions et de soutien avec le personnel. Des défis avec la technologie et des distractions à la maison ont aussi été rapportés.

### 3.2.6 Interventions en couple

L'avantage d'impliquer le partenaire du couple dans la démarche de renoncement réside dans le fait que les comportements liés à la santé se produisent toujours dans un contexte social. Ainsi, les conjoints s'influencent mutuellement sur ces types de comportements, dont le tabagisme. Le soutien social, en particulier de la part du partenaire amoureux, est l'un des facteurs psychosociaux contribuant à des effets positifs sur la santé.

#### En résumé

Trois études ont été retenues pour documenter les interventions en couple, soit une revue systématique de la littérature (Choi, 2022) et deux études primaires (Buitenhuis *et al.*, 2021; Whitton *et al.*, 2020). Elles avaient toutes en commun l'implication d'un partenaire dans la démarche de renoncement au tabac chez des adultes fumeurs en couple. Contrairement aux autres modalités évaluées dans la présente synthèse, aucune des trois études analysées ne portait sur des populations vulnérables ou à risque. En outre, aucune des trois études n'a conclu à un effet supérieur de l'implication d'un partenaire sur le renoncement au tabac. Les deux études primaires ont plutôt conclu à des taux d'abstinence similaires entre les participants ayant reçu l'intervention en couple et ceux du groupe contrôle. Dans la revue systématique, 2 des 11 études ont montré des différences significatives dans les taux d'abandon par rapport aux groupes de comparaison. Ces études ciblaient des femmes enceintes ou en post-partum et leur partenaire.

#### Description des études

Buitenhuis *et al.* (2021) ont évalué si une implication active du partenaire non-fumeur dans l'anticipation des situations à risque et des réactions souhaitables améliorerait le taux d'abstinence et la réduction tabagique chez le partenaire fumeur. Dans leur étude réalisée aux Pays-Bas, 176 adultes fumeurs en couple avec un partenaire non-fumeur ont été affectés aléatoirement à une condition d'intervention de planification à deux (n = 83) ou individuelle (n = 93). Les résultats montrent des résultats similaires entre les deux groupes dans les mesures d'abstinence ponctuelle (33 % intervention c. 30 % contrôle, p = 0,711, 95 % IC -0,13-0,20) et prolongée à 3 mois post-intervention (19 % c. 16 %, p = 0,563, 95 % IC -0,13-0,22).

Whitton *et al.* (2020) ont évalué la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité du *Partner Assisted Smoking Cessation Treatment* (PACT) auprès de 71 adultes fumeurs et leur partenaire non-fumeur, résidents d'une ville moyenne du Midwest américain. Les couples affectés à l'intervention (n = 37) recevaient une formation sur 1) la recherche de soutien efficace (ex. : demandes directes et claires pour des types de soutien spécifiques); 2) l'offre de soutien efficace (ex. : écoute active); et 3) les compétences efficaces en résolution de problèmes de couple, en plus de recevoir le soutien cognitivo-comportemental habituel. Les participants du groupe contrôle (n = 34) recevaient seulement la composante de soutien cognitivo-comportemental habituel, sans la présence de leur partenaire. Les deux interventions étaient offertes en groupe, en huit séances hebdomadaires. Tous les participants fumeurs avaient accès

à une TRN. Les taux d'abstinence ponctuelle (7 jours) entre les participants ayant reçu l'intervention PACT et ceux du groupe contrôle étaient similaires à 12 semaines post-intervention (37,5 % c. 27 %;  $p = 0,50$ ) et à tous les autres temps de mesure (1, 2 et 4 semaines).

Enfin, à la suite d'une revue systématique ayant analysé 11 études portant sur des interventions de renoncement au tabac en couple, Choi (2022) conclut que la littérature actuelle ne permet pas de conclure à l'efficacité des interventions de renoncement au tabac en couple en raison du faible nombre d'études et de leur hétérogénéité, notamment en ce qui a trait aux interventions. Les populations cibles recensées incluaient des femmes enceintes ou en post-partum et leur partenaire ( $n = 5$ ), des couples de fumeurs en bonne santé, c'est-à-dire sans comorbidités médicales liées au tabagisme ( $n = 4$ ), et des couples avec un fumeur ayant reçu un diagnostic de maladie liée au tabagisme ou présentant un risque élevé ( $n = 2$ ). Les résultats indiquent que les taux d'abandon du tabac, majoritairement autorapportés 6 mois après l'intervention, variaient de 8 à 58 % dans les interventions de couple, de 8 à 47 % dans les groupes de comparaison recevant les soins habituels, et de 12,5 à 55 % dans les groupes de contrôle appariés avec intervention individuelle. Seulement deux études, qui ciblaient des femmes enceintes ou en post-partum et leur partenaire, ont montré des différences significatives dans les taux d'abandon par rapport aux groupes de comparaison.

## 4 DISCUSSION

Les résultats des 29 études incluses dans la présente synthèse des connaissances ont permis de documenter les effets de six modalités de prestation de services de counseling intensif sur le renoncement au tabac. Afin de faire ressortir les caractéristiques de modalités plus récentes, la recherche documentaire s'est concentrée sur les études publiées depuis 2017. Pour les modalités ayant montré des effets positifs, certains facteurs favorables à l'implantation ont été présentés.

### 4.1 Principaux constats

Voici les principaux constats qui se dégagent de la littérature scientifique consultée :

- Quatre modalités de prestation de services intensifs ont montré des effets positifs sur le renoncement au tabac : l'intervention communautaire, l'intervention de groupe bonifiée d'une nouvelle composante, l'intervention offerte en milieu de travail, et l'intervention utilisant la spirométrie.
- Les résultats des études ayant évalué les interventions en couple et celles utilisant la télémédecine ont été peu concluants. Toutefois, l'absence de démonstration d'efficacité de ces modalités d'intervention dans le cadre de cette synthèse ne devrait pas être interprétée comme une preuve de leur inefficacité.
- En général, les effets des quatre modalités ayant montré des effets positifs ont été évalués auprès de fumeurs plus difficiles à rejoindre par les interventions traditionnelles, comme les personnes défavorisées, atteintes de troubles mentaux, vivant dans des régions éloignées, ou encore des travailleurs de secteurs où la prévalence du tabagisme est élevée (construction, restauration).
- Certaines options ayant démontré une efficacité similaire à des interventions habituelles pourraient être intéressantes pour attirer des clientèles plus difficiles à rejoindre et à soutenir (ex. : télémédecine).
- Peu d'études ont explicitement documenté les facteurs favorables à l'implantation. Quelques études à devis mixte, comprenant un volet qualitatif où les participants s'exprimaient sur les barrières et les facteurs facilitants, ont permis d'identifier des facteurs favorables.
  - Les participants de milieux défavorisés ont rapporté que les interventions communautaires offertes par des pairs qualifiés facilitaient leur démarche de renoncement au tabac, car il était plus facile pour eux d'établir un lien de confiance avec l'intervenant. De plus, les rencontres avaient souvent lieu dans des endroits familiers et faciles d'accès.
  - Des participants ont apprécié les bonifications aux interventions de groupe, dont l'ajout d'incitatifs ou l'inscription continue même si ces bonifications n'augmentaient pas systématiquement les chances de cesser de fumer.

- Des participants de deux secteurs à prévalence élevée de tabagisme (construction et restauration) ont rapporté avoir apprécié que des interventions aient été menées sur leur lieu de travail. Des résultats positifs sur les tentatives d'arrêt et l'adhésion au traitement, variables qui favorisent le renoncement au tabac, ont été observés dans les études abordant les interventions en milieu de travail.
- Une seule étude s'est penchée sur le renoncement à la cigarette électronique. Les faiblesses méthodologiques de cette étude ne permettent pas de tirer de conclusions sur des modalités d'intervention associées au renoncement à ce produit.
- La qualité méthodologique des études analysées a été évaluée comme très variable, la moitié des études (52 %) ayant une qualité faible. Cela incite le lecteur à interpréter ces constats avec précaution.

## 4.2 Des modalités d'intervention permettant de rejoindre des clientèles prioritaires

La *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025* a comme fondement transversal l'inclusion de clientèles spécifiques qui sont davantage touchées par le tabagisme. C'est le cas des personnes défavorisées sur les plans matériel et social, et celles aux prises avec un trouble mental, un trouble de toxicomanie ou des troubles concomitants. Selon la Stratégie :

L'adaptation des interventions constitue un défi qu'il faut aborder de façon transversale, car peu de services, programmes, campagnes et autres actions en matière de lutte contre le tabagisme sont adaptés aux clientèles spécifiques. La prise en compte des déterminants de la santé et du contexte des clientèles spécifiques ainsi que l'inclusion de ces clientèles dans le processus d'évaluation de leurs besoins et dans la planification des interventions qui les concernent devront faire partie intégrante de la mise en œuvre de la Stratégie. (MSSS, 2020, p. 17)

La moitié des études recensées dans la présente synthèse des connaissances ont été réalisées auprès de populations de fumeurs plus dépendants, plus difficiles à rejoindre, ou présentant des problèmes concomitants. Plusieurs études ont été menées auprès de fumeurs défavorisés sur le plan socioéconomique. La taille des échantillons des études retenues est souvent faible, notamment car ces populations sont difficiles à recruter, à impliquer et à retenir jusqu'à la fin dans le processus de la recherche. Par exemple, l'étude de Apata *et al.* (2022) a été menée auprès de 44 fumeurs vivant dans des logements publics subventionnés. Les auteurs rapportent de nombreux défis liés aux caractéristiques de la clientèle, comme des enjeux de logistique et des pressions socio-environnementales concurrentes (faible revenu, problèmes de santé, etc.).

La section qui suit décrit comment certaines modalités d'intervention répondent aux besoins de soutien de populations plus vulnérables ou à risque, particulièrement les populations défavorisées sur le plan socioéconomique.

## 4.2.1 Des interventions de proximité

### 4.2.1.1 Les pairs qualifiés : des mentors accessibles

**Les résultats de différentes études recensées suggèrent que l'intervention offerte par des pairs qualifiés pourrait représenter un moyen efficace pour rejoindre des populations défavorisées souhaitant renoncer au tabac.** Les pairs qualifiés, qui sont d'anciens fumeurs ayant réussi à surmonter leur dépendance, peuvent également jouer un rôle de modèle positif. Ce type d'intervention représente une modalité innovante pour rejoindre davantage les fumeurs de groupes défavorisés, en leur offrant des services de proximité, flexibles et adaptés à leur réalité (Bergeron et Tremblay, 2018; MSSS, 2020). De façon générale, les pairs qualifiés ont des interactions plus fréquentes que les professionnels de la santé avec les fumeurs et ces derniers peuvent plus facilement les contacter lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés. Ces avantages étaient même accrus dans l'étude de Apata *et al.* (2022), car les pairs qualifiés vivaient dans le même complexe de logements sociaux que les participants.

Par ailleurs, le recrutement des participants dans plusieurs études a été effectué par les pairs qualifiés eux-mêmes. Ceci rejoint une autre piste d'action proposée dans le rapport de Bergeron et Tremblay (2018), soit celle d'inviter de façon proactive les fumeurs issus de milieux défavorisés à utiliser les services de renoncement au tabac. La proximité de contact entre les pairs qualifiés et les fumeurs rend ainsi plus facile le recrutement auprès de cette clientèle.

**L'implication des pairs qualifiés peut se manifester de plusieurs façons, incluant par l'entremise de messages textes personnalisés.** Les participants de l'étude de White *et al.* (2020) ont reçu l'intervention de pairs qualifiés par l'entremise de messages texte personnalisés. Cette modalité a généré de meilleurs résultats au niveau de l'abstinence et de la réduction tabagique que les participants qui recevaient seulement des messages textes automatisés. À cet égard, dans sa synthèse de connaissances portant sur l'utilisation des technologies numériques dans les interventions de renoncement au tabac, O'Neill (2022) conclut que l'utilisation des messages texte, accessibles via un téléphone portable conventionnel ou intelligent, représentait la solution interventionnelle la plus préconisée, et l'une des plus efficaces parmi celles utilisant une ou des technologies numériques. Par ailleurs, la *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025* inclut dans ses mesures la poursuite et l'amélioration des interventions d'abandon du tabagisme basées sur les nouvelles technologies, comme le service de messagerie texte (MSSS, 2020). Il est toutefois suggéré que les interventions utilisant une ou des technologies numériques ne remplacent pas mais soient offertes en complément aux interventions plus traditionnelles par téléphone et en personne (O'Neill, 2022). Celles-ci sont démontrées comme étant efficaces et peuvent être préférées par certaines personnes moins à l'aise avec la technologie.

Comme soulevé par différents auteurs, l'implication de pairs qualifiés dans la mise en œuvre d'une intervention peut comporter certains défis. Puisque les pairs sont généralement des bénévoles à temps partiel, rémunérés sporadiquement, et non des professionnels à temps plein, leur niveau d'engagement peut varier. De façon générale, un faible engagement du pair qualifié peut réduire l'efficacité de l'intervention. Il pourrait être nécessaire de trouver un compromis pour une implication plus intensive du pair qualifié, mais qui ne présente pas une surcharge de travail.

#### *4.2.1.2 L'intervenant communautaire : un lien de confiance plus facile à établir*

L'implication d'un intervenant communautaire dans une intervention de renoncement au tabac pourrait représenter une autre avenue intéressante à envisager pour des populations de fumeurs plus vulnérables. Il arrive que ces populations vivent de l'inconfort avec les professionnels de la santé et le milieu médical (Estreet *et al.*, 2017), qui correspondent aux premiers vecteurs des interventions de soutien au renoncement au tabac. Les intervenants communautaires créent généralement un climat de confiance auprès de ces populations pour promouvoir la santé et l'utilisation des services disponibles, avec une approche culturellement adaptée (Evins *et al.*, 2023; Mendoza *et Damio*, 2018).

Au Québec, l'organisation communautaire est présente dans tous les CLSC de la province, et vise à réduire les inégalités sociales et de santé (Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS [RQIIAC], 2019). Les intervenants communautaires pourraient contribuer à l'intensification de l'offre de services de proximité dans les milieux défavorisés, comme proposé par Bergeron et Tremblay (2018). Selon les auteures, ces services doivent être flexibles et adaptés aux besoins et réalités de ces populations, et les fumeurs issus de ces milieux doivent être invités de façon proactive à les utiliser. **Les intervenants communautaires pourraient ainsi représenter des alliés pour promouvoir les services disponibles en renoncement au tabac, par exemple ceux offerts dans les CAT, encourager l'adhérence au traitement et accompagner les fumeurs lors de leurs rendez-vous médicaux.** Toutefois, plusieurs défis d'implantation ont été relevés dans la littérature concernant l'implication des intervenants communautaires, comme un taux de roulement élevé du personnel et une intégration peu optimale dans le système de soins (Kangovi *et al.*, 2020; Wewers *et al.*, 2017; Yuan *et al.*, 2012). Appliquées au traitement de la dépendance au tabac, ces auteures proposent que les stratégies visant à réduire ces obstacles puissent inclure une sélection rigoureuse des intervenants communautaires, une formation intensive et des protocoles détaillés.

#### 4.2.2 Des interventions de groupe flexibles ou qui proposent des incitatifs pour améliorer la rétention au traitement

Certaines modulations des interventions de groupe pourraient être intéressantes à ajouter pour améliorer la rétention des participants. Selon les études analysées, ces modalités ne feraient pas nécessairement une grande différence dans le succès du renoncement, mais leurs coûts d'implantation peuvent être faibles. En d'autres mots, les essayer ne présenterait pas un grand risque.

Les deux études ayant évalué l'inscription continue (ou *rolling group*), menées auprès de fumeurs défavorisés, ont rapporté des résultats positifs en ce qui a trait à la réduction tabagique (Brett *et al.*, 2023) et l'appréciation des participants (Landais *et al.*, 2021). Contrairement au modèle traditionnel de groupe « fermé », le groupe « ouvert » offre certains avantages, comme une inscription et une participation flexibles pour les fumeurs, une programmation adaptable en fonction de la participation aux séances ainsi que des objectifs de traitement personnalisés (ex. : flexibilité dans la fixation d'une date d'arrêt). Selon des études observationnelles menées au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, le format d'inscription continue favoriserait le renoncement au tabac comparativement à la consultation individuelle ou en groupe « fermé » (Benson *et al.*, 2016; Hiscock *et al.*, 2013). La flexibilité qu'offre le format d'inscription continue est en cohérence avec les pistes d'action proposées par la *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025* (MSSS, 2020) et par Bergeron et Tremblay (2018) afin d'accroître l'accessibilité et l'engagement parmi les fumeurs de groupes défavorisés.

L'ajout d'incitatifs à une intervention de groupe a montré des résultats encourageants dans l'une des deux études recensées, ciblant une fois de plus des fumeurs défavorisés (Apata *et al.*, 2019). De fait, l'ajout d'un système d'incitatifs à points serait à l'origine du maintien à plus long terme dans le programme pour les participants qui en ont bénéficié, ce qui est appuyé par les entretiens menés auprès de ces derniers. Dans cette étude, les incitatifs financiers reçus pour l'ensemble du traitement pouvaient représenter une somme considérable. En effet, les participants recevaient environ 13,50 \$ par séance, 13,50 \$ lorsqu'ils se fixaient une date d'arrêt, 13,50 \$ lorsqu'ils étaient abstinents pendant une semaine et 34 \$ pendant un mois, 34 \$ par séance de suivi et 13,50 \$ pour chacune des personnes dirigées vers le programme. **De façon générale, les participants ont indiqué que les incitatifs (tant financiers que non financiers) constituaient un facteur important pour les motiver à continuer le programme et éventuellement arrêter de fumer** (Apata *et al.*, 2019).

Une revue systématique de la collaboration Cochrane publiée plusieurs années avant la période couverte par cette synthèse a montré que les incitatifs financiers, la reconnaissance, les certificats et les récompenses étaient utiles pour motiver les fumeurs à atteindre des objectifs à court terme, tels que participer à une séance en groupe ou se fixer une date d'arrêt (Cahill et Perera, 2011). Ces incitatifs ont également un effet positif sur la rétention dans le programme, tel que montré dans l'étude décrite ci-haut. À noter que les effets des incitatifs ont toutefois tendance à se dissiper à long terme. Par ailleurs, le montant des incitatifs financiers est un autre aspect à considérer. Dans la deuxième étude recensée pour cette modalité d'intervention

(Barton *et al.*, 2020), les auteurs rapportent que le montant des incitatifs était possiblement trop faible pour avoir un effet significatif sur l'assiduité au traitement. De fait, le montant moyen reçu par séance était de 2,70 \$, pouvant aller jusqu'à un maximum de 16,70 \$ pour l'entièreté du programme.

### **4.2.3 Aller à la rencontre des fumeurs dans leur milieu de travail**

#### **Quelques résultats des études recensées suggèrent que les interventions sur les lieux de travail pourraient représenter une méthode efficace pour améliorer l'accès au traitement.**

C'est notamment le cas de l'étude de Bold *et al.* (2019), menée auprès d'une population peu scolarisée travaillant dans le milieu de la restauration, et de l'étude de Asfar *et al.* (2021) réalisée auprès de travailleurs de la construction. Dans cette dernière étude, les résultats positifs obtenus auprès du groupe contrôle suggèrent qu'il est possible que le recrutement de travailleurs et la collecte d'informations, en plus de l'accès à la TRN et à la ligne téléphonique, soient suffisants pour les motiver à tenter une démarche de renoncement, même sans groupe de soutien.

Les auteurs des études recensées expliquent leurs résultats positifs par différentes raisons (Asfar *et al.*, 2021; Bold *et al.*, 2019; van den Brand *et al.*, 2018). D'abord, l'intervention en milieu de travail ne nécessite pas de déplacement supplémentaire pour les fumeurs et se fait dans un environnement familier pour eux. Elle est aussi souvent réalisée pendant les heures de travail. Tous ces facteurs augmentent l'accès et l'adhérence au traitement. De plus, en prenant part à l'intervention avec d'autres collègues, cela a non seulement le potentiel d'augmenter le soutien social et/ou la pression des pairs, mais aussi de changer la norme sociale concernant le tabagisme au sein de l'organisation. Cela est d'autant plus vrai lorsque le ou les gestionnaires sont impliqués dans la démarche. Les auteurs soulignent par ailleurs que la collaboration avec les gestionnaires est essentielle pour la mise en œuvre et le succès de l'intervention. Bold *et al.* (2019), rapportaient que la collaboration avec les gestionnaires avait été essentielle pour aider à la résolution de problèmes (ex. : autoriser la gomme sur les lieux de travail, offrir des activités pour remplacer les pauses-cigarette).

Au Québec, la proportion de fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels) est plus élevée chez les travailleurs manuels comparativement aux autres travailleurs (29 % c. 18 %), et c'est particulièrement le cas parmi les travailleurs manuels ne détenant pas de diplôme d'études secondaires (39 %; Lasnier *et O'Neill*, 2020b). L'une des mesures mise de l'avant dans la *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025* est de proposer une offre de services d'abandon du tabagisme qui réponde aux besoins des clientèles spécifiques et aux lieux qu'elles fréquentent (MSSS, 2020). Ainsi, il est recommandé de leur offrir davantage de services à l'extérieur des milieux de soins, par exemple sur les lieux de travail. Ce type d'intervention suit également la logique de l'une des pistes d'action du rapport de Bergeron et Tremblay (2018) mentionnée précédemment, soit celle d'augmenter la proximité des services de renoncement au tabac pour rejoindre les fumeurs. En offrant l'intervention directement sur les lieux de travail, cela diminue certaines barrières d'accès aux soins et services. Dans une comparaison des prévalences d'usage de tabac entre les travailleurs manuels et ceux des autres catégories d'emploi, Lasnier *et O'Neill* (2020 b) suggèrent quelques conditions gagnantes pouvant favoriser le succès des interventions

de renoncement au tabac auprès des travailleurs manuels, soit l'offre de l'intervention sur le lieu de travail et le suivi sur place de la part des intervenants, l'établissement d'un partenariat avec l'employeur de même qu'une offre gratuite de TRN.

Depuis 2024, le projet *Alliés sans fumée* encourage les milieux de travail manufacturiers à mettre en place des initiatives pour soutenir le renoncement au tabac et au vapotage chez leurs employés (<https://www.allies-sans-fumee.ca/>). Ce projet est mené par une organisation non gouvernementale, en collaboration avec deux autres impliqués dans le soutien aux fumeurs, et soutenu financièrement par le MSSS. Les milieux participants peuvent recevoir un accompagnement pour élaborer leur plan d'action et jusqu'à 15 000 \$ pour le mettre en œuvre. Cette somme peut servir à couvrir le salaire d'un employé libéré pour participer à des rencontres individuelles de soutien à l'arrêt tabagique, aménager un coin pour les pauses qui encourage d'autres activités que fumer, organiser un défi d'arrêt du tabac avec un prix à gagner, etc. Ce projet s'inscrit dans l'action 4.3.1 du 2<sup>e</sup> *Plan d'action interministériel de la Politique gouvernementale de prévention en santé*, et contribue à soutenir l'arrêt tabagique dans les milieux de travail manufacturiers au Québec.

### 4.3 La spirométrie : un outil connu à utiliser dans certaines circonstances

**Les résultats des études recensées suggèrent que la spirométrie peut représenter une composante efficace à ajouter dans une intervention de counseling pour le renoncement au tabac.** En donnant une rétroaction aux fumeurs sur leur capacité respiratoire, souvent exprimée en âge pulmonaire, cela a le potentiel d'augmenter leur motivation à faire une tentative d'arrêt (Westerdahl *et al.*, 2019). Des résultats positifs sur l'abstinence tabagique ont été trouvés autant chez des fumeurs ayant reçu un seul examen de spirométrie avec une rétroaction détaillée sur les résultats (Martín-Luján *et al.*, 2023) que chez des fumeurs ayant reçu deux examens de spirométrie avec une rétroaction plus fréquente et renforcée sur les résultats (Rodriguez-Alvarez *et al.*, 2022). Dans les deux études, les fumeurs n'avaient initialement pas de maladie respiratoire connue.

L'étude de Clergue-Duval *et al.* (2020), quant à elle, a été réalisée auprès de fumeurs ayant un trouble lié à l'utilisation de substances. Les auteurs ont trouvé que l'obtention de résultats anormaux à un examen de spirométrie pouvait exercer une influence positive sur l'abstinence. Plus précisément, les participants ayant reçu un diagnostic de MPOC ou ceux ayant obtenu un résultat sous-optimal lors de leur examen de spirométrie avaient des taux d'abstinence plus élevés à la suite de l'intervention. Ce taux était plus élevé parmi les participants du groupe sous-optimal, c'est-à-dire ceux ayant obtenu un âge pulmonaire anormal, mais sans diagnostic de MPOC. Ces résultats suggèrent que l'utilisation de la spirométrie pourrait représenter une piste d'intervention potentielle pour mieux rejoindre les fumeurs présentant un trouble lié à l'utilisation de substances. Ainsi, Clergue-Duval *et al.* (2020) soutiennent que l'utilisation d'un appareil de spirométrie portable, utilisé directement dans un centre de traitement des dépendances, avec un résultat donné le jour même, et associée à un entretien motivationnel et

une prescription de TRN, peut faciliter le dépistage et l'accès au traitement tabagique de cette population vulnérable.

#### **4.4 Des résultats peu concluants dans le cadre de cette synthèse pour deux modalités d'intervention et pour le renoncement à la cigarette électronique**

Pour les interventions en couple et celles utilisant la télémédecine, les résultats des études permettant de documenter leurs effets ont été moins concluants comparativement aux quatre autres modalités. Les trois études recensées sur les interventions en couple ont donné des résultats mitigés, et pour des clientèles ne correspondant pas à celles prioritaires par la Stratégie (MSSS, 2020). Les études portant sur les interventions de télémédecine, quant à elles, ont utilisé des méthodologies très variables, rendant difficile la comparaison entre les études. De plus, une étude de cas présentait une variable confondante importante (incitatif financier pour une preuve d'abstinence; Raiff *et al.*, 2022). Toutefois, les critères d'inclusion et d'exclusion de la présente synthèse (ex. : études publiées depuis 2017) ont pu être trop restrictifs pour bien rendre compte de l'efficacité de la télémédecine, utilisée à profusion depuis la pandémie de COVID-19, et permettant à bien des gens d'avoir accès à des soins et des services auxquels ils n'auraient pas accès en présentiel (Mehraeen *et al.*, 2023). Ainsi, l'absence de démonstration d'efficacité des interventions en couple et de télémédecine dans le cadre de cette synthèse ne devrait pas être interprétée comme une preuve d'inefficacité de ces modalités.

Une seule étude parmi les 29 retenues a porté sur le renoncement à la cigarette électronique (Raiff *et al.*, 2022). Cette étude de cas auprès de huit étudiants universitaires qui utilisaient la cigarette électronique quotidiennement s'intéressait à la faisabilité d'utiliser la télémédecine pour soutenir le renoncement au vapotage. Bien que tous les participants de l'étude aient assisté à toutes les séances de télémédecine, et aient rapporté avoir cessé de vapoter pendant les deux semaines qu'a duré l'intervention, les incitatifs financiers importants offerts aux participants ayant soumis des échantillons de cotinine salivaire négatifs pourraient avoir influencé les résultats. D'autres études seront nécessaires pour identifier de nouvelles modalités d'intervention intensive permettant de soutenir le renoncement au vapotage.

#### **4.5 Forces et limites de la démarche et des études sélectionnées**

La présente synthèse des connaissances s'appuie sur une méthodologie de revue de littérature empruntant différents éléments aux approches systématisées. De plus, l'évaluation interjuges, menée par les deux autrices, a notamment permis de préciser les critères d'inclusion et d'exclusion des documents retenus et d'assurer une cohérence lors de l'évaluation de leur qualité méthodologique.

Certaines limites inhérentes à la démarche et aux études sélectionnées doivent toutefois être mentionnées. La démarche actuelle se voulait une évaluation de nouvelles modalités efficaces de prestation de services intensifs en renoncement au tabac. Ainsi, comme la question de recherche ne précisait pas la nature des modalités, une stratégie de recherche documentaire large a été réalisée, en utilisant des mots-clés décrivant l'intervention intensive de counseling en renoncement au tabac. La nature « novatrice » des modalités retenues a été identifiée par un tri manuel des deux autrices. Il est possible que certaines des modalités considérées « nouvelles » dans le cadre de ce projet existent déjà à certains endroits au Québec, ou que des modalités aient été exclues alors qu'elles auraient pu être d'intérêt. De plus, des limites temporelles ont été imposées, soit de retenir uniquement les études publiées à partir de 2017. Il est possible que certaines modalités, comme la spirométrie, soient documentées dans des études publiées antérieurement à 2017, et que les études retenues ne rendent pas justice à cette modalité. Un travail supplémentaire, utilisant notamment les mots-clés décrivant les études analysées dans le cadre de cette synthèse, permettrait de réaliser un portrait plus approfondi de certaines modalités, avec moins de limites lors de la recherche dans la littérature. En outre, l'intensité variable des interventions offertes (ex. : un seul appel téléphonique c. des rencontres en face à face hebdomadaires pendant plusieurs mois), la difficulté à retenir les participants plus vulnérables ou à risque (ex. : souffrant de troubles mentaux ou défavorisés) et la multiplicité des variables utilisées pour mesurer le renoncement au tabac rend difficile la compilation des résultats et la comparabilité des études. Le manque de puissance statistique de plusieurs études recensées ne permettait pas toujours de conclure sur l'efficacité des modalités, alors que des écarts parfois importants entre le groupe ayant reçu l'intervention et le groupe contrôle se révélaient être non significatifs. D'ailleurs, l'évaluation de la qualité a fait ressortir comme points faibles de plusieurs études les composantes associées au biais de sélection et la représentativité des participants, alors que les composantes associées au devis de l'étude aux méthodes de collecte de données obtenaient des scores élevés. Enfin, aucune étude retenue n'a été menée au Canada. Elles ont principalement été réalisées aux États-Unis et en Europe, dans des contextes où il existe des différences avec le Québec dans l'offre de services offerts aux fumeurs souhaitant renoncer au tabac.

## 5 CONCLUSION

Au Québec, le fardeau sanitaire, économique et social du tabagisme continue d'être une priorité de santé publique. Certains groupes de la population demeurent plus vulnérables à cette problématique, créant ainsi des inégalités de santé persistantes. C'est notamment le cas des populations défavorisées, des personnes présentant un trouble mental ou lié à l'utilisation de substances, et des travailleurs manuels. L'un des objectifs de la *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025* est d'améliorer la qualité et la couverture des services d'abandon du tabagisme offerts aux fumeurs québécois, comme ceux donnés dans les centres d'abandon du tabagisme, selon les besoins des clientèles et en portant une attention particulière aux populations vulnérables ou à risque (MSSS, 2020). Sans démontrer de supériorité claire comparativement aux interventions actuellement offertes au Québec, certaines modalités de prestation de services intensifs ont montré des effets positifs sur le renoncement au tabac, notamment chez des populations où la prévalence du tabagisme est plus élevée, qui sont plus difficiles à rejoindre, ou qui ont des problèmes de santé concomitants. Ces modalités pourraient présenter un certain intérêt afin d'accroître la portée du soutien au renoncement offert aux fumeurs québécois, et contribuer éventuellement à réduire les inégalités de santé.

## 6 RÉFÉRENCES

- Adams, J. M. (2020). Smoking cessation—progress, barriers, and new opportunities: the Surgeon General's report on smoking cessation. *JAMA*, 323(24), 2470. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6647>
- Apata, J., Goldman, E., Taraji, H., Samagbeyi, O., Assari, S. et Sheikhattari, P. (2022). Peer mentoring for smoking cessation in public housing: a mixed-methods study. *Frontiers in Public Health*, 10, 1052313. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1052313>
- Apata, J., Oladele, A., Fahimi, S., Atanda, F., Barsha, R. A. A., Crowley, M., Redmond, Y., Rose, J., Assari, S., Cohen, J. E. et Sheikhattari, P. (2023). Monday-enhanced CEASE Program for underserved ethnic minorities: a mixed-methods study. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 11(2), 885-899. <https://doi.org/10.1007/s40615-023-01570-0>
- Apata, J., Sheikhattari, P., Bleich, L., Kamangar, F., O'Keefe, A. M. et Wagner, F. A. (2019). Addressing tobacco use in underserved communities through a peer-facilitated smoking cessation program. *Journal of Community Health*, 44(5), 921-931. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00635-8>
- Asfar, T., Arheart, K. L., McClure, L. A., Ruano-Herrera, E. C., Dietz, N. A., Ward, K. D., Caban-Martinez, A. J., Campo, D. S. M. del et Lee, D. J. (2021). Implementing a novel workplace smoking cessation intervention targeting Hispanic/Latino construction workers: a pilot cluster randomized trial. *Health Education & Behavior*, 48(6), 795-804. <https://doi.org/10.1177/1090198120960395>
- Barton, R. M., Malte, C. A. et Hawkins, E. J. (2020). Smoking cessation group attendance in a substance use disorder clinic: a look at contingency management and other factors to maximize engagement. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 20(1), 19-30. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2020.1702339>
- Benson, F. E., Nierkens, V., Stronks, K. et Willemsen, M. C. (2016). Effects of different types of smoking cessation behavioral therapy in disadvantaged areas in the Netherlands: an observational study. *Tobacco Prevention & Cessation*, 2(February). <https://doi.org/10.18332/tpc/61616>
- Bergeron, P. et Tremblay, M. (2018). *Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2420>
- Bold, K. W., Kimmel, L., Hanrahan, T. H., Romano, D., Rojewski, A. M., Suchitra, K.-S., Fucito, L. M. et O'Malley, S. S. (2019). A pilot clinical trial of smoking cessation services implemented in the workplace for service industry employees. *The Science of Lifestyle Change*, 33(4), 516-524. <https://doi.org/10.1177/0890117118795987>
- Bonevski, B., Twyman, L., Paul, C., D'Este, C., West, R., Siahpush, M., Oldmeadow, C. et Palazzi, K. (2018). Smoking cessation intervention delivered by social service organisations for a diverse population of Australian disadvantaged smokers: a pragmatic randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 112, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.04.005>

- Brett, E. I., Feather, A. R., Lee, Z., Fridberg, D. J., Asvat, Y. et King, A. C. (2023). Courage to Quit rolling group: implementation in an urban medical center in primarily low-income Black smokers. *Healthcare*, 11(2), 100674. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2023.100674>
- Buitenhuis, A. H., Tuinman, M. A. et Hagedoorn, M. (2021). A planning intervention to quit smoking in single-smoking couples: does partner involvement improve effectiveness? *Psychology & Health*, 36(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1703983>
- Byaruhanga, J., Paul, C. L., Wiggers, J., Byrnes, E., Mitchell, A., Lecathelinis, C., Bowman, J., Campbell, E., Gillham, K. et Tzelepis, F. (2021). The short-term effectiveness of real-time video counselling on smoking cessation among residents in rural and remote areas: an interim analysis of a randomised trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 131, 108448. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108448>
- Cahill, K. et Perera, R. (2011). Competitions and incentives for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD004307. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004307.pub4>
- Choi, S. H. (2022). A systematic review and narrative summary of couple-based smoking cessation interventions. *Journal of Social & Personal Relationships*, 39(7), 1901-1916. <https://doi.org/10.1177/02654075211070272>
- Clergue-Duval, V., Lair, R., Lefebvre-Durel, C., Barré, T., Gautron, M.-A., Mehtelli, W., Bellivier, F., Questel, F. et Vorspan, F. (2020). COPD positive screening with spirometry increases motivation to quit tobacco smoking in an addiction treatment center. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 17(3), 240-244. <https://doi.org/10.1080/15412555.2020.1757055>
- De Leon, E., Crossnohere, N. L., Fuentes, L. W., Johnson, M., Welding, K. et Cohen, J. E. (2018). « Quit and Stay Quit Monday » as a novel approach to smoking cessation: a pilot experimental study. *Journal of Smoking Cessation*, 13(3), 171-175. <https://doi.org/10.1017/jsc.2017.14>
- Dobbins, M., DeCorby, K., Robeson, P., Husson, H., Tirilis, D. et Greco, L. (2010). A knowledge management tool for public health: health-evidence.ca. *BMC Public Health*, 10(1), 496. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-496>
- Dobrescu, A., Bhandari, A., Sutherland, G. et Dinh, T. (2017). *The costs of tobacco use in Canada, 2012*. The Conference Board of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/costs-tobacco-use-canada-2012.html>
- Estreet, A., Apata, J., Kamangar, F., Schutzman, C., Buccheri, J., O'Keefe, A. M., Wagner, F. et Sheikhattari, P. (2017). Improving participants' retention in a smoking cessation intervention using a community-based participatory research approach. *International Journal of Preventive Medicine*, 8, 106. [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_303\\_17](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_303_17)
- Evins, A. E., Cather, C., Maravic, M. C., Reyerling, S., Pachas, G. N., Thorndike, A. N., Levy, D. E., Fung, V., Fischer, M. A., Schnitzer, K., Pratt, S., Fetters, M. D., Deeb, B., Potter, K. et Schoenfeld, D. A. (2023). A pragmatic cluster-randomized trial of provider education and community health worker support for tobacco cessation. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 74(4), 365-373. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220187>

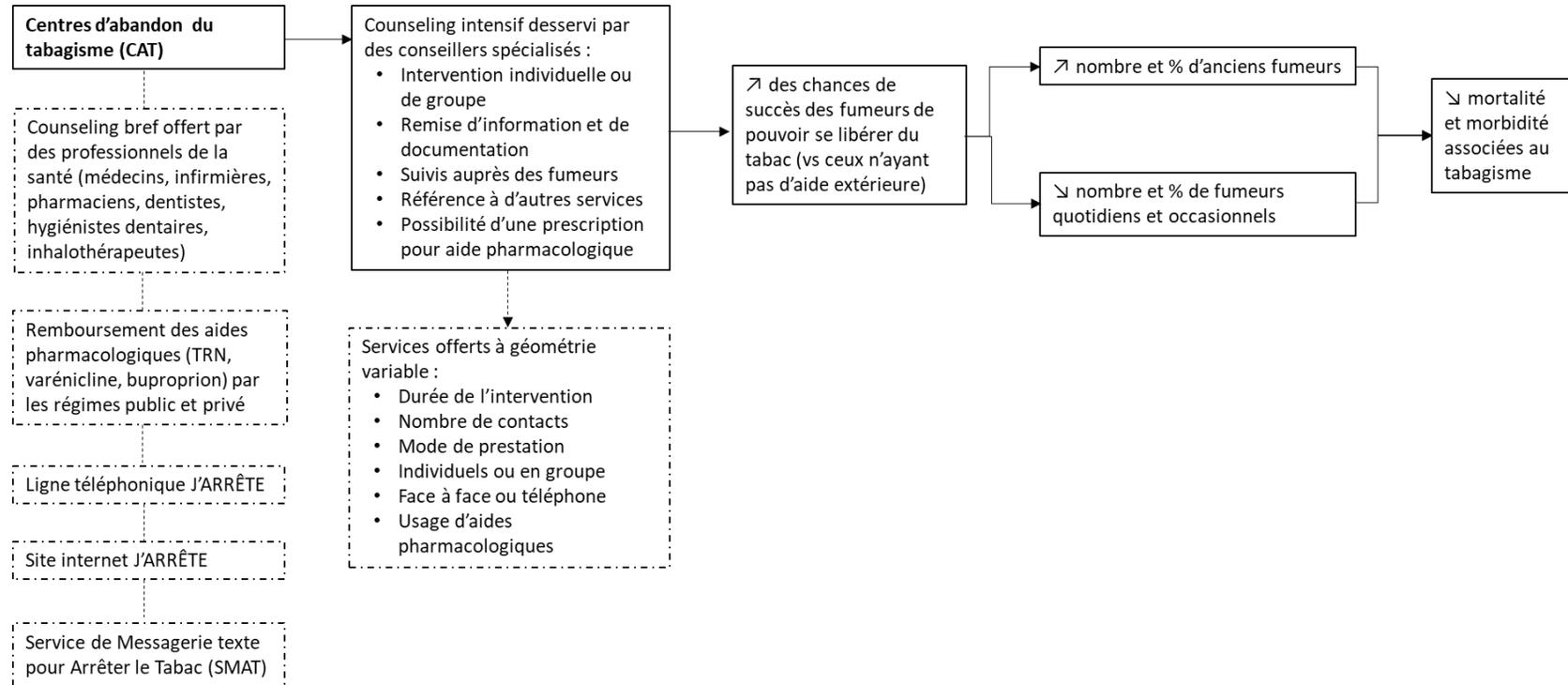
- Fiore, M. C. et Baker, T. B. (2011). Treating smokers in the health care setting. *New England Journal of Medicine*, 365(13), 1222-1231. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1101512>
- Framarin, A. et Déry, V. (2021). *Les revues narratives : fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/en/node/27749>
- Hayes, C. B., Patterson, J., Castello, S., Burke, E., O'Connell, N., Darker, C. D., Bauld, L., Vance, J., Ciblis, A., Dobbie, F., Loudon, K., Devane, D. et Dougall, N. (2022). Peer-delivery of a gender-specific smoking cessation intervention for women living in disadvantaged communities in Ireland We Can Quit2 (WCQ2)-A Pilot Cluster Randomized Controlled Trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 24(4), 564-573. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntab242>
- Hiscock, R., Murray, S., Brose, L. S., McEwen, A., Bee, J. L., Dobbie, F. et Bauld, L. (2013). Behavioural therapy for smoking cessation: the effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers. *Addictive Behaviors*, 38(11), 2787-2796. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.07.010>
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O'Cathain, A., Rousseau, M.-C. et Vedel, I. (2018). *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)—Version 2018*. [http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT\\_2018\\_criteria-manual\\_2018-08-01\\_ENG.pdf](http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf)
- Hughes, J. R., Keely, J. P., Niaura, R. S., Ossip-Klein, D. J., Richmond, R. L. et Swan, G. E. (2003). Measures of abstinence in clinical trials: issues and recommendations. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(1), 13-25. <https://doi.org/10.1093/ntr/5.1.13>
- Institut de la statistique du Québec. (2023). *Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf>
- Kairouz, S., Montreuil, A., Poulin, I., Payette, Y., Hamel, D. et Tremblay, M. (2007). *Connaissance, utilisation et perception des interventions en arrêt tabagique chez les fumeurs québécois*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/613>
- Kangovi, S., Mitra, N., Grande, D., Long, J. A. et Asch, D. A. (2020). Evidence-based community health worker program addresses unmet social needs and generates positive return on investment. *Health Affairs (Project Hope)*, 39(2), 207-213. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00981>
- Landais, L. L., Van Wijk, E. C. et Harting, J. (2021). Smoking cessation in lower socioeconomic groups: adaptation and pilot test of a rolling group intervention. *BioMed Research International*, 2021, 8830912. <https://doi.org/10.1155/2021/8830912>
- Lasnier, B., Alix, C., Lo, E., O'Neill, S. et Blaser, C. (2019). *Portrait et évolution récente des inégalités sociales de santé en matière d'usage de la cigarette et d'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2529>
- Lasnier, B., Montreuil, A., Tremblay, M. et Hamel, D. (2023). *L'usage de la cigarette au Québec : portrait et évolution de 2000 à 2018 selon les cohortes de naissances*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3306>

- Lasnier, B. et O'Neill, S. (2020a). *Disparités entre les adultes vivant avec un trouble mental et les autres adultes québécois en matière d'usage de la cigarette et de dépendance à la nicotine—Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2683>
- Lasnier, B. et O'Neill, S. (2020 b). *Disparités entre les travailleurs du Québec en matière d'usage de la cigarette et d'exposition à la fumée de tabac sur le lieu de travail*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2641>
- Mache, S., Vitzthum, K., Groneberg, D. A. et Harth, V. (2019). Effects of a multi-behavioral health promotion program at worksite on smoking patterns and quit behavior. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 62(4), 543-551. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31104040/>
- Mahoney, M. C., Park, E., Schlienz, N. J., Duerr, C. et Hawk, L. W. (2021). Transitioning to remote clinic visits in a smoking cessation trial during the COVID-19 pandemic: mixed methods evaluation. *JMIR Formative Research*, 5(4), e25541. <https://doi.org/10.2196/25541>
- Martín-Luján, F., Santigosa-Ayala, A., Pallejà-Millán, M., Rey-Reñones, C., Villalobos, F. et Solà, R. (2023). Effectiveness of the spirometry-based motivational intervention to quit smoking: RESET randomised trial. *European Journal of General Practice*, 29(1), 2276764. <https://doi.org/10.1080/13814788.2023.2276764>
- Mehraeen, E., SeyedAlinaghi, S., Heydari, M., Karimi, A., Mahdavi, A., Mashoufi, M., Sarmad, A., Mirghaderi, P., Shamsabadi, A., Qaderi, K., Mirzapour, P., Fakhfoury, A., Cheshmekabodi, H. A., Azad, K., Bagheri Zargande, S., Oliaei, S., Yousefi Konjdar, P., Vahedi, F. et Noori, T. (2023). Telemedicine technologies and applications in the era of COVID-19 pandemic: a systematic review. *Health Informatics Journal*, 29(2), 14604582231167432. <https://doi.org/10.1177/14604582231167431>
- Mendoza, V. B. de et Damio, G. (2018). Evaluation of a culturally appropriate peer coaching program for smoking cessation. *Public Health Nursing*, 35(6), 541-550. <https://doi.org/10.1111/phn.12542>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Plan québécois d'abandon du tabagisme—État de situation après 10 ans d'implantation*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000339/?&date=ASC>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Stratégie pour un Québec sans tabac 2020-2025*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002613/>
- Montreuil, A. (2012). *Portrait de la clientèle des centres d'abandon du tabagisme*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1568>
- O'Neill, S. et Tremblay, M. (2020). *Les interventions de renoncement au tabac chez les fumeurs présentant des troubles mentaux ou des troubles liés à l'utilisation de substances*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2689>

- O'Neill, S. (2022). *Interventions de renoncement au tabac et technologies numériques*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2830>
- Raiff, B. R., Newman, S. T., Upton, C. R. et Burrows, C. A. (2022). The feasibility, acceptability, and initial efficacy of a remotely delivered, financial-incentive intervention to initiate vaping abstinence in young adults. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 30(5), 632-641. <https://doi.org/10.1037/pha0000468>
- Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC). (2019). *Qu'est-ce que l'organisation communautaire?* <https://rqiiac.qc.ca/profession/>
- Rigotti, N. A., Kruse, G. R., Livingstone-Banks, J. et Hartmann-Boyce, J. (2022). Treatment of tobacco smoking: a review. *JAMA*, 327(6), 566-577. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.0395>
- Robert, O. et Déry, V. (2020). *Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2686>
- Rodriguez-Alvarez, M. del M., Roca-Antonio, J., Martinez-Gonzalez, S., Vila-Palau, V., Chacon, C., Ortega-Roca, A., Borrell-Thio, E., Erazo, S., Almirall-Pujol, J. et Toran-Monserrat, P. (2022). Spirometry and smoking cessation in primary care: the ESPIROTAB STUDY, a randomized clinical trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192114557>
- Statistique Canada. (2025). *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) 2023, Fichiers de microdonnées à grande diffusion*.
- Thomas, B. H., Ciliska, D., Dobbins, M. et Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3), 176-184. <https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2004.04006.x>
- Tzelepis, F., Paul, C. L., Williams, C. M., Gilligan, C., Regan, T., Daly, J., Hodder, R. K., Byrnes, E., Byaruhanga, J., McFadyen, T. et Wiggers, J. (2019). Real-time video counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012659.pub2>
- US Preventive Services Task Force. (2021). Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA*, 325(3), 265-279. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.25019>
- van den Brand, F. A., Nagelhout, G. E., Winkens, B., Chavannes, N. H. et van Schayck, O. C. P. (2018). Effect of a workplace-based group training programme combined with financial incentives on smoking cessation: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Public Health*, 3(11), e536-e544. <https://doi.org/10.1016/S2468-2667%2818%2930185-3>
- van Wijk, E. C., Landais, L. L. et Harting, J. (2019). Understanding the multitude of barriers that prevent smokers in lower socioeconomic groups from accessing smoking cessation support: a literature review. *Preventive Medicine*, 123, 143-151. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.03.029>

- Westerdahl, E., Engman, K. O., Arne, M. et Larsson, M. (2019). Spirometry to increase smoking cessation rate: A systematic review. *Tobacco Induced Diseases*, 17, 31. <https://doi.org/10.18332/tid/106090>
- Wewers, M. E., Shoben, A., Conroy, S., Curry, E., Ferketich, A. K., Murray, D. M., Nemeth, J. et Wermert, A. (2017). Effectiveness of Two Community Health Worker Models of Tobacco Dependence Treatment Among Community Residents of Ohio Appalachia. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(12), 1499-1507. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw265>
- White, J. S., Toussaert, S., Thrul, J., Bontemps-Jones, J., Abrams, L. et Westmaas, J. L. (2020). Peer mentoring and automated text messages for smoking cessation: a randomized pilot trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 22(3), 371-380. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz047>
- Whitton, S. W., McLeish, A. C., Godfrey, L. M., James-Kangal, N. et Rhoades, G. K. (2020). Partner assisted smoking cessation treatment: a randomized clinical trial. *Substance Use and Misuse*, 55(8), 1228-1236. <https://doi.org/10.1080/10826084.2020.1731548>
- World Health Organization. (2024). *WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>
- Yuan, N. P., Castañeda, H., Nichter, M., Nichter, M., Wind, S., Carruth, L. et Muramoto, M. (2012). Lay health influencers: how they tailor brief tobacco cessation interventions. *Health Education & Behavior*, 39(5), 544-554. <https://doi.org/10.1177/1090198111421622>

## ANNEXE 1 MODÈLE LOGIQUE PRÉSENTANT LES PRINCIPALES INTERVENTIONS DE SOUTIEN AU RENONCEMENT AU TABAC OFFERTES AU QUÉBEC : ZOOM SUR LES CENTRES D'ABANDON DU TABAGISME (CAT)



Source : Lasnier *et al.* (2023)

## Description détaillée des CAT

Depuis 2003, plus de 150 CAT ont été mis en place graduellement dans toutes les régions du Québec pour offrir un accompagnement soutenu et gratuit aux fumeurs qui souhaitent renoncer au tabac (MSSS, 2013). Les services y sont offerts par un intervenant, soit un professionnel de la santé et des services sociaux formé à cet effet, dans le cadre de rencontres individuelles ou de groupe, qui ont lieu en présentiel, par téléphone ou téléconsultation. Les CAT sont le plus souvent intégrés dans les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC)<sup>9</sup>. Les données publiées les plus récentes indiquent que 146 CAT étaient implantés dans des CLSC, contre seulement sept dans des centres hospitaliers et cinq dans les organismes communautaires (MSSS, 2013)<sup>10</sup>.

Pendant la pandémie de COVID-19, plusieurs CAT ont cessé temporairement leurs activités, notamment parce que des intervenantes CAT souvent infirmières, ont été réquisitionnées pour réaliser d'autres tâches associées à la COVID. Les risques plus élevés de transmission de la COVID lors de rendez-vous en présentiel ont aussi amené des CLSC à offrir plusieurs de leurs services, dont les CAT, en téléconsultation. De plus en plus de centres offrent maintenant du soutien aux personnes dépendantes aux produits de vapotage contenant de la nicotine et qui souhaitent y renoncer.

Depuis 2015, sauf pendant la pandémie, le nombre de fumeurs ayant utilisé les services individuels des CAT est relativement stable et estimé à près de 6 400 par année, et à environ 500 par année pour les services de groupe (Lasnier *et al.*, 2023). Un portrait de la clientèle des CAT réalisé par Montreuil (2012) indique que ces services sont davantage utilisés par une clientèle dont la moyenne d'âge est de 50 ans, plus dépendante au tabac que la moyenne québécoise et qui souffre de problèmes de santé associés au tabagisme (maladies respiratoires et cardiovasculaires, hypertension artérielle, dépression). Dans un sondage réalisé auprès de 2 736 fumeurs et anciens fumeurs, une majorité de personnes (64%) qui ont utilisé les services d'un CAT et qui ont arrêté de fumer pendant au moins une semaine après la consultation ont évalué ce service comme étant très utile à leur démarche d'arrêt tabagique (Kairouz *et al.*, 2007).

---

<sup>9</sup> Depuis la fusion des établissements de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS) en 2015, l'organisation des services dans les CAT a pu être modifiée.

<sup>10</sup> Selon une recension informelle réalisée en 2023 par le MSSS, 138 points de service sur 176 (78 %) étaient situés dans des CLSC alors que les autres pouvaient se trouver dans d'autres installations, comme des groupes de médecine familiale (GMF) (communication personnelle avec le MSSS, 2024).

## ANNEXE 2 STRATÉGIES DE RECHERCHE DANS LES BASES DE DONNÉES DE LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

### Stratégie de recherche pour EBSCO

AgeLine, CINHAL, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SocINDEX  
Interrogées le 2023-12-21

#	Requête	Résultats
S1	DE ("SMOKING cessation" or "NICOTINE addiction treatment" or "NICOTINE addiction") OR MM ("Smoking Cessation") OR MH ("Smoking Cessation Programs") OR TI (((cessation or cession or discontinu* or ending or "give up" or "giving up" or quit or quitting or "stay away" or "staying away" or stop or stopping) N4 (cigarette* or smoking or tobacco or nicotine)) or (("nicotine addiction*" or "nicotine dependenc*") N4 (treat* or therap*)))	35 590
S2	TI ((quit* or cessation or stop or stopping) N3 (vaping or e-cigar* or ecigar* or "e cigaret*" or "electronic-cigaretet*" or "electronic cigaret*" or "electronic nicotine delivery system")) OR SU ((quit* or cessation or stop or stopping) N3 (vaping or e-cigar* or ecigar* or "e cigaret*" or "electronic-cigaretet*" or "electronic cigaret*" or "electronic nicotine delivery system"))	351
S3	S1 OR S2	35 598
S4	DE ("Counseling" or "COUNSELING" or "GROUP counseling" or "Group Therapy" or "GROUP psychotherapy" or "Health Promotion" or "HEALTH promotion") OR MH ("Counseling" or "Substance Abuse Counseling" or "Psychotherapy, Group" or "Support Groups" or "Health Promotion") OR TI (intervention# or counsel* or therap* or program* or service# or treatment# or support*) OR SU (intervention# or counsel* or therap* or program* or service# or treatment# or support*)	3 711 423
S5	S3 AND S4	19 775
S6	DE ("Telemedicine" or "TELEMEDICINE" or "TELENURSING") OR MH ("Telemedicine" or "Telenursing" or "Remote Consultation") OR TI ("clinical visit*" or "clinic visit*" or tele-health or telehealth or telemedicine or tele-medicine or tele-care or telecare or "family intervention" or partner# or video* or virtual or distance or "face-to-face" or "in-person" or real-time or realtime or ehealth or e-health or clinician or prescriber or ((group# or individual) N3 (intervention# or counsel#ing))) OR AB ("clinical visit*" or "clinic visit*" or tele-health or telehealth or telemedicine or tele-medicine or tele-care or telecare or "family intervention" or partner# or video* or virtual or distance or "face-to-face" or "in-person" or real-time or realtime or ehealth or e-health or clinician or prescriber or ((group# or individual) N3 (intervention# or counsel#ing))) OR SU ("clinical visit*" or "clinic visit*" or tele-health or telehealth or telemedicine or tele-medicine or tele-care or telecare or "family intervention" or partner# or video* or virtual or distance or "face-to-face" or "in-person" or real-time or realtime or ehealth or e-health or clinician or prescriber or ((group# or individual) N3 (intervention# or counsel#ing)))	802 793
S7	S5 AND S6	2 868
S8	S7 AND (DT 2017-3000)	1 012
S9	TI (spirometry or couple#) OR AB (spirometry or couple#) OR SU (spirometry or couple#)	100 902
S10	S5 AND S9	277
S11	S10 AND (DT 2003-3000)	248
S12	S8 OR S11	1 229
S13	S12 AND LA (english OR french)	1 213
S14	TI (comment or editorial or interview or letter or "clinical conference" or "qualitative study" or protocol or oncology or cancer or cardio* or surgery or diet* or lung# or mental or child*)	1 674 036
S15	S13 NOT S14	999

## Stratégie de recherche pour OVID

Embase

Interrogée le 2023-12-20

#	Requête	Résultats
1	*smoking cessation/ or *smoking reduction/ or tobacco dependence/ or (((cessation or cession or discontinu* or ending or "give up" or "giving up" or quit or quitting or "stay away" or "staying away" or stop or stopping) adj4 (cigarette* or smoking or tobacco or nicotine)) or (("nicotine addiction*" or "nicotine dependenc*") adj4 (treat* or therap*))).ti.	50 717
2	((quit* or cessation or stop or stopping) adj3 (vaping or e-cigar* or ecigar* or "e cigaret*" or "electronic-cigaretet*" or "electronic cigaret*" or "electronic nicotine delivery system")).ti,kf.	353
3	1 or 2	50 736
4	counseling/ or e-counseling/ or directive counseling/ or behavior therapy/ or health service/ or health promotion/ or group therapy/ or therapy.fs. or (intervention? or counsel* or therap* or program* or service? or treatment? or support*).ti,kf.	5 599 253
5	3 and 4	19 177
6	Telerehabilitation/ or Telemedicine/ or Distance Counseling/ or ("clinical visit*" or "clinic visit*" or tele-health or telehealth or telemedicine or tele-medicine or tele-care or telecare or partner? or "family intervention" or video* or virtual or distance or "face-to-face" or "in-person" or real-time or realtime or ehealth or e-health or clinician or prescriber or ((group? or individual) adj3 (intervention? or counsel?ing))).ti,ab,kf.	1 764 144
7	5 and 6	2 984
8	..l/ 7 yr = 2017-3000	1 194
9	spirometry/ or (spirometry or couple?).ti,ab,kf.	563 019
10	5 and 9	248
11	..l/ 10 yr = 2003-3000	221
12	8 or 11	1 387
13	12 and (english or french).lg.	1 364
14	13 not (comment or editorial or interview or letter or "clinical conference" or "qualitative study" or protocol or oncology or cancer or cardio* or surgery or diet* or lung? or mental or child*).pt,ti.	1 042
15	14 not (adolescent/ not adult/)	1 015

Global Health

Interrogée le 2023-12-20

#	Requête	Résultats
1	*smoking cessation/ or (((cessation or cession or discontinu* or ending or "give up" or "giving up" or quit or quitting or "stay away" or "staying away" or stop or stopping) adj4 (cigarette* or smoking or tobacco or nicotine)) or ("nicotine addiction*" or "nicotine dependenc*") adj4 (treat* or therap*))).ti.	4 911
2	((quit* or cessation or stop or stopping) adj3 (vaping or e-cigar* or ecigar* or "e cigaret*" or "electronic-cigaretet*" or "electronic cigaret*" or "electronic nicotine delivery system")).ti,id.	114
3	1 or 2	4 925
4	counselling/ or group counselling/ or individual counselling/ or health services/ or health promotion/ or group therapy/ or (intervention? or counsel* or therap* or program* or service? or treatment? or support*).ti,id.	507 793
5	3 and 4	2 469
6	telemedicine/ or e-health/ or ("clinical visit*" or "clinic visit*" or tele-health or telehealth or telemedicine or tele-medicine or tele-care or telecare or partner? or "family intervention" or video* or virtual or distance or "face-to-face" or "in-person" or real-time or realtime or ehealth or e-health or clinician or prescriber or ((group? or individual) adj3 (intervention? or counsel?ing))).ti,ab,id.	195 274
7	5 and 6	568
8	../ 7 yr = 2017-3000	290
9	(spirometry or couple?).ti,ab,id.	59 590
10	5 and 9	29
11	../ 10 yr = 2003-3000	29
12	8 or 11	312
13	12 and (english or french).lg.	308
14	13 not (comment or editorial or interview or letter or "clinical conference" or "qualitative study" or protocol or oncology or cancer or cardio* or surgery or diet* or lung? or mental or child*).pt,ti.	257
15	14 not (adolescents/ not adults/)	248

## Medline

Interrogée le 2023-12-20

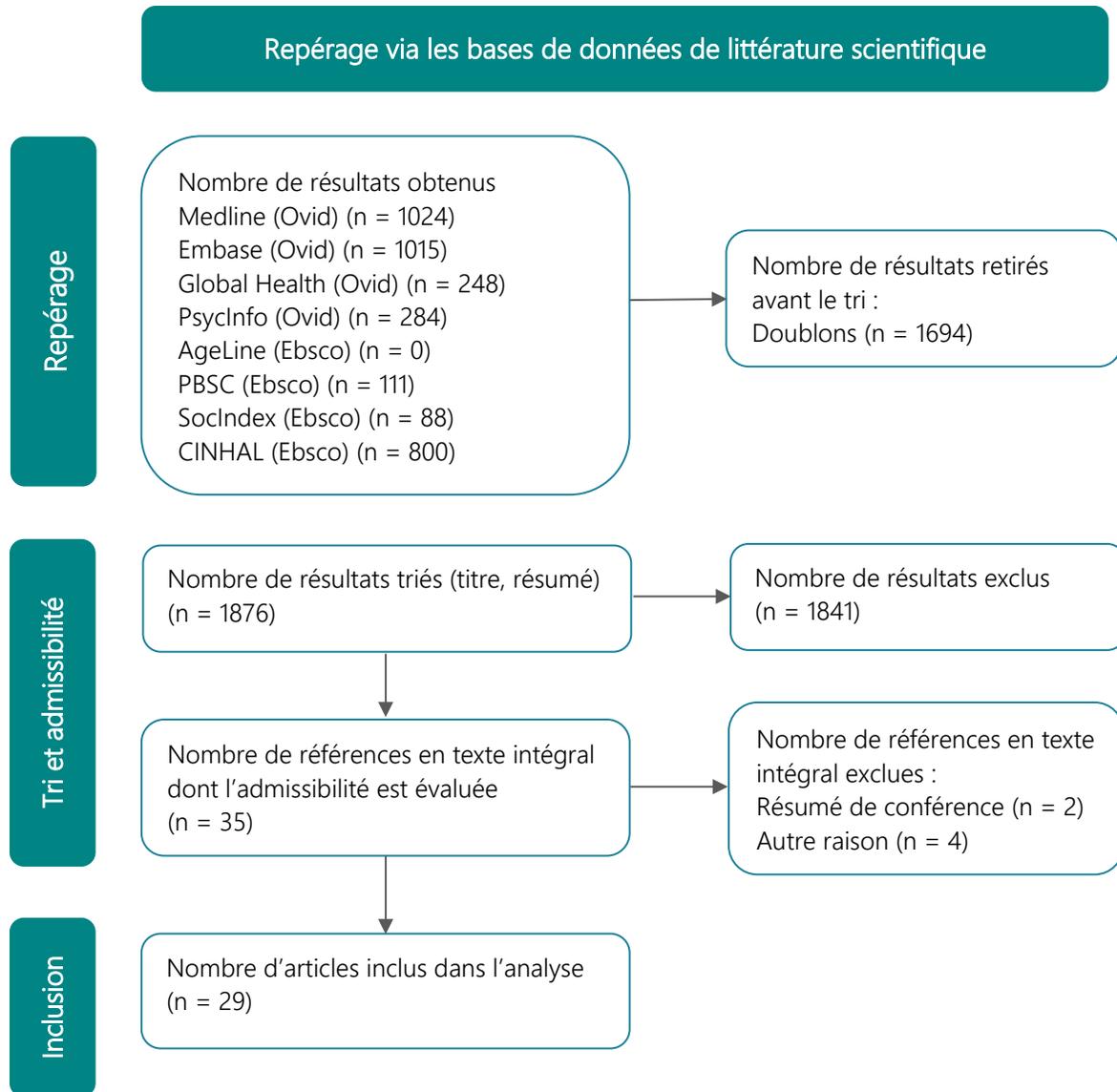
#	Requête	Résultats
1	*Smoking Cessation/ or *Smoking Reduction/ or "Tobacco Use Cessation"/ or "Tobacco Use Disorder"/ or (((cessation or cession or discontinu* or ending or "give up" or "giving up" or quit or quitting or "stay away" or "staying away" or stop or stopping) adj4 (cigarette* or smoking or tobacco or nicotine)) or (("nicotine addiction*" or "nicotine dependenc*") adj4 (treat* or therap*))).ti.	37 186
2	((quit* or cessation or stop or stopping) adj3 (vaping or e-cigar* or ecigar* or "e cigaret*" or "electronic-cigaret*" or "electronic cigaret*" or "electronic nicotine delivery system")).ti,kf.	309
3	1 or 2	37 211
4	Counseling/ or Directive Counseling/ or Distance Counseling/ or Behavior Therapy/ or Health Services/ or Health Promotion/ or exp "Psychotherapy, Group"/ or methods.fs. or therapy.fs. or psychology.fs. or (intervention? or counsel* or therap* or program* or service? or treatment? or support*).ti,kf.	9 170 170
5	3 and 4	25 460
6	Telerehabilitation/ or Telemedicine/ or Distance Counseling/ or ("clinical visit*" or "clinic visit*" or tele-health or telehealth or telemedicine or tele-medicine or tele-care or telecare or partner? or "family intervention" or video* or virtual or distance or "face-to-face" or "in-person" or real-time or realtime or ehealth or e-health or clinician or prescriber or ((group? or individual) adj3 (intervention? or counsel?ing))).ti,ab,kf.	1 330 371
7	5 and 6	3 095
8	..l/ 7 yr = 2017-3000	1 180
9	Spirometry/ or (spirometry or couple?).ti,ab,kf.	481 760
10	5 and 9	281
11	..l/ 10 yr = 2003-3000	240
12	8 or 11	1 383
13	12 and (english or french).lg.	1 366
14	13 not (comment or editorial or interview or letter or "clinical conference" or "qualitative study" or protocol or oncology or cancer or cardio* or surgery or diet* or lung? or mental or child*).pt,ti.	1 057
15	14 not (Adolescent/ not Adult/)	1 024

PsycInfo

Interrogée le 2023-12-21

#	Requête	Résultats
1	*Smoking Cessation/ or "Tobacco Use Disorder"/ or (((cessation or cession or discontinu* or ending or "give up" or "giving up" or quit or quitting or "stay away" or "staying away" or stop or stopping) adj4 (cigarette* or smoking or tobacco or nicotine)) or (("nicotine addiction*" or "nicotine dependenc*") adj4 (treat* or therap*))).ti.	14 584
2	((quit* or cessation or stop or stopping) adj3 (vaping or e-cigar* or ecigar* or "e cigaret*" or "electronic-cigaret*" or "electronic cigaret*" or "electronic nicotine delivery system")).ti,id.	136
3	1 or 2	14 592
4	Counseling/ or Group Counseling/ or Rehabilitation Counseling/ or "Behavioral Health Services"/ or Health Promotion/ or Support Groups/ or Group Psychotherapy/ or (intervention? or counsel* or therap* or program* or service? or treatment? or support*).ti,id.	990 912
5	3 and 4	7 119
6	exp Telemedicine/ or ("clinical visit*" or "clinic visit*" or tele-health or telehealth or telemedicine or tele-medicine or tele-care or telecare or partner? or "family intervention" or video* or virtual or distance or "face-to-face" or "in-person" or real-time or realtime or ehealth or e-health or clinician or prescriber or ((group? or individual) adj3 (intervention? or counsel?ing))).ti,ab,id.	382 237
7	5 and 6	1 251
8	..l/ 7 yr = 2017-3000	359
9	(spirometry or couple?).ti,ab,id.	72 193
10	5 and 9	67
11	..l/ 10 yr = 2003-3000	55
12	8 or 11	403
13	(afrikaans or albanian or arabic or bulgarian or catalan or chinese or croatian or czech or danish or dutch or estonian or farsi iranian or finnish or georgian or german or greek or hebrew or hindi or hungarian or italian or japanese or korean or lithuanian or malaysian or norwegian or polish or portuguese or romanian or russian or serbian or serbo croatian or slovak or slovene or spanish or swedish or turkish or ukrainian or urdu).lg.	256 229
14	12 not 13	401
15	14 not (comment or editorial or interview or letter or "clinical conference" or "qualitative study" or protocol or oncology or cancer or cardio* or surgery or diet* or lung? or mental or child*).pt,ti.	341
16	adulthood 18 yrs older.ag.	2 285 547
17	15 and 16	284

## ANNEXE 3 DIAGRAMME DE SÉLECTION DES RÉFÉRENCES



## ANNEXE 4 CARACTÉRISTIQUES ET RÉSUMÉ DES RÉSULTATS DES ÉTUDES INCLUSES, PAR MODALITÉ D'INTERVENTION

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention communautaire</b>				
Apata, 2022 États-Unis <b>Faible</b> (MMAT)	Devis à méthode mixte  n = 44	<b>P</b> : Adultes fumeurs vivant dans des logements publics subventionnés <b>I</b> : Intervention de groupe, soutien individuel par un pair mentor qualifié, TRN <b>C</b> : Aucune intervention <b>O</b> : 12 à 16 semaines post-intervention; abstinence autorapportée et validée biochimiquement, critères de faisabilité, expériences/connaissances/perceptions des participants impliqués dans le programme <b>T</b> : 12 semaines; entre 2016 et 2018 <b>S</b> : Logements publics subventionnés	<b>Abstinence autorapportée et validée</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Les participants du GI étaient + susceptibles d'être abstinentes au moment du suivi (23,3 %) p/r à ceux du GC (14,3 %) – non sig (p = 0,488).</li> <li>Pour tous les participants, les niveaux moyens globaux de CO expiré sont passés de 26 ppm (ÉT = 19,0) au baseline à 12 (ÉT = 6,0) au suivi (sig – p &lt; 0,01). Possible contamination du GC due à la diffusion d'informations provenant du GI.</li> <li>Au baseline, le GI avait un niveau moyen de CO + élevé (27 ppm, ÉT = 18,6) que le GC (13 ppm, ÉT = 13,7) – non sig (p = 0,2777). Lors du suivi, la diff entre le GI et le GC s'est réduite (respectivement 11 ppm, ÉT = 6,0; 13 ppm, ÉT = 7,1) – non sig (p = 0,5366).</li> </ul> <b>Critères de faisabilité (acceptabilité, demande, mise en œuvre, caractère pratique et adaptation)</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>56,9 % des participants ont complété 4 des 7 séances offertes.</li> <li>98 % des séances ont eu lieu en face à face; 2 % par autres moyens (appels ou textos).</li> <li>49,8 % ont rapporté avoir utilisé une TRN; parmi ce nombre, 53,8 % ont trouvé la TRN utile.</li> <li>Des difficultés avec la TRN ont été signalées par 3,6 % des participants et 17,8 % ont eu des difficultés à respecter leur plan d'abandon du tabac.</li> </ul> <b>Résultats qualitatifs</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>Le fait que les séances se passent au lieu de résidence est un facteur facilitant pour les participants, mais permet aussi des interactions fréquentes et interpersonnelles entre mentors et participants en dehors des séances.</li> <li>Le fait que les mentors sont des voisins d'immeuble fait en sorte qu'ils partagent des expériences similaires avec les participants, ce qui aide à établir la relation de confiance.</li> </ul>	La moitié des mentors formés (3 sur 6) ont abandonné en cours d'étude.

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention communautaire (suite)</b>				
<b>Bonevski, 2018</b> <b>Australie</b> <b>Faible</b> (EPHPP)	Devis contrôlé randomisé parallèle  n = 431	<b>P</b> : Adultes fumeurs défavorisés <b>I</b> : Intervention individuelle offerte par un travailleur social qualifié, TRN, conseils brefs pour arrêter de fumer, référence vers un service de ligne téléphonique d'aide à l'arrêt tabagique <b>C</b> : Référence vers un service de ligne téléphonique d'aide à l'arrêt tabagique <b>O</b> : 1 mois et 6 mois post-intervention; abstinence ponctuelle et continue autorapportée et validée biochimiquement, nombre de cigarettes fumées par jour, nombre de tentatives d'arrêt <b>T</b> : 5 sessions; entre 2012 et 2014 <b>S</b> : Centre communautaire	<b>Abstinence continue validée à 6 mois (outcome principal)</b> : aucune diff. sig. entre les participants des 2 groupes → 1,0 % dans le GI vs 1,4 % dans le GC, OR = 0,77, 95 % IC 0,07-8,53, p = 0,828) – faible pour les 2 groupes <b>Abstinence continue autorapportée, abstinence ponctuelle (7 jours) validée et autorapportée à 6 mois</b> : aucune diff. sig. entre les participants des 2 groupes <b>Nb de cig fumées/jour à 6 mois</b> : participants du GI ont rapporté un nombre moins élevé que les participants du GC ( <b>7,8</b> , 95% IC 4,7-10,8 vs <b>12,7</b> , 95% IC 9,8-15,6, p < 0,001) <b>Nb de tentatives d'arrêt à 6 mois</b> : participants du GI ont rapporté un nombre + élevé que les participants du GC ( <b>3,6</b> , 95% IC 2,2-5,9 vs <b>1,6</b> , 95% IC 1-2,3, p < 0,001) <b>Abstinence continue validée et autorapportée, abstinence ponctuelle validée et autorapportée à 1 mois</b> : aucune diff. sig. entre les participants des 2 groupes <b>Nb de cig fumées/jour à 1 mois</b> : participants du GI ont rapporté un nombre moins élevé que les participants du GC ( <b>10,4</b> , 95% IC 7,7-12,9 vs <b>14,7</b> , 95% IC 12,4-17, p < 0,001) <b>Nb de tentatives d'arrêt à 1 mois</b> : participants du GI ont rapporté un nombre + élevé que les participants du GC, mais pas sig. ( <b>0,8</b> , 95%IC 0,4-1,4 c. <b>0,6</b> , 95%IC 0,4-1,1; IRR 1,29, 95%IC 0,8-2,1, p = 0,29)	/

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention communautaire (suite)</b>				
<p>Estreet, 2017 États-Unis Faible (MMAT)</p>	<p>Devis à méthode mixte  n = 951</p>	<p><b>P</b> : Adultes fumeurs provenant de communautés à faible revenu <b>I</b> : Version améliorée et élargie du Comparateur #2 <b>C (# 1)</b> : Counseling individuel avec un médecin <u>ou</u> intervention de groupe + TRN + cartes-cadeaux <b>C (# 2)</b> : Intervention de groupe animée par des pairs qualifiés + incitatifs financiers <u>ou</u> intervention de groupe animée par des pairs qualifiés + incitatifs financiers et non-financiers + TRN <b>O</b> : À la fin de l'intervention (12 semaines); taux de rétention (<i>outcome principal</i>), abstinence autorapportée et validée biochimiquement, informations sur le programme, impact de l'intervention, ce qui a motivé les participants à arrêter, obstacles ou défis à l'abandon tabagique et recommandations d'amélioration <b>T</b> : 12 semaines; entre 2008 et 2015 <b>S</b> : Clinique médicale ou lieux communautaires</p>	<p><b>Taux de rétention :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La rétention a augmenté <b>sig.</b> (<math>p &lt; 0,001</math>) au cours des 3 phases, avec des taux de participation à 6 séances ou + (sur 12) de 13,8 % (Phase 1), 51,9 % (Phase 2) et 67,9 % (Phase 3).</li> <li>• La rétention était <b>sig</b> + élevée en milieu communautaire qu'en milieu clinique (OR ajusté = 6,7; IC 95 % 4,6 - 9,8).</li> <li>• Les phases 2 et 3 ont été associées à des améliorations substantielles des taux de rétention p/r à la phase 1, avec des OR ajustés (95 % IC) <b>stat sig</b> de 4,9 (3,2 à 7,3) et 12,0 (7,3 à 19,5), respectivement.</li> <li>• La rétention en phase 3 était également <b>sig</b> + élevée que celle en phase 2 (toutes deux de milieu communautaire), avec un OR ajusté (95 % IC) de 2,5 (1,6 à 3,9).</li> </ul> <p><b>Abstinence autorapportée et validée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le taux d'abandon global parmi tous les participants = 18 %. Au cours des phases 1, 2 et 3, les taux d'abandon étaient de 9,4 %, 21,1 % et 30,1 %, respectivement.</li> <li>• Une rétention + élevée était sig associée à des taux d'abandon plus élevés (OR ajusté = 2,4; 95 % IC 1,5-3,8).</li> </ul> <p><b>Résultats qualitatifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Barrières à l'intervention en milieu clinique → accès physique (déplacement voiture, garde d'enfants), inconfort avec le milieu médical.</li> <li>• Facteurs facilitants milieu communautaire → plus facile d'établir des liens avec intervenant, lieu familial, plus facile d'accès.</li> </ul>	<p>/</p>

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention communautaire (suite)</b>				
<b>Evins, 2023</b> <b>États-Unis</b> <b>Élevée</b> (EPHPP)	Devis pragmatique randomisé en grappes  n = 1010	<b>P</b> : Adultes fumeurs vivant avec un trouble mental grave <b>I</b> : Intervention offerte par professionnels de la santé prescripteurs qui ont reçu formation sur la pharmacothérapie (FP), avec ou sans le soutien d'un travailleur de la santé communautaire formé (TSC) <b>C</b> : Soins habituels <b>O</b> : 12 mois et 24 mois post-intervention; abstinence ponctuelle autorapportée et validée biochimiquement, utilisation des traitements pharmaceutiques disponibles <b>T</b> : 2 ans; entre 2017 et 2020 <b>S</b> : Centre communautaire (clinique externe)	<b>Abstinence ponctuelle (7 j) autorapportée et validée à 24 mois (outcome principal) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GI assigné au <u>FP+TSC</u> → taux d'abstinence étaient sig. + élevés p/r au GC (12 % vs 5 %; OR 2,40, IC à 95 % 1,20–4,79, p = 0,013); ou au GI assigné au <u>FP seule</u> (12 % vs 7 %; OR 1,84, IC à 95 % 1,04–3,24, p = 0,036).</li> <li>• Pas de diff. sig. entre les taux du GI assigné au <u>FP seule</u> et ceux du GC.</li> </ul> <b>Utilisation des traitements pharmaceutiques disponibles :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GI assigné au <u>FP+TSC</u> → présentait une chance + élevée d'utiliser la varénicline p/r au GC (effet médié; OR 2,77, IC à 95 % 1,61-4,75), ce qui était associé à une abstinence + élevée à 24 mois (OR 1,97, IC à 95 % 1,16 –3.33). Un effet direct sig. de l'intervention FP+TSC sur l'abstinence a aussi été noté et était indépendant de l'utilisation de varénicline (OR 2,15, p = 0,022).</li> <li>• GI assigné au <u>FP seule</u> → aucun effet sig. sur l'utilisation de médicaments pour arrêter de fumer, sur l'utilisation de la varénicline ou sur l'abstinence, bien que l'utilisation de la varénicline ait eu un effet sig. sur l'abstinence pour ce groupe.</li> </ul>	Pour les participants du GI assignés au <u>FP+TSC</u> (n = 336) : Médiane de 16,5 contacts avec le TSC sur une moy de 14 mois. Durée moy des visites = 35 min et 86 % des visites étaient en personne. 45 % des participants ont participé à séances de groupe (moy 29 séances).
<b>Hayes, 2022</b> <b>Irlande</b> <b>Modérée</b> (EPHPP)	Devis contrôlé randomisé en grappes  n = 125	<b>P</b> : Adultes fumeurs (femmes) vivant en milieu défavorisé <b>I</b> : Intervention de groupe offerte par des pairs qualifiés, TRN <b>C</b> : Soutien individuel offert par des intervenants spécialisés en cessation tabagique, TRN <b>O</b> : À la fin de l'intervention (12 semaines) et 6 mois post-intervention; abstinence autorapportée et validée biochimiquement, pourcentage (%) de changement dans le nombre moyen de cigarettes fumées par jour, critères de faisabilité <b>T</b> : 12 semaines; entre 2017 et 2019 <b>S</b> : Communauté ou centre médical	<b>Abstinence autorapportée et validée biochimiquement :</b> + élevée dans le GI à 12 sem. (23,1 % vs GC : 13,3 %) et à 6 mois (13,8 % vs GC : 10,8 %). <b>% de chgt dans le nb moyen de cig fumées/jour :</b> + élevé dans le GI entre le début et 12 sem. (GI -42,2 %; 95 % IC -54,0 à -30,4; GC -28,8 %; IC 95 % -39,4 à -18,2) et le début et 6 mois (GI -45,0 %; IC -56,3 à -33,7; GC -28,1 %; IC -38,4 à -17,7). <b>Critères de faisabilité :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La rétention à 12 sem. était de 55,4 % pour le GI et 51,7 % pour le GC; la rétention à 6 mois était de 47,7 % pour le GI et 46,7 % pour le GC.</li> <li>• Le nb moyen de séances suivies était inférieur à la moitié dans le GI (5,2 sur 12; 95 % IC 4,2 à 6,2) et le GC (2,5 sur 6-7; 95 % IC 1,9 à 3,1).</li> <li>• Le faible niveau d'alphabétisation a été souligné comme un obstacle à l'acceptabilité et à la rétention des participantes.</li> </ul>	/

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention communautaire (suite)</b>				
<p><b>Mendoza, 2018</b> <b>États-Unis</b> <b>Faible</b> (EPHPP)</p>	<p>Devis quasi expérimental avec groupe de comparaison</p> <p>n = 138</p>	<p><b>P</b> : Adultes fumeurs à faible revenu et de diversité ethnique</p> <p><b>I</b> : Intervention offerte par des pairs qualifiés → counseling comportemental, TRN</p> <p><b>C</b> : Soins habituels (sans incitatifs financiers) → soutien comportemental individuel et de groupe, TRN, ligne téléphonique</p> <p><b>O</b> : 6 mois post-intervention; abstinence autorapportée, étape de changement</p> <p><b>T</b> : 6 mois; entre 2014 et 2015</p> <p><b>S</b> : Cliniques médicales</p>	<p><b>Abstinence autorapportée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du nb de participants ayant arrêté de fumer depuis leur inscription au programme jusqu'à leur sortie (5,1 % à 18,5 %, p = 0,02 – <b>sig</b>).</li> <li>• Le taux de renoncement n'était pas + élevé dans le GI que dans le GC (p = 0,89 – <b>non sig</b>).</li> </ul> <p><b>Étape de changement :</b> Une augmentation du score de stade de chgt était associée de manière sig à l'abandon du tabac (p &lt; 0,0001 – <b>sig</b>). Parmi les participants qui fumaient encore à la sortie, 76,5 % avaient une diminution ou aucun chgt dans leur stade de chgt, et 23,5 % avaient une augmentation du stade de chgt.</p>	<p>Les pairs qualifiés ont eu environ 4,2 rencontres par participant, d'une durée moyenne de 32,5 minutes. La plupart des rencontres se faisaient au téléphone, suivi de en personne. Beaucoup de données manquantes pour la réduction tabagique (seulement 33 % des participants avaient des données enregistrées sur le nombre de cig fumées à chaque rencontre). Le nb de rencontres de coaching par les pairs était <b>sig</b> associé à l'arrêt du tabac. À chaque rencontre supplémentaire de coaching par les pairs, les participants étaient 17 % plus susceptibles d'arrêter de fumer (OR 1,17; IC 95 % 1,04-1,31).</p>

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention communautaire (suite)</b>				
<b>Wewers, 2017</b> <b>États-Unis</b> <b>Élevée</b> (EPHPP)	Devis randomisé en groupes  n = 707	<b>P</b> : Adultes fumeurs vivant en région éloignée <b>I</b> : Intervention comportementale intensive offerte en face à face par un travailleur de la santé communautaire (TSC) et une infirmière, TRN <b>C</b> : Intervention (une rencontre) offerte au téléphone par un travailleur de la santé communautaire, référence vers un service de ligne téléphonique d'aide à l'arrêt tabagique, TRN <b>O</b> : 3, 6 et 12 mois post-intervention; abstinence ponctuelle et prolongée autorapportée et validée biochimiquement, nombre de tentatives d'arrêt <b>T</b> : 10 semaines; entre 2010 et 2014 <b>S</b> : Clinique médicale	<b>Abstinence ponctuelle à 3, 6 et 12 mois</b> : À 12 mois, 13,3 % du GI étaient abstinents (validation biochimique) vs 10,7 % du GC (OR = 1,28; IC à 95 % = 0,810, 2,014; p = 0,292) – <b>non sig.</b> Aucune diff. sig. n'a également été notée entre les 2 groupes à 3 et 6 mois. <b>Abstinence prolongée à 3, 6 et 12 mois</b> : 2 fois + élevée pour les participants du GI (7,9 %, 5,7 % et 5,4 % à 3, 6 et 12 mois) vs 4,5 %, 2,5 % et 2,5 % à 3, 6 et 12 mois pour le GC, mais ces différences étaient <b>non stat. sig.</b> <b>Nb tentatives d'arrêt à 3 mois</b> : 95,7 % du GI ont signalé au moins une tentative d'arrêt, vs 81,4 % du GC (p = 0,0001).	/
<b>White, 2020</b> <b>États-Unis</b> <b>Faible</b> (EPHPP)	Devis contrôlé randomisé  n = 200	<b>P</b> : Adultes fumeurs <b>I</b> : Messages textes personnalisés d'un pair mentor, assistance par messagerie texte automatisée <b>C</b> : Assistance par messagerie texte automatisée <b>O</b> : 3 mois post-intervention; abstinence ponctuelle autorapportée et validée biochimiquement, nombre moyen de cigarettes fumées par jour, acceptabilité du programme, engagement, perceptions <b>T</b> : 6 semaines; 2017 <b>S</b> : Technologie numérique	<b>Abstinence ponctuelle validée (outcome principal)</b> : 7,9 % parmi les participants du GI et 3,0 % parmi les participants du GC (95% IC 0,7–12,3; p = 0,03 – <b>sig.</b> ). <b>Abstinence ponctuelle autorapportée</b> : 23,8 % dans le GI et 13,1 % dans le GC (95% IC 1,2–24,1, p = 0,03 – <b>sig.</b> ). <b>Nb moy de cig fumées/jour</b> : A diminué de 3,3 chez les participants du GI p/r au GC (p < 0,01). <b>Acceptabilité du programme</b> : 78,3 % du GI a aimé participer à l'intervention, vs 72,9 % dans le GC (95 % IC 12,4–23,1, p = 0,53 – <b>non sig.</b> ). <b>Engagement</b> : Le fait d'avoir un pair mentor n'a pas modifié de manière sig l'engagement (durée d'interaction avec le programme), ni la proportion d'abandons, bien que le GI ait réinitialisé sa date d'arrêt plus fréquemment que le GC (11,9 % vs 2,0 %, p < 0,01 – <b>sig.</b> ). Le GI a également envoyé beaucoup + de mots, + de messages et + de mots par message, et ont reçu + de messages. Ex. : le GI a envoyé en moy 22,7 messages de + que le GC (p < 0,01 – <b>sig.</b> ). <b>Perceptions</b> : Les participants avaient tendance à identifier correctement s'ils avaient reçu uniquement des messages automatisés (89,6 % du GC) ou une combinaison de messages automatisés et personnalisés (78,9 % du GI). Le GI avait tendance à préférer les textes personnalisés des mentors aux textes automatisés (66,0 %), et la plupart des participants du GI étaient satisfaits de leur mentor (81,0 %).	/

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention de groupe bonifiée d'une nouvelle composante</b>				
<b>Apata, 2023</b> <b>États-Unis</b> <b>Faible</b> (MMAT)	Devis à méthode mixte  n = 77	<b>P</b> : Adultes fumeurs provenant de minorités ethniques et à faible revenu <b>I</b> : Intervention en groupe animée par des pairs qualifiés, accent mis sur le lundi (séances de groupe, jour d'arrêt, etc.), TRN <b>C</b> : Intervention de groupe animée par des pairs qualifiés, TRN <b>O</b> : 3 mois post-intervention; abstinence autorapportée, nombre de cigarettes fumées par jour, expériences/connaissances/perceptions des participants impliqués dans le programme <b>T</b> : 12 semaines; 2020 <b>S</b> : Communauté (logements publics subventionnés et église)	<b>Abstinence autorapportée</b> : Aucune différence sig. dans le taux d'abandon entre les 2 groupes (25 % GI, 22 % GC, p = 0,94 – <b>non sig</b> ). <b>Nb cig fumées/jour</b> : Dans les 2 groupes combinés, ce nb a diminué de 7,7 à 5,6 cig/jour (réduction moy, 2,1; IC 95 % 0,9 à 5,1, p = 0,08 – <b>non sig</b> ). Réduction non sig dans le GI (7,4 à 6,0, p = 0,23) et le GC (8,6 à 4,0, p = 0,06). <b>Résultats qualitatifs</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suggèrent une satisfaction globale des participants à l'égard de l'intervention.</li> <li>• La motivation à arrêter était plus élevée dans le GI que dans le GC.</li> <li>• Les participants ont indiqué que les pairs qualifiés avaient joué un rôle important pour maintenir la motivation.</li> </ul>	/
<b>Apata, 2019</b> <b>États-Unis</b> <b>Faible</b> (MMAT)	Devis à méthode mixte  n = 389	<b>P</b> : Adultes fumeurs provenant de communautés à faible revenu <b>I</b> : Intervention de groupe animée par des pairs qualifiés, TRN, incitatifs financiers, référence vers le service de ligne téléphonique d'aide à l'arrêt tabagique <b>C</b> : Intervention de groupe, animée par des pairs qualifiés, TRN, incitatifs financiers et non-financiers <b>O</b> : 12 semaines post-intervention; abstinence ponctuelle autorapportée et validée biochimiquement, taux de rétention, expériences/défis/recommandations d'amélioration pour le programme <b>T</b> : 12 semaines; entre 2011 et 2012 <b>S</b> : Lieux communautaires	<b>Abstinence ponctuelle autorapportée et validée</b> : 21 % de tous les participants ont déclaré ne pas fumer. Aucune diff sig. entre le GI (18,8 %) et le GC (25,0 %) – p = 0,138 – <b>non sig</b> . <b>Taux de rétention (c.-à-d. participation à 6 ou + des 12 séances offertes)</b> : Taux de rétention globale = 51,9 %. Les participants du GC avaient un taux de rétention sig. + élevé (58,5 %) p/r au GI (46,5 %) (p < 0,05 – <b>sig</b> ). <b>Résultats qualitatifs</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certains participants ont attribué leur succès dans l'abandon du tabac au soutien des pairs, à l'inclusion d'aides visuelles et à la participation aux séances de groupe.</li> <li>• En plus des avantages du soutien par les pairs, certains participants ont indiqué que les incitatifs (tant financiers que non financiers) constituaient un facteur important pour les motiver à continuer le programme et éventuellement arrêter de fumer.</li> </ul>	/

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	• Autres notes
<b>Intervention de groupe bonifiée d'une nouvelle composante (suite)</b>				
<b>Barton, 2020</b> <b>États-Unis</b> <b>Faible</b> (EPHPP)	Devis clinique contrôlé  n = 73	<b>P</b> : Adultes fumeurs (vétérans) avec un trouble lié à l'utilisation de substances <b>I</b> : Intervention de groupe + incitatifs, TRN <b>C</b> : Intervention de groupe habituelle, TRN <b>O</b> : À la fin de l'intervention; nombre moyen de séances totales suivies, nombre le plus élevé de séances consécutives, caractéristiques associées à l'assiduité <b>T</b> : 8 semaines; entre 2012 et 2016 <b>S</b> : Centre de traitement de la toxicomanie	<b>Nb moyen de séances totales suivies (maximum 8)</b> : 4,5 séances (ÉT = 2,4) pour le GI; 5,2 séances (ÉT = 1,9) pour le GC → dans les analyses ajustées, pas de diff. sig entre les 2 groupes <b>Nb le + élevé de séances consécutives</b> : 3,9 séances (ÉT = 2,4) pour le GI; 4,0 séances (ÉT = 2,2) pour le GC → dans les analyses ajustées, pas de diff. sig entre les 2 groupes <b>Caractéristiques associées à l'assiduité</b> : âge + avancé; prise de médication pour arrêter de fumer; durée + longue de traitement contre un trouble lié à l'utilisation de substances	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montant moyen reçu par séance = 2,70 \$; montant moyen reçu par traitement = 16,70 \$.</li> <li>• 69 % du GI et 88 % du GC se sont fait prescrire TRN. Le fait qu'un prescripteur co-anime les groupes pourrait avoir contribué à des taux de prescription + élevés.</li> </ul>
<b>Brett, 2023</b> <b>États-Unis</b> <b>Faible</b> (EPHPP)	Cohorte (1 groupe pré/post – avant et après)  n = 289	<b>P</b> : Adultes fumeurs vivant en milieu défavorisé <b>I</b> : Intervention de groupe avec inscription continue <b>C</b> : Aucun <b>O</b> : Durant l'intervention (mesures prises à chaque séance); augmentation des connaissances pour arrêter de fumer, diminution du nombre moyen de cigarettes fumées par jour, faisabilité <b>T</b> : 4 semaines; entre 2016 et 2018 <b>S</b> : Centre médical universitaire urbain	<b>Augmentation des connaissances pour arrêter de fumer</b> : améliorations dans les connaissances des stratégies et dans la confiance de l'abandon du tabac pour la moitié des items (6 sur 12) <b>Diminution du nb moyen de cig fumées/jour</b> : diminution sig. de + de 30 % entre la première et la dernière séance de groupe fréquentée par les participants (9,2 cig/jour ± 0,76 c. 6,0 ± 0,65, n = 80, p < 0,001). Les participants qui ont complété toutes les séances ont signalé des réductions sig. + importantes de leur consommation moy de cig/jour que ceux n'ayant pas terminé le programme (4,6 cig/jour c. 1,3, respectivement F [1, 72] = 6,82, p = 0,01) <b>Faisabilité (% participation)</b> : 56 % des participants ont participé à au moins 2 séances et 24 % ont complété le programme complet (4 séances ou +)	/

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention de groupe bonifiée d'une nouvelle composante (suite)</b>				
<b>De Leon, 2018</b> <b>États-Unis</b> <b>Faible</b> (EPHPP)	Devis quasi expérimental pré/post  n = 78	<b>P</b> : Adultes fumeurs <b>I</b> : Intervention de groupe ciblée le lundi <b>C</b> : Intervention de groupe habituelle <b>O</b> : À la fin de l'intervention et 3 mois post-intervention; abstinence ponctuelle autorapportée, nombre et durée des tentatives d'arrêt, sentiment d'auto-efficacité à arrêter <b>T</b> : De 6 à 8 semaines; entre 2014 et 2015 <b>S</b> : Communauté (comté)	<b>Abstinence ponctuelle autorapportée (sur 7 et 30 jours) –</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>à la fin de l'intervention</b> : aucune diff. sig. entre les participants du GI et du GC → 7 jours : 11 % vs 8 %, p = 0,1; 30 jours : 11 % vs 0 %, p = 2,8.</li> <li>• <b>3 mois post-intervention</b> : aucune diff. sig. entre les participants du GI et du GC → 7 jours : 36 % vs 29 %, p = 0,3; 30 jours : 36 % vs 24 %, p = 0,6.</li> </ul> <b>Nb et durée des tentatives d'arrêt –</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>à la fin de l'intervention</b> : aucune diff. sig. entre les participants du GI et du GC → 0 tentative : 21 % vs 38 %, p = 2,2.</li> <li>• <b>3 mois post-intervention</b> : aucune diff. sig. entre les participants du GI et du GC → 0 tentative : 33 % vs 27 %, p = 3,4.</li> </ul> <b>Sentiment d'auto-efficacité à arrêter –</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>à la fin de l'intervention</b> : les participants du GI qui fumaient encore avaient une + grande efficacité personnelle pour arrêter de fumer dans le futur (score de 7,1/10 vs 5,4 pour le GC). Aussi, le GI considérait le programme comme étant + utile pour arrêter de fumer (score de 4,2/5 vs 3,3 pour le GC); le GI était + susceptible que le GC de qualifier leurs « quit buddies » de très utiles (p &lt; 0,05).</li> <li>• <b>3 mois post-intervention</b> : aucune diff. sig. entre les participants du GI et du GC → parmi ceux qui fument encore : score de 4,9/10 vs 5,4, p = 0,6.</li> </ul>	/
<b>Landais, 2021</b> <b>Pays-Bas</b> <b>Faible</b> (EPHPP)	Cohorte (1 groupe pré/post – avant et après)  n = 22	<b>P</b> : Adultes fumeurs vivant en milieu défavorisé <b>I</b> : Intervention de groupe avec inscription continue, soutien comportemental individuel, TRN <b>C</b> : Aucun <b>O</b> : À la fin de l'intervention; renoncement au tabac, assiduité, appréciation de l'intervention <b>T</b> : 22 semaines; 2017 <b>S</b> : Centre communautaire	<b>Renoncement au tabac</b> : 50 % des participants ont cessé de fumer, mais la majorité ont rechuté au moins 1 fois. <b>Assiduité</b> : participation à 6,4 rencontres de groupe en moy (min 1 à max. 17). <b>Appréciation de l'intervention</b> : très appréciée des participants → permet de cesser à son rythme et de continuer malgré une rechute; atmosphère encourageante en raison de la rétroaction positive et de l'humour des autres participants et des animateurs; appréciation des opportunités pour comparaisons sociales et modelage positif; compétences et rétroaction personnelle, des animateurs, appréciées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les participants qui ont réussi à arrêter de fumer ont eu recours à la TRN.</li> <li>• Parmi ceux qui n'ont pas cessé, 3 ont apprécié le format de groupe à inscription continue, mais n'ont pas poursuivi pour des raisons personnelles, 2 pour désaccord avec animateur (à propos de la distribution de la TRN), 1 ne se sentait pas à sa place dans le groupe, 5 pour raison inconnue.</li> </ul>

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	• Autres notes
<b>Intervention en milieu de travail</b>				
<b>Asfar, 2021</b> <b>États-Unis</b> <b>Modérée</b> (EPHPP)	Devis contrôlé randomisé  n = 134	<b>P</b> : Adultes fumeurs (hommes hispaniques/latinos) travaillant dans le milieu de la construction <b>I</b> : Séance de soutien comportemental en groupe, counseling téléphonique, référence vers une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt tabagique, TRN <b>C</b> : Référence vers une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt tabagique, TRN <b>O</b> : 3 et 6 mois post-intervention; abstinence ponctuelle et prolongée autorapportée et validée biochimiquement, réduction du taux de tabagisme, critères de faisabilité, évaluation du programme <b>T</b> : 8 semaines; entre 2017 et 2018 <b>S</b> : Chantiers de construction	<b>Abstinence prolongée validée à 6 mois (outcome principal)</b> : 27,7 % pour le GI et 20,3 % pour le GC (p = 0,315 – <b>non sig</b> ). Ce taux est + élevé que des interventions similaires. <b>Autres mesures d'abstinence et réduction du tabagisme :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstinence prolongée validée à 3 mois → 44 % pour le GI et 38 % pour le GC (p = 0,571 – <b>non sig</b>)</li> <li>• Abstinence ponctuelle à 3 mois → 53 % pour le GI et 47 % pour le GC (p = 0,527 – <b>non sig</b>)</li> <li>• Abstinence ponctuelle à 6 mois → 27,7 % pour le GI et 20,3 % pour le GC (p = 0,315 – <b>non sig</b>)</li> <li>• Les participants qui n'ont pas arrêté de fumer ont réduit le nb de cig fumées/jour de 13,4 ± 1,5 (GI) et de 11,5 ± 1,3 (GC) à 6 mois (p = 0,344 – <b>non sig</b>).</li> </ul> <b>Critères de faisabilité</b> : Le taux d'inscription était élevé (86 %). Les taux de suivi à 6 mois étaient acceptables (GI = 76,9 %, GC = 66,6 %, p = 0,19 – <b>non sig</b> ). L'adhérence au traitement était + élevée (mais différences <b>non sig</b> ) dans le GI (intervention reçue sur le chantier : GI = 93,8 %, GC = 88,4 %; contact par la ligne téléphonique : GI = 49,2 %, GC = 40,6 %). Utilisation quotidienne de la TRN était + élevée dans le GI (70,8 %) que le GC (56,5 %) – p > ,05 – <b>non sig</b> . <b>Évaluation du programme</b> : 83 % des participants ont jugé la qualité de l'intervention excellente, 85,4 % étaient extrêmement satisfaits du programme et 85,4 % ont déclaré que l'intervention avait été très utile. 80,5 % ont déclaré avoir beaucoup appris sur la façon d'arrêter de fumer, et 87,8 % ont déclaré qu'ils approuvaient le fait que le programme correspondait à leurs circonstances de vie/travail. Parmi ceux qui ont réussi à arrêter de fumer, 73,2 % ont suivi les instructions du programme, 56, % se souvenaient encore du contenu de l'intervention et 58,5 % étaient convaincus de pouvoir arrêter de fumer pour de bon. 100 % des participants ont déclaré qu'ils recommanderaient l'intervention à un ami.	/

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention en milieu de travail (suite)</b>				
<b>Bold, 2019</b> <b>États-Unis</b> <b>Modérée</b> (EPHPP)	Devis contrôlé randomisé  n = 25	<b>P</b> : Adultes fumeurs peu scolarisés travaillant dans le milieu de la restauration <b>I</b> : Counseling bref individuel, incitatifs financiers, TRN, autres ressources (ligne téléphonique, service de messagerie texte, application mobile basée sur la pleine conscience) <b>C</b> : Aucune intervention <b>O</b> : 6 semaines post-intervention; tentatives d'arrêt, réussite à l'arrêt, adhérence et acceptabilité du traitement, satisfaction du traitement <b>T</b> : 6 semaines; année(s) non précisée(s) dans l'article <b>S</b> : Milieux de restauration universitaire	<b>Tentatives d'arrêt</b> : Les employés du GI (p/r au GC) ont rapporté des taux plus élevés de tentatives d'arrêt (66,7 % vs 12,5 %, p = 0,02 – <b>sig</b> ). <b>Réussite à l'arrêt</b> : Les employés du GI (p/r au GC) ont rapporté des taux plus élevés de réussite à l'arrêt pendant au moins 24 h (53,3 % vs 12,5 %, p = 0,08 – <b>non sig</b> ). <b>Adhérence et acceptabilité du traitement (GI)</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 % des participants ont reçu au moins 1 paiement de réduction, c.-à-d. qu'ils ont réduit leur CO expiré d'une visite à l'autre.</li> <li>• Réduction sig du CO expiré, mesurée comme une réduction du CO au baseline (M = 18,0 ppm, ÉT = 7,2) à la valeur la + basse obtenue lors du traitement (M = 3,8 ppm, ÉT = 3,8). t (24) = 9,44, p &lt;0,001</li> <li>• En moy, les participants ont réduit leur CO expiré de 79,4 % (ÉT= 19,9 %).</li> <li>• 36 % des participants ont obtenu au moins 1 paiement d'abstinence, c.-à-d. qu'ils ont déclaré ne pas fumer de cig et ont eu un niveau de CO expiré ≤ 4 ppm.</li> <li>• 100 % des participants ont essayé une TRN, et 92 % ont déclaré avoir continué à utiliser au moins une TRN pendant la durée du traitement.</li> </ul> <b>Satisfaction liée au traitement</b> : Les participants ont jugé l'intervention globalement très utile. En particulier, ils ont déclaré qu'il était très utile d'avoir le programme sur le lieu de travail et que tous les éléments du traitement ont été jugés au moins quelque peu utiles.	/

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention en milieu de travail (suite)</b>				
<p><b>Mache, 2019</b> <b>Allemagne</b> <b>Modérée</b> (EPHPP)</p>	<p>Devis quasi expérimental avec groupe de comparaison</p> <p>n = 222</p>	<p><b>P</b> : Adultes fumeurs travaillant dans des milieux variés <b>I</b> : Coaching individuel ou en groupe sur la promotion de la santé, counseling comportemental individuel sur l'arrêt tabagique, activité physique <b>C</b> : Aucune intervention <b>O</b> : 12 mois post-intervention; abstinence continue autorapportée, nombre de cigarettes fumées par jour, attitudes face aux changements de comportement tabagique, changement dans les étapes de préparation à changer le comportement tabagique <b>T</b> : 12 mois; année(s) non précisée(s) dans l'article <b>S</b> : Milieux de travail variés</p>	<p><b>Abstinence continue autorapportée</b> : Légèrement + élevée dans le GI que dans le GC, mais diff <b>non sig.</b> (18 % vs 7 %, p = 0,31). Les différences dans le taux d'abstinence au sein du GI n'étaient pas diff sig (p = 0,58). <b>Nb cig fumées/jour</b> : Parmi ceux qui ont rechuté, ce nb était inférieur en moy de 4,1 respectivement dans le GI p/r au GC (p &gt; 0,05 – <b>non sig.</b>). <b>Attitudes face aux chgts de comportement tabagique</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu de différences sig et d'améliorations dans les attitudes entre le baseline et le suivi (GI) ont été trouvées. Une interaction groupe x temps sig pour « vouloir changer »... fumer moins a été observée.</li> <li>• Chgts dans les attitudes envers le tabagisme (« vouloir arrêter de fumer ») se sont légèrement améliorés dans le GC (mais pas de manière sig). La volonté de fumer moins ne s'est pas améliorée de manière sig au fil du temps.</li> </ul> <p><b>Chgt dans les étapes de préparation</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le GI a progressé entre le départ et le suivi pour les étapes de préparation (p = 0,012 – <b>sig</b>). Des différences sig ont été constatées entre le GI et le GC (p = 0,04 pour l'interaction groupe x temps).</li> <li>• 18 % du GI a montré une volonté accrue de modifier leur cpt tabagique. Au total, 13 % des participants, parmi ceux qui étaient au stade de récontemplation/contemplation/préparation au départ, sont passés au stade d'action/maintien après 12 mois. Seuls 3 participants parmi ceux qui étaient au départ en phase d'action/maintien sont revenus à une étape de précontemplation/contemplation/préparation.</li> <li>• La volonté de modifier son cpt tabagique ne s'est pas améliorée de manière sig dans le GC.</li> </ul>	/
<p><b>Van den Brand, 2018</b> <b>Pays-Bas</b> <b>Faible</b> (EPHPP)</p>	<p>Devis contrôlé randomisé en grappes</p> <p>n = 604</p>	<p><b>P</b> : Adultes fumeurs (et leur conjoint.e) travaillant dans des milieux variés <b>I</b> : Intervention de groupe, incitatifs financiers <b>C</b> : Intervention de groupe <b>O</b> : À la fin de l'intervention, 3, 6 et 12 mois post-intervention; abstinence continue autorapportée et validée biochimiquement <b>T</b> : 7 semaines; entre 2016 et 2017 <b>S</b> : Milieux de travail variés</p>	<p><b>Abstinence continue autorapportée et validée à 12 mois (outcome principal)</b> : Parmi les participants du GI, 41 % étaient abstinentes, vs 26 % dans le GC (OR 1,93; IC 95 % 1,31-2,85; p &lt; 0,0009 – <b>sig</b>). <b>Abstinence continue autorapportée et validée à fin du programme, 3 et 6 mois</b> : Les proportions d'abstinents (GI vs GC) étaient de 83 % vs 76 % à la fin du programme (OR 1,77, IC 95 % 1,00-3,12; p = 0,05 – <b>non sig</b>); 54 % vs 44 % à 3 mois (OR 1,55, IC 95% 1,07 -2,24; p = 0,021 – <b>sig</b>); et 45 % vs 27 % à 6 mois (OR 2,39, IC 95% 1,62-3,52; p &lt; 0 0001 – <b>sig</b>).</p>	/

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention utilisant la spirométrie</b>				
<p>Clergue-Duval, 2020 France Faible (EPHPP)</p>	<p>Étude rétrospective de dossiers médicaux  n = 48</p>	<p><b>P</b> : Adultes fumeurs avec un trouble lié à l'utilisation de substances <b>I</b> : Entretien motivationnel incluant un test de spirométrie, informations sur la santé, TRN <b>C</b> : Aucun <b>O</b> : Immédiatement après l'intervention et 3 mois post-intervention; abstinence autorapportée, variation immédiate de la motivation à arrêter de fumer, utilisation de la TRN prescrite <b>T</b> : Une consultation médicale; 2018 <b>S</b> : Centre médical</p>	<p><b>Variation immédiate de la motivation à arrêter de fumer (outcome principal) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La motivation a augmenté de 6,38 (à l'évaluation initiale) à 9,19 (après la transmission du résultat au test de spirométrie). L'augmentation était <b>sig</b> dans l'ensemble de l'échantillon (<math>p &lt; 0,001</math>).</li> <li>• L'augmentation de la variation moy du score de la motivation était stat diff entre les groupes (<math>p = 0,019 - \text{sig}</math>).</li> <li>• La différence moy était <b>sig</b> + élevée pour les participants atteints de MPOC que ceux ayant un résultat normal (+3,58).</li> <li>• La motivation était <b>sig</b> + faible parmi les patients ayant un problème de consommation d'alcool vs ceux sans ce problème (-2,87).</li> </ul> <p><b>Abstinence autorapportée à 3 mois :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le statut tabagique était différent entre les groupes de résultats de spirométrie (<math>p = 0,0021 - \text{sig}</math>).</li> <li>• 38,5 % des participants MPOC avaient cessé de fumer, 60 % ds le groupe sous-optimal, et 9 % des participants ayant une spirométrie normale.</li> </ul> <p><b>Utilisation de la TRN prescrite :</b> 33,3 % des participants ont rapporté avoir utilisé la TRN prescrite, qui était associée au statut tabagique (<math>p = 0,014 - \text{sig}</math>), mais ne différait pas selon le résultat du test de spirométrie (<math>p = 0,11 - \text{non sig}</math>).</p>	/
<p>Martín-Luján, 2023 Espagne Élevée (EPHPP)</p>	<p>Devis clinique randomisé  n = 614</p>	<p><b>P</b> : Adultes fumeurs sans maladie respiratoire connue <b>I</b> : Test de spirométrie + résultats détaillés, counseling bref <b>C</b> : Counseling bref <b>O</b> : 6, 9 et 12 mois post-intervention; abstinence ponctuelle et prolongée autorapportée et validée biochimiquement <b>T</b> : Durée non précisée dans l'article; entre 2012 et 2015 <b>S</b> : Centres de soins de santé primaire</p>	<p><b>Abstinence prolongée autorapportée et validée à 12 mois (outcome principal) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7,8 % (5,29-11,33) dans le GI vs 2,6 % (1,33-5,07) dans le GC (<math>p = 0,004 - \text{sig}</math>).</li> <li>• Dans le GI, aucune diff n'a été observée dans la prévalence de l'abstinence chez les patients avec une spirométrie normale (8,3 %) et ceux avec une spirométrie altérée (9,8 %) (<math>p = 0,899 - \text{non sig}</math>).</li> </ul> <p><b>Autres mesures d'abstinence :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les analyses ajustées montrent que l'intervention a <b>sig</b>. augmenté la probabilité d'abstinence ponctuelle et prolongée au cours du suivi (à 6 et 9 mois) et a presque triplé la probabilité d'abstinence prolongée à 12 mois (OR 2,84; IC à 95 % 1,18 à 7,65).</li> </ul>	/

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention utilisant la spirométrie (suite)</b>				
<b>Rodriguez-Alvarez, 2022</b> <b>Espagne</b> <b>Modérée</b> (EPHPP)	Devis clinique randomisé  n = 350	<b>P</b> : Adultes fumeurs <b>I</b> : Deux tests de spirométrie + explications renforcées des résultats, counseling bref <b>C</b> : Un test de spirométrie, counseling bref <b>O</b> : 3, 6, 12 et 24 mois post-intervention; abstinence autorapportée et validée biochimiquement <b>T</b> : 2 ans; entre 2005 et 2010 <b>S</b> : Centres de soins de santé primaire	<b>Abstinence autorapportée et validée biochimiquement :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• À 24 mois → 25,2 % dans le GI et 18,4 % dans le GC.</li> <li>• À 12 mois → 24,0 % dans le GI et 16,2 % dans le GC.</li> <li>• À 12 mois, le taux global d'abstinence était de 21,6 %.</li> <li>• Dans l'analyse transversale à chaque visite, l'abstinence était toujours + élevée dans le GI.</li> <li>• La diff entre les 2 groupes était <b>marginale</b> <b>sig</b> à 12 et 24 mois.</li> <li>• Dans l'ensemble, les chances ajustées d'arrêter de fumer dans le GI étaient 42 % + élevées que dans le GC (p = 0,018 – <b>sig</b>).</li> <li>• L'arrêt tabagique augmentait légèrement à mesure que la gravité de la MPOC diagnostiquée au début de l'étude augmentait (ex. : les chances d'arrêter de fumer étaient 83 % + élevées chez les patients atteints de MPOC sévère par rapport à ceux atteints de MPOC légère – <b>non sig</b>).</li> </ul>	/
<b>Westerdahl, 2019</b> <b>Plusieurs pays</b> <b>Élevée</b> ( <i>Health Evidence</i> )	Revue systématique  n = 1 935	<b>P</b> : Adultes fumeurs <b>I</b> : Test de spirométrie <u>avec</u> rétroaction sur les résultats, counseling <b>C</b> : Test de spirométrie <u>sans</u> rétroaction sur les résultats, counseling <b>O</b> : Minimum 1 mois post-intervention; pourcentage (%) cessation tabagique <b>T</b> : Études publiées entre 1991 et 2014 <b>S</b> : Milieu médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 ECR ont montré une amélioration <b>sig</b> de l'abandon du tabac lorsqu'on donnait aux patients des commentaires sur les résultats de la spirométrie en combinaison avec du counseling (GI), p/r aux patients qui n'avaient reçu que du counseling (GC). Le moment du suivi était de 1 mois pour une étude, et de 1 an pour l'autre. Dans les 2 études, les résultats de spirométrie ont été exprimés en âge pulmonaire. Elles sont toutes 2 de bonne qualité, avec un faible risque de biais.</li> <li>• Dans les 5 autres ECR qui ont été inclus, aucune diff n'a été trouvée.</li> </ul>	/

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention utilisant la télémédecine</b>				
<p><b>Byaruhanga, 2021</b> <b>Australie</b> <b>Faible</b> (EPHPP)</p>	<p>Devis randomisé à groupes parallèles  n = 655</p>	<p><b>P</b> : Adultes fumeurs vivant en région éloignée <b>I</b> : Counseling vidéo en temps réel <b>C (# 1)</b> : Counseling téléphonique <b>C (# 2)</b> : Matériel écrit <b>O</b> : 4 mois post-intervention; abstinence ponctuelle et prolongée autorapportée, tentatives d'arrêt, mesures de processus <b>T</b> : 6 semaines; entre 2017 et 2018 <b>S</b> : Intervention à distance</p>	<p><b>Abstinence prolongée (3 mois) autorapportée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valeurs de 7 % dans le GI, 4,4 % dans le GC1 et 3,1 % dans le GC2.</li> <li>• Aucune diff sig entre a) le GI et le GC1 (OR = 1,64 [95 % IC 0,71-3,78], p = 0,25 – <b>non sig</b>) et b) le GI et le GC2 (OR = 2,33 [95 % IC 0,92-5,90], p = 0,07 – <b>non sig</b>).</li> </ul> <p><b>Abstinence ponctuelle (7 j) autorapportée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les participants du GI étaient sig. + susceptibles que le GC2 d'atteindre une abstinence ponctuelle (18,9% vs 8,9%, OR = 2,39 [95 % IC 1,34-4,26], p = 0,003 – <b>sig</b>).</li> <li>• Mais le GI et le GC1 (12,7 %) ne diff pas sig. pour l'abstinence ponctuelle (OR = 1,61 [95 % IC 0,95-2,72], p = 0,08 – <b>non sig</b>).</li> </ul> <p><b>Tentatives d'arrêt :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 69,4 % du GI, 66,1 % du GC1 et 69,7 % du GC2 ont fait une tentative d'arrêt entre le baseline et 4 mois.</li> <li>• Aucune diff sig entre a) le GI et le GC1 (OR = 1,16 [95 % IC 0,67-2,02], p = 0,60 – <b>non sig</b>) et b) le GI et le GC2 (OR = 0,98 [95 % IC 0,57-1,69], p = 0,95 – <b>non sig</b>).</li> </ul> <p><b>Mesures de processus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour le GI, le nb moy d'appels était de 2,27 (ÉT = 2,44), et de 2,62 (ÉT = 2,35) pour le GC1 – différence <b>non sig</b>.</li> <li>• La durée moy des séances du GI (19,18 min, ÉT = 7,53) était sig. plus longue que celle du GC1 (16,08 min, ÉT = 7,27) → (diff moy ajustée = 3,18 [2,00-4,36], p &lt; 0,0001 – <b>sig</b>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre le baseline et 4 mois, 26,5 % des participants (24,3 % du GI, 25,6 % du GC1, 28,9 % du GC2) ont utilisé la TRN; 9,9 % (15,3 % du GI, 7,4 % du GC1, 7,7 % du GC2) ont utilisé la varénicline; et 0,5 % (0 % du GI, 0,8 % du GC1, 0,7 % du GC2) ont utilisé le bupropion.</li> </ul>

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention utilisant la télémédecine (suite)</b>				
<p>Mahoney, 2021 États-Unis Modérée (MMAT)</p>	<p>Devis à méthode mixte  n = 74</p>	<p><b>P</b> : Adultes fumeurs <b>I</b> : À distance → counseling vidéo en temps réel ou téléphonique, médication prescrite, matériel pour collecte échantillons salive <b>C</b> : En personne → soins habituels <b>O</b> : Immédiatement après l'intervention (8 semaines); taux de complétion des visites programmées, taux de retour des échantillons de salive, expériences de transition des visites en personne aux visites à distance <b>T</b> : 8 semaines; entre 2018 et 2020 <b>S</b> : Clinique médicale + intervention à distance</p>	<p><b>Taux de complétion des visites programmées</b> : Les participants du GI ont assisté en moy à 83,6 % de leurs visites à distance (95 % IC 73,1 %-91,2 %) vs 89,8 % dans le GC (95 % IC 84,0 %-94,1 %) – différence <b>non sig.</b> <b>Taux de retour des échantillons de salive</b> : Les participants du GI ont retourné en moy 93,2 % des échantillons de salive (95 % IC 83,5 %-98,1 %) vs 100 % dans le GC (95 % IC 97,4 %-100 %) – différence <b>non sig.</b> <b>Expériences de transition des visites en personne aux visites à distance</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients préféraient les visites par vidéoconférence aux appels téléphoniques.</li> <li>• Se disaient prêts à participer à des visites virtuelles à l'avenir, de préférence dans le cadre d'une approche hybride combinant des visites en présentiel et à distance (73 %).</li> <li>• 87 % ont déclaré que la transition aux visites à distance n'avait eu aucun impact sur leur capacité à arrêter de fumer.</li> <li>• Avantages des visites à distance (rapportés par les participants) : aucun déplacement, commodité, confort, plus grande confidentialité, sécurité re : COVID-19.</li> <li>• Défis du counseling à distance p/r au counseling en personne (rapportés par les participants) : moins d'interactions et de soutien, défis avec la technologie, moins de responsabilités pour faire les devoirs, distractions à la maison, moins confiance en la capacité à cesser de fumer.</li> </ul>	<p>/</p>

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention utilisant la télémédecine (suite)</b>				
<p>Raiff, 2022 États-Unis Faible (EPHPP)</p>	<p>Étude de cas (devis à niveaux de bases multiples)</p> <p>n = 8</p>	<p><b>P</b> : Adultes vapoteurs (étudiants universitaires)  <b>I</b> : À distance → counseling vidéo en temps réel, incitatifs financiers, matériel pour collecte échantillons salive  <b>C</b> : Aucun  <b>O</b> : Immédiatement après l'intervention (2 semaines); abstinence évaluée biochimiquement, changement de comportement, acceptabilité de l'intervention  <b>T</b> : 2 semaines; 2020  <b>S</b> : Intervention à distance</p>	<p><b>Abstinence évaluée biochimiquement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les participants ont assisté à 100 % de leurs appels de télémédecine programmés et tous ont arrêté de vapoter de la nicotine au cours de l'intervention de 2 sem.</li> <li>Les niveaux de cotinine salivaire des 8 participants ont diminué lorsque les incitatifs financiers croissants étaient conditionnés à des résultats de cotinine salivaire négatifs.</li> </ul> <p><b>Changement de comportement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 participants ont déclaré avoir vapoté des substances autres que la nicotine au cours de l'étude, mais un seul des 2 a déclaré avoir vapoté au cours des 7 jours précédents.</li> <li>5 participants (63 %) ont déclaré avoir ressenti des symptômes de sevrage au cours de l'étude.</li> <li>6 participants ont déclaré avoir subi un stress inhabituel au cours de l'étude, dont 2 ont spécifiquement commenté l'impact de la pandémie.</li> </ul> <p><b>Acceptabilité de l'intervention :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les participants ont déclaré que l'intervention était pratique, efficace pour les aider à arrêter de vapoter, équitable et qu'ils seraient très susceptibles de recommander le programme à quelqu'un d'autre cherchant à arrêter de vapoter (scores entre 9,75 et 10 sur 10).</li> <li>6 participants (75 %) ont déclaré qu'ils souhaiteraient utiliser à nouveau l'intervention actuelle s'ils devaient arrêter de vapoter.</li> <li>Lorsqu'on leur a demandé ce qu'ils avaient le plus apprécié dans l'intervention, la majorité des participants ont répondu le personnel de soutien et les appels vidéo aux 2 jours (63 %).</li> </ul>	/

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention utilisant la télémédecine (suite)</b>				
<p><b>Tzelepis, 2019</b> <b>Plusieurs pays</b> <b>Élevée</b> (<i>Health Evidence</i>)</p>	<p>Revue systématique  n = 615</p>	<p><b>P</b> : Adultes fumeurs <b>I</b> : Counseling vidéo en temps réel offert individuellement ou en groupe <b>C</b> : Aucune intervention et/ou autre intervention en abandon tabagique <b>O</b> : Au moins 6 mois depuis le début de l'intervention; abstinence ponctuelle, continue ou prolongée autorapportée et/ou validée biochimiquement, nombre de tentatives d'arrêt, adhérence à l'intervention, satisfaction et alliance thérapeutique <b>T</b> : Études publiées entre 2015 et 2018 <b>S</b> : Intervention à distance</p>	<p>Les auteurs ont inclus 2 ECR, qui ont fourni du counseling vidéo individuel en temps réel pour arrêter de fumer, p/r au counseling téléphonique (intervention des GC identique à celle des GI). Ils ont jugé une étude présentant un risque de biais incertain (Richter 2015) et l'autre étude présentant un risque de biais élevé (Kim 2018).</p> <p><b>Abstinence prolongée validée</b> : Aucun effet stat. sig. du traitement sur l'abstinence (en utilisant la définition la + stricte et le suivi le + long) dans les 2 études incluses lorsque le GI était comparé GC (RR=2,15, IC à 95% 0,38 à 12,04; 2 études, 608 participants; I<sup>2</sup> = 66 %).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans Kim 2018, les taux d'abandon à 6 mois étaient de 33,3 % pour le GI et de 4,8 % pour le GC (RR 7,0, IC à 95 % 0,94 à 52,04).</li> <li>• Dans Richter 2015, les taux d'abandon à 12 mois étaient de 8,2 % pour le GI et de 7,3 % pour le GC (RR 1,12, IC à 95 % 0,63 à 1,97).</li> </ul> <p><b>Nb de tentatives d'arrêt</b> : Dans Richter 2015, aucune diff. sig. rapportée entre le GI (moy 4,8, ÉT = 6,8) et le GC (moy 4,3, ÉT = 5,7) chez les personnes qui ont continué à fumer à 12 mois (diff moy = 0,50, IC à 95 % -0,60 à 1,60; 1 étude, 499 participants).</p> <p><b>Adhérence à l'intervention</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune diff. sig. rapportée entre le GI (moy 2,4, ÉT = 1,5) et le GC (moy 2,6, ÉT = 1,5) pour nb moy de séances de counseling (diff moy = -0,20, IC à 95 % -0,45 à 0,05; 1 étude Richter 2015, 566 participants).</li> <li>• Aucune diff. sig. rapportée entre le GI (66,7 %) et le GC (59,1 %) pour % complétion de toutes les séances (RR 1,13, IC à 95 % 0,71 à 1,79; 1 étude Kim 2018, 43 participants).</li> </ul> <p><b>Satisfaction</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les participants du GI (97 %) étaient sig + susceptibles que ceux du GC (91,9 %) de recommander le programme à un ami ou un membre de la famille (RR 1,06, IC à 95 % 1,01 à 1,11; 1 étude Richter 2015, 398 participants).</li> <li>• Aucune diff. entre les groupes en termes de score de satisfaction (diff moy = 0,70, IC à 95 % -1,16 à 2,56; 1 étude Kim 2018).</li> </ul> <p><b>Alliance thérapeutique</b> : Aucune diff. sig. rapportée entre le GI et le GC (diff moy = 1,13, IC à 95 % -0,24 à 2,50; 1 étude Richter 2015, 398 participants).</p>	<p>/</p>

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention en couple</b>				
<p>Buitenhuis, 2021 Pays-Bas Modérée (EPHPP)</p>	<p>Devis contrôlé randomisé</p> <p>n = 352 (176 fumeurs)</p>	<p><b>P</b> : Adultes fumeurs en couple avec un partenaire non-fumeur <b>I</b> : Intervention de planification dyadique (implication soutenue du partenaire) <b>C</b> : Intervention de planification individuelle <b>O</b> : 3 mois post-intervention; abstinence ponctuelle et prolongée autorapportée, nombre de cigarettes fumées par jour <b>T</b> : 3 semaines; entre 2017 et 2018 <b>S</b> : Non précisé dans l'article</p>	<p><b>Abstinence ponctuelle autorapportée</b> : taux similaires dans les 2 groupes, soit 33 % pour le GI et 30 % pour le GC → <math>X^2(1, N = 156) = 0,14, p = 0,711, IC \text{ à } 95\% -0,13, 0,20</math> – <b>non sig.</b> <b>Abstinence prolongée autorapportée (pas fumé depuis l'intervention)</b> : taux similaires dans les 2 groupes, soit 19 % pour le GI et 16 % pour le GC → <math>X^2(1, N = 156) = 0,34, p = 0,563, IC \text{ à } 95\% -0,13, 0,22</math> – <b>non sig.</b> <b>Nb de cig fumées/jour</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En moy, les fumeurs des 2 groupes ont déclaré avoir fumé près de 50 % moins de cig lors de la mesure de suivi (M = 7,25, ÉT = 7,86), p/r au départ (M = 16,19, ÉT = 8,61). Cette différence, 8,94, IC 95 % 7,47, 10,49, <b>était sig.</b>, t (144) = 11,56, p &lt; 0,001, et avait une taille d'effet importante d = 0,96.</li> <li>Les « rechuteurs » ont montré une diminution de 33 % entre le départ (M = 16,18, ÉT = 7,89) et le suivi (M = 10,84, ÉT = 7,31). Cette différence, 5,34, IC 95 % 4,04, 6,66, <b>était sig.</b>, t (96) = 8,16, p &lt; 0,001, et avait une taille d'effet importante d = 0,83.</li> <li>Cependant, l'appartenance à l'un des 2 groupes <b>n'était pas un prédicteur sig.</b> du nombre de cig fumées au moment du suivi.</li> </ul>	<p>Autres résultats sur l'abstinence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La majorité des participants qui ont recommencé à fumer au moment du suivi l'ont fait quotidiennement (soit 45 % dans le GI et 53 % dans le GC), tandis qu'une minorité de participants ont déclaré fumer de manière intermittente.</li> <li>Dans l'ensemble, le comportement tabagique (ex. : non-fumeur, tabagisme quotidien, tabagisme intermittent) au moment du suivi ne différait pas entre les 2 groupes d'intervention, <math>X^2(4, N = 156) = 2,38, p = 0,666</math>.</li> <li>Au cours de la période du journal (21 jours), le GI (n = 83) n'a pas fumé en moy pendant 8,8 jours, ce qui était similaire aux 8,0 jours du GC (n = 92), t (173) = -0,69, p = 0,490 – <b>non sig.</b>, MD = -0,78, IC à 95 % -3,04, 1,45, d = 0,11.</li> <li>Les proportions de personnes abstinentes hebdomadaires (participants qui n'ont pas fumé pendant 7, 14 ou 21 jours consécutifs) ne différaient pas entre les 2 groupes.</li> </ul>

Auteur, année Pays Évaluation de qualité (outil)	Devis d'étude Taille d'échantillon	Critères de sélection (PICOTS) <sup>a</sup> des études incluses	Résultats	Autres notes
<b>Intervention en couple (suite)</b>				
<b>Choi, 2022</b> <b>Plusieurs pays</b> <b>Modérée</b> <i>(Health Evidence)</i>	Revue systématique  n = 8 654	<b>P</b> : Adultes fumeurs en couple avec un partenaire fumeur ou non-fumeur <b>I</b> : Interventions dans lesquelles il y a des stratégies d'éducation et/ou de collaboration du partenaire <b>C</b> : Groupes appariés avec intervention individuelle <u>ou</u> soins habituels (documentation et intervention brève) <b>O</b> : 6 mois post-intervention; taux d'abandon <b>T</b> : Études publiées entre 1981 et 2019 <b>S</b> : Variable	<b>Taux d'abandon (surtout autorapportés) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variaient de 8 à 58 % dans les interventions de couple, de 12,5 à 55 % dans les GC <u>appariés avec intervention individuelle</u>, et 7,6 à 47 % dans les GC <u>soins habituels</u>.</li> <li>• Seulement 2 études (chez des couples enceintes ou en post-partum) ont montré des diff. sig. dans les taux d'abandon p/r aux GC.</li> <li>• Les interventions ciblant les couples avec un fumeur diagnostiqué avec ou présentant un risque élevé de maladies liées au tabagisme ont produit des taux d'abandon + élevés (25-73 %) que parmi les autres populations cibles (25-45 % pour les couples de fumeurs en bonne santé et 5,8-42 % pour les couples avec femmes enceintes).</li> </ul>	/
<b>Whitton, 2020</b> <b>États-Unis</b> <b>Modérée</b> (EPHPP)	Devis contrôlé randomisé  n = 142 (71 fumeurs)	<b>P</b> : Adultes fumeurs en couple avec un partenaire non-fumeur <b>I</b> : Soutien comportemental en groupe, habiletés de communication en couple, TRN <b>C</b> : Soutien comportemental en groupe, TRN <b>O</b> : 4 et 12 semaines après la date d'arrêt; abstinence ponctuelle autorapportée et validée biochimiquement, nombre de jours entre le jour d'arrêt et 1) le 1 <sup>er</sup> jour de tabagisme, 2) le 7 <sup>e</sup> jour consécutif de consommation de tabac, acceptabilité du programme <b>T</b> : 8 semaines; année(s) non précisée(s) dans l'article <b>S</b> : Non précisé dans l'article	<b>Taux d'abstinence</b> : Des taux d'abstinence <b>non stat sig</b> différents ont été observés entre les participants du GI et ceux du GC à 12 semaines (GC : 27,3 %, GI : 37,5 %) et à tous les autres temps de mesure (ps > 0,45). <b>Variables liées à la rechute</b> : <b>Aucune diff stat sig</b> entre le GI et le GC concernant les délais liés à la rechute. Cependant, les tailles d'effet suggérant que l'intervention du GI pourrait être + efficace pour réduire les rechutes complètes et prolonger le délai de rechute sont prometteuses, car un délai de rechute + long peut augmenter les changements de réussite lors des tentatives ultérieures d'abandon. <b>Acceptabilité du traitement</b> : La crédibilité et la satisfaction du traitement étaient élevées et comparables entre le GI et le GC ( <b>pas de diff stat sig</b> ), mais l'utilité perçue et l'engagement dans le traitement étaient + élevés dans le GI (d = 0,48 à 0,68) – <b>non stat sig, sauf pour le suivi quotidien des cigarettes (engagement)</b> .	/

## **ANNEXE 5 SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE DES ÉTUDES**

L'outil EPHPP contient huit domaines d'évaluation : biais de sélection; devis de l'étude; variables confondantes; méthodologie de l'insu; méthodes de collecte de données; retraits et abandons; intégrité de l'intervention; et analyse des données (Thomas *et al.*, 2004). À noter que les deux derniers domaines ne sont pas pris en compte dans le calcul du score global. L'outil MMAT, quant à lui, comporte deux composantes communes (éléments propres à tout article scientifique, critères propres aux études mixtes) ainsi que des composantes spécifiques au devis d'étude (quantitatif ou qualitatif; Hong *et al.*, 2018). Enfin, l'outil *Health Evidence* comporte 10 questions d'évaluation critique portant sur : question de recherche; critères de sélection; stratégie de recherche; période couverte; niveau de données probantes; évaluation de la qualité des études; évaluation de la qualité par deux auteurs; comparaison et/ou combinaison des résultats; interprétation des résultats; et certitude des conclusions (Dobbins *et al.*, 2010).

**Tableau 3 Synthèse de l'évaluation de la qualité méthodologique des études menées à l'aide de l'outil *Effective Public Health Practice Project* (EPHPP) – Études primaires quantitatives**

Études	Critères						Score global Faible, modérée ou élevée
	A. Biais de sélection [3]	B. Devis de l'étude [3]	C. Variables confondantes [3]	D. Méthodologie de l'insu [3]	E. Méthodes de collecte de données [3]	F. Retraits et abandons [3]	
Asfar, 2021	2	1	3	2	1	2	Modérée
Barton, 2020	3	1	2	3	1	3	Faible
Bold, 2019	2	1	1	3	1	2	Modérée
Bonevski, 2018	2	1	3	3	1	3	Faible
Brett, 2023	2	2	3	2	2	3	Faible
Buitenhuis, 2021	3	1	1	2	1	2	Modérée
Byaruhanga, 2021	3	1	1	3	1	3	Faible
Clergue-Duval, 2020	2	2	3	3	1	1	Faible
De Leon, 2018	3	1	3	2	1	2	Faible
Evins, 2023	2	1	1	2	1	2	Élevée
Hayes, 2022	2	1	1	2	1	3	Modérée
Landais, 2021	2	2	3	2	3	3	Faible
Mache, 2019	3	1	1	2	1	2	Modérée
Martín-Luján, 2023	2	1	1	2	1	1	Élevée
Mendoza, 2018	3	2	2	2	2	3	Faible
Raiff, 2022	3	3	3	2	2	1	Faible
Rodriguez-Alvarez, 2022	2	1	1	3	1	1	Modérée
Van den Brand, 2018	3	1	1	3	1	1	Faible
Wewers, 2017	2	1	1	1	1	1	Élevée
White, 2020	3	1	1	3	2	2	Faible
Whitton, 2020	2	1	1	2	1	3	Modérée

Légende :

- 1 = élevé
- 2 = modéré
- 3 = faible



Centre d'expertise et  
de référence en santé publique

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)