
**Plan québécois
d'ABANDON du TABAGISME
État de situation après
10 ans d'implantation**

Le Québec *r* *esp* *ir* *e* mieux



ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été préparé par le Service de la promotion des saines habitudes de vie de la Direction générale de la santé publique.

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN : 978-2-550-67658-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2013

PLAN QUÉBÉCOIS D'ABANDON DU TABAGISME
ÉTAT DE SITUATION APRÈS 10 ANS D'IMPLANTATION

MAI 2013

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les auteurs de cette publication, Michèle Tremblay, médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec et Jean-Maurice Roy, agent de planification, de programmation et de recherche au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Merci également aux membres du comité de suivi du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT), mis sur pied à l'automne 2011 et coordonné par Jean-Maurice Roy, qui ont partagé leur expertise durant l'élaboration de ce document :

- Mario Bujold, Conseil québécois sur le tabac et la santé
- André Gervais, Direction de santé publique de Montréal
- Line Lafantaisie, Société canadienne du cancer
- André Secours, Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches
- Michèle Tremblay, Institut national de santé publique du Québec.

Nous tenons aussi à souligner notre appréciation des commentaires et suggestions reçus des membres du comité de lecture :

- Caroline de Pokomandy-Morin, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Yovan Fillion, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Johanne Laguë, Institut national de santé publique du Québec
- Annie Montreuil, Institut national de santé publique du Québec
- Alain Rochon, Direction de santé publique de l'Estrie
- Ann Royer, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale.

Nous désirons également exprimer notre gratitude envers les professionnels du comité de travail sur le cadre de référence du PQAT à l'origine du document de travail *Plan québécois d'abandon du tabagisme, Cadre de référence du modèle organisationnel* rédigé en décembre 2002 :

- Mario Champagne, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
- Martine Gilbert, Direction de santé publique du Bas-Saint-Laurent
- Isabelle Lamontagne, Direction de santé publique de la Côte-Nord
- Alain Rochon, Direction de santé publique de l'Estrie
- José St-Cerny, Direction de santé publique de la Montérégie
- Lise Bourcier, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Louise Desjardins, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

- Sonia Genest, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Denise Plamondon, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Enfin, merci à tous les conseillers et professionnels de la santé engagés depuis de nombreuses années à offrir soutien et encouragements aux fumeurs qui souhaitent se libérer de leur dépendance au tabac

RÉSUMÉ

Le tabagisme est la principale cause de décès évitable dans le monde et un fumeur régulier sur deux mourra d'une maladie qui y est liée (Doll et al., 2004). Au Québec, on estime qu'environ 10 000 personnes en meurent chaque année, soit près de 1 décès sur 5. En 1997, la lutte contre le tabagisme était reconnue comme l'une des sept priorités nationales de santé publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) souhaitait, entre autres, que « des services de soutien à l'abandon du tabagisme s'adressant à toute la population [...] soient accessibles dans toutes les régions du Québec » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997).

Depuis les dix dernières années, plusieurs partenaires ont mis en place, avec le soutien financier du MSSS, la ligne téléphonique j'Arrête, le site Internet j'Arrête et plus de 150 centres d'abandon du tabagisme (CAT). De plus, de nombreuses activités de formation et de sensibilisation ont été déployées par cinq ordres professionnels bénéficiant du soutien scientifique de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin d'optimiser les pratiques de counseling des pharmaciens, dentistes, hygiénistes dentaires, infirmières et inhalothérapeutes (Tremblay et Poirier 2012b). Des travaux menés par le MSSS, en collaboration avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, ont mené à l'instauration d'un acte de counseling préventif sur le renoncement au tabac par les médecins omnipraticiens. Cet acte est en vigueur depuis janvier 2007 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b). Le Défi J'arrête, j'y gagne!, initié en 2000, invite chaque année les fumeurs à cesser de fumer durant au moins six semaines consécutives. Enfin, les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique sont remboursées par le régime public d'assurance médicaments du Québec, et ce, depuis octobre 2000.

Dix ans plus tard, il est apparu important d'examiner l'évolution de la mise en place des différents services de renoncement au tabac au Québec. Voici les principaux faits saillants qui découlent de cette analyse :

Les centres d'abandon du tabagisme

- Entre 2006 et 2011, les CAT offraient annuellement des services individuels à près de 6 000 fumeurs et environ 1 000 fumeurs bénéficiaient de services de groupe;
- Les services offerts dans les CAT rejoignent davantage de femmes que d'hommes et une clientèle essentiellement francophone, dont la moyenne d'âge est de 50 ans;
- Plus de la moitié des clients n'occupent pas d'emploi : la plupart de ceux-ci sont retraités, en chômage ou prestataires de l'assistance-emploi;
- Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour et le niveau de dépendance à la nicotine sont plus élevés chez la clientèle des CAT que chez les fumeurs quotidiens;
- La majorité des fumeurs qui ont recours aux services offerts dans les CAT rapportent avoir été dirigés vers ce service par un professionnel de la santé;
- Selon une évaluation réalisée par la Direction de santé publique de Montréal, 57 % des répondants ont cessé de fumer durant leur démarche au CAT et le taux de renoncement au tabac après six mois est de 27 %;
- Les répondants ayant utilisé un produit de remplacement de la nicotine durant au moins huit semaines sont 3,7 fois plus susceptibles d'avoir cessé de fumer après six mois que ceux ayant utilisé ce traitement pendant une durée moindre;

- Les répondants dont le produit de remplacement de la nicotine a été proposé par le conseiller du CAT sont quatre fois plus susceptibles de l'utiliser pendant au moins huit semaines que ceux ayant reçu une recommandation d'une autre personne (médecin, pharmacien) ou ayant obtenu ce produit en vente libre.

La ligne j'Arrête

- Entre 2002 et 2011, la ligne j'Arrête a traité plus de 162 000 demandes, pour une moyenne annuelle d'environ 18 000 demandes auxquelles on a répondu;
- Une hausse importante des appels proactifs (appels initiés par les conseillers de la ligne) est observée à partir de 2007-2008 (près de 10 000 comparativement à un peu moins de 2 000 l'année précédente); depuis, le nombre annuel d'appels proactifs a toujours été plus élevé que 7 500;
- Quant aux demandes réactives qui ont obtenu une réponse depuis 2007, elles varient entre un peu plus de 8 000 et un peu plus de 9 000;
- Depuis l'inscription du numéro de téléphone de la ligne j'Arrête sur les emballages des produits du tabac à l'été 2012, on observe une augmentation très importante du volume d'appels de même que des changements du côté de la clientèle rejointe. Un plus grand nombre d'hommes, de jeunes, de personnes de plus de 60 ans et de fumeurs plus dépendants ont contacté la ligne j'Arrête.

Le site Internet j'Arrête

- Entre 2003 et 2011, le site Internet j'Arrête a reçu plus de 2 millions de visites. Dès sa première année de fonctionnement, en 2003-2004, le site Internet j'Arrête a connu un achalandage de plus de 231 000 visites d'une durée moyenne de douze minutes;
- L'année 2005-2006 est celle durant laquelle le site connut le plus fort achalandage avec plus de 465 000 visites et les années subséquentes ont connu une baisse graduelle et soutenue du nombre de visites et de visiteurs, exception faite de l'année 2010-2011;
- Une version anglophone du site (www.iquitnow.qc.ca) a été mise en ligne en 2009 afin de mieux desservir la clientèle anglophone.

Les professionnels de la santé

- En 2004-2005, les pratiques de counseling des professionnels de la santé n'étaient pas optimales;
- Des six groupes de professionnels sondés, les médecins étaient ceux qui rapportaient les meilleures pratiques de counseling, et ce, tant avec les fumeurs prêts à cesser de fumer qu'avec ceux qui n'étaient pas prêts;
- Bien que les professionnels de la santé croyaient que cela faisait partie de leur rôle d'intervenir auprès de la clientèle fumeuse, peu d'entre eux se sentaient compétents;
- Les trois facteurs associés à de meilleures pratiques de counseling et les plus souvent retrouvés chez les divers groupes de professionnels sont : la croyance que le counseling auprès du fumeur fait partie du rôle du professionnel, le sentiment d'être compétent à intervenir avec un fumeur et la connaissance des ressources communautaires;
- En 2010, une seconde enquête a été menée afin de suivre l'évolution des pratiques de counseling en abandon du tabac des professionnels de la santé et afin de connaître l'appréciation des quelque 65 actions

prises en place par leur ordre professionnel; les analyses préliminaires indiquent que les professionnels formés ont de meilleures pratiques de counseling que leurs collègues non formés, qu'ils se sentent plus compétents à intervenir, qu'ils perçoivent moins d'obstacles et qu'ils ont une meilleure connaissance des ressources communautaires.

Les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique

- Entre 2001 et 2004, en moyenne 14 % des fumeurs assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAMQ) auraient été remboursés annuellement pour des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique;
- Les prestataires de l'assistance-emploi, qui représentaient 15 % des personnes assurées par le RPAMQ, constituaient 30 % des utilisateurs d'aides pharmacologiques, soit le double de leur proportion au sein du régime public;
- Le timbre de nicotine est de loin l'aide pharmacologique la plus utilisée par les personnes ayant eu recours au remboursement entre les années 2000 et 2004 : il constitue le choix de 80 % des utilisateurs d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique assurés par le RPAMQ;
- Une diminution substantielle du nombre d'ordonnances d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique a été observée entre les années 2002 et 2005 et entre les années 2006 et 2007; une hausse notable s'est produite entre 2007 et 2008, après l'ajout de la varénicline à la liste des médicaments remboursés par le RPAMQ.

Le Défi J'arrête, j'y gagne!

- Un peu plus de 300 000 Québécois et Québécoises ont participé au Défi J'arrête, j'y gagne!, et ce, depuis les années 2000;
- 60 % des gens participant au défi sont des femmes et le défi recrute davantage de fumeurs âgés de 18 à 34 ans;
- Durant la période s'échelonnant de 2003 à 2009, plus de six participants sur dix ont cessé de fumer complètement durant les six semaines du défi, le tiers étaient toujours non-fumeurs après six mois et 19 % après un an.

Des mesures et des services à ajuster

En 2009, 40 % des fumeurs rapportaient avoir tenté de renoncer au tabac au cours de l'année précédente (Leclerc et Lasnier 2011a), ce qui représente plus de 500 000 personnes. Or, en 2008, un peu moins de 6 000 fumeurs ont eu une consultation individuelle dans un CAT et la ligne j'Arrête a répondu à environ 18 000 demandes (appels réactifs et proactifs combinés). Ainsi, bien que l'on puisse considérer que la proportion de fumeurs ayant bénéficié de ces services ne soit pas élevée, ce sont tout de même plusieurs milliers de fumeurs qui ont ressenti le besoin de recourir à un service personnalisé pour les soutenir dans leur démarche d'arrêt tabagique. De plus, près de 16 000 fumeurs se sont inscrits au Défi J'arrête, j'y gagne! en 2008.

Les aspects législatifs, les campagnes médiatiques ciblées, l'augmentation des prix de même que les avertissements sanitaires et l'inscription des coordonnées des services de renoncement sur les produits du tabac sont des mesures qui touchent l'ensemble des fumeurs. Or, au Québec, la dernière **hausse de taxes** importante datait de décembre 2003. La récente augmentation de 4 \$ sur la cartouche de cigarettes, en vigueur depuis le 20 novembre 2012, s'avère donc un pas dans la bonne direction.

Au Québec, plusieurs **campagnes médiatiques** ont cours chaque année : Semaine québécoise pour un avenir sans tabac (en janvier), Défi J'arrête, j'y gagne! (entre les mois de janvier et d'avril) et Famille sans fumée (en octobre et novembre). Ces campagnes ont un haut taux de pénétration comme l'indiquent plusieurs sondages réalisés. Quant aux campagnes de promotion des services de renoncement au tabac, elles ont lieu durant plus de six mois chaque année. Selon Durkin et ses collègues, pour être efficaces, les campagnes médiatiques de promotion de l'arrêt tabagique chez les adultes doivent être intenses et soutenues dans le temps (Durkin et al., 2012). Bien que les campagnes médiatiques sur le tabagisme soient très présentes dans le paysage québécois, diverses avenues pour en augmenter l'intensité et la portée pourraient être examinées.

L'intervention sur le renoncement au tabac des **professionnels de la santé** québécois est reconnue comme une pratique clinique préventive qui doit être promue et implantée. Cependant, des données de 2004-2005 indiquent que les pratiques de counseling en abandon du tabac ne sont pas optimales et qu'il est possible de faire mieux (Tremblay, Cournoyer, et O'Loughlin., 2009). En vue d'optimiser ces pratiques, des formations, des guides cliniques et des outils d'aide à la pratique ont été développés entre 2004 et 2011 par cinq ordres professionnels travaillant en collaboration avec l'INSPQ (Tremblay et Poirier, 2012b). Ces travaux ont mené à la signature, en janvier 2012, d'un énoncé de position endossé par sept ordres professionnels. Cet énoncé engage les ordres à offrir à leurs membres des formations sur le tabagisme et le counseling de même que des outils pour faciliter leur rôle de conseiller et d'orienteur (Tremblay et Poirier, 2012a).

Depuis la reconnaissance d'un acte de counseling préventif en abandon du tabac, plus de 100 000 interventions ont été offertes par des **médecins** omnipraticiens, en 2007, et une augmentation des actes de counseling a été observée en 2008 et 2009. Ainsi, de nombreux fumeurs ont eu l'occasion de discuter avec leur médecin de leur tabagisme. Dans un contexte où un nombre non négligeable de fumeurs ressent le besoin d'un soutien plus intensif, il serait souhaitable de développer des outils permettant aux médecins et aux autres professionnels de la santé de diriger facilement leurs patients vers des services comme les CAT ou la ligne j'Arrête. De tels outils répondraient d'ailleurs à un besoin clairement exprimé, en 2010, par les médecins, les pharmaciens, les infirmières et les inhalothérapeutes.

Le principe d'accessibilité retenu en 2002 pour les **CAT** correspondait aux notions de disponibilité et de gratuité des services et tendait à occulter les dimensions géographique, horaire, sociale et culturelle. Quelques régions ont conclu des ententes de services permettant aux professionnels de la ligne j'Arrête de diriger les fumeurs vers les CAT et vice versa, créant une complémentarité de services. Ainsi, les fumeurs ont plus facilement accès au soutien nécessaire en fonction de leurs besoins. Selon l'évaluation publiée en 2009 par l'INSPQ, la formation offerte aux conseillers nouvellement embauchés dans les CAT est appréciée et semble adéquate. Toutefois, certains besoins particuliers de formation continue ne sont pas comblés, notamment l'intervention avec des clientèles précises comme les jeunes fumeurs et les fumeurs atteints de comorbidités, de multiples dépendances ou de problèmes de santé mentale. De plus, des disparités de pratique professionnelle ont été relevées chez les conseillers. Des travaux de révision de la formation des conseillers des CAT et de la ligne j'Arrête, en cours depuis quelques mois, permettront de combler les besoins ressentis et d'harmoniser les pratiques professionnelles.

Au cours des années, nous avons assisté à une diminution des appels réactifs à la ligne j'Arrête. Les ententes conclues avec des directions de santé publique et des centres hospitaliers ont toutefois permis à la ligne de maintenir le même nombre d'interventions. Par ailleurs, depuis l'inscription récente des coordonnées de la ligne sur les emballages des produits du tabac, nous observons une forte augmentation de la demande de services et une modification du profil de la clientèle. Cet ajout des coordonnées de la ligne est indéniablement un appel à l'action pour les fumeurs qui décident de cesser de fumer à la suite du message non équivoque des effets néfastes de l'usage du tabac sur la santé qui est indiqué sur les paquets de cigarettes. Il sera intéressant de suivre l'évolution de cette mesure au cours des prochaines années.

Les **technologies virtuelles et électroniques** semblent être des avenues prometteuses. Elles permettent de rejoindre plusieurs fumeurs, et ce, à peu de coûts, et elles s'inscrivent dans une tendance pour rejoindre les jeunes et les jeunes adultes. Leur efficacité reste toutefois à être démontrée. Un site Internet conçu pour répondre à la

réalité des jeunes fumeurs québécois de 12-17 ans est en cours d'expérimentation et celui-ci sera soumis à une évaluation. Par ailleurs, un projet pilote de messages textes visant les 18-24 ans et dont les résultats sont prometteurs a su rejoindre de manière importante les jeunes adultes, plus particulièrement, les jeunes hommes. Un soutien financier pour la bonification et le déploiement de ce programme en 2013 a été accordé par le MSSS.

Les **aides pharmacologiques** à l'arrêt tabagique permettent de diminuer les symptômes de sevrage lors d'une tentative de renoncement au tabac. Elles sont remboursées par les régimes d'assurance médicaments public et privés lorsqu'elles sont prescrites par un médecin. En réaction à la difficulté de rencontrer un médecin, plusieurs directeurs de santé publique ont émis une ordonnance collective régionale permettant aux fumeurs d'obtenir un remboursement des produits de remplacement de la nicotine. Adopté en décembre 2011, le projet de loi modifiant la Loi sur la pharmacie confiera de nouvelles responsabilités aux pharmaciens dont la prolongation d'une ordonnance d'un médecin pour une période déterminée, l'ajustement d'une ordonnance d'un médecin et la prescription de médicaments lorsqu'aucun diagnostic n'est requis. Le renoncement au tabac est une problématique examinée dans le cadre des règlements devant circonscrire les responsabilités des pharmaciens.

En terminant, un mot concernant des **clientèles peu rejointes** par les services québécois de renoncement au tabac offerts comme les fumeurs âgés de 12-17 ans, les femmes enceintes fumeuses ou les fumeurs atteints de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Il est possible que la nature des services et les lieux où ceux-ci sont offerts ne soient pas attrayants pour ces clientèles. En ce qui concerne les jeunes et les jeunes adultes, l'expérimentation des nouvelles technologies semble une voie prometteuse à explorer. De plus, un projet pilote ciblant les jeunes de 12-17 ans qui consultent leur médecin de famille est en cours depuis juillet 2012. Ce dernier permettra, dans quelques années, de connaître l'efficacité d'une telle intervention (Tremblay, communication personnelle, novembre 2012). Plusieurs expériences, dont celles menées dans la région de la Capitale-Nationale, indiquent qu'il est préférable de rejoindre la clientèle là où elle se présente pour obtenir des services. La collaboration avec les professionnels offrant des services en périnatalité, en santé mentale ou en toxicomanie semble donc une avenue particulièrement intéressante pour l'élaboration d'interventions de renoncement au tabac qui sont adaptées à ces clientèles.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XIV
LISTE DES FIGURES.....	XV
LISTE DES ACRONYMES.....	XVI
INTRODUCTION.....	1
1. RENONCEMENT AU TABAC : ÉTAT DES CONNAISSANCES	
1.1 Efficacité des interventions.....	3
1.1.1 Approches individuelles.....	3
1.1.2 Approches environnementales.....	7
1.2 Quelques données sur le renoncement au tabac chez les Québécois.....	8
2. PLAN QUÉBÉCOIS D'ABANDON DU TABAGISME	
2.1 Modèle organisationnel.....	10
2.2 Activités à mettre en œuvre.....	11
3. ÉVOLUTION DE LA MISE EN PLACE DES SERVICES DE RENONCEMENT AU TABAC	
3.1 Centres d'abandon du tabagisme.....	15
3.1.1 Bilan d'implantation en 2005-2006	
3.1.2 Évolution des services offerts dans les centres d'abandon du tabagisme 2004-2011	
3.1.3 Portrait de la clientèle qui consulte dans les centres d'abandon du tabagisme du Québec	
3.1.4 Évaluations réalisées dans les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale	
3.2 Ligne téléphonique j'Arrête.....	19
3.2.1 Évolution des services offerts par la ligne téléphonique j'Arrête 2002-2011	
3.3 Site Internet j'Arrête.....	22
3.3.1 Évolution des services offerts par le site Internet j'Arrête 2003-2011	
3.4 Counseling offert par les professionnels de la santé québécois.....	24
3.4.1 Pratiques des médecins	
3.4.2 Pratiques des médecins, pharmaciens, dentistes, hygiénistes dentaires, infirmières et inhalothérapeutes	
3.4.3 Besoins éducatifs des pharmaciens, dentistes, hygiénistes dentaires, infirmières et inhalothérapeutes	
3.5 Aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique.....	26
3.5.1 Évolution de l'utilisation de la mesure de remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique	
3.5.2 Portrait des utilisateurs de la mesure de remboursement	
3.5.3 Ordonnances collectives	
3.6 Défi J'arrête, j'y gagne.....	28
3.7 Complémentarité des services.....	30

3.8	Activités de promotion, connaissance et utilisation des services de renoncement au tabac.....	32
3.8.1	Activités de promotion	
3.8.2	Connaissance et utilisation des services de renoncement au tabac par la population québécoise	
3.8.3	Référence vers les services de renoncement au tabac par les professionnels de la santé	
4.	ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION.....	36
	BIBLIOGRAPHIE.....	39

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Taux de renoncement au tabac à au moins cinq mois de l'intervention de counseling, en fonction de la durée de l'intervention et du nombre de rencontres (Fiore et al., 2008)
Tableau 2	Interventions proposées dans le cadre du <i>Plan québécois d'abandon du tabagisme</i> , 2002
Tableau 3	Nombre d'utilisateurs des services offerts dans les centres d'abandon du tabagisme, Québec, 2004-2011
Tableau 4	Nombre de demandes traitées par les intervenants de la ligne j'Arrête, Québec, 2002-2011
Tableau 5	Fréquentation du site Internet j'Arrête, Québec, 2003-2011
Tableau 6	Nombre d'ordonnances d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique remboursées par le régime public d'assurance médicaments du Québec, 2001-2009
Tableau 7	Nombre d'inscription au Défi J'arrête, j'y gagne!, Québec, 2003-2011

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 Plan québécois d'abandon du tabagisme, Diagramme du modèle organisationnel, 2002
- Figure 2 Liens entre les acteurs du réseau québécois de renoncement au tabac
- Figure 3 Proportion de professionnels de la santé ayant dirigé plus de la moitié de leurs patients fumeurs se préparant à cesser de fumer vers un CAT, Québec, 2004-2005 et 2010
- Figure 4 Proportion de professionnels de la santé ayant dirigé plus de la moitié de leurs patients fumeurs se préparant à cesser de fumer vers la ligne j'Arrête, Québec, 2004-2005 et 2010
- Figure 5 Proportion de professionnels de santé ayant dirigé plus de la moitié de leurs patients fumeurs se préparant à cesser de fumer vers un site Internet, Québec, 2004-2005 et 2010

LISTE DES ACRONYMES

CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine familiale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OLO	Œufs, lait, oranges
PQAT	Plan québécois d'abandon du tabagisme
PQLT	Plan québécois de lutte contre le tabagisme
PNSQ	Programme national de santé publique du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RPAMQ	Régime public d'assurance médicaments du Québec
SCC	Société canadienne du cancer
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

INTRODUCTION

Le tabagisme est la principale cause de décès évitable dans le monde et un fumeur régulier sur deux mourra d'une maladie qui y est liée (Doll et al., 2004). Au Québec, on estime qu'environ 10 000 personnes en meurent chaque année, soit près de 1 décès sur 5. En 2002, les coûts annuels directs et indirects associés au tabagisme ont été estimés à 3,9 milliards de dollars pour le Québec (Rehm et al., 2006).

En 1994, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) annonçait son premier plan de lutte contre le tabagisme, un plan pour lequel il consentait d'importants budgets récurrents, notamment pour la mise en œuvre d'actions nationales et régionales, dont certaines axées sur le renoncement au tabac (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994).

En 1997, la lutte contre le tabagisme était identifiée comme l'une des sept priorités nationales de santé publique et le MSSS souhaitait, entre autres, que « des services de soutien à l'abandon du tabagisme s'adressant à toute la population et, particulièrement, aux jeunes, aux femmes enceintes et aux personnes affectées par des problèmes de santé soient accessibles dans toutes les régions du Québec » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997).

Le MSSS renouvelait son engagement en 2001 avec l'adoption du Plan québécois de lutte contre le tabagisme (PQLT) 2001-2005 qui définissait de grandes orientations pour prévenir le tabagisme, pour favoriser le renoncement au tabac et pour protéger la santé des non-fumeurs d'une exposition à la fumée de tabac (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001). Cinq objectifs en matière de renoncement au tabac étaient présentés :

- Intensifier la disponibilité des services d'abandon du tabagisme dans chacun des territoires du Québec et faire la promotion de ces services;
- Faire en sorte que les personnes qui fument aient accès gratuitement à un service téléphonique de référence et de counseling concernant la cessation tabagique;
- Inciter les professionnels et les professionnelles de la santé à faire un dépistage systématique du tabagisme chez les patients et patientes en clinique privée, en CLSC et dans le milieu hospitalier et à offrir un counseling d'une durée de trois à dix minutes;
- Transmettre de façon soutenue de l'information et des messages aux fumeurs et aux fumeuses afin de les motiver à cesser de fumer;
- Maintenir les aides pharmacologiques dans la liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments.

Afin de guider l'élaboration d'un modèle organisationnel de services spécifiquement dédiés au renoncement au tabac au Québec, un comité de travail fut mis sur pied. Les travaux de ce comité menèrent à la rédaction d'un document de travail : *Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT), Cadre de référence du modèle organisationnel* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002). Parmi la gamme de services sans frais décrits dans le PQAT, on retrouve une ligne téléphonique, un site Internet et la consultation offerte dans d'éventuels centres d'abandon du tabagisme ou par des professionnels de la santé dans le cadre de leur pratique régulière. Notons que ce document est demeuré un document de travail.

Publié en 2006, le PQLT 2006-2010 réaffirmait l'importance « de poursuivre et de consolider la mise en œuvre du PQAT, notamment par une meilleure intégration des services : ligne téléphonique sans frais, site Internet, centres d'abandon dans les centres de santé et des services sociaux et d'ajuster la fourniture des services en fonction des résultats de l'évaluation en cours » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006a).

Depuis les dix dernières années, les partenaires interpellés par le PQAT ont mis en place, avec le soutien financier du MSSS, les divers services évoqués dans le document de travail de 2002 : ligne téléphonique j'Arrête, site Internet

j'Arrête et plus de 150 centres d'abandon du tabagisme (CAT). De plus, de nombreuses activités de formation et de sensibilisation ont été déployées par cinq ordres professionnels bénéficiant du soutien scientifique de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) afin d'optimiser les pratiques de counseling des pharmaciens, dentistes, hygiénistes dentaires, infirmières et inhalothérapeutes (Tremblay et Poirier 2012b). Enfin, des travaux menés par le MSSS, en collaboration avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), ont mené à l'instauration d'un acte de counseling préventif sur le renoncement au tabac par les médecins omnipraticiens. Cet acte est en vigueur depuis janvier 2007 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b).

Dix ans plus tard, il est apparu important d'examiner l'évolution de la mise en place des différents services de renoncement au tabac. C'est le principal objectif poursuivi par cette publication. Nous avons profité de l'occasion pour faire le point sur l'efficacité des interventions de renoncement au tabac et pour décrire le modèle organisationnel du PQAT, tel qu'il a été conçu en 2002.

1. RENONCEMENT AU TABAC : ÉTAT DES CONNAISSANCES

La Convention-cadre pour la lutte antitabac, premier traité international négocié par l'Organisation mondiale de la Santé, est en vigueur depuis février 2005 et a pour objectif de réduire l'épidémie mondiale de tabagisme qui tue chaque année environ cinq millions de personnes. Elle vise à « protéger les générations présentes et futures des effets dévastateurs de la consommation de tabac, qu'ils soient sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques, en offrant un cadre pour la mise en œuvre de mesures de lutte antitabac » (Organisation mondiale de la Santé, 2003). L'article 14 de la Convention-cadre stipule que les gouvernements doivent mettre en place des mesures efficaces pour promouvoir le renoncement au tabac et pour offrir un traitement adéquat de la dépendance au tabac. Afin d'aider les pays signataires de la Convention-cadre à respecter leur engagement quant à cet article spécifique, des lignes directrices ont été élaborées et abordées lors de la Conférence des parties en novembre 2010 (International Tobacco Control Policy Evaluation Project, 2010). On retrouve dans ces lignes directrices une description tant des approches populationnelles (communication de masse et programmes éducatifs; intégration d'interventions brèves dans les services de santé; ligne téléphonique) que des approches individuelles (traitements spécialisés en arrêt tabagique; pharmacothérapie offerte et accessible gratuitement ou à un coût minime). Examinons l'efficacité de ces diverses approches.

1.1 EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS ¹

1.1.1 Approches individuelles

Counseling individuel

Les échanges lors d'une rencontre entre un professionnel de la santé ou des services sociaux et un fumeur au sujet de sa consommation de tabac permettent à ce dernier d'amorcer une réflexion sur une démarche de renoncement et, éventuellement, de décider de cesser de fumer. Plus cette rencontre est de durée prolongée, plus l'efficacité augmente (tableau 1) (Fiore et al., 2008). Ainsi, une intervention de 3 à 10 minutes de la part d'un clinicien auprès d'un patient qui le consulte aurait un taux de renoncement de 16,0 % comparativement à un taux de 10,9 % s'il n'y a aucune intervention. Si, par exemple, tous les médecins du Québec adoptaient une telle approche auprès de 70 % des patients fumeurs qui les consultent chaque année, leur intervention pourrait se solder par un peu plus de 30 000 abandons du tabagisme (Tremblay et Gervais, 2001).

Selon les lignes directrices américaines, il est recommandé aux cliniciens de première ligne :

- de déterminer le statut tabagique de tous les patients ainsi que l'intention des fumeurs de faire une tentative de renoncement au tabac;
- de conseiller à tous les fumeurs de cesser de fumer;
- d'offrir une intervention motivante pour les fumeurs qui ne souhaitent pas cesser de fumer;
- d'aider les fumeurs qui souhaitent cesser de fumer;
- de proposer un suivi aux fumeurs qui cessent de fumer (Fiore et al., 2008).

¹Le texte qui suit est adapté d'un texte rédigé par Tremblay et Ben Amar (2007), « Les interventions efficaces pour aider les fumeurs à renoncer au tabac », *Drogues, santé et société*, vol. 6, n° 1, p. 241-281 et mis à jour en octobre 2012.

Les cliniciens œuvrant dans différentes disciplines, tels que les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les dentistes, les psychologues, etc., peuvent offrir de façon efficace des traitements d'aide au renoncement au tabac (Mojica et al., 2004; Sinclair et al., 2004; Stead et al., 2008; Rice et Stead, 2008; Fiore et al., 2008). Il est même de leur rôle de le faire. En effet, dans le cadre de leur pratique clinique, ces professionnels rencontrent chaque jour de nombreux fumeurs qui sont à risque de maladies liées à l'usage du tabac ou qui en souffrent et qui auraient avantage à cesser de fumer. Ces professionnels pourraient ainsi prévenir ou retarder la progression de différentes maladies mortelles.

Des revues récentes d'essais contrôlés randomisés indiquent que l'utilisation de l'entretien motivationnel, qui permet au patient d'explorer et de résoudre son ambivalence par rapport à un changement de comportement, serait efficace pour aider les fumeurs à cesser de fumer (Heckman et al., 2010; Lai et al., 2010). Deux composantes de l'intervention avec un fumeur seraient particulièrement efficaces : l'identification des difficultés qui se présentent lorsque le fumeur cesse de fumer et des stratégies qu'il utilisera pour demeurer abstinent de même que le soutien offert par le clinicien lors de la consultation avec le patient fumeur (Fiore et al., 2008). Par ailleurs, la supériorité de l'approche basée sur les étapes de changements du comportement de Prochaska et Di Clemente n'a pas encore été démontrée lorsqu'on la compare à une intervention semblable non basée sur ces étapes (Cahill et al., 2010).

Tableau 1 : Taux de renoncement au tabac à au moins cinq mois de l'intervention de counseling, en fonction de la durée de l'intervention et du nombre de rencontres (Fiore et al., 2008)

	TAUX ESTIMÉ DE RENONCEMENT (IC : 95 %)
DURÉE DE L'INTERVENTION	
Aucune intervention	10,9 %
Intervention de moins de 3 minutes	13,4 % (10,9 % - 16,1 %)
Intervention de 3 à 10 minutes	16,0 % (12,8 % - 19,2 %)
Intervention de plus de 10 minutes	22,1 % (19,4 % - 24,7 %)
NOMBRE DE RENCONTRES	
0 ou 1 rencontre	12,4 %
2 ou 3 rencontres	16,3 % (13,7 % - 19,0 %)
4 à 8 rencontres	20,9 % (18,1 % - 23,6 %)
Plus de 8 rencontres	24,7 % (21,0 % - 28,4 %)

Counseling téléphonique

Depuis une vingtaine d'années, plusieurs lignes téléphoniques spécifiquement consacrées au renoncement au tabac ont vu le jour dans de nombreux pays, incluant le Québec et le Canada. Une telle approche permet à toute personne de pouvoir être écoutée et soutenue dans une démarche de renoncement au tabac et d'obtenir de l'information au sujet des services d'aide à l'arrêt tabagique. Le service peut être offert de façon réactive, lorsque l'intervenant reçoit l'appel du fumeur, ou de façon proactive, lorsque l'intervenant rappelle le fumeur pour le soutenir et pour le motiver à cesser de fumer.

Une revue Cochrane des études menées sur l'efficacité du counseling téléphonique (Stead, Perera et Lancaster, 2006) nous apprend que :

- le taux de renoncement au tabac chez des fumeurs ayant reçu du matériel autodidacte et ayant accès à une ligne téléphonique était de 6,6 % comparativement à 4 % chez des fumeurs n'ayant pas obtenu cet accès; parmi les fumeurs qui appellent à une ligne téléphonique, ceux qui reçoivent un ou plusieurs appels additionnels de la part de l'intervenant voient leurs chances de cesser de fumer augmenter d'environ 50 % comparativement à ceux qui ne reçoivent pas de tels appels;
- le counseling téléphonique proactif serait plus efficace chez les fumeurs motivés à cesser de fumer; ainsi, cibler les fumeurs qui désirent en savoir plus sur l'abandon ou qui sont en processus de renoncement pourrait être une utilisation judicieuse des ressources;
- plus le nombre d'appels initiés par l'intervenant d'une ligne téléphonique est grand, plus l'efficacité augmente;
- le counseling téléphonique proactif ajouté à une pharmacothérapie serait légèrement plus efficace que la pharmacothérapie seule.

Fiore et ses collègues tirent des conclusions semblables : le counseling téléphonique, qui inclut au moins un appel initié par l'intervenant de la ligne, augmente de façon significative le taux de renoncement au tabac lorsqu'il est comparé à l'absence d'intervention ou à une intervention minimale (Fiore et al., 2008).

Counseling de groupe

Le counseling de groupe est une approche généralement intensive qui comprend plusieurs rencontres d'une heure ou plus sur une période de quelques semaines. Un intervenant spécialement formé en animation de groupe et en arrêt tabagique discute avec les participants des éléments visant à motiver les fumeurs à cesser de fumer, d'approche de résolution de problèmes, de l'apprentissage de nouvelles habiletés, des éléments visant à contrôler les stimuli associés au fait de fumer, de pharmacothérapie et des éléments visant à prévenir la rechute (Tremblay et Gervais, 2001). De plus, les fumeurs qui se regroupent dans une démarche de renoncement au tabac s'offrent du soutien mutuel.

Comparativement à l'absence d'intervention ou à une intervention autodidacte, on estime que le programme de groupe est deux fois plus efficace (Stead et Lancaster, 2005). Par ailleurs, l'intervention de groupe serait aussi efficace que le counseling individuel d'intensité similaire. Enfin, à ce jour, peu de preuves permettent d'affirmer que l'ajout du counseling de groupe à une autre modalité de traitement comme le conseil d'un professionnel de la santé ou la pharmacothérapie apporte des bénéfices additionnels (Stead et Lancaster, 2005). Notons qu'un faible pourcentage de fumeurs (environ 2 à 3 %) utiliserait une telle approche (Cromwell et al., 1997).

Matériel autodidacte

Le matériel autodidacte peut se présenter sous différentes formes : matériel écrit incluant des dépliants, des brochures, des livrets ou des manuels; vidéocassettes et audiocassettes; programmes informatiques; inventaires de ressources d'abandon.

Selon les lignes directrices américaines de 2008, les différents outils autodidactes, utilisés seuls ou en complément, auraient une efficacité marginale (Fiore et al., 2008). La plus récente revue Cochrane sur le sujet indique, elle aussi, une efficacité minimale (Lancaster et Stead, 2005). Les deux auteurs, qui ont revu 60 essais, concluent que l'ajout de matériel autodidacte à une intervention de counseling ou à l'utilisation des substituts de nicotine n'augmente pas le taux de renoncement au tabac. Toutefois, le matériel autodidacte ciblant différentes clientèles de fumeurs serait un peu plus efficace. Les recherches effectuées au cours des prochaines années permettront de confirmer ou d'infirmier

cette hypothèse. Notons que, bien que l'efficacité de l'approche autodidacte soit faible, elle demeure accessible à un très grand nombre de fumeurs à un coût minime.

Sites Internet et autres technologies électroniques

Depuis quelques années, la popularité de l'Internet a incité plusieurs individus et organisations à offrir des modes d'intervention et des services sur Internet pour aider les fumeurs à renoncer au tabac. Des chercheurs américains ont publié, en 2008, les résultats d'une étude portant sur la qualité et le contenu des interventions sur le tabac offertes sur le Web (Bock et al., 2008). Les trois quarts des interventions répertoriées ont dû être exclues de l'analyse, car elles n'offraient pas les principales composantes retrouvées dans les plus récentes lignes directrices américaines. Selon ces auteurs, les concepteurs des interventions sur le Web sous-utilisent les capacités interactives de l'Internet pour personnaliser le traitement, pour mettre en lien les utilisateurs avec un soutien virtuel et pour offrir des contacts de suivi. Ils notent toutefois que la qualité des services disponibles sur le Web s'est nettement améliorée depuis 2004.

Une récente revue Cochrane, publiée en 2010, abonde dans le même sens : certaines interventions de renoncement au tabac sur le Web pourraient favoriser l'arrêt tabagique (Civliak et al., 2010), en particulier lorsque l'information est bien ciblée vers l'utilisateur et lorsqu'il y a des contacts automatisés fréquents.

Selon quelques études, l'utilisation des messages textes serait prometteuse tout comme le recours à une approche combinant plusieurs modes d'intervention comme les contacts téléphoniques, les messages textes, les courriels et les sites Internet (Zhu et al., 2012). Après avoir réalisé une revue systématique, Chen et ses collègues affirment que le recours aux sites Internet et aux autres technologies favorise le renoncement au tabac chez les adultes comparativement à l'absence d'intervention ou à l'utilisation de matériel autodidacte générique (Chen et al., 2012). Les fumeurs plus instruits, moins dépendants et plus jeunes utiliseraient davantage ces technologies. Étant donné que l'Internet, les téléphones cellulaires et les autres dispositifs électroniques ouvrent de nouveaux horizons pour rejoindre les fumeurs, il est essentiel, selon ces chercheurs, de mener des recherches plus approfondies.

Acupuncture, hypnose et lasérothérapie

Peu d'études rigoureuses dénuées de biais ont été menées sur l'efficacité de l'acupuncture, de l'acupression, de l'hypnose et de la thérapie au laser. Les quelques travaux réalisés jusqu'à ce jour n'indiquent pas que ces approches soient efficaces. Toutefois, le manque de preuves et les problèmes méthodologiques reliés à ces études ne permettent pas de tirer des conclusions fiables (Fiore et al., 2008; White et al., 2011; Barnes et al., 2010).

Pharmacothérapie

Les traitements pharmacologiques de la dépendance à la nicotine qui sont offerts au Québec et au Canada reposent principalement sur deux classes distinctes de médicaments : les produits de remplacement de la nicotine, qui se présentent sous forme de timbre, de gomme, d'inhalateur buccal, de pastille ou de vaporisateur buccal; ainsi que le bupropion à libération prolongée, commercialisé sous le nom de Zyban® et la varénicline, sous le nom de Champix®.

De nombreuses études ont démontré l'efficacité de ces médicaments. De fait, les produits de remplacement de la nicotine et le bupropion doubleraient de réussite au renoncement au tabac et la varénicline les triplerait (Silagy et al., 2004; Jorenby et al., 2006; Fiore et al., 2008). Cela explique pourquoi ces médicaments sont recommandés comme médicaments de première ligne (Fiore et al., 2008). Comme pour toute médication, il existe des contre-indications et des mises en garde pour lesquelles un médecin ou un professionnel de la santé dûment formé doit effectuer un suivi.

Les auteurs des lignes directrices américaines de 2008 ont étudié l'efficacité de combinaisons de médicaments. La méta-analyse qu'ils ont réalisée indique que les combinaisons suivantes seraient plus efficaces que l'utilisation d'un seul médicament, soit le timbre de nicotine pendant 18 à 24 semaines et la gomme de nicotine (2 mg) au besoin; le timbre de nicotine (15 mg) et l'inhalateur de nicotine; le timbre de nicotine et le bupropion (Fiore et al., 2008). Ces combinaisons seraient particulièrement aidantes pour les fumeurs plus dépendants et devraient être considérées par les cliniciens. Il est à noter que l'utilisation combinée de la médication et du counseling augmente d'environ une fois et demie le taux de renoncement au tabac lorsque comparé au counseling seul (Fiore et al., 2008).

Le choix d'un de ces produits dépend de plusieurs facteurs liés au fumeur comme l'existence de pathologies particulières ou de contre-indications spécifiques aux produits, l'expérience d'effets indésirables lors d'essais antérieurs ou les préférences du patient (Fiore et al., 2008). Certains auteurs recommandent également de tenir compte du degré de dépendance à la nicotine (Lagrué et al., 2004).

1.1.2 Approches environnementales

Plusieurs interventions qualifiées d'environnementales peuvent inciter de nombreux fumeurs à cesser de fumer. Il s'agit des campagnes médiatiques et des concours, des lois interdisant de fumer dans les lieux publics et dans les lieux de travail et des politiques fiscales.

Campagnes médiatiques et concours

Les campagnes médiatiques sont des composantes de base de tout programme de contrôle du tabac. Elles permettent de rejoindre l'ensemble de la population et de modifier certaines croyances, perceptions et attitudes. Elles peuvent véhiculer des messages favorisant le renoncement au tabac en présentant, par exemple, les avantages du renoncement au tabac ou en faisant la promotion du statut de non-fumeur. Les campagnes médiatiques permettent aussi d'accroître la confiance des fumeurs, ce qui les amène à avoir la certitude qu'ils peuvent réussir à cesser de fumer. Une campagne médiatique peut également faire la promotion des services d'aide offerts.

Selon une revue Cochrane sur le sujet, il existe des preuves de l'efficacité des programmes globaux de contrôle du tabac qui incluent des campagnes médiatiques (Bala et al., 2008). Les auteurs précisent toutefois que l'efficacité des campagnes pourrait être influencée par l'intensité et la durée de celles-ci et que la longueur du suivi de même que les tendances séculaires rendent difficile la quantification de l'effet des campagnes médiatiques.

Une de ces interventions hautement médiatisées est le *Quit and Win* qui utilise une approche de concours pour encourager les fumeurs à cesser de fumer. Une telle intervention permet de créer une mobilisation dans la communauté pour l'arrêt tabagique et de rendre la décision de cesser de fumer très populaire auprès de la population (Tremblay et Gervais, 2001). Depuis 1994, l'OMS organise tous les deux ans un tel concours et, en 2002, on évaluait le nombre de participants à 700 000. Ces derniers provenaient de plus de 80 pays. Malgré la grande popularité de cette approche, il est étonnant de constater que peu d'études rigoureuses ont été réalisées pour déterminer l'efficacité de ce type d'intervention. Dans une revue de cinq études menées sur de petits échantillons, les chercheurs affirment qu'il est difficile de tirer des conclusions fiables (Cahill et Perera, 2008). Toutefois, il semblerait que le taux de renoncement soit plus élevé chez les participants à un concours que chez ceux qui ne participent pas. Par ailleurs, les auteurs mentionnent qu'environ 1 fumeur sur 500 arrête de fumer grâce à un tel concours.

Lois interdisant de fumer dans les lieux publics et dans les lieux de travail

Depuis les vingt dernières années, de plus en plus de pays ont mis en place des lois ou des règlements visant à protéger la santé des non-fumeurs qui pourraient être exposés à la fumée de tabac secondaire (Guérin et al., 2006). En effet, malgré le doute longtemps entretenu par l'industrie du tabac sur la nocivité de la fumée de tabac chez les non-fumeurs exposés à celle-ci, il est devenu de plus en plus clair et urgent d'instaurer des mesures interdisant de fumer dans les milieux de travail et dans les lieux publics. L'adoption et la mise en application de telles réglementations ne se sont toutefois pas faites sans résistance; les arguments invoqués par plusieurs propriétaires de bars et de restaurants, par exemple, étant les pertes potentielles de revenus et d'emplois engendrées par de telles décisions. Les groupes de santé ont donc dû informer intensément la population des preuves de la nocivité de la fumée de tabac et de la nécessité de protéger la santé de tous les travailleurs non-fumeurs, et ce, sans exception. Le nombre grandissant d'interdictions de fumer à l'intérieur des édifices a ainsi offert à de nombreux fumeurs un motif additionnel pour arrêter de fumer. Une étude américaine menée auprès de 100 000 travailleurs a d'ailleurs révélé que la création d'un environnement totalement sans fumée réduisait la prévalence du tabagisme de 5,7 points de pourcentage sur une période de moins d'un an, en comparaison avec des milieux où les restrictions étaient minimales ou nulles (Farrelly et al., 1999). En 2001, on estimait que la mise en application des restrictions de fumer dans les milieux de travail, telles que décrites dans la Loi sur le tabac, engendrerait près de 25 000 ex-fumeurs au Québec (Tremblay et Gervais, 2001).

Politiques fiscales

De nombreuses études d'économistes et de chercheurs, menées dans des pays favorisés aux plans social et économique, ont démontré qu'une hausse de 10 % du prix du tabac faisait baisser la demande, donc la consommation globale de tabac, de 4 % (U. S. Department of Health and Human Services, 2000; Chaloupka, Yurekli et Fong 2012). Cette baisse de la consommation serait attribuable à la diminution de la quantité de cigarettes fumées par certains fumeurs et à l'abandon complet de l'usage du tabac par d'autres fumeurs. Il est à noter que l'effet serait plus important chez les populations défavorisées (Chaloupka, Yurekli et Fong 2012). Chez les jeunes, une augmentation de 10 % du prix du tabac entraînerait une baisse de la demande de deux à trois fois plus grande que celle observée chez la population générale (U. S. Department of Health and Human Services, 2000; Chaloupka, Yurekli et Fong 2012). Selon Chaloupka et ses collègues, des prix plus élevés éviteraient la progression de l'expérimentation des produits du tabac vers la dépendance (Chaloupka, Yurekli et Fong 2012). Ainsi, au Québec, une augmentation de 10 % du prix des produits du tabac inciterait plusieurs dizaines de milliers de fumeurs de 15 ans et plus à renoncer au tabac (Tremblay et Gervais, 2001).

1.2 QUELQUES DONNÉES SUR LE RENONCEMENT AU TABAC CHEZ LES QUÉBÉCOIS

Les fumeurs québécois souhaitent renoncer au tabac. Selon des données des années 2000 à 2009, la proportion de fumeurs de 15 ans et plus qui a l'intention de cesser de fumer au cours des six prochains mois varie entre 52 % et 66 % (Leclerc et Lasnier, 2011a). En 2009, environ 715 000 fumeurs (53 %) désiraient cesser de fumer au cours des six prochains mois et 215 000 fumeurs (19 %), au cours des 30 prochains jours. Le renoncement au tabac intéresse autant les hommes que les femmes et, selon l'âge, il n'existe aucune différence quant aux proportions de fumeurs ayant l'intention de cesser de fumer.

Toujours selon les données des années 2000 à 2009, la proportion de fumeurs de 15 ans et plus ayant tenté de cesser de fumer au cours des douze mois précédents varie entre 36 % et 53 % (Leclerc et Lasnier, 2011a). Interrogés en 2009 sur le nombre de tentatives d'arrêt tabagique au cours de l'année précédente, 15 % des fumeurs rapportaient au moins trois tentatives.

Le portrait chez les élèves québécois est assez similaire à celui des adultes. En 2008, 56 % des élèves du secondaire faisant usage de cigarettes avaient tenté au moins une fois de cesser de fumer au cours de l'année précédente et 29 % avaient fait plus d'une tentative (Leclerc et Lasnier, 2011a). Les filles seraient plus nombreuses que les garçons à avoir effectué au moins trois tentatives de renoncement au tabac (17 % versus 8,5 %). Bien que la tentative d'arrêt tabagique ait duré sept jours ou moins pour 40 % des jeunes, la proportion des jeunes pour lesquels la durée du renoncement au tabac est supérieure à un mois est passée de 22 % en 1998 à 33 % en 2008.

2. PLAN QUÉBÉCOIS D'ABANDON DU TABAGISME

En 2000, un comité de travail fut mis sur pied afin de guider l'élaboration d'un modèle organisationnel de services spécifiquement dédiés au renoncement au tabac au Québec. Les travaux de ce comité menèrent à la rédaction du *Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT), Cadre de référence du modèle organisationnel*, qui est toutefois demeuré un document de travail (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002).

On retrouve dans ce document une description des activités et des services qui existaient en 2002 :

- des lignes téléphoniques d'information et de counseling offertes par des organismes non gouvernementaux ou des compagnies pharmaceutiques;
- le service téléphonique national J'Arrête mis sur pied en janvier 2002 par le MSSS, la Société canadienne du cancer et le Conseil québécois sur le tabac et la santé;
- des programmes de groupe offerts par des CLSC, des centres hospitaliers ou des organismes communautaires à des prix nettement plus abordables que lorsqu'ils étaient offerts quelques années auparavant par des organismes privés;
- un soutien intensif individuel accessible dans certains centres hospitaliers et CLSC;
- une intégration graduelle du counseling en abandon du tabac dans les pratiques des médecins;
- l'inscription des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique (timbre et gomme de nicotine et bupropion) à la liste des médicaments remboursés par le régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAMQ), en octobre 2000;
- la production et la distribution de matériel éducatif autodidacte destiné aux fumeurs;
- des campagnes médiatiques visant à sensibiliser la population à l'importance de cesser de fumer et aux moyens offerts pour le faire (Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, Défi J'arrête j'y gagne!, etc.);
- le Défi J'arrête, j'y gagne!, institué en 2000, invitant les fumeurs à cesser de fumer et offrant du soutien par un parrain ou une marraine de leur choix (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002).

Ces observations amenèrent les auteurs à conclure que : « [...] les mesures qui favorisent l'abandon du tabagisme chez les fumeurs ne sont pas en place partout au Québec. Afin d'avoir un véritable impact sur le taux de tabagisme au Québec, il est essentiel d'adopter un programme global qui comprend des méthodes et des services efficaces, variés et coordonnés et offerts dans toutes les régions du Québec. Ce programme doit être appuyé par des activités nationales et régionales de promotion et de soutien » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002).

Le but d'un tel programme consistait à aider les fumeurs à se libérer de leur dépendance pour ainsi contribuer à atteindre l'objectif de prévalence de tabagisme de 18 % fixé alors par le Programme national de santé publique 2003-2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). En 2000-2001, le taux de tabagisme chez la population âgée de 15 ans et plus était de 30,2 % (Leclerc et Lasnier, 2011b).

2.1 MODÈLE ORGANISATIONNEL

L'approche sur laquelle repose le PQAT visait à soutenir, intensifier, harmoniser et évaluer les interventions et services d'aide au renoncement au tabac déjà en place et ceux en devenir. Le MSSS souhaitait offrir et rendre accessibles aux fumeurs quatre types de services :

- des services gratuits de consultation individuelle ou de groupe dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT) qui seraient implantés dans toutes les régions du Québec;
- les services de la ligne téléphonique j'Arrête mise sur pied au début de 2002;
- ceux d'un site Internet j'Arrête;
- et, finalement, les services offerts par les professionnels de la santé dans le cadre de leur pratique régulière.

Le modèle organisationnel du PQAT, tel que conçu en 2002, présente une organisation des services centrés sur les besoins du fumeur (figure 1). L'accès aux services est qualifié de primaire lorsque le service est utilisé par le fumeur comme recours initial et il est considéré comme secondaire lorsque le fumeur est orienté vers un ou plusieurs autres services. Un tel modèle permet aux différents services d'être reliés entre eux. Le tableau 2 présente les interventions envisagées dans le cadre du PQAT, soit : l'information, la documentation et les références; l'intervention minimale; l'intervention brève; l'intervention complète ainsi que le counseling intensif. L'aide pharmacologique était également mentionnée comme intervention à offrir aux fumeurs.

En plus du volet des services, le modèle organisationnel du PQAT propose la mise en place d'un volet sur la promotion et la sensibilisation pouvant prendre la forme de conférences, de stands d'information ou de campagnes médiatiques sur les méfaits du tabagisme et de la fumée de tabac, sur le renoncement au tabac, sur les services d'arrêt tabagique, etc.

2.2 ACTIVITÉS À METTRE EN ŒUVRE

Le cadre de référence du PQAT de 2002 fait état d'une série d'activités à déployer dans toutes les régions, à savoir :

- mettre en place le modèle organisationnel du PQAT;
- mettre en place au moins un CAT par région, dans un CLSC ou dans d'autres voies d'accès;
- offrir gratuitement les services disponibles dans les CAT;
- augmenter l'accessibilité des services offerts dans le cadre du PQAT;
- rendre accessibles les interventions de groupe et les interventions individuelles en fonction des ressources disponibles, et ce, afin de répondre à la demande des fumeurs;
- adapter les interventions de cessation aux jeunes de 12 à 17 ans, notamment par le site Internet, et réaliser des activités de sensibilisation;
- adapter les interventions de cessation aux femmes enceintes, réaliser des activités de sensibilisation qui s'adressent à elles par l'entremise du programme Naitre égaux – Grandir en santé et évaluer l'efficacité de ces interventions;
- mobiliser les partenaires afin qu'ils participent au PQAT;
- inciter tous les médecins du Québec à intégrer systématiquement l'intervention minimale dans leur pratique; inciter les médecins et les infirmières pratiquant dans un groupe de médecine familiale (GMF) et ceux pratiquant dans un CLSC à offrir un soutien tabagique;
- examiner la possibilité de définir un acte médical concernant l'intervention tabagique;

- former les professionnels de la santé qui souhaitent offrir du soutien tabagique;
- réaliser des activités de sensibilisation afin de faire connaître les services du PQAT et d'inciter les fumeurs à cesser de fumer.

Finalement, le rôle et les responsabilités tant du MSSS, des directions de santé publique que des CAT sont brièvement décrits.

Figure 1 Plan québécois d'abandon du tabagisme
Diagramme du modèle organisationnel

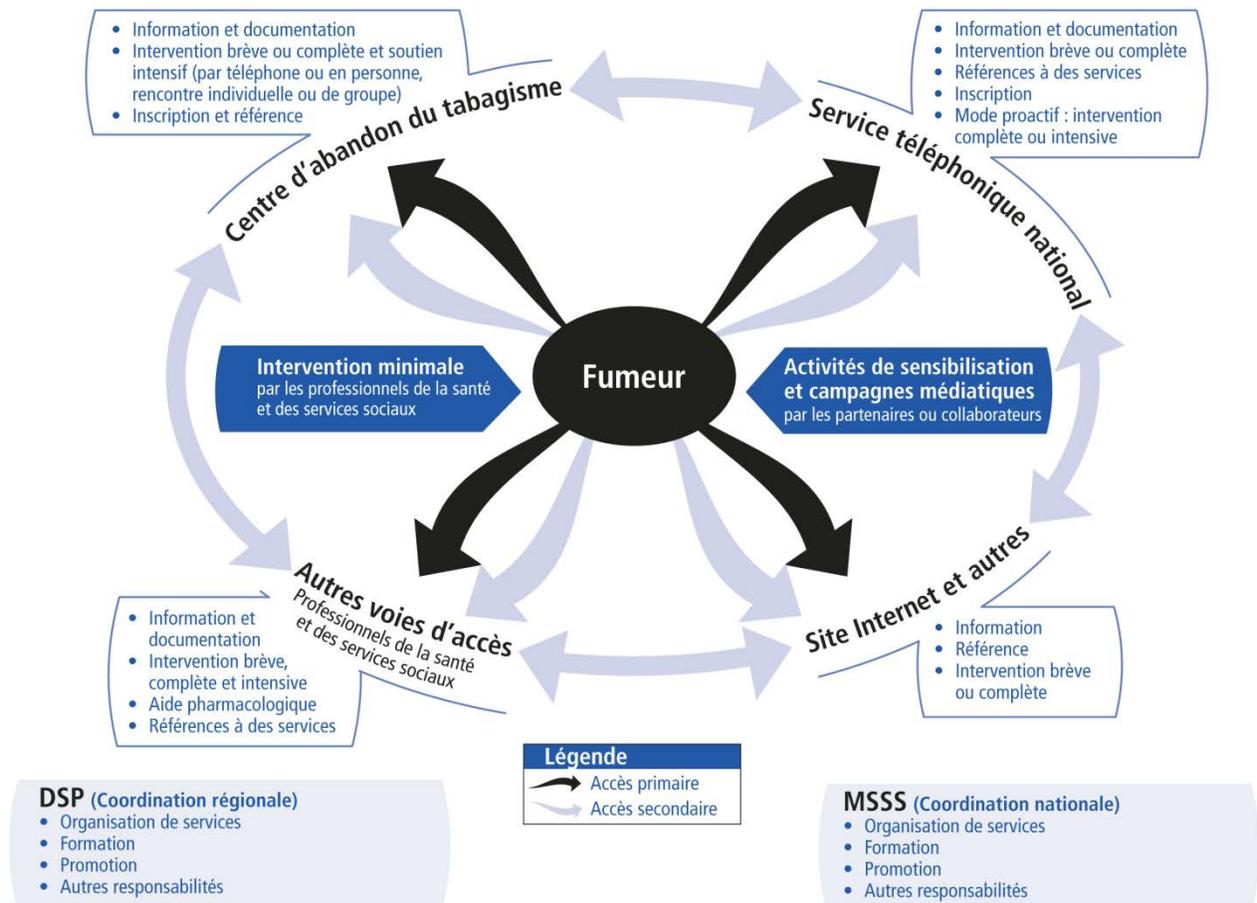


Tableau 2 : Interventions proposées dans le cadre du *Plan québécois d'abandon du tabagisme, 2002*

INTERVENTIONS	DESCRIPTION DE L'INTERVENTION	CARACTÉRISTIQUES
INFORMATION, DOCUMENTATION ET RÉFÉRENCES	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Répondre aux questions ou aux préoccupations de la clientèle concernant le tabagisme. ▶ Distribuer le matériel documentaire et audiovisuel. ▶ Informer sur les services offerts au niveau local. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Services accessibles par téléphone, Internet ou lors de rencontres ▶ Services offerts sur une base réactive (à la demande de la personne) ou proactive (sans que la personne en ait fait la demande)
INTERVENTION MINIMALE (< 3 MINUTES)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Identifier le statut tabagique. ▶ Déterminer l'étape de changement où se situe le fumeur au regard de son tabagisme. ▶ Donner un avis de cessation ou de protection. ▶ Distribuer du matériel documentaire et audiovisuel. ▶ Informer sur les services offerts et diriger vers d'autres services. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intervention répétée et systématique ▶ Intervention proactive
INTERVENTION BRÈVE (3-10 MINUTES)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Identifier le statut tabagique. ▶ Déterminer l'étape de changement où se situe le fumeur au regard de son tabagisme. ▶ Donner un avis de cessation ou de protection. ▶ Déterminer la motivation à cesser de fumer. ▶ Offrir une intervention adaptée à l'étape de changement où se situe le fumeur. ▶ Distribuer du matériel documentaire et audiovisuel. ▶ Informer sur les services et diriger vers d'autres services. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intervention proactive ou réactive
INTERVENTION COMPLÈTE (> 10 MINUTES)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Identifier le statut tabagique. ▶ Déterminer l'étape de changement où se situe le fumeur au regard de son tabagisme. ▶ Donner un avis de cessation ou de protection. ▶ Déterminer la motivation à cesser de fumer. ▶ Offrir une intervention adaptée à l'étape de changement où se situe le fumeur. ▶ Inclure une discussion sur les tentatives de renoncement au tabac, sur les habitudes de vie et sur les tentatives de changement de celles-ci. ▶ Distribuer du matériel documentaire et audiovisuel. ▶ Informer sur les services offerts et diriger vers d'autres services. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Intervention proactive ou réactive
COUNSELING INTENSIF (> 10 MINUTES)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Offrir un contenu d'intervention identique à celui de l'intervention complète. ▶ Réaliser un suivi auprès du fumeur six mois après l'intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Suivi individuel de 4-8 interventions > 10 minutes ▶ Suivi de groupe : 4-8 séances

3. ÉVOLUTION DE LA MISE EN PLACE DES SERVICES DE RENONCEMENT AU TABAC

3.1 CENTRES D'ABANDON DU TABAGISME

L'implantation des premiers CAT remonte à 2003. Les deux premières années ont vu la planification et la mise en place de nouveaux services de même que la restructuration de certains services déjà existants. En 2011-2012, on retrouvait 146 CAT dans des établissements à mission CLSC, 7 CAT dans des centres hospitaliers et 5 CAT dans des organismes communautaires.

3.1.1 Bilan d'implantation en 2005-2006

En septembre 2005, selon les principaux constats qui se dégagent du bilan d'implantation réalisé par l'INSPO (Leclerc, 2009) :

- 137 CAT et 167 intervenants/conseillers offraient des services de renoncement au tabac dans l'ensemble des régions du Québec;
- 130 CAT sur 137 se retrouvaient dans un établissement à mission CLSC;
- les services des CAT étaient offerts en moyenne 9,6 heures par semaine, et ce, selon un horaire variable de façon à accommoder les usagers;
- chaque conseiller consacrait en moyenne 64 % de son temps à des services directs auprès des fumeurs, les heures restantes étant consacrées à la promotion des services, à la formation, à la recherche de matériel éducatif complémentaire, à des tâches administratives, etc.;
- la plupart des conseillers devaient combiner leur travail en CAT à d'autres services offerts dans le même établissement;
- les conseillers avaient reçu une formation d'une durée moyenne de 47,5 heures dans le cadre de leurs fonctions en CAT.

Le système d'information sur la clientèle et les services des CLSC, le I-CLSC, était, en 2005-2006, la seule source directe d'information sur la clientèle rejointe par les CAT et sur le type de services offerts. Comme l'information colligée à cette époque manquait d'uniformité et d'exhaustivité, l'offre de services rapportée dans la publication de l'INSPO provient d'entrevues réalisées auprès de conseillers œuvrant dans les CAT et auprès de répondants-tabacs des directions de santé publique (Leclerc, 2009). On retient qu'à l'automne 2005 :

- la quasi-totalité des conseillers des CAT sondés offraient de l'information et remettaient ou postaient de la documentation sur demande;
- à peu près tous les CAT offraient des interventions individuelles de forme, de durée et d'intensité variables que ce soit par téléphone ou en personne;
- une forte majorité des conseillers des CAT recommandaient les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique (107/137);
- les interventions de groupe étaient offertes dans 64 CAT; en 2005, 163 interventions de groupe ont eu lieu et approximativement 6 participants sur 10 ont complété le programme.

Toujours selon l'évaluation réalisée par l'INSPQ, certaines difficultés liées à l'implantation des CAT ont été identifiées lors des entrevues avec les répondants-tabacs et les conseillers des CAT, notamment :

- l'insuffisance des ressources financières et, conséquemment, de ressources professionnelles dans les CAT, limitant considérablement la capacité à offrir des services d'aide à l'arrêt tabagique aux différentes clientèles et selon un horaire compatible avec celui des travailleurs;
- l'accessibilité restreinte aux interventions de groupe due aux longs délais entre l'appel du client et le moment de l'intervention;
- la perception, par les conseillers des CAT, que les services d'aide à l'arrêt tabagique ne sont pas une priorité dans leur organisation et que la valeur de leur travail d'accompagnement auprès des fumeurs n'est pas reconnue;
- un taux élevé de roulement des conseillers œuvrant dans les CAT.

3.1.2 Évolution des services offerts dans les centres d'abandon du tabagisme 2004-2011

Le tableau 3 présente le nombre d'utilisateurs qui s'inscrivent à une première rencontre pour recevoir des services individuels ou de groupe offerts dans les CAT du Québec. Les données ne sont disponibles que depuis 2004, année où le système I-CLSC a intégré la possibilité d'inscrire l'intervention réalisée auprès de fumeurs ayant consulté dans un CAT à mission CLSC. Depuis 2006, les CAT offrent annuellement des services individuels à près de 6 000 fumeurs et environ 1 000 fumeurs bénéficient de services de groupe. En 2010-2011, on observe une augmentation de 15 % du nombre d'utilisateurs de services individuels par rapport à l'année précédente.

Il est à noter que ces données n'incluent pas les interventions réalisées dans un CAT qui n'a pas de mission CLSC (moins de 10 % de l'ensemble des CAT). Par ailleurs, il est impossible de connaître de façon précise le nombre total d'utilisateurs différents étant donné qu'au cours d'une même année un utilisateur peut avoir reçu à la fois un service individuel et un service de groupe.

Tableau 3 : Nombre d'utilisateurs des services offerts dans les Centres d'abandon du tabagisme, Québec, 2004-2011

Année	Utilisateurs de services individuels	Utilisateurs de services de groupe
2004-2005	4 005	-
2005-2006	4 574	-
2006-2007	5 560	1 231
2007-2008	5 549	1 143
2008-2009	5 771	1 085
2009-2010	5 778	1 000
2010-2011	6 637	960

3.1.3 Portrait de la clientèle qui consulte dans les centres d'abandon du tabagisme du Québec

Lors d'une première rencontre individuelle avec un client, le conseiller œuvrant dans un CAT lui pose une série de questions qu'il consigne sur un formulaire. Un tel questionnaire permet de connaître, entre autres, le profil tabagique du client, son degré de motivation à cesser de fumer et son niveau de dépendance. Le conseiller s'informe

également des tentatives de renoncement antérieures, des méthodes utilisées, des causes de rechute ainsi que des symptômes de sevrage ressentis.

Afin de mieux connaître le profil des personnes consultant dans les CAT, l'INSPQ a recueilli ces formulaires dans 14 des 18 régions sociosanitaires du Québec qui ont accepté de participer à cette collecte de données. Entre le 1^{er} mars et le 30 juin 2010, le formulaire utilisé lors de chaque première rencontre avec un client a été envoyé à l'INSPQ si celui-ci acceptait. Sur une période de quatre mois, plus de 90 % des clients ont consenti à ce que leur formulaire soit transmis, ce qui a permis de dresser le portrait de la clientèle à partir de 1 446 clients.

Parmi les principaux résultats (Montreuil, 2012), on retient que :

- les services offerts dans les CAT rejoignent davantage de femmes que d'hommes et une clientèle essentiellement francophone;
- la majorité des clients ont entre 45 et 64 ans et la moyenne d'âge est de 50 ans;
- plus de la moitié des clients n'était pas en situation d'emploi au moment de la première rencontre avec un conseiller : la plupart étaient retraités, en chômage ou prestataires de l'assistance-emploi;
- comparativement aux fumeurs quotidiens du même âge, sondés en 2010 lors de l'enquête sur l'usage du tabac au Canada, les fumeurs de 55 ans et plus qui consultent dans un CAT souffrent davantage de maladies cardiovasculaires et ceux de 35-54 ans souffrent davantage d'hypertension artérielle;
- les fumeurs de tous les groupes d'âge qui consultent dans un CAT souffrent davantage que les fumeurs quotidiens du même âge de maladies respiratoires;
- la prévalence de la dépression parmi la clientèle des CAT est significativement plus élevée que chez les fumeurs quotidiens : chez les 45-54 ans, elle est de 23 % versus 12 % et, chez les 55-64 ans, 18 % versus 7 %;
- la toxicomanie et l'usage de drogues semblent toucher un nombre marginal de clients;
- parmi les raisons de cesser de fumer, améliorer sa santé rallie 89 % des fumeurs alors que la deuxième raison la plus souvent invoquée est de ne plus être dépendant du tabac;
- neuf fumeurs sur dix ont déjà fait une tentative de renoncement au tabac et la grande majorité a essayé divers moyens pour cesser de fumer, les plus populaires étant les aides pharmacologiques;
- le profil tabagique des fumeurs consultant dans les CAT révèle que le nombre de cigarettes fumées par jour et le niveau de dépendance sont plus élevés que chez la moyenne des fumeurs quotidiens;
- les causes de rechute les plus fréquentes sont le stress et l'incitation sociale;
- la majorité des fumeurs qui ont recours aux services offerts dans les CAT sont dirigés par un professionnel de la santé (Montreuil, 2012).

3.1.4 Évaluations réalisées dans les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale

Dans la région de Montréal, 12 CAT ont été mis en place en 2003. Après six ans de mise en œuvre, les professionnels de la Direction de santé publique de Montréal ont mené une évaluation afin de documenter l'offre de services des CAT et de dresser un portrait de la clientèle. Un sondage téléphonique réalisé auprès de personnes

ayant consulté dans un CAT entre les mois d'avril et novembre 2009 et consentant à répondre à un questionnaire six mois après leur première consultation dans un CAT consistait à documenter l'intervention reçue, le processus d'arrêt tabagique de même que l'appréciation des services (Leaune et al. 2011).

Parmi les principaux constats tirés de cette évaluation, on retient que :

- la majorité de la clientèle des CAT est constituée de femmes et de personnes âgées de 45 ans et plus;
- depuis 2006, le volume d'utilisateurs est demeuré inférieur à l'objectif fixé par la direction de santé publique, soit 120 usagers par CAT ; un peu plus de la moitié des répondants au sondage ont reçu trois interventions ou plus;
- les services du CAT sont appréciés et jugés très utiles par près de six répondants sur dix;
- 67 % des répondants ont utilisé une aide pharmacologique à l'arrêt tabagique;
- 57 % des répondants ont cessé de fumer durant leur démarche au CAT;
- le taux de renoncement au tabac après six mois est de 27 % ;
- les répondants ayant utilisé un produit de remplacement de la nicotine durant au moins huit semaines sont 3,7 fois plus susceptibles d'avoir cessé de fumer après six mois que ceux ayant utilisé ce traitement pendant une durée moindre;
- Les répondants dont le produit de remplacement de la nicotine a été proposé par le conseiller du CAT sont quatre fois plus susceptibles de l'utiliser pendant au moins huit semaines que ceux ayant reçu une recommandation d'une autre personne (médecin, pharmacien) ou ayant obtenu ce produit en vente libre.

De leur côté, les professionnels de santé publique de la Capitale-Nationale souhaitent vérifier si les services de renoncement au tabac offerts dans les CAT répondaient adéquatement aux besoins des fumeurs. Pour ce faire, ils ont documenté les activités offertes dans les CAT et le profil des usagers. De plus, ils ont consulté les gestionnaires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) sur les raisons de la non-utilisation des services, sur les clientèles à prioriser, sur les méthodes pour les rejoindre et sur les pistes d'actions à privilégier pour optimiser l'organisation des services dans les CAT.

Voici les principaux résultats de leurs travaux (Royer communication personnelle, juin 2012) :

- 60 % des utilisateurs sont des femmes et 80 % sont âgés de 45 ans et plus (moyenne d'âge 54 ans);
- aucun jeune de 12 à 19 ans et seulement quelques jeunes adultes de 18 à 24 ans ont utilisé les services des CAT;
- 40 % des utilisateurs étaient en emploi, 30 % à la retraite et 30 % en arrêt de travail, en congé de maternité ou autre;
- les utilisateurs fument en moyenne 21 cigarettes par jour;
- 75 % des utilisateurs ont bénéficié de rencontres individuelles et 15 % ont utilisé les services pour du soutien après l'arrêt;
- les utilisateurs sont satisfaits des services reçus;

- la sous-utilisation des services serait due à plusieurs facteurs, dont la méconnaissance des services, le manque de références, le manque de promotion des services et le manque de concertation entre les différents services des CSSS.

Une expérience menée dans deux groupes de médecine de famille (GMF) de la région de la Capitale-Nationale qui incluait au sein du GMF un conseiller CAT fait état de bénéfices intéressants : augmentation de l'assiduité des clients aux rencontres prévues avec le conseiller CAT, crédibilité augmentée du conseiller CAT aux yeux du client, accessibilité plus grande de l'ordonnance collective pour les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique, hausse des références provenant des médecins. Toutefois, certaines contraintes d'ordre logistique ont été rencontrées et, dans un contexte de ressources financières limitées, les services ne peuvent être offerts à la fois dans le CAT et dans le GMF. De plus, le CAT situé au sein d'un GMF pose un problème d'accessibilité aux fumeurs non inscrits dans ce GMF. Notons que le profil sociodémographique des clients consultant en GMF et en CSSS est semblable.

Enfin, plusieurs suggestions ont émané, tant des utilisateurs que des gestionnaires, pour améliorer l'offre de services aux fumeurs :

- adapter les plages horaires selon les besoins des clients;
- augmenter le nombre d'interventions brèves effectuées par d'autres intervenants;
- arrimer les services des CAT avec ceux qui sont offerts aux bénéficiaires de services en santé mentale, en toxicomanie et dans le secteur des maladies chroniques;
- intervenir dans les milieux de vie ou s'intégrer dans des activités ou interventions déjà existantes (les programmes de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), Œufs, lait, oranges (OLO), par exemple);
- mettre en place des structures de concertation locales pour optimiser les services;
- mettre en place un système de suivi téléphonique automatisé (*TelAsk*).

3.2 LIGNE TÉLÉPHONIQUE J'ARRÊTE

En novembre 2001, le MSSS accordait à la Société canadienne du cancer (SCC) et au Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) le mandat de mettre en place un service téléphonique d'information et de soutien à l'arrêt tabagique gratuit et confidentiel de même qu'un site Internet. En janvier 2002, la ligne j'Arrête était fonctionnelle.

En vue de fournir du soutien, de l'information et des références à toute personne désireuse de cesser de fumer ou d'aider quelqu'un dans sa démarche de renoncement, les intervenants de la ligne reçoivent une formation de huit semaines sur les composantes du tabac, les pathologies liées au tabagisme, les stades de changement de Prochaska et Di Clemente, l'entretien motivationnel, les symptômes de sevrage, les aides pharmacologiques, les clientèles particulières, les services j'Arrête, et l'utilisation des outils propres à la ligne j'Arrête. Du jumelage avec des agents expérimentés, des mises en situation, des études de cas et des simulations permettent d'intégrer la matière. Des formations sont offertes régulièrement. Tous les appels de la ligne j'Arrête sont enregistrés et un certain nombre d'entre eux sont écoutés afin d'en assurer la qualité. La rétroaction offerte aux intervenants à la suite de l'écoute de leurs appels est également une occasion de formation.

Les intervenants de la ligne répondent à toutes les questions concernant l'arrêt tabagique, transmettent les coordonnées des CAT aux fumeurs qui souhaitent obtenir du soutien individuel ou de groupe et dirigent les gens vers le site Internet j'Arrête. Un soutien simple de type réactif et un ou des appels de type proactif aux personnes qui le désirent sont offerts.

La ligne j'Arrête est un service gratuit, bilingue et confidentiel offert à l'ensemble de la population québécoise. De façon exceptionnelle, le service est aussi offert en espagnol et en arabe via un numéro de téléphone unique. Au lancement de la ligne, en 2002, les services étaient offerts du lundi au vendredi de 8 h à 20 h et, la fin de semaine, de 9 h à 17 h (pendant près d'un an). À partir de 2008, les heures ont été prolongées jusqu'à 21 h du lundi au jeudi. Durant la période du Défi J'arrête, j'y gagne! (de janvier à mai), le service peut être offert le samedi.

Entre 2007 et 2012, plusieurs ententes ont été conclues avec différents partenaires :

- en 2007, une entente est intervenue avec Acti-Menu, responsable de coordonner le Défi J'arrête, j'y gagne! pour permettre aux intervenants de la ligne d'offrir du soutien aux participants au défi qui souhaitaient être contactés;
- des ententes furent également conclues pour offrir du soutien à l'arrêt tabagique au personnel des Forces armées canadiennes en poste au Québec et aux personnes incarcérées dans les pénitenciers fédéraux et dans les centres de détention du Québec;
- la ligne j'Arrête a aussi signé des ententes de collaboration avec les directions de santé publique de Montréal, Laval, Mauricie Centre-du-Québec et avec les centres hospitaliers de Montréal (Centre hospitalier de l'Université de Montréal), Laval et Québec (Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec) afin d'offrir un suivi téléphonique auprès des patients hospitalisés et auprès des clients consultant dans un CAT. Des modalités ont également été établies pour permettre la référence de fumeurs qui consultent dans une clinique médicale ou dans une pharmacie vers la ligne j'Arrête. Une démarche similaire a été implantée pour diriger les fumeurs qui contactent la ligne vers les CAT.

Par ailleurs, les intervenants de la ligne participent activement au forum d'échanges, sur le site Internet j'Arrête, conçu par le CQTS. Des capsules électroniques ont aussi été insérées sur la page Facebook de la SCC.

Enfin, la SCC a développé, d'avril 2010 à mars 2012, un projet pilote de messagerie texte (le Service de Messagerie texte pour Arrêter le Tabac (SMAT)) pour soutenir des jeunes adultes de 18-24 ans dans une démarche de renoncement au tabac pendant 12 semaines. Le service est composé de trois volets : l'envoi d'un nombre prédéterminé de messages proactifs, l'envoi de messages réactifs en lien avec des mots-clés spécifiques utilisés par les participants et le clavardage par messagerie texte avec un spécialiste de la ligne j'Arrête. Entre le 8 décembre 2011 et le 1^{er} mars 2012, 993 personnes se sont inscrites au SMAT. Selon des données recueillies auprès de 373 personnes inscrites au SMAT et ayant accepté de répondre à un sondage téléphonique, plus de 40 % étaient âgées de 18-24 ans, 87 % étaient satisfaites du service et 95 % avaient l'intention de recommander le SMAT à un ami (Société canadienne du cancer, 2012). Par ailleurs, trois mois après leur date d'arrêt, 24 % des répondants affirmaient ne pas avoir fumé au cours des sept jours précédents. Ce taux serait de 11 % si l'on considère tous les non-répondants comme des fumeurs.

3.2.1 Évolution des services offerts par la ligne j'Arrête 2002-2011

Depuis son entrée en service en janvier 2002, la ligne a traité plus de 162 000 demandes en provenance de 101 000 personnes différentes, pour une moyenne annuelle d'environ 18 000 demandes auxquelles on a répondu (tableau 4). En 2003-2004, plus de 24 000 demandes furent traitées. Une baisse graduelle des demandes est survenue jusqu'en 2006-2007, année au cours de laquelle les responsables de la ligne décidèrent de créer plusieurs partenariats afin de rejoindre davantage de fumeurs. Ils ont, entre autres, misé sur les appels proactifs, une intervention reconnue comme étant efficace. On observe d'ailleurs une hausse importante des appels proactifs dès 2007-2008 (près de 10 000 comparativement à un peu moins de 2 000 l'année précédente). Depuis, le nombre annuel d'appels proactifs a toujours été plus élevé que 7 500. Quant aux demandes réactives répondues annuellement depuis 2007, elles varient entre un peu plus de 8 000 et un peu plus de 9 000.

Quelques données :

- près de 59 % des personnes qui utilisent ce service sont des femmes;
- 46 % des personnes qui utilisent ce service sont âgées entre 50 et 69 ans;
- plus de 85 % des personnes qui appellent le font pour obtenir du soutien dans leur démarche de renoncement au tabac.

Depuis le 20 juin 2012, le numéro de la ligne j'Arrête et une adresse Internet redirigeant vers le site Internet j'Arrête doivent obligatoirement être affichés sur les emballages des produits du tabac. Notons que l'affichage du numéro de la ligne et du site Internet a débuté quelques mois avant cette obligation. Une augmentation substantielle du volume d'appels a été observée de novembre 2011 à octobre 2012 : 24 480 demandes, comparativement à un peu plus de 17 000 en 2010-2011. Des changements du côté de la clientèle rejointe ont aussi été notés : un plus grand nombre d'hommes, de jeunes, de personnes de plus de 60 ans et de fumeurs plus dépendants ont contacté la ligne j'Arrête.

Tableau 4 : Nombre de demandes traitées par les intervenants de la ligne j'Arrête, Québec, 2002-2011

Année	Total	Appels réactifs	Appels proactifs	Clavardage individuel	Clavardage en groupe	Courriels (incluant les courriels du Défi)
2002-2003	17 681	15 257	1 109	1	–	345
2003-2004	24 072	21 261	2 141	221	–	434
2004-2005	17 652	14 802	2 163	189	–	497
2005-2006	16 470	13 039	2 253	87	–	1 091
2006-2007	13 267	9 862	1 908	137	–	1 110
2007-2008	19 731	9 125	9 890	89	–	465
2008-2009	17 773	8 294	8 776	82	–	198
2009-2010	18 163	8 096	9 001	76	214	279
2010-2011	17 237	8 535	7 576	102	72	225
Total	162 046	108 271	44 817	984	286	3 644

3.3 SITE INTERNET J'ARRÊTE

Mandatés pour mettre en ligne le site Internet j'Arrête, le CQTS et la SCC ont développé le contenu du site à l'intention de la clientèle générale des fumeurs. Une page d'accueil temporaire du site a été créée et rendue accessible à la fin du mois de novembre 2002. Celle-ci présentait aux internautes certaines des rubriques qu'allait contenir le site. À la suite des commentaires reçus, la mise en service complète du site s'est concrétisée en janvier 2003.

Le site Internet j'Arrête propose deux sections : l'une pour les adolescents et l'autre pour les adultes. À la base, le contenu est semblable, mais le ton et l'approche graphique diffèrent selon la clientèle. Alors que la section du site destinée aux adultes connaît un achalandage important, la section consacrée aux adolescents réussit moins bien à les attirer. En consultant le site Internet j'Arrête, la personne qui fume et qui veut cesser de fumer peut entreprendre sa démarche de renoncement au tabac à son rythme. Le contenu a été construit à partir du modèle des étapes de changement du comportement de Prochaska et Di Clemente. On y retrouve également des liens vers divers sites voués à la lutte contre le tabagisme (Défi J'arrête, j'y gagne!, CQTS, SCC, MSSS).

Au cours de l'année 2003-2004, quelques innovations ont été apportées au site Internet j'Arrête, dont l'intégration du clavardage et du vidéoclavardage par les intervenants de la ligne, le changement des icônes de la page « Aide en ligne » pour faciliter la navigation et le développement de la section « Panique ». Cette section présente des informations pour comprendre et faire face aux symptômes physiques et psychologiques de la dépendance.

En 2007-2008, tous les textes du site ont été révisés et traduits. Une version anglophone du site a ainsi été créée (www.iquitnow.qc.ca). Toutefois, elle n'offre pas une section pour les adolescents et une pour les adultes comme la version francophone. La mise en ligne définitive de la version anglaise du site a été complétée en février 2009 et une page d'accueil renouvelée du site j'Arrête fut mise en ligne en décembre 2010.

De 2003 à 2009, la réponse aux courriels et le clavardage individuel ont été offerts du lundi au jeudi de 17 h à 21 h et, le vendredi, de 17 h à 20 h. Depuis 2010, ces services sont offerts du lundi au vendredi de 12 h 30 à 16 h 30 et, parfois les mardis et les jeudis soirs, de 17 h à 21 h.

3.3.1 Évolution des services offerts par le site Internet j'Arrête 2003-2011

Dès sa première année de fonctionnement, en 2003-2004, le site Internet j'Arrête a connu un achalandage de plus de 231 000 visites d'une durée moyenne de douze minutes. L'année 2005-2006 est celle qui a connu le plus fort achalandage avec plus de 465 000 visites. Les années subséquentes ont connu une baisse graduelle et soutenue du nombre de visites et de visiteurs, sauf pour l'année 2010-2011.

La visibilité du site est excellente en termes de référencement sur le Web. En effet, en 2006-2007, le site apparaissait en première position sur Google pour le terme « cesser de fumer » et en cinquième position pour le terme « arrêter de fumer ». Deux ans plus tard, le terme « cesser de fumer » maintient sa première position sur Google et le terme « arrêter de fumer » se hisse à la deuxième position.

Tableau 5 : Fréquentation du site Internet j'Arrête, Québec, 2003-2011

Année	Visites	Visiteurs
2003-2004	231 000	-
2004-2005	136 823	78 386
2005-2006	465 776	-
2006-2007	374 970	202 967
2007-2008	297 529	166 115
2008-2009	262 343	140 472
2009-2010 J'arrête iQuitnow total	201 966 5 426 207 392	131 617 4 729 136 346
2010-2011 J'arrête iQuitnow total	221 817 16 157 237 974	162 422 14 997 177 419
Total	2 213 807	-

3.4 COUNSELING OFFERT PAR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ QUÉBÉCOIS

3.4.1 Pratiques des médecins

La première enquête québécoise sur les pratiques de counseling en abandon du tabac des professionnels de la santé a été menée en 1998 auprès d'un échantillon aléatoire de médecins omnipraticiens de Montréal (O'Loughlin et al., 2001). Selon cette étude, plus de 90 % des médecins affirmaient s'enquérir du statut tabagique de leurs nouveaux patients et des patients atteints de maladies reliées à leur usage du tabac. La majorité d'entre eux (83 % - 95 %) conseillait à plus de la moitié de leurs patients de cesser de fumer, indépendamment du niveau de motivation à renoncer au tabac. Entre 62 % et 82 % discutaient des avantages/inconvénients du tabagisme ou de l'abandon du tabac et de stratégies de renoncement au tabac. Une proportion moins élevée de médecins (< 50 %) mentionnait remettre du matériel éducatif ou offrir un rendez-vous de suivi (O'Loughlin et al., 2001). Après deux ans d'interventions les ciblant, une seconde enquête a été conduite. Les premières analyses ont révélé que certains changements étaient survenus : en 2000, comparativement à 1998, une plus grande proportion d'hommes médecins consacrait deux minutes ou plus au counseling en abandon du tabac et une plus grande proportion discutait d'une date d'abandon (Tremblay et al., 2001). Chez les femmes médecins, des changements favorables ont été observés au niveau de certaines pratiques de counseling (offre de matériel éducatif) et au niveau des facteurs associés à ces pratiques (croyances favorables, sentiment de compétence).

Des analyses selon le genre ont révélé d'importantes différences entre les hommes médecins et les femmes médecins. Ainsi, tous les indicateurs des pratiques de counseling étaient plus favorables chez les femmes médecins que chez leurs confrères. Comparativement aux hommes médecins, une plus grande proportion de femmes médecins avait reçu une formation sur le counseling et une plus grande proportion connaissait le matériel éducatif développé à leur intention (à l'exception des lignes directrices publiées par le Collège des médecins en 1999 qui étaient autant connues des femmes que des hommes médecins) (O'Loughlin et al., 2007). Par ailleurs, la formation était associée à des changements chez les hommes médecins, alors que ce n'était pas le cas chez les femmes médecins. Une des hypothèses avancées par les chercheurs pour expliquer ce constat est que les femmes médecins lisent davantage la documentation reçue, qu'elles intègrent l'information qui s'y retrouve et que la formation n'apporte donc pas de bénéfices supplémentaires (O'Loughlin et al., 2007).

Par ailleurs, les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec indiquent que les médecins ont facturé 106 784 actes de counseling sur le tabagisme en 2007, 159 743 en 2008 et 163 993 en 2009 (Roy, communication personnelle, novembre 2012).

3.4.2 Pratiques des médecins, pharmaciens, dentistes, hygiénistes dentaires, infirmières et inhalothérapeutes

En 2004, le MSSS confiait à l'INSPQ le mandat d'élaborer conjointement avec six ordres professionnels québécois un projet visant à optimiser les pratiques de counseling de leurs membres (Collège des médecins, Ordre des pharmaciens, Ordre des dentistes, Ordre des hygiénistes dentaires, Ordre des infirmières et infirmiers, Ordre professionnel des inhalothérapeutes). Une première enquête conduite en 2004-2005 auprès d'échantillons aléatoires de ces six groupes de professionnels a permis de connaître leurs pratiques de counseling en abandon du tabac, leurs croyances quant à leur rôle et leurs compétences à intervenir auprès des patients fumeurs.

Les analyses ont révélé que les pratiques de counseling étaient loin d'être optimales et qu'on pouvait faire mieux (Tremblay, Cournoyer, et al., 2009). Des six groupes de professionnels sondés, les médecins étaient ceux qui avaient les meilleures pratiques de counseling, et ce, tant avec les fumeurs prêts à cesser de fumer qu'avec ceux qui n'étaient pas prêts. Bien que les professionnels de la santé croyaient que cela faisait partie de leur rôle d'intervenir auprès de la clientèle fumeuse, peu d'entre eux se sentaient compétents à le faire. Les trois facteurs associés à de

meilleures pratiques de counseling et les plus souvent retrouvés chez les divers groupes de professionnels sont : la croyance que le counseling auprès du fumeur fait partie du rôle du professionnel; le sentiment d'être compétent à intervenir avec un fumeur et la connaissance des ressources communautaires.

En 2010, une seconde enquête a été menée afin de suivre l'évolution des pratiques de counseling en abandon du tabac des professionnels de la santé et afin de connaître l'appréciation des quelque 65 actions mises en place par leur ordre professionnel (Tremblay et Poirier, 2012b). Les analyses préliminaires indiquent que les professionnels formés ont de meilleures pratiques de counseling que leurs collègues non formés, qu'ils se sentent plus compétents à intervenir, qu'ils perçoivent moins d'obstacles et qu'ils ont une meilleure connaissance des ressources communautaires (Tremblay, communication personnelle, février 2013). Les analyses seront complétées en 2013.

3.4.3 Besoins éducatifs des pharmaciens, dentistes, hygiénistes dentaires, infirmières et inhalothérapeutes²

Les deux enquêtes menées en 2004-2005 et en 2010 permettent d'identifier les besoins éducatifs des professionnels de la santé en vue de guider le développement d'activités et d'outils de formation pertinents. En 2010, tout comme en 2004-2005, la documentation éducative pour les fumeurs de même qu'un inventaire des ressources en abandon du tabac demeurent les outils les plus désirés par les pharmaciens, dentistes, hygiénistes dentaires, infirmières et inhalothérapeutes (de 68 % à 83 %). De plus, il existe un intérêt marqué pour une affiche incitant les fumeurs à demander de l'aide pour cesser de fumer (de 61 % à 80 %). La documentation écrite sur l'abandon du tabac et les articles sur le counseling dans les revues professionnelles demeurent également très populaires comme mode de formation.

En 2010, les modes de formation exigeant une implication plus grande de la part des professionnels de la santé, comme les conférences ou les ateliers interactifs, suscitent l'intérêt de moins de la moitié des pharmaciens, dentistes et hygiénistes dentaires (de 24 % à 42 %). Il est intéressant de noter que les infirmières et les inhalothérapeutes se distinguent avec un intérêt qui varie de 53 % à 71 %.

Tant la formation en ligne que la lecture d'articles sur le site Internet des ordres comme modes de formation suscitent l'intérêt d'un nombre grandissant de professionnels de la santé. Par exemple, la lecture d'articles sur le site Internet de l'ordre intéressait de 34 % à 49 % des professionnels en 2004-2005 alors que c'est le cas de 39 % à 65 % des participants à l'enquête de 2010. On observe la même tendance pour la formation en ligne : de 27 % à 45 % en 2004-2005 et de 38 % à 66 % en 2010. Les inhalothérapeutes, qui étaient les professionnels les plus intéressés par ces deux modes de formation en 2005 (48 % pour les articles et 45 % pour la formation), le sont davantage en 2010 (63 % et 66 % respectivement).

Des lignes directrices en matière de counseling en abandon du tabac sont désirées par plus de la moitié des professionnels sondés (75 % des pharmaciens, 58 % des dentistes, 68 % des hygiénistes dentaires et 78 % des inhalothérapeutes). Enfin, un énoncé de position endossé par l'ordre professionnel suscite l'intérêt de plus de la moitié des participants à l'enquête (de 53 % à 67 %). Il est à noter qu'en janvier 2012, lors d'une conférence de presse tenue dans le cadre de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, sept ordres professionnels et l'INSPQ rendaient publique une déclaration commune indiquant que « tous les acteurs du réseau de la santé se doivent d'inclure la lutte contre le tabagisme dans la pratique clinique et faire en sorte que celle-ci fasse partie intégrante des soins de santé au Québec » (Tremblay et Poirier, 2012a).

²Le texte qui suit est adapté d'un texte rédigé par Tremblay M. (2012), *Le counseling en abandon du tabac Besoins des professionnels de la santé en 2010*, Institut national de santé publique du Québec.

3.5 AIDES PHARMACOLOGIQUES À L'ARRÊT TABAGIQUE

En octobre 2000, trois produits de renoncement au tabac ont été ajoutés à la liste générale des médicaments remboursés par le régime public d'assurance médicaments du Québec (RPAMQ) : le timbre de nicotine, la gomme de nicotine et le bupropion. La varénicline a été ajoutée en 2007 et la pastille de nicotine Thrive® en 2010.

Avant l'an 2000, le coût de ces médicaments pouvait être couvert partiellement par certains régimes d'assurance médicaments privés. Les personnes assurées par le régime public qui désiraient utiliser ces médicaments devaient alors défrayer la totalité des coûts. Le RPAMQ rembourse maintenant les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique à raison de 12 semaines consécutives, une fois par année, lorsque prescrites par un professionnel de la santé. La durée du remboursement de la varénicline peut être prolongée jusqu'à 24 semaines consécutives pour les personnes abstinentes du tabac après 12 semaines.

Pour obtenir un remboursement, une personne couverte par le régime public doit verser une prime annuelle, une franchise mensuelle, puis assumer une coassurance jusqu'à concurrence d'une contribution mensuelle maximale qui varie selon la catégorie de personnes assurées. En 2004, environ 43 % de la population de 15 ans et plus du Québec était assurée par le régime public d'assurance médicaments³.

3.5.1 Évolution de l'utilisation de la mesure de remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique

Des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sur l'utilisation des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique remboursées par le RPAMQ entre les années 2001 et 2008 indiquent une diminution substantielle du nombre d'ordonnances entre les années 2002 et 2005 et entre les années 2006 et 2007 (tableau 6) (RAMQ, communication personnelle, juin 2010). Une légère augmentation est observée entre 2005 et 2006, mais la hausse la plus notable s'est produite entre 2007 et 2008, après l'ajout de la varénicline à la liste des médicaments remboursés par le RPAMQ. Cette hausse importante du nombre d'ordonnances pour la varénicline, en 2008, est d'ailleurs bien illustrée dans une figure publiée dans le numéro de juin 2010 d'une publication du Conseil du médicament (Conseil du médicament, 2010). En 2008, le nombre d'utilisateurs de la varénicline a légèrement surpassé le nombre d'utilisateurs du timbre de nicotine, puis est redescendu nettement en dessous en 2009. Ainsi, le timbre de nicotine est l'aide pharmacologique qui a été la plus utilisée de 2005 à 2009, à l'exception de 2008.

³ Au Québec, depuis 1997, la Loi sur l'assurance médicaments et le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments prévoient que chaque personne doit obligatoirement être couverte par une assurance médicaments offerte soit par le RPAMQ ou par un régime d'assurance privé (souvent accessible dans le cadre d'un emploi).

Tableau 6 : Nombre d'ordonnances d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique remboursées par le régime public d'assurance médicaments du Québec, 2001-2009

Année	Nombre d'ordonnances ⁴	Nombre d'ordonnances femmes	Nombre d'ordonnances hommes
2001	490 032	-	-
2002	489 755	-	-
2003	400 831	-	-
2004	342 424	197 401	145 023
2005	302 667	173 544	129 123
2006	320 011	182 108	137 903
2007	267 905	148 905	119 000
2008	326 098	178 545	147 553
2009	328 286	-	-

3.5.2 Portrait des utilisateurs de la mesure de remboursement

Des travaux menés par l'INSPQ à partir des données de la RAMQ entre 2000 et 2004 ont permis de dresser un portrait des utilisateurs de la mesure de remboursement des aides à l'arrêt tabagique du RPAMQ durant cette période (Tremblay, Payette, et Montreuil, 2009). Voici les principaux constats :

- entre le 1^{er} octobre 2000 et le 31 décembre 2004, un peu plus de 300 000 Québécois assurés par le RPAMQ et âgés de 15 ans et plus ont bénéficié de près de 1 750 000 ordonnances d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique; chaque utilisateur aurait reçu en moyenne 5 à 6 ordonnances au cours de cette période de quatre ans;
- les prestataires de l'assistance-emploi, qui représentaient 15 % des personnes assurées par le RPAMQ, constituaient 30 % des utilisateurs d'aides pharmacologiques, soit le double de leur proportion au sein du régime public; en contrepartie, les personnes âgées, qui formaient 34 % des personnes assurées par le RPAMQ, représentaient 13 % des utilisateurs d'aides pharmacologiques;
- entre 2001 et 2004, en moyenne, 14 % des fumeurs assurés par le RPAMQ auraient été remboursés annuellement pour des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique;
- la proportion de prestataires de l'assistance-emploi fumeurs ayant utilisé les aides pharmacologiques est plus élevée (27 %) que celle des personnes âgées fumeuses (11 %) et que celle des adhérents fumeurs (15 %);
- les femmes fumeuses (16 % versus 13 % pour les hommes fumeurs) et les personnes fumeuses âgées de 35-64 ans (19 % versus 14 % et moins pour les autres groupes d'âge) se sont prévaluées du remboursement en plus grandes proportions;
- le timbre de nicotine est de loin l'aide pharmacologique la plus utilisée par les personnes ayant eu recours au remboursement entre les années 2000 et 2004 : il constitue le choix de 80 % des utilisateurs d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique assurés par le RPAMQ, alors que 17 % ont utilisé le bupropion et moins de 3 % la gomme de nicotine;

⁴ Une ordonnance est une quantité de médicament vendue à une personne à un moment donné.

- le nombre moyen de timbres de nicotine achetés annuellement par utilisateur augmente avec le nombre d'utilisations : 37 timbres en moyenne à la première utilisation et 53 à la quatrième;
- près de la moitié des prestataires de l'assistance-emploi fumeurs franchissent, lors de leur quatrième essai, un seuil d'utilisation du timbre de nicotine pouvant s'apparenter à la fin d'un processus d'abandon du tabac (huit semaines d'utilisation et dernière dose de 7 mg).

3.5.3 Ordonnances collectives

À la suite de l'adoption du projet de loi 90, le Collège des médecins du Québec a révisé le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin (24 mars 2005). L'ordonnance collective est dorénavant possible si elle est signée par un médecin et qu'elle est assortie d'un protocole adopté par un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'établissement. Les directeurs de santé publique ont, quant à eux, la possibilité d'émettre des ordonnances collectives pour l'ensemble de leur région sociosanitaire.

Dans le cadre de leur intervention, les conseillers œuvrant dans les CAT de même que les professionnels de la ligne j'Arrête recommandent régulièrement l'utilisation d'un produit de remplacement de la nicotine en vue de faciliter le sevrage de la nicotine. Cependant, ces produits ne sont remboursables que sur ordonnance médicale. Or, leur coût de même que l'accès restreint à un médecin pour obtenir une ordonnance sont souvent des obstacles importants pour les fumeurs. Afin de contrer ces difficultés, plusieurs directions de santé publique ont émis une ordonnance collective pour leur région. Une telle ordonnance permet aux fumeurs qui le souhaitent de pouvoir obtenir un remboursement pour un produit de remplacement de la nicotine par leur régime d'assurance médicaments sans avoir à obtenir une ordonnance de leur médecin.

Les ordonnances collectives régionales varient quant aux contextes, aux intentions thérapeutiques et quant aux aides pharmacologiques et leur possible combinaison. Aussi, dans certaines régions, le personnel infirmier de certains CSSS, ayant reçu une formation à cet effet, est habilité à recommander une aide à l'arrêt tabagique dans le cadre de l'ordonnance collective de la région concernée. Dans la majorité des régions, le pharmacien peut initier une thérapie à l'aide d'un produit de remplacement de la nicotine. Les intentions thérapeutiques mentionnées sont l'abandon du tabac et la réduction progressive de l'usage du tabac avant l'arrêt complet. Il est à noter qu'aucune ordonnance collective régionale n'inclut le bupropion ou la varénicline.

3.6 DEFI J'ARRÊTE, J'Y GAGNE

Le Défi J'arrête, j'y gagne!, initié par le groupe ACTI-MENU en 2000, invite chaque année les fumeurs à ne pas fumer durant au moins six semaines consécutives. Depuis 2000, un peu plus de 330 000 fumeurs se sont inscrits au Défi J'arrête, j'y gagne ! (tableau 7). Alors qu'au cours des premières années le participant fumeur devait être accompagné par un parrain non-fumeur, à partir de 2007, il devenait possible de s'inscrire avec un coéquipier fumeur. En 2011, le participant au défi pouvait également entreprendre sa démarche en solo (Soulard et Leane, 2012).

Plusieurs ressources sont mises à la disposition des participants pendant les six semaines du défi et au cours de l'année qui suit la campagne. Au moment de son inscription, le participant précise s'il désire recevoir des courriels d'encouragement sur une période d'un an; recevoir des appels par un intervenant de la ligne téléphonique j'Arrête (à partir de 2009) et utiliser le dossier du participant en ligne (à partir de 2011).

Tableau 7 : Nombre d'inscriptions au Défi J'arrête, j'y gagne!, Québec, 2003-2011

Année	Nombre d'inscriptions
2000	20 381
2001	23 241
2002	38 199
2003	35 427
2004	36 943
2005	30 877
2006	27 675
2007	22 514
2008	17 447
2009	15 884
2010	15 566
2011	22 956
2012	23 184
Total	330 294

Une publication récente de la Direction de santé publique de Montréal décrivant la participation au défi et l'impact du programme en termes de renoncement au tabac a permis de dresser les constats suivants (Soulard et Leane, 2012) :

- 1,6 % des fumeurs québécois âgés de 18 ans et plus (283 709) ont participé au Défi J'arrête, j'y gagne! entre les années 2001 et 2011, soit pendant une période de 11 ans;
- durant la période s'échelonnant de 2003 à 2009, 60 % des participants québécois étaient des femmes;
- les fumeurs âgés de 18 à 34 ans participent dans une plus forte proportion au défi;
- une baisse de la participation a été observée à partir de 2005 et s'est poursuivie jusqu'en 2010; l'édition de 2011 a connu une nouvelle hausse de la participation;
- durant la période s'échelonnant de 2003 à 2009, plus de six participants sur dix (63,8 %) ont cessé de fumer complètement durant les six semaines du défi, le tiers étaient toujours non-fumeurs après six mois et 19 % après un an;
- durant la période s'échelonnant de 2003 à 2009, le site du défi, les courriels d'encouragements et le dossier du participant sont davantage utilisés par les participants âgés de moins de 55 ans et par ceux qui ont un niveau de scolarité plus élevé;
- depuis la mise en place, en 2008, de l'offre d'un appel d'un intervenant de la ligne j'Arrête, près d'un participant sur quatre a accepté d'être contacté; en 2011, 6,6 % des participants sondés ont utilisé les services de la ligne pour les aider dans leur démarche de renoncement au tabac et 11 % en 2012;
- près de 4 % des participants sondés en 2011 et en 2012 disent avoir utilisé les services d'un CAT;
- en 2012, 49 % des participants sondés avaient utilisé une aide pharmacologique durant la période du défi ou antérieurement (entre l'inscription et le début du défi).

3.7 COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES

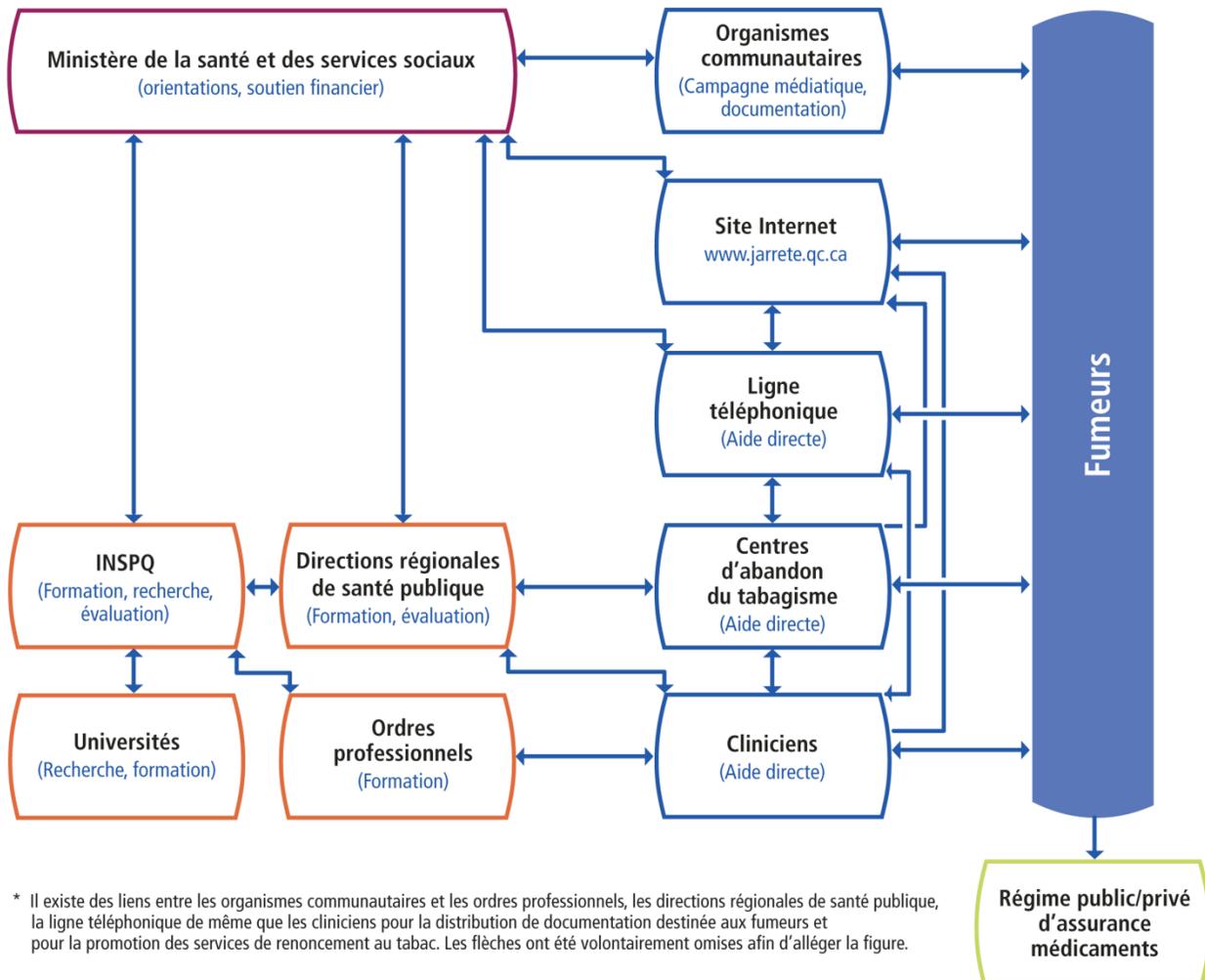
A l'instar d'un réseau intégré de services de santé, le modèle organisationnel du PQAT, tel que conçu en 2002, visait à mettre en lien différents services de renoncement au tabac : les services offerts par les professionnels de la santé dans le cadre de leur pratique régulière, ceux offerts par les CAT, la ligne j'Arrête, le site Internet j'Arrête de même que le recours au programme de remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique.

Comme nous le montre l'évolution des services de renoncement au tabac, entre 2002 et 2011, l'offre de services par les différents partenaires s'est modifiée considérablement. Alors qu'au départ les dispensateurs des différents services fonctionnaient de façon relativement indépendante, les récentes années ont vu les expériences de collaboration et de complémentarité de services se multiplier :

- plusieurs directions de santé publique ont mis en place des corridors de services favorisant la référence des fumeurs par les professionnels de la santé vers les services offerts par les CAT, la ligne ou le site Internet j'Arrête;
- les interventions développées par les ordres professionnels, en collaboration avec l'INSPQ, pour optimiser les pratiques de counseling en arrêt tabagique des professionnels de la santé ont toujours fait état des services offerts aux fumeurs (Tremblay et Poirier, 2012b);
- la majorité des fumeurs qui ont recours aux services offerts dans les CAT y sont dirigés par un professionnel de la santé (Montreuil, 2012);
- une forte proportion des conseillers des CAT recommande une aide pharmacologique à l'arrêt tabagique (Leclerc, 2009);
- des ordonnances collectives ont été développées dans presque toutes les régions du Québec par les directions de santé publique pour faciliter l'accès au programme public ou privé de remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique;
- les intervenants de la ligne j'Arrête offrent du soutien aux participants au Défi J'arrête, j'y gagne! qui désirent être contactés, répondent aux courriels en provenance du site Internet j'Arrête et y animent des séances de clavardage; ils offrent aussi du soutien aux clients des CAT et aux fumeurs hospitalisés qui acceptent d'être contactés et d'être soutenus, et ce, dans les régions où des ententes de collaboration ont été conclues.

Le schéma suivant présente les liens entre acteurs du réseau québécois de renoncement au tabac et illustre les liens entre eux.

Figure 2 Liens entre les acteurs du réseau québécois d'abandon du tabac*



3.8 ACTIVITÉS DE PROMOTION, CONNAISSANCE ET UTILISATION DES SERVICES DE RENONCEMENT AU TABAC

3.8.1 Activités de promotion

Le comité Promotion et Communication du PQAT, formé à l'automne 2002, avait le mandat de proposer les éléments d'une campagne nationale qui informerait les fumeurs des services de renoncement au tabac mis à leur disposition et qui les inciterait à les utiliser. Jusqu'à ce jour, les travaux du comité ont mené à l'élaboration de diverses stratégies médiatiques :

- conception d'un logo et d'éléments visuels communs;
- messages radio;
- messages à la télévision (10 et 30 secondes);
- placements dans les canaux spécialisés pour rejoindre les jeunes;
- éléments visuel pour panobus;
- communiqués de presse;
- publicité dans les quotidiens, les hebdomadaires et les magazines à grand tirage;
- conception d'affiches, de dépliants, de cartes d'affaires et de bons de commande;
- envoi massif de matériel de promotion aux professionnels de la santé, dans les cégeps, les universités et les milieux de travail;
- bannière Internet et promotion sur le Web;
- utilisation de Facebook et de MSN.

Au fil des ans, plusieurs thèmes de campagnes promotionnelles ont été exploités :

- À bout de souffle (été 2002);
- Un coup de fil pour un coup de main (automne 2002);
- J'ai trouvé les outils pour m'aider à cesser de fumer (2003-2005);
- Toutes les raisons sont bonnes pour cesser de fumer. Avez-vous la vôtre?, dans le cadre de la campagne « Interrupteur » (2005-2011);
- Vous désirez arrêter de fumer? Nous sommes là pour vous soutenir, sur le matériel imprimé dans le cadre du rafraîchissement du concept « Interrupteur » (2011-2012).

Au plan régional, les directions de santé publique ont le mandat de promouvoir les services auprès de la clientèle et de leurs partenaires en mettant en œuvre un plan régional à partir du plan et des outils de communication du PQAT. Dans quelques régions, le mandat de promotion des services est attribué par la direction de santé publique aux instances locales, CSSS ou organismes communautaires en abandon du tabagisme.

En 2008, un sondage Web avec visionnement a été réalisé auprès de 528 fumeurs quotidiens et de 480 fumeurs occasionnels, ex-fumeurs ou non-fumeurs afin de connaître le niveau de notoriété et d'appréciation de la campagne « Interrupteur ». Les résultats indiquent que, chez les répondants fumeurs, 83 % ont aimé la campagne, 89 % trouvaient le message clair, 82 % ont été incités à la réflexion, 68 % ont été motivés à cesser de fumer et 56 % ont été encouragés à utiliser les services du PQAT (Conseil québécois sur le tabac et la santé, 2008).

3.8.2 Connaissance et utilisation des services de renoncement au tabac par la population québécoise

Un sondage populationnel, mené en mai 2006 auprès d'un échantillon de 2 736 répondants représentatifs de la population québécoise de fumeurs et d'anciens fumeurs récents, a révélé que :

- un répondant sur deux connaissait l'existence des CAT, que la ligne j'Arrête était connue de 79 % des répondants et le site Internet par 62 %;
- sept répondants sur dix avaient entendu parler des CAT à la télévision, cinq sur dix en consultant un dépliant, une affiche ou un stand d'information, et, environ le tiers des répondants, par un journal, l'entourage ou la radio. Ces modes de promotion ont été rapportés dans le même ordre d'importance pour la ligne et pour le site Internet j'Arrête;
- au cours des deux années précédant le sondage, 2 % des répondants mentionnaient avoir utilisé les services des CAT, 2 % auraient appelé la ligne j'Arrête et 15 % auraient fréquenté le site Internet;
- la plupart des répondants avaient consulté un professionnel de la santé au cours de l'année précédente et près de 80 % des médecins, 50 % des dentistes et 15 % des pharmaciens se seraient informés de leur statut tabagique (Kairouz et al., 2007).

3.8.3 Référence vers les services de renoncement au tabac par les professionnels de la santé

Lors des enquêtes menées par l'INSPQ auprès des professionnels de la santé, en 2004-2005 et en 2010, quelques questions ont été posées sur la référence des fumeurs vers les services j'Arrête. Bien que certaines améliorations soient observées entre les deux enquêtes, en général, peu de professionnels dirigeaient leurs patients vers les ressources de renoncement au tabac qui étaient offertes (Tremblay, communication personnelle, août 2012).

Les pourcentages de professionnels qui dirigeaient leurs patients fumeurs vers un CAT variaient entre 4 % et 16 % en 2004-2005 et sont demeurés semblables en 2010 (de 3 % à 14 %). Les inhalothérapeutes se sont démarqués quelque peu des autres professionnels en étant plus nombreux à diriger leurs patients fumeurs dans un CAT (figure 3). En 2004-2005, moins de 15 % des professionnels dirigeaient leurs patients à la ligne j'Arrête et peu de changements ont été observés en 2010, sauf pour les pharmaciens chez qui on note une hausse marquée de la référence, de 11 % à 24 % (figure 4). Quant aux proportions des dentistes, hygiénistes dentaires, infirmières et inhalothérapeutes qui ont suggéré à leurs patients un site Internet (pas exclusivement le site j'Arrête), elles ont peu varié entre 2004-2005 (3 % à 7 %) et 2010 (3 à 6 %) (figure 5). Les pharmaciens, toutefois, affirmaient diriger leurs patients vers un site Internet dans des proportions de 15 % (2004-2005) et de 20 % (2010).

Interrogés en 2010 sur leur intérêt pour un système leur permettant de télécopier les informations relatives à leurs patients fumeurs qui consentiraient à être contactés par un professionnel d'un CAT ou de la ligne j'Arrête, près de huit pharmaciens sur dix se sont montrés extrêmement ou très intéressés par un tel système, alors que c'est le cas

d'un peu plus de sept inhalothérapeutes sur dix et d'environ sept infirmières sur dix. Moins de 50 % des dentistes et des hygiénistes dentaires ont manifesté un tel intérêt.

Figure 3 : Proportion de professionnels de la santé ayant dirigé plus de la moitié de leurs patients fumeurs se préparant à cesser de fumer vers un CAT, Québec, 2004-2005 et 2010

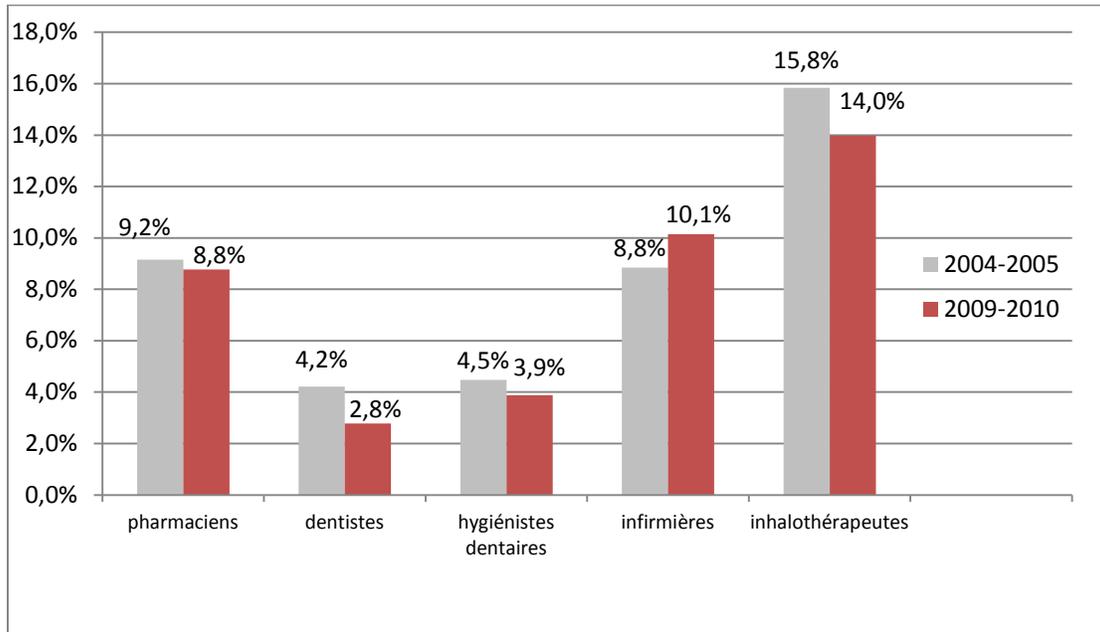


Figure 4 : Proportion de professionnels de la santé ayant dirigé plus de la moitié de leurs patients fumeurs se préparant à cesser de fumer vers la ligne j'Arrête, Québec, 2004-2005 et 2010

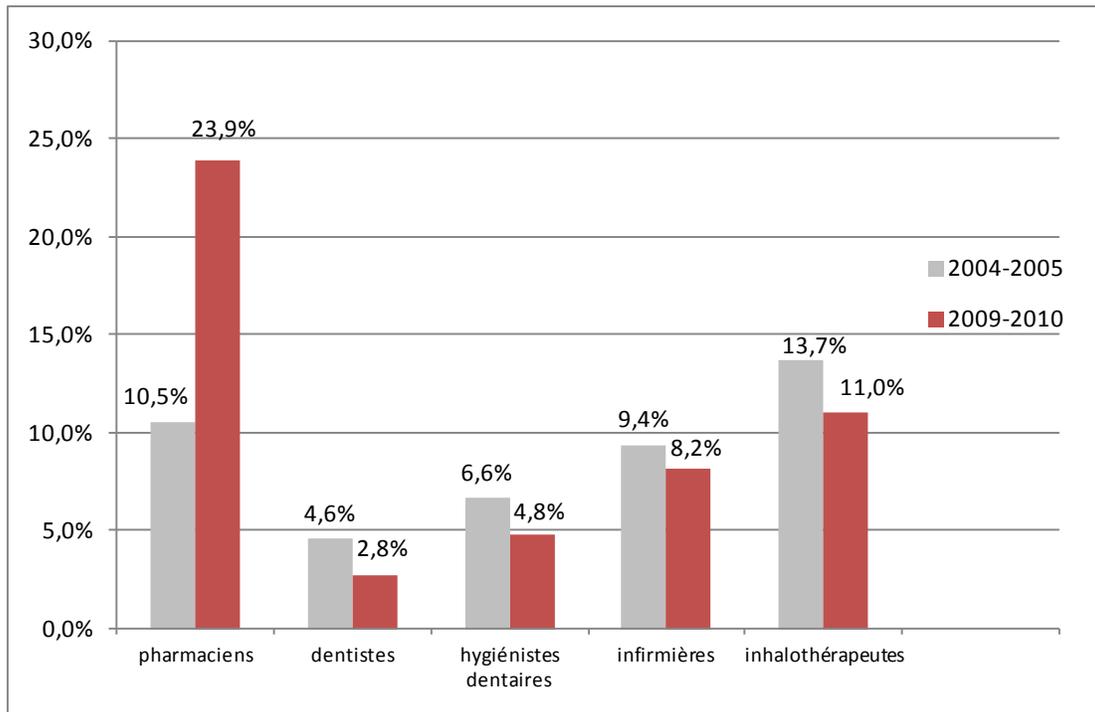
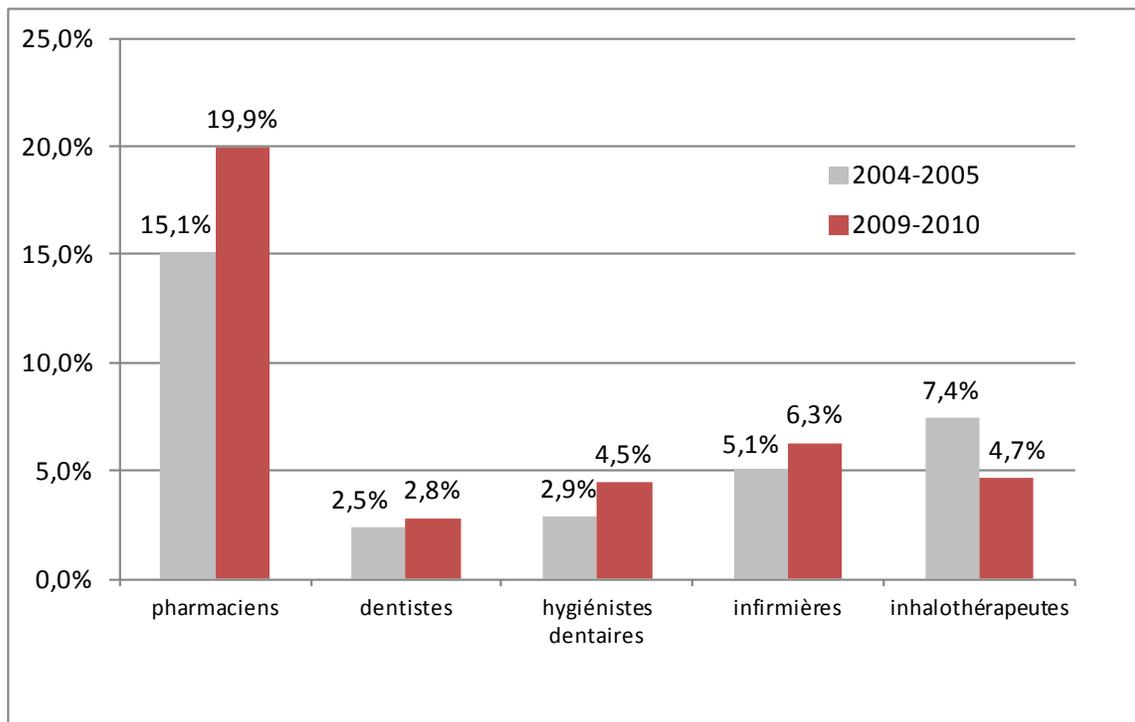


Figure 5 : Proportion de professionnels de santé ayant dirigé plus de la moitié de leurs patients fumeurs se préparant à cesser de fumer vers un site Internet, Québec, 2004-2005 et 2010



4. ÉLÉMENTS DE REFLEXION

Des gains appréciables au Québec

Au Québec, la dépendance au tabac, qui entraîne le décès de plusieurs milliers de fumeurs chaque année, est reconnue comme une priorité de santé publique depuis près de 20 ans. La panoplie d'interventions populationnelles mises en place grâce à la volonté gouvernementale en vue de prévenir l'initiation au tabac, de favoriser le renoncement au tabac et de protéger la santé des non-fumeurs exposés à la fumée de tabac a certes porté fruit : la prévalence du tabagisme chez les Québécois de 15 ans et plus est passée de 35,4 % en 1994 à 30,2 % en 2000-2001 et à 23,8 % en 2009-2010 (Heneman, 2005; Leclerc et Lasnier, 2011b). Quant à la proportion d'anciens fumeurs⁵, elle est passée de 27,5 % en 2000-2001 à 30,2 % en 2009-2010 (Leclerc et Lasnier, 2011b; Lasnier, communication personnelle, novembre 2012).

Avec l'adoption, en 1998 et en 2005, de mesures législatives de plus en plus restrictives interdisant, entre autres, de fumer à l'intérieur des lieux de travail et des lieux publics, il était devenu essentiel d'offrir de l'aide aux fumeurs québécois qui désiraient se prévaloir de ces opportunités pour cesser de fumer. Le présent bilan nous permet de constater que, depuis le début des années 2000, de nombreux acteurs se sont mobilisés à la grandeur du Québec pour offrir et promouvoir une gamme de services gratuits de renoncement au tabac reconnus efficaces : ligne j'Arrête, sites Internet j'Arrête (français et anglais), centres d'abandon du tabagisme, counseling des professionnels de la santé, Défi j'arrête, j'y gagne!, remboursement d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique. De nombreux fumeurs ont bénéficié de ces services.

Si on examine les possibilités qui s'offrent actuellement à un fumeur qui décide de renoncer au tabac, on réalise qu'elles sont nombreuses et variées. Certaines options ne nécessitent aucun déplacement (visite du site Internet j'Arrête, appel à la ligne j'Arrête, consultation téléphonique avec un conseiller d'un CAT, inscription au Défi j'arrête, j'y gagne!). Les autres services exigent davantage d'implication de la part du fumeur : prise de rendez-vous avec un professionnel de la santé ou avec un conseiller d'un CAT pour obtenir de l'aide personnalisée et consultation d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un conseiller d'un CAT pour obtenir une prescription permettant d'obtenir le remboursement d'une aide pharmacologique à l'arrêt tabagique.

Par ailleurs, plusieurs interventions médiatiques sur le tabagisme et sur le renoncement au tabac permettent de rejoindre et de sensibiliser, année après année, une grande proportion de la population québécoise sur l'importance de cesser de fumer et sur les services de renoncement offerts que ce soit dans le cadre de la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac en janvier ou durant le Défi J'arrête, j'y gagne! qui a cours durant les mois de janvier à avril. De plus, depuis 2002, certaines publicités visant spécifiquement à faire connaître les ressources et services de renoncement au tabac sont diffusées à la télévision environ six mois par année.

Enfin, au fil des ans, les différents acteurs québécois impliqués dans l'offre de services de renoncement au tabac ont établi des modalités de collaboration et de référence dont bénéficient les fumeurs.

Des mesures et des services à ajuster

En 2009, 40 % des fumeurs rapportaient avoir tenté de renoncer au tabac au cours de l'année précédente (Leclerc et Lasnier 2011a), ce qui représente plus de 500 000 personnes. Or, en 2008, un peu moins de 6 000 fumeurs ont eu une consultation individuelle dans un CAT et la ligne j'Arrête a répondu à environ 18 000 demandes (appels réactifs et proactifs combinés). Ainsi, bien que l'on puisse considérer que la proportion de fumeurs ayant bénéficié de ces services ne soit pas élevée, ce sont tout de même plusieurs milliers de fumeurs qui ont ressenti le besoin de

⁵ Est défini comme ancien fumeur, une personne qui a déjà fumé 100 cigarettes au cours de sa vie et qui ne fumait pas au moment de l'enquête.

recourir à un service personnalisé pour être soutenus dans leur démarche d'arrêt tabagique. De plus, près de 16 000 fumeurs se sont inscrits au Défi J'arrête, j'y gagne! en 2008.

Les aspects législatifs, les campagnes médiatiques ciblées, l'augmentation des prix de même que les avertissements sanitaires et l'inscription des coordonnées des services de renoncement sur les produits du tabac sont des mesures qui touchent l'ensemble des fumeurs. Or, au Québec, la dernière **hausse de taxes** importante datait de décembre 2003. La récente augmentation de 4 \$ sur la cartouche de cigarettes, en vigueur depuis le 20 novembre 2012, s'avère donc un pas dans la bonne direction.

Au Québec, plusieurs **campagnes médiatiques** ont cours chaque année : Semaine québécoise pour un avenir sans tabac (en janvier), Défi J'arrête, j'y gagne! (entre les mois de janvier et d'avril) et Famille sans fumée (en octobre et novembre). Ces campagnes ont un haut taux de pénétration comme l'indiquent plusieurs sondages réalisés. Quant aux campagnes de promotion des services de renoncement au tabac, elles ont lieu durant plus de six mois chaque année. Selon Durkin et ses collègues, pour être efficaces, les campagnes médiatiques de promotion de l'arrêt tabagique chez les adultes doivent être intenses et soutenues dans le temps (Durkin et al., 2012). Bien que les campagnes médiatiques sur le tabagisme soient très présentes dans le paysage québécois, diverses avenues pour en augmenter l'intensité et la portée pourraient être examinées.

L'intervention sur le renoncement au tabac de la part des **professionnels de la santé** québécois est reconnue comme une pratique clinique préventive qui doit être promue et implantée. Cependant, des données de 2004-2005 indiquent que les pratiques de counseling en abandon du tabac ne sont pas optimales et qu'il est possible de faire mieux (Tremblay, Cournoyer, et al. 2009). En vue d'optimiser ces pratiques, des formations, des guides cliniques et des outils d'aide à la pratique ont été développés, entre 2004 et 2011, par cinq ordres professionnels travaillant en collaboration avec l'INSPQ (Tremblay et Poirier, 2012b). Ces travaux ont mené à la signature, en janvier 2012, d'un énoncé de position endossé par sept ordres professionnels. Cet énoncé engage les ordres à offrir à leurs membres des formations sur le tabagisme et le counseling de même que des outils pour faciliter leur rôle de conseiller et d'orienteur (Tremblay et Poirier, 2012a).

Depuis la reconnaissance d'un acte de counseling préventif en abandon du tabac, plus de 100 000 interventions ont été offertes par des **médecins** omnipraticiens en 2007 et une augmentation des actes de counseling a été observée en 2008 et 2009. Ainsi, de nombreux fumeurs ont eu l'occasion de discuter avec leur médecin de leur tabagisme. Dans un contexte où un nombre non négligeable de fumeurs ressent le besoin d'un soutien plus intensif, il serait souhaitable de développer des outils permettant aux médecins et aux autres professionnels de la santé de diriger facilement leurs patients vers des services comme les CAT ou la ligne J'Arrête. De tels outils répondraient d'ailleurs à un besoin clairement exprimé, en 2010, par les médecins, les pharmaciens, les infirmières et les inhalothérapeutes.

Le principe d'accessibilité retenu en 2002 pour les **CAT** correspondait aux notions de disponibilité et de gratuité des services et tendait à occulter les dimensions géographique, horaire, sociale et culturelle. Quelques régions ont conclu des ententes de services permettant aux professionnels de la ligne J'Arrête de diriger les fumeurs vers les CAT et vice versa, créant une complémentarité de services. Ainsi, les fumeurs ont plus facilement accès au soutien nécessaire en fonction de leurs besoins. Selon l'évaluation publiée en 2009 par l'INSPQ, la formation offerte aux conseillers nouvellement embauchés dans les CAT est appréciée et semble adéquate. Toutefois, certains besoins particuliers de formation continue ne sont pas comblés, notamment l'intervention avec des clientèles précises comme les jeunes fumeurs et les fumeurs atteints de comorbidités, de multiples dépendances ou de problèmes de santé mentale. De plus, des disparités de pratique professionnelle ont été relevées chez les conseillers. Des travaux de révision de la formation des conseillers des CAT et de la ligne J'Arrête, en cours depuis quelques mois, permettront de combler les besoins ressentis et d'harmoniser les pratiques professionnelles.

Au cours des années, nous avons assisté à une diminution des appels réactifs à la **ligne J'Arrête**. Les ententes conclues avec des directions de santé publique et des centres hospitaliers ont toutefois permis à la ligne de maintenir le même nombre d'interventions. Par ailleurs, depuis l'inscription récente des coordonnées de la ligne sur les emballages des produits du tabac, nous observons une forte augmentation de la demande de services et une

modification du profil de la clientèle. Cet ajout des coordonnées de la ligne est indéniablement un appel à l'action pour les fumeurs qui décident de cesser de fumer à la suite du message non équivoque sur les effets néfastes de l'usage du tabac sur la santé qui est indiqué sur les paquets de cigarettes. Il sera intéressant de suivre l'évolution de cette mesure au cours des prochaines années.

Les **technologies virtuelles et électroniques** semblent être des avenues prometteuses. Elles permettent de rejoindre plusieurs fumeurs, et ce, à peu de coûts, et elles s'inscrivent dans une tendance pour rejoindre les jeunes et les jeunes adultes. Leur efficacité reste toutefois à être démontrée. Un site Internet conçu pour répondre à la réalité des jeunes fumeurs québécois de 12-17 ans est en cours d'expérimentation et celui-ci sera soumis à une évaluation. Par ailleurs, un projet pilote de messages texte visant les 18-24 ans et dont les résultats sont prometteurs a su rejoindre de manière importante les jeunes adultes, plus particulièrement, les jeunes hommes. En 2013, un soutien financier pour la bonification et le déploiement de ce programme a été accordé par le MSSS.

Les **aides pharmacologiques** à l'arrêt tabagique permettent de diminuer les symptômes de sevrage lors d'une tentative de renoncement au tabac. Ces produits sont remboursés par les régimes d'assurance médicaments public et privés lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. En réaction à la difficulté de rencontrer un médecin, plusieurs directeurs de santé publique ont émis une ordonnance collective régionale permettant aux fumeurs d'obtenir un remboursement des produits de remplacement de la nicotine. Adopté en décembre 2011, le projet de loi modifiant la Loi sur la pharmacie confiera de nouvelles responsabilités aux pharmaciens dont la prolongation d'une ordonnance d'un médecin pour une période déterminée, l'ajustement d'une ordonnance d'un médecin et la prescription de médicaments lorsqu'aucun diagnostic n'est requis. Le renoncement au tabac est une problématique examinée dans le cadre des règlements devant circonscrire les responsabilités des pharmaciens.

En terminant, un mot concernant des **clientèles peu rejointes** par les services québécois de renoncement au tabac offerts comme les fumeurs âgés de 12-17 ans, les femmes enceintes fumeuses ou les fumeurs atteints de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Il est possible que la nature des services et les lieux où ceux-ci sont offerts ne soient pas attrayants pour ces clientèles. En ce qui concerne les jeunes et les jeunes adultes, l'expérimentation des nouvelles technologies semble une voie prometteuse à explorer. De plus, un projet pilote ciblant les jeunes de 12-17 ans qui consultent leur médecin de famille est en cours depuis juillet 2012. Ce dernier permettra, dans quelques années, de connaître l'efficacité d'une telle intervention (Tremblay, communication personnelle, novembre 2012). Plusieurs expériences, dont celles menées dans la région de la Capitale-Nationale, indiquent qu'il est préférable de rejoindre la clientèle là où elle se présente pour obtenir des services. La collaboration avec les professionnels offrant des services en périnatalité, en santé mentale ou en toxicomanie semble donc une avenue particulièrement intéressante pour l'élaboration d'interventions de renoncement au tabac qui sont adaptées à ces clientèles.

BIBLIOGRAPHIE

- Bala, M., Strzeszynski, L., & Cahill, K. (2008). Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1. doi: 10.1002/14651858.CD004704.pub2.
- Barnes, J., Dong, C. Y., McRobbie, H., Walker, N., Mehta, M., & Stead, L. F. (2010). Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 10. doi: 10.1002/14651858.CD001008.pub2.
- Bock, B. C., Graham, A. L., Whiteley, J. A., & Stoddard, J. L. (2008). A review of web-assisted tobacco interventions (WATIs). *Journal of Medical Internet Research*, 10(5). doi:10.2196/jmir.989
- Cahill, K., Lancaster, T., & Green, N. (2010). Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 11. doi: 10.1002/14651858.CD004492.pub4
- Cahill, K. & Perera, R. (2008). Quit and Win contests for smoking cessation. *The Cochrane Library*. doi: 10.1002/14651858.CD004986.pub3.
- Chaloupka, F. J., Yurekli, A., & Fong, G. T. (2012). Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tobacco control*, 21(2), 172-180.
- Chen, Y. F., Madan, J., Welton, N., Yahaya, I., Aveyard, P., Bauld, L. et al. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technology Assessment*, 16(38).
- Civiljak, M., Sheikh, A., Stead, L. F., & Car, J. (2010). Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 9. doi: 10.1002/14651858.CD007078.pub3
- Conseil du médicament. (2010). *CDM Express, Buletin du conseil du médicament*, 7(2). Repéré à [http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/PER/779698/2010/Vol_7_no_2_\(juin_2010\).pdf](http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/PER/779698/2010/Vol_7_no_2_(juin_2010).pdf)
- Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS). (2008). *Promotion des services du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT)*. Montréal : Conseil québécois sur le tabac et la santé.
- Cromwell, J., Bartosch, W. J., Fiore, M. C., Hasselblad, V., & Baker, T. (1997). Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 278(21), 1759-1766.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(11), 930.
- Durkin, S., Brennan, E., & Wakefield, M. (2012). Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review. *Tobacco control*, 21(2), 127-138.
- Farrelly, M. C., Evans, W. N., & Sfekas, A. E. (1999). The impact of workplace smoking bans: results from a national survey. *Tobacco control*, 8(3), 272-277.
- Fiore, M. C., Jaén C. R., Baker T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L., Curry, S., & et al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: Clinical Practice Guideline*. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

Guérin, D., Guyon, L., Fournier, M., Gillet, M., Payette, Y., & Laguë, J. (2006). *La fumée de tabac secondaire : effets sur la santé et politiques de contrôle de l'usage du tabac dans les lieux publics*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Heckman, C. J., Egleston, B. L., & Hofmann, M. T. (2010). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. *Tobacco control, 19*(5), 410-416.

Heneman, B. (2005, septembre). *Estimation de la prévalence du tabagisme, du Canada à Montréal : portrait et tendances*. Présentation effectuée dans le cadre de la 2^e Conférence internationale francophone sur le contrôle du tabac, Paris, France.

International Tobacco Control Policy Evaluation Project. (2010). *WHO Framework Convention on Tobacco Control Article 14, Tobacco Dependence and Cessation. Evidence from the ITC Project*. Ontario, Canada: International Tobacco Control Policy Evaluation Project

Jorenby, D. E., Hays, J. T., Rigotti, N. A., Azoulay, S., Watsky, E. J., Williams, K. E. et al. (2006). Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. *JAMA: the journal of the American Medical Association, 296*(1), 56-63.

Kairouz, S., Montreuil, A., Poulin, I., Payette, Y., Hamel, D., & Tremblay, M. (2007). *Connaissance, utilisation et perception des interventions en arrêt tabagique chez les fumeurs québécois*. Montréal, Québec: Institut national de santé publique du Québec.

Laguerre, G., Le Foll, B., Melihan-Cheinin, P., Rostoker, G., Ades, J., Beaupaire, R., & et al. (2004). Recommandation de bonne pratique : Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 32*, 451-470.

Lai, D. T., Cahill, K., Qin, Y., & Tang, J. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews, 1*. doi: 10.1037/a0021498.

Lancaster, T. & Stead, L. F. (2005). Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews, 3*(3). doi: 10.1037/a0021498.

Leaune, V., Tessier, S., Gervais, A., & Cejka, C. (2011). *Évaluation des Centres d'abandon du tabagisme de Montréal. Principaux résultats*. Agence la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique. Repéré à http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-040-7.pdf.

Leclerc, B.-S. & Lasnier, B. (2011a). Surveillance de la cessation tabagique. *Coll. Monitorage du Plan québécois de lutte contre le tabagisme, 3*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Leclerc, B.-S. & Lasnier, B. (2011b). Surveillance de l'usage du tabac au Québec. *Coll. Monitorage du Plan québécois de lutte contre le tabagisme, 1*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Leclerc, B.-S. (2009). *Évaluation préliminaire des centres d'abandon du tabagisme. Période 2005-2006*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Plan d'action de lutte au tabagisme*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Des priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_203.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*. Québec : Service de lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Plan québécois d'abandon du tabagisme – Cadre de référence du modèle organisationnel*. Document de travail.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec : Direction générale de la santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006a). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010*. Québec : Service de lutte contre le tabagisme, Direction générale de la santé publique.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006b). *Rémunération de certaines pratiques cliniques préventives effectuées par les médecins omnipraticiens exerçant l'acte*. Québec : Direction générale de la santé publique, Services des orientations en santé publique.

Mojica, W. A., Suttorp, M. J., Sherman, S. E., Morton, S. C., Roth, E. A., Maglione, M. A. et al. (2004). Smoking-cessation interventions by type of provider: a meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, 26(5), 391-401.

Montreuil, A. (2012). *Portrait de la clientèle des centres d'abandon du tabagisme*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.

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

O'Loughlin, J., Makni, H., Tremblay, M., & Karp, I. (2007). Gender differences among general practitioners in smoking cessation counseling practices. *Preventive medicine*, 45(2), 208-214.

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2003). *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

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

Rice, V. H. & Stead, L. F. (2008). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1. doi: 10.1002/14651858.CD001188.pub3

Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D., & Fowler, G. (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *The Cochrane Library*, 3. CD000146.

Sinclair, H. K., Bond, C. M., & Stead, L. F. (2004). Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1. doi: 10.1002/14651858.CD003698.pub2

Société canadienne du cancer (2012). *SMAT (Service de messagerie texte pour arrêter le tabac)*. Rapport d'activité. Montréal, Québec : Société canadienne du cancer.

- Soulard, E. & Leane, V. (2012). *10 ans de Défi J'Arrête, j'y gagne! Bilan de la participation et de la cessation tabagique. Région de Montréal*. Agence la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique. Repéré à http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-240-1.pdf
- Stead, L. F., Bergson, G., & Lancaster, T. (2008). Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub3
- Stead, L. F. & Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2. :CD001007.
- Stead, L. F., Perera, R., & Lancaster, T. (2006). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3. :CD002850.
- Tremblay, M. (2012). *Le counseling en abandon du tabac. Besoins des professionnels de la santé en 2010*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Tremblay, M. & Ben Amar, M. (2007). Les interventions efficaces pour aider les fumeurs à renoncer au tabac. *Drogues, santé et société*, 6(1), 241-281.
- Tremblay, M., Cournoyer, D., & O'Loughlin, J. (2009). Do the correlates of smoking cessation counseling differ across health professional groups? *Nicotine & Tobacco Research*, 11(11), 1330-1338.
- Tremblay, M. & Gervais, A. (2001). *Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Tremblay, M., Gervais, A., Lacroix, C., O'Loughlin, J., Makni, H., & Paradis, G. (2001). Physicians Taking Action Against Smoking: an intervention program to optimize smoking cessation counselling by Montreal general practitioners. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 601-607.
- Tremblay, M., Payette, Y., & Montreuil, A. (2009). *Remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique au Québec : Utilisation par les Québécois assurés par le régime public d'assurance médicaments et coûts associés*. Résumé. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Tremblay, M. & Poirier, H. (2012a). *Énoncé de position - Le tabagisme, un fléau de santé publique: des professionnels de la santé engagés*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Tremblay, M. & Poirier, H. (2012b). *Regards sur un partenariat fructueux : cinq ordres professionnels et l'Institut national de santé publique du Québec engagés dans la lutte contre le tabagisme*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- US Department of Health and Human Services. (2000). *Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- White, A. R., Rampes, H., & Campbell, J. L. (2011). Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 1. doi: 10.1002/14651858.CD000009.pub3.
- Zhu, S. H., Lee, M., Zhuang, Y. L., Gamst, A., & Wolfson, T. (2012). Interventions to increase smoking cessation at the population level: how much progress has been made in the last two decades? *Tobacco control*, 21(2), 110-118.

