

ÉNONCÉ DE POSITION COMMUN

Le rôle des professionnels de la santé dans l'abandon du tabac

Position

Chaque professionnel de la santé du Canada a un rôle à jouer dans l'abandon du tabac¹. Le tabagisme² inflige un lourd fardeau à la santé de la population canadienne et au système de santé du Canada, et les professionnels de la santé peuvent intervenir efficacement en faveur de l'abandon du tabac au niveau clinique et au niveau de la santé publique.

Comme fournisseurs de services centrés sur les clients et les patients, les professionnels de la santé participent aux efforts visant l'abandon du tabac en :

- évaluant et documentant toutes les formes de tabagisme, la volonté de cesser de fumer et le risque d'exposition à la fumée secondaire;
- discutant avec les clients et les patients des effets négatifs sur la santé du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire, ainsi que des bienfaits pour la santé et autres avantages (p. ex., financiers) qu'offre l'affranchissement du tabac;
- offrant d'aider les usagers de produits du tabac à y renoncer;
- offrant tout un éventail de stratégies d'abandon du tabac (p. ex., counselling, thérapie comportementale, documentation autodidactique, pharmacothérapie) appropriées à leurs connaissances générales, à leurs compétences et à leurs ressources;
- offrant aux non-fumeurs des stratégies à suivre pour les aider à réduire leur exposition à la fumée secondaire;
- connaissant les initiatives et les ressources communautaires vers lesquelles les clients peuvent être dirigés;
- reconnaissant que la rechute est fréquente et en procédant à des évaluations et des interventions de suivi;
- personnalisant les interventions en fonction des besoins des divers groupes (p. ex., âge, sexe, origine ethnique, diagnostic, situation socioéconomique);
- suivant une approche multidisciplinaire fondée sur la collaboration.

¹ Pour des recommandations détaillées et des lignes directrices sur le traitement du tabagisme à l'intention des professionnels de la santé, voir le Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (2008), l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2007) et l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (2004).

² Aux fins de cette politique, le tabac s'entend des produits qui peuvent être inhalés, prisés, sucés ou chiqués (p. ex., cigarillos aromatisés, kreteks, tabac à chiquer, tabac à priser humide, bétel ou qat, houka ou shisha, bidis, cigares et pipes).



Comme éducateurs et chercheurs, les professionnels de la santé participent aux efforts visant l'abandon du tabac en :

- incluant de l'éducation sur des stratégies d'abandon du tabac et de résistance au tabagisme dans les programmes d'éducation de base destinés aux professionnels de la santé;
- fournissant aux professionnels de la santé des programmes de perfectionnement professionnel pour les former aux interventions visant l'abandon du tabac;
- effectuant des recherches pour encourager et améliorer la connaissance et la prestation de services de renoncement au tabac chez les professionnels de la santé;
- diffusant des données de recherche sur des stratégies d'abandon du tabac.

Comme administrateurs d'établissements de soins de santé, les professionnels de la santé participent aux efforts visant l'abandon du tabac en :

- offrant de la formation sur l'abandon du tabac dans le contexte de l'orientation des employés;
- donnant aux employés accès à de l'éducation professionnelle sur l'abandon du tabac;
- interdisant dûment le tabac là où travaillent des professionnels de la santé (p. ex., établissements de soins de santé, foyers privés);
- garantissant que les programmes d'abandon du tabac et les lieux de travail sans tabac sont inclus dans les normes d'agrément.

Comme promoteurs de la santé publique, les professionnels de la santé participent aux efforts visant l'abandon du tabac en :

- sensibilisant davantage la population au fait que les professionnels de la santé peuvent aider les gens à éviter le tabagisme ou à y renoncer;
- intervenant auprès des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour qu'ils investissent dans des programmes intégrés de lutte contre le tabagisme comportant des mesures législatives et des politiques visant à éviter l'asservissement au tabac et à réduire le tabagisme (p. ex., interdictions de la publicité sur le tabac). Les programmes doivent viser la promotion de la santé et inclure des activités communautaires.

Contexte

Le tabac est un produit toxicomanogène et nocif et son utilisation constitue la principale cause de décès évitables au Canada³. Chaque année au Canada, plus de 37 000 personnes meurent prématurément à cause du tabagisme⁴. Environ 17 % des 15 ans et plus (soit quelque 4,8 millions de Canadiens) fument⁵. De solides données ont révélé qu'il y a un lien entre le tabagisme et plus d'une vingtaine de maladies et de problèmes de santé⁶. Les coûts financiers du tabagisme sont estimés à 17 milliards de dollars par année (4,4 milliards en coûts directs pour les soins de santé et 12,5 milliards en coûts indirects comme la perte de productivité)⁷.

La fumée secondaire est nuisible aussi. Plus de 1000 non-fumeurs meurent au Canada chaque année à cause de la fumée secondaire⁸. L'exposition à la fumée secondaire est la deuxième cause en importance de cancer du poumon (le tabagisme est la première)⁹. La fumée secondaire peut aussi aggraver certaines allergies, causer des crises d'asthme et accroître le risque de bronchite et de pneumonie¹⁰. Les recherches indiquent aussi qu'il peut y avoir un lien entre la fumée secondaire et le risque de cancer du sein¹¹.

Le tabagisme découle de l'interaction complexe entre des facteurs individuels et sociaux comme la situation socioéconomique, la présence de fumeurs parmi les membres de la famille et l'exposition aux tactiques de marketing de l'industrie du tabac. La réduction et l'élimination du tabagisme passent par des stratégies intégrées à volets multiples qui portent à la fois sur la dépendance physique et sur le contexte social. Ces stratégies comporteront des mesures :

- de prévention – pour aider à empêcher les non-fumeurs de commencer à fumer;
- d'abandon – pour aider les fumeurs à cesser de fumer et à éviter de recommencer;
- de protection – pour protéger tous les Canadiens contre les effets nocifs du tabagisme et contre les influences du marketing de l'industrie du tabac.

La prévention constitue la plus importante des trois stratégies. Il est vital d'éviter le tabagisme pour mener une vie active et en bonne santé. C'est pourquoi l'abandon constitue la mesure la plus efficace que les usagers actuels du tabac peuvent prendre pour améliorer la qualité de leur vie et la prolonger.

La plupart des usagers de produits du tabac aimeraient améliorer leur état de santé et un sondage canadien a révélé que 30 % des fumeurs ont affirmé avoir l'intention de cesser de fumer à cette fin¹². Au cours d'études réalisées au Canada, au Royaume-Uni et en Allemagne, les fumeurs ont affirmé que les préoccupations à l'égard de leur santé et des problèmes de santé constituaient leur principale raison de vouloir cesser de fumer¹³.

³ (Santé Canada, 2009).

⁴ (Santé Canada, 2007).

⁵ (Statistique Canada, 2009).

⁶ (Santé Canada, 2007).

⁷ (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006).

⁸ (Société canadienne du cancer, 2010).

⁹ (Association pulmonaire du Canada, 2006).

¹⁰ (Société canadienne du cancer, 2010).

¹¹ (Société canadienne du cancer, 2010).

¹² (Médecins pour un Canada sans fumée, 2005).

¹³ (Vangeli et West, 2008; Ontario Tobacco Research Unit, 2008; Breitling, Rothenbacher, Stegmaier, Raum et Brenner, 2009).

Les fumeurs cessent aussi de fumer pour d'autres raisons comme le coût des cigarettes¹⁴ et la persistance des membres de leur famille¹⁵ et des professionnels de la santé¹⁶ qui leur demandent constamment de renoncer au tabagisme. Le taux de rechute est toutefois très élevé parce que le tabac est toxicomanogène¹⁷. La plupart des fumeurs essaient à plusieurs reprises de cesser de fumer avant d'y parvenir finalement.

Le counselling sur l'abandon du tabac est généralement reconnu comme une stratégie clinique efficace. Même une brève intervention d'un professionnel de la santé augmente considérablement le taux d'abandon¹⁸. De plus, les interventions des programmes de counselling qui comportent des appels de suivi aux fumeurs comme mesure « proactive » augmentent de 50 % les taux d'abandon du tabac¹⁹. La majorité des Canadiens consultent un professionnel de la santé au moins une fois par année²⁰, ce qui crée quelques « moments propices à l'enseignement » durant lesquels ils peuvent être plus motivés que d'habitude à cesser de pratiquer des comportements malsains²¹. La probabilité pour un fumeur de cesser de fumer augmente lorsqu'il entend le message de nombreux fournisseurs de soins de santé de diverses disciplines²².

Les professionnels de la santé se butent toutefois à des problèmes auxquels il faut trouver des **solutions**, notamment :

- **le besoin de mieux éduquer les professionnels de la santé (p. ex., comment repérer les fumeurs rapidement et facilement, quels sont les traitements les plus efficaces, comment administrer ces traitements);**
- **la nécessité de prévoir suffisamment de temps pour donner des conseils;**
- **la nécessité de centrer l'attention sur la prévention en :**
 - **augmentant le financement consacré aux soins préventifs (p. ex., en rémunérant les interventions portant sur l'abandon du tabac et les mesures de suivi ou de soutien en la matière);**
 - **encourageant les milieux de soins de santé à faciliter les soins préventifs (p. ex., accès à des guides ou à des outils faciles à consulter pour repérer les personnes qui présentent des facteurs de risque particuliers);**
- **la nécessité de sensibiliser davantage la population aux services d'abandon du tabac qu'un professionnel de la santé peut offrir;**
- **la nécessité de reconnaître la frustration associée aux taux élevés de rechutes. Comme l'asservissement au tabac est puissant, les fumeurs prennent souvent beaucoup de temps pour se préparer à agir avant de réussir à cesser de fumer.**

¹⁴ (Ross, Blecher, Yan et Hyland, 2010).

¹⁵ (Young, Hopkins, Smith et Hogarth, 2010).

¹⁶ (Bao, Duan et Fox, 2006).

¹⁷ (Fiore et al., 2008; Shields, 2004).

¹⁸ (Fiore et al., 2008).

¹⁹ (Stead, Lancaster et Perera, 2006).

²⁰ (Nabalamba et Millar, 2007).

²¹ (Association médicale canadienne, 2008).

²² (Fiore et al., 2008)

Références

- Association pulmonaire du Canada. (2006). *Tabagisme – Fumée secondaire*. Consulté le 14 juin 2010 à http://www.poumon.ca/protect-protegez/tobacco-tabagisme/second-secondaire/hurts-nuit_f.php.
- Association canadienne des hygiénistes dentaires. (2004). Tobacco use cessation services and the role of the dental hygienist – a CDHA position paper. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 38(6), 260-279.
- Association médicale canadienne. (2008). *Lutte contre le tabac* [politique]. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007). *Integrating smoking cessation into daily nursing practice* [lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers]. Toronto : auteur.
- Bao Y., Duan N. et Fox S. A. (2006). Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrument variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Services Research*, 41(6), 2114-2135.
- Breitling, L. P., Rothenbacher, D., Stegmaier, C., Raum, E. et Brenner, H. (2009). Older smokers' motivation and attempts to quit smoking. *Deutsches Arzteblatt International*, 106(27), 451-455.
- Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment. (2008). *Dynamic guidelines for tobacco control in Canada Version 1.0* [guide de pratique sous forme de Wiki]. Toronto : auteur.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, (2006). *The costs of substance abuse in Canada in 2002*. Ottawa : auteur.
- Fiore, M. C., Jaen, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Benowitz, N. L. et Curry, S. J. (2008). *Treating tobacco use and dependence : 2008 update* [guide de pratique]. Rockville (MD) : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Médecins pour un Canada sans fumée. (2005). *Smoking in Canada : A statistical snapshot of Canadian smokers*. Ottawa : auteur. Consulté le 14 mai 2010, à http://www.smoke-free.ca/pdf_1/SmokinginCanada-2005.pdf.
- Nabalamba, A, et Millar, W. J. (2007). Aller chez le médecin [Statistique Canada, no 82-003 au catalogue]. *Health Reports*, 18(1), 25-39. Consulté le 26 janvier 2011 à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2006002/article/doctor-medecin/9569-fra.pdf>.
- Ross, H., Blecher, E., Yan, L. et Hyland, A. (2010) Do cigarette prices motivate smokers to quit? New evidence from the ITC survey. *Addiction*, novembre 2010.
- Santé Canada. (2009). *Le tabagisme et votre corps – Effets de la cigarette sur la santé*. Ottawa : auteur. Consulté le 17 juin 2010 à <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/index-fra.php>.
- Santé Canada. (2007). *Aperçu des risques du tabagisme pour la santé*. Ottawa : auteur. Consulté le 17 juin 2010 à <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/res/news-nouvelles/risks-risques-fra.php>.

Association canadienne
des ergothérapeutes

Association canadienne
de counseling et de
psychothérapie

Association canadienne
des hygiénistes dentaires

Association médicale
canadienne

Association des infirmières
et infirmiers du Canada

Association canadienne
de physiothérapie.

Produit par un groupe de
travail des organisations
ci-dessus

Juin 2011

Shields, M. (2004). *Un pas en avant, un pas en arrière : abandon du tabac et rechute*. Enquête nationale sur la santé de la population, vol. 1, no 1. Ottawa : Statistique Canada.

Société canadienne du cancer. (2010). *Second-hand smoke is dangerous*. Toronto : auteur. Consulté le 19 mai 2010 à <http://www.cancer.ca/canada-wide/prevention/quit%20smoking/second-hand%20smoke.aspx>.

Statistique Canada. (2009). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) – Résultats de la phase 1 de l'ESUTC 2009*. Ottawa : auteur. Consulté le 25 janvier 2011 à http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2009/w-p-1_sum-som-fra.php.

Stead, L. F., Lancaster, T. et Perera, R. (2006). Telephone counselling for smoking cessation (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario. (2008). *Tobacco informatics monitoring system: Reasons to quit smoking, Canada, 15+*. Toronto : auteur.

Vangeli, E., et West, R. (2008). Sociodemographic differences in triggers to quit smoking : findings from a national survey. *Tobacco Control*, 17(6), 410-415.

Young, R.P., Hopkins, R.J., Smith, M. et Hogarth, D.K. (2010). *Smoking cessation : The potential role of risk assessment tools as motivational triggers*. *Post Graduate Medical Journal*, 86(1011), 26-33.

Remplace :

Le tabac : le rôle des professionnels de la santé dans l'abandon du tabac [Énoncé de position commun]. (2001)