

# RAPPORT D'ÉVALUATION DU PROGRAMME D'ABANDON DU TABAC DE L'Î.-P.-É.

Bureau du médecin hygiéniste en chef,  
Ministère de la Santé et du Mieux-être

Octobre 2022



**MIEUX VIVRE Î.-P.-É.**

*ensemble, nous le pouvons*

## **Collaborateurs (en ordre alphabétique)**

Meghan Adams

Shamara Baidoobonso, Ph. D.

Laura MacDonald

Heather McIver

Dre Heather Morrison

Melissa Munro-Bernard

Laura Lee Noonan

Karen Phillips, Ph. D.

Ferdinand Pieterse

Kristyn Reeves

Dr David Sabapathy

Sandra Sunil

## **Coordonnées**

Quitsmoking@gov.pe.ca

## **Remerciements et remarques**

Le groupe de travail sur l'évaluation de l'abandon du tabac du Bureau du médecin hygiéniste en chef remercie toutes les personnes qui ont apporté leur soutien pour la préparation du présent rapport ainsi que tous les répondants et membres du personnel des soins primaires qui ont participé aux sondages.

Aux fins du présent rapport, il est question de l'usage du tabac commercial, et non du tabac cérémoniel. Traditionnellement, le tabac est utilisé dans la plupart des cultures autochtones depuis des millénaires. Les Premières Nations et les Métis en font usage dans leurs cérémonies, pour la guérison et pour exprimer leur gratitude. De manière générale, le tabac cérémoniel n'est pas fumé, sauf lors de certaines occasions où il est brûlé dans une pipe, mais non inhalé.

## **Tous droits réservés 2022**

**Accessible sur le site du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard :  
[www.princeedwardisland.ca/fr/sujet/sante-et-mieux-etre](http://www.princeedwardisland.ca/fr/sujet/sante-et-mieux-etre)**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>SIGLES</b> .....	2
<b>GLOSSAIRE</b> .....	3
<b>RÉSUMÉ</b> .....	4
Principaux constats.....	5
Recommandations.....	6
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>OBJECTIF</b> .....	8
<b>DESCRIPTION DU PROGRAMME</b> .....	8
<b>CONCEPTION, CADRE ET ADMINISTRATION DE L'ÉVALUATION</b> .....	9
<b>OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION</b> .....	10
<b>PRINCIPAUX CONSTATS : PARTICIPANTS AU PAT</b> .....	10
Portée du PAT.....	10
Contexte : ce que nous avons appris sur les participants au PAT.....	10
Faits en bref sur les participants au PAT.....	10
<b>PRINCIPAUX CONSTATS : PARTICIPATION À L'ÉVALUATION</b> .....	11
<b>PRINCIPAUX CONSTATS : USAGE DU TABAC</b> .....	11
Taux d'abandon.....	11
Counseling et tentatives d'arrêt.....	11
Changements dans la consommation de tabac.....	11
<b>PRINCIPAUX CONSTATS : PRÉDICTEURS DE RÉUSSITE</b> .....	12
Obstacles à l'abandon (prédicteurs de tentatives d'abandon infructueuses).....	12
Caractéristiques associées à l'abandon (prédicteurs de tentatives d'abandon réussies).....	13
<b>PRINCIPAUX CONSTATS : MISE EN ŒUVRE</b> .....	14
Produits de pharmacothérapie choisis.....	14
Counseling et autres ressources d'abandon utilisées pendant le programme.....	15
Soutien personnel pour arrêter de fumer.....	15
<b>PRINCIPAUX CONSTATS : EXPÉRIENCE DE LA CLIENTÈLE</b> .....	15
Satisfaction des répondants quant à la mise en œuvre du programme.....	15
<b>ANALYSE</b> .....	16
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	17
Portée.....	17
Mise en œuvre.....	18
Surveillance.....	18
<b>CONCLUSION</b> .....	18
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	19

## SIGLES

- BMHC** Bureau du médecin hygiéniste en chef
- CTC** Centre de traitement du cancer
- Î.-P.-É.** Île-du-Prince-Édouard
- IA** Infirmière autorisée ou infirmier autorisé
- MOAT** Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac
- MSM** Ministère de la Santé et du Mieux-être
- PAT** Programme d'abandon du tabac
- RSP** Réseaux de soins primaires
- TF** Téléassistance pour fumeurs
- TRN** Thérapie de remplacement de la nicotine

## GLOSSAIRE

**Abandon du tabac :** Fait de cesser de consommer du tabac et de vivre sans fumée (CAN ADAPTT, 2010).

**Médicaments sur ordonnance pour l'abandon du tabac :** Médicaments sur ordonnance qui aident à atténuer le besoin de nicotine et les symptômes de sevrage.

**Ministère de la Santé et du Mieux-être :** Ministère responsable des politiques et de l'orientation stratégique générales du système de santé.

**Participants :** Personnes ayant participé au Programme d'abandon du tabac entre le 9 décembre et le 31 décembre 2020.

**Payeur de dernier recours :** Institution qui offre du financement après que tous les autres programmes ont été épuisés. Le Programme d'abandon du tabac fournit une aide financière pour la pharmacothérapie aux personnes qui n'ont pas d'assurance-maladie privée, lorsque tous les autres régimes d'assurance-maladie ou prestations de soins de santé ont été utilisés.

**Pharmacothérapie :** Traitement à l'aide de médicaments; aux fins du présent rapport, soit une TRN ou des médicaments sur ordonnance pour l'abandon du tabac.

**Prévalence de l'abstinence après 30 jours :** Mesure de l'abandon du tabac recommandée comme principale mesure des résultats des lignes d'aide à l'abandon (North American Quitline Consortium, 2021). Dans le cadre de l'évaluation du programme, on a demandé à des participants, 6,5 mois après leur inscription, s'ils avaient consommé des cigarettes ou d'autres formes de tabac pendant les 30 derniers jours. On considère que les personnes qui ont répondu non ont abandonné le tabac.

**Répondants :** Personnes qui ont répondu au sondage d'évaluation du Programme d'abandon du tabac.

**Santé Î.-P.-É. :** Organisation responsable des services de première ligne et des opérations générales visant à répondre aux besoins de la population de l'Î.-P.-É. et des personnes en visite dans la province.

**Taux d'abandon :** Calculé selon la prévalence d'abstinence après 30 jours chez les répondants du sondage d'évaluation, lors d'un suivi après 6,5 mois.

**Téléassistance pour fumeurs :** Service gratuit et confidentiel fourni par la Société canadienne du cancer qui offre soutien, renseignements et ressources sur l'abandon du tabac et l'usage d'autres produits du tabac (**Téléassistance pour fumeurs, 2020**).

**Tentative d'arrêt :** Tentative d'arrêter de fumer pendant au moins 24 heures (Hughes et Callas, 2010).

**Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) :** Médicaments en vente libre contenant de la nicotine qui atténuent le besoin de consommer du tabac et les symptômes de sevrage associés aux tentatives d'arrêt (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2017).

## RÉSUMÉ

L'usage du tabac est un important facteur de risque modifiable pour cinq des principales causes de morbidité et de mortalité (maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, maladies respiratoires, diabète et cancer) ainsi que la principale cause des maladies et décès évitables à l'Île-du-Prince-Édouard (BMHC, 2021). Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué au Canada ces 20 dernières années, les effets sociaux et sur la santé directs et indirects représentent encore un lourd fardeau pour notre système de santé (ACSP, 2021).

Le taux de tabagisme quotidien à l'Île-du-Prince-Édouard (11,6 %) reste plus élevé que le taux national : en effet, beaucoup de résidentes et résidents continuent de fumer ou de consommer d'autres produits du tabac (BMHC, 2021). Nombreux sont les consommatrices et consommateurs de tabac qui souhaitent vivre une vie sans fumée. Malheureusement, la nicotine est une substance qui entraîne une grande dépendance : il est très difficile d'arrêter d'en consommer. Il a été prouvé néanmoins que les ressources de soutien à l'abandon du tabac fondées sur des données probantes aidaient à cesser de consommer pour de bon et à vivre sans fumée. En fait, les programmes d'abandon du tabac font partie des interventions médicales les plus économiques accessibles de nos jours.

Le 9 décembre 2019, le gouvernement provincial, par l'intermédiaire du Bureau du médecin hygiéniste en chef du ministère de la Santé et du Mieux-être, et en collaboration avec Santé Î.-P.-É., a lancé le Programme d'abandon du tabac. Les politiques et l'élaboration du programme, la surveillance, la gestion des données, l'évaluation et la production de rapports relevaient du Bureau du médecin hygiéniste en chef. Quant à la prestation des services, elle était assurée par Santé Î.-P.-É. par l'entremise des réseaux de soins primaires de toute la province (des centres de santé communautaires offrant des programmes et des services à l'ensemble de la population).

Le Programme d'abandon du tabac s'inscrit dans une approche complète de protection, de prévention et d'abandon. Il s'agit d'un programme universel financé par les fonds publics qui fournit une aide financière à titre de « payeur de dernier recours » pour la pharmacothérapie (thérapie de remplacement de la nicotine<sup>1</sup> ou médicaments sur ordonnance<sup>2</sup>) aux résidentes et résidents de l'Î.-P.-É. qui fument ou consomment d'autres produits du tabac.

En octobre 2020, le Bureau du médecin hygiéniste en chef a mené une évaluation exhaustive pour mesurer les retombées du programme et l'expérience des personnes ayant utilisé ses ressources de soutien pendant sa première année. D'octobre 2020 à août 2021, il a contacté les participants qui avaient utilisé le programme entre le 9 décembre 2019 et le 31 décembre 2020. Au total, 1 707 personnes se sont inscrites au Programme d'abandon du tabac pendant la période d'évaluation, et 818 répondants ont rempli le sondage d'évaluation.

---

<sup>1</sup> Timbres, gomme à mâcher, pastilles. <sup>2</sup> Bupropion/Zyban. <sup>2</sup> Varénicline/Champix.

## *Principaux constats*

- Parmi les quelque 18 300 personnes qui fument ou consomment des produits du tabac à l'Î.-P.-É., 1 707 ont participé au Programme d'abandon du tabac pendant la période d'évaluation. Le programme a donc touché environ 9 % des personnes visées. En tout, 818 participants ont répondu au sondage d'évaluation, soit un taux de réponse de 48 %.
- Le programme a atteint le taux d'abandon visé : 28 % des répondants ont cessé de fumer ou de consommer d'autres produits du tabac.
- Le programme a réussi à réduire la consommation de tabac : les répondants qui n'ont pas cessé de consommer fumaient 7,3 cigarettes de moins par jour qu'avant leur participation au programme.
- Un peu plus d'un tiers (35 %) des répondants ont recouru à des services de counseling de suivi.
- D'après les réponses, le stress ou le changement de situation personnelle était l'obstacle le plus important ou le plus courant à l'abandon du tabac.
- De manière générale, les répondants ont dit être très satisfaits du programme.

## Recommandations

En réponse aux constatations du rapport d'évaluation de l'abandon du tabac, on peut dégager certaines recommandations qui amélioreraient les services et les ressources de soutien en matière d'abandon du tabac à l'Î.-P.-É. Ces recommandations favoriseront la santé de la population et la diminution du taux quotidien de consommation de tabac.

- **Accroître le nombre de participants au programme.** Le taux de tabagisme quotidien à l'Î.-P.-É. (11,6 %) reste plus élevé que le taux national : en effet, beaucoup de résidentes et résidents continuent de fumer ou de consommer d'autres produits du tabac. Le Programme d'abandon du tabac a atteint environ 9 % des personnes visées. Il est essentiel d'ajouter des points d'accès au programme ainsi que d'élargir les initiatives, le marketing et la promotion qui y sont associés pour accroître l'accès aux services d'abandon et la sensibilisation de la population en la matière.
- **Adopter une perspective d'équité afin d'accroître la portée du programme auprès des populations prioritaires.** Utiliser des approches ciblées pour élaborer des programmes de soutien communautaires accessibles aux personnes qui en ont le plus besoin.
- **Élargir le programme pour inclure les consommatrices et consommateurs de produits de vapotage.** On enregistre une utilisation croissante de la vapoteuse et de la cigarette électronique au Canada et à l'Î. P. É. Pour s'adapter à l'augmentation du vapotage (combiné ou non à d'autres produits du tabac), le Programme d'abandon du tabac devrait aussi offrir du soutien pour réduire les méfaits associés à la cigarette électronique.
- **Ajouter des points d'accès dans des milieux de soins et dans la collectivité.** Intégrer le Programme d'abandon du tabac à la pratique clinique courante (p. ex., soins primaires, soins actifs, soins de longue durée, etc.) et aux milieux de la collectivité (p. ex., pharmacies).
- **Accroître la capacité de prestation du programme dans les milieux de soins primaires établis.** Investir dans des ressources de soutien qui accroissent la capacité des soins primaires pour les initiatives d'abandon du tabac.
- **Améliorer le volet counseling du programme.** Effectuer une sensibilisation continue au Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac (MOAT) et améliorer la connaissance du programme chez les autres professionnelles et professionnels de la santé.
- **Affecter des ressources supplémentaires à la surveillance et à l'évaluation continues du programme.** L'accroissement des ressources humaines et de l'infrastructure est nécessaire à une gestion et à une évaluation solides, qui permettront de surveiller l'efficacité du programme, de répondre aux besoins de la clientèle et du programme et d'éclairer celui-ci ainsi que l'orientation stratégique.

## INTRODUCTION

L'usage du tabac est un important facteur de risque modifiable pour cinq des principales causes de morbidité et de mortalité (maladies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, maladies respiratoires, diabète et cancer) ainsi que la principale cause des maladies et décès évitables à l'Î.-P.-É. (BMHC, 2021). Bien que la prévalence du tabagisme ait diminué au Canada ces 20 dernières années, les effets sociaux et sur la santé directs et indirects représentent encore un lourd fardeau pour notre système de santé (ACSP, 2021).

Le taux de tabagisme quotidien à l'Î.-P.-É. (11,6 %) reste plus élevé que le taux national : en effet, beaucoup de résidentes et résidents continuent de fumer ou de consommer d'autres produits du tabac (BMHC, 2021). Nombreux sont les consommatrices et consommateurs de tabac qui souhaitent vivre une vie sans fumée. Malheureusement, la nicotine est une substance qui entraîne une grande dépendance : il est très difficile d'arrêter d'en consommer. Néanmoins, grâce aux programmes d'abandon du tabac fondés sur des données probantes, beaucoup de gens réussissent à mettre un terme à leur consommation.

Il a été prouvé que les ressources de soutien à l'abandon du tabac fondées sur des données probantes, combinées à la pharmacothérapie et au counseling, aidaient à cesser de consommer et à vivre sans fumée. Les personnes qui recourent à du soutien pour arrêter de consommer du tabac ont quatre fois plus de chances de réussir que celles qui ne le font pas (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2013). En fait, les programmes d'abandon du tabac font partie des interventions médicales les plus économiques accessibles de nos jours. En 2017, les coûts totaux associés au tabac s'élevaient à 12,3 milliards de dollars (p. ex., perte de productivité, soins de santé, justice pénale et autres coûts directs), et ceux des soins de santé associés au tabac, à 6,1 milliards au Canada (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2020). À l'Î.-P.-É., ces coûts étaient respectivement de 69 millions et de 34 millions de dollars (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2020).

En décembre 2019, le gouvernement provincial, par l'entremise du Bureau du médecin hygiéniste en chef (BMHC) du ministère de la Santé et du Mieux-être (MSM) et en collaboration avec Santé Î.-P.-É., a lancé le Programme d'abandon du tabac (PAT). Il s'agit d'un programme universel financé par les fonds publics qui fournit une aide financière à titre de « payeur de dernier recours » pour la pharmacothérapie aux résidentes et résidents de l'Î.-P.-É. qui fument ou consomment d'autres produits du tabac.

Le programme couvre entièrement les coûts d'une série de traitements de pharmacothérapie (soit une thérapie de remplacement de la nicotine [TRN] ou un médicament sur ordonnance) pour une période de 6 à 18 semaines. Comme il faut souvent plusieurs essais avant de réussir à arrêter de fumer, les résidentes et résidents de l'Î.-P.-É. admissibles peuvent participer au programme une fois par année.

## OBJECTIF

Le Programme d'abandon du tabac (PAT) de l'Î.-P.-É. s'inscrit dans une approche complète de protection, de prévention et d'abandon. L'évaluation visait à mesurer les retombées du programme et l'expérience des personnes ayant utilisé ses ressources de soutien pendant sa première année.

## DESCRIPTION DU PROGRAMME

Le PAT est ancré dans le Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac (MOAT), une approche systématique pour lutter contre le tabagisme et favoriser son abandon définitif à l'aide de traitements fondés sur des données probantes et d'un suivi, qui comprend du counseling (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2013). Le programme a été lancé le 9 décembre 2019 par le BMHC du MSM en collaboration avec Santé Î.-P.-É. Le taux d'abandon cible du programme, établi selon la littérature scientifique et les pratiques exemplaires, était de 30 %.

Les politiques et l'élaboration du programme, la surveillance, la gestion des données, l'évaluation et la production de rapports relèvent du BMHC, et la prestation des services, de Santé Î.-P.-É. par l'entremise des réseaux de soins primaires (RSP) de toute la province (des centres de santé communautaires offrant des programmes et des services à l'ensemble de la population). Les infirmières et infirmiers autorisés (IA) des RSP, étant souvent le premier point de contact dans le système de santé, sont bien placés pour offrir un soutien régulier et des traitements à divers groupes de patients. Les IA sont formés à l'application du MOAT et sont essentiels à la prestation de traitements d'abandon du tabac et de services de counseling aux patients du PAT.

Les résidentes et résidents de l'Î.-P.-É. peuvent demander eux-mêmes de participer au programme en prenant rendez-vous à leur RSP ou, s'ils reçoivent un traitement contre le cancer, au Centre de traitement du cancer (CTC). Avant la pandémie de COVID 19, les rendez-vous avaient lieu en personne, soit individuellement ou en groupe, et duraient de 30 à 60 minutes. Par la suite, ils ont été donnés par téléphone seulement, afin de limiter le risque de transmission du virus dans les milieux de soins. Ils sont finalement passés en mode hybride, soit par téléphone ou en personne.

Lors de la prise en charge, une ou un IA évalue les antécédents de tabagisme de la personne et sa volonté d'arrêter de fumer, puis élabore avec elle un plan d'abandon personnalisé (p. ex., établissement de la date d'abandon, choix d'une médication et d'une méthode pour le suivi, préparation à la date d'abandon, traitement des envies et des symptômes de sevrage) et fixe un rendez-vous de suivi.

Outre le soutien fourni par l'IA, les participants peuvent recevoir du counseling auprès de Téléassistance pour fumeurs (TF), un service téléphonique et en ligne dans le cadre duquel une accompagnatrice ou un accompagnateur en abandon du tabac fournit des renseignements et des ressources afin d'aider le participant à arrêter de fumer ou à consommer d'autres produits du tabac.

Après le rendez-vous de prise en charge, les participants se procurent leur produit d'abandon du tabac en pharmacie. Le PAT réduit les obstacles financiers à l'obtention de produits de TRN ou de médicaments d'abandon du tabac et, donc, améliore l'accessibilité à ces produits pour une grande partie de la population. Pour le Zyban ou le Champix, il faut une prescription écrite par une ou un médecin ou une infirmière praticienne ou un infirmier praticien. Les participants peuvent changer de produit s'ils éprouvent des effets secondaires négatifs, comme de l'irritation cutanée, des nausées, de la difficulté à dormir ou des maux d'estomac.

Le programme est encore en cours, mais l'évaluation visait la période du 9 décembre 2019 au 31 décembre 2020.



## CONCEPTION, CADRE ET ADMINISTRATION DE L'ÉVALUATION

L'évaluation du PAT a été menée selon un modèle post-intervention non expérimental. Elle était fondée sur le cadre RE-AIM, qui est souvent utilisé pour planifier et évaluer des programmes de santé publique. À l'aide de ce cadre, un sondage post-intervention de 26 questions a été mené auprès des participants pour évaluer la portée, l'efficacité, l'adoption, la mise en œuvre et le maintien (**R**each, **E**ffectiveness, **A**dooption, **I**mplementation, **M**aintenance) du programme. Ce sondage était mené par téléphone au moins six mois après le dernier jour du traitement d'abandon du tabac.

Les renseignements recueillis auprès des participants lors de leur prise en charge (p. ex., antécédents de tabagisme, volonté d'arrêter) ont également servi à l'évaluation. La combinaison de ces renseignements et du sondage post-intervention permettait l'utilisation d'un modèle intégré de préintervention et de post-intervention non expérimental visant un seul groupe afin d'évaluer l'efficacité et les retombées du programme.

Un autre sondage en ligne a été mené auprès des IA des RSP qui agissaient comme fournisseurs de services aux fins du PAT. Ce sondage leur demandait leur point de vue par des questions ouvertes et fermées sur l'administration du programme, le counseling et le soutien de suivi, l'engagement et les obstacles à la mise en œuvre du programme.

## OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Voici les objectifs du présent rapport d'évaluation :

1. Évaluer l'efficacité et les retombées du programme
  - Portée
  - Changements de comportement, consommation, résultats de l'abandon, etc.
2. Évaluer la prestation des services d'abandon
  - Satisfaction de la clientèle, sensibilisation et formation des fournisseurs
3. Évaluer la viabilité du programme
4. Déterminer ce qui favorise l'abandon du tabac et ce qui lui nuit
5. Orienter les décisions concernant les futurs programmes

« Excellent programme. Il faut être prêt à arrêter si on veut réussir. »

– Répondant du PAT

## PRINCIPAUX CONSTATS : PARTICIPANTS AU PAT

### *Portée du PAT*

Parmi les quelque 18 300 personnes qui fument ou consomment des produits du tabac à l'Î.-P.-É., 1 707 ont participé au PAT pendant la période d'évaluation. Ainsi, le programme a atteint environ 9 % de la population visée.

### *Contexte : ce que nous avons appris sur les participants au PAT*

Le PAT a réussi à atteindre des Insulaires consommant des produits du tabac dans tous les RSP de la province et toutes les catégories sociodémographiques (p. ex., âge, sexe et niveau d'éducation).

### *Faits en bref sur les participants au PAT*

- Âge médian de l'initiation à la consommation quotidienne de tabac : 15 ans
- Nombre médian d'années de tabagisme : 33 ans
- Produit du tabac le plus consommé : cigarette
- Autres produits du tabac consommés : cigare, pipe, produits sans fumée (chique)
- Utilisation de la vapoteuse (seule ou combinée à des produits du tabac) : 7 % des participants

« Merveilleux programme. Je peux affirmer avec plaisir que [je vis] sans fumée depuis un an et demi. »

– Répondant du PAT

## PRINCIPAUX CONSTATS : PARTICIPATION À L'ÉVALUATION

Parmi les 1 707 personnes ayant participé au PAT pendant la période d'évaluation, 818 ont rempli le sondage d'évaluation, ce qui représente un taux de réponse de 48 %.

Le sondage d'évaluation en ligne pour les IA a été transmis aux cinq RSP de la province. Au total, 15 IA (au moins un par RSP) y ont répondu.

## PRINCIPAUX CONSTATS : USAGE DU TABAC

### Taux d'abandon

Le taux d'abandon chez les répondants à l'évaluation était de **28 %**. La littérature et les données issues de pratiques exemplaires font état d'une corrélation entre cette mesure d'abandon<sup>3</sup> et le fait de rester sans fumée après l'abandon.

**Plus des deux tiers des répondants (71 %)** avaient l'impression que le programme les avait aidés à abandonner le tabac ou les mettait sur la bonne voie pour réussir.

### Counseling et tentatives d'arrêt

La recherche montre que le counseling de suivi joue un rôle clé dans la réussite des tentatives d'arrêt. Un peu plus du tiers (35 %) des répondants y ont fait appel. Le recours au counseling de suivi était similaire chez les répondants de presque toutes les catégories (p. ex., taux d'abandon, sexe, groupe d'âge, scolarité, nombre de cigarettes fumées par jour, nombre d'années de tabagisme, âge d'initiation à la cigarette).

### Changements dans la consommation de tabac

En moyenne, après leur participation au programme, les répondants qui n'ont pas abandonné le tabac fumaient 7,3 cigarettes de moins par jour qu'auparavant.

« C'est vraiment un soulagement d'avoir pu arrêter. Je remercie le programme [d'abandon du tabac]. »

– Répondant du PAT

<sup>3</sup> Prévalence de l'abstinence après 30 jours : Mesure de l'abandon du tabac recommandée comme principale mesure des résultats des lignes d'aide à l'abandon (North American Quitline Consortium, 2021). Dans le cadre de l'évaluation du programme, on a demandé à des participants, 6,5 mois après leur inscription, s'ils avaient consommé des cigarettes ou d'autres formes de tabac pendant les 30 derniers jours. On considère que les personnes qui ont répondu non ont abandonné le tabac.

## PRINCIPAUX CONSTATS : PRÉDICTEURS DE RÉUSSITE

« Je recommande ce programme à toutes les personnes qui en ont besoin. »

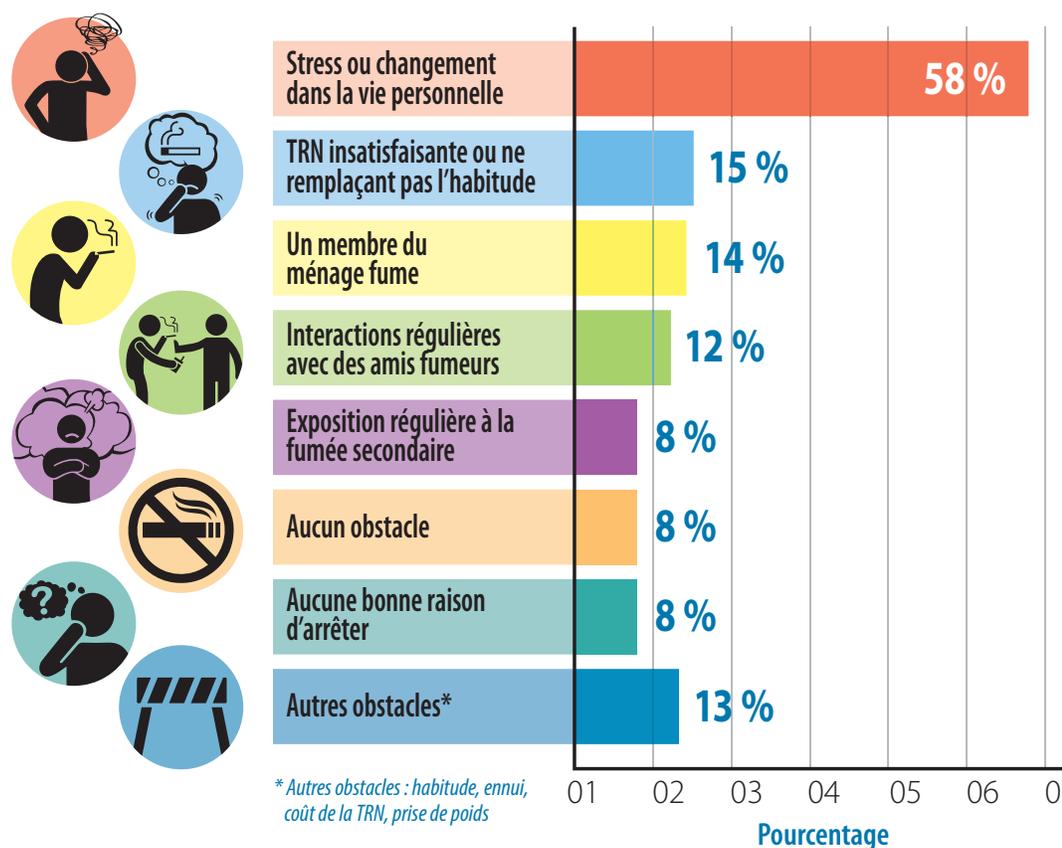
– Répondant du PAT

### Obstacles à l'abandon (prédicteurs de tentatives d'abandon infructueuses)

Les répondants du PAT ont relevé plusieurs obstacles qui nuisaient à leurs tentatives d'arrêt.

**Le stress ou le changement de situation personnelle était l'obstacle le plus courant** (58 %), suivi par une TRN insatisfaisante ou ne remplaçant pas l'habitude de fumer (15 %) et le fait qu'un autre membre du ménage fume (14 %).

Figure 2 : Obstacles à l'abandon du tabac



« Le plus grand avantage, c'est l'élimination du fardeau financier associé à l'achat d'articles d'abandon du tabac. L'accès gratuit à une TRN ou à des médicaments renforce la confiance des personnes qui tentent d'arrêter de consommer. »

- IA en soins primaires

## Caractéristiques associées à l'abandon (prédicteurs de tentatives d'abandon réussies)

Les répondants qui disaient avoir réussi à abandonner le tabac **avaient tendance à être assez jeunes (moins de 49 ans) et fumaient depuis moins longtemps ou moins de cigarettes par jour<sup>4</sup>** avant leur participation au programme que les personnes dont la tentative a été infructueuse.

**Tableau 1 : Caractéristiques des répondants, par résultat de la tentative d'arrêt**

Caractéristique		Valeur		Valeur p
		Abandon réussi	Tentative infructueuse	
<b>Sexe</b>	Féminin	27 %	73 %	0,794
	Masculin	28 %	72 %	
<b>Groupe d'âge</b>	18-34 ans	35 %	65 %	0,008*
	35-49 ans	34 %	66 %	
	50-64 ans	22 %	78 %	
	65 ans et plus	26 %	74 %	
<b>Réseau de soins primaires</b>	RSP de Kings	19 %	81 %	0,057
	RSP de Queens-Est	28 %	72 %	
	RSP de Queens-Ouest	32 %	68 %	
	RSP de Prince-Est	31 %	69 %	
	RSP de Prince-Ouest	19 %	81 %	
	Centre de traitement du cancer	43 %	57 %	
<b>Plus haut niveau de scolarité atteint</b>	Diplôme d'études secondaires non obtenu	25 %	75 %	0,216
	Diplôme d'études secondaires, pas d'études postsecondaires	25 %	75 %	
	Certificat ou diplôme postsecondaire ou grade universitaire	30 %	70 %	
<b>Nombre de cigarettes fumées par jour (fumeurs quotidiens)</b>		Médiane : 20	Médiane : 20	0,039*
<b>Nombre d'années de tabagisme (tous les fumeurs)</b>		Médiane : 30	Médiane : 35	0,004*
<b>Âge d'initiation à la consommation quotidienne de cigarettes</b>		Médiane : 15	Médiane : 15	0,700

\* Statistiquement significatif (valeur  $p < 0,05$ )

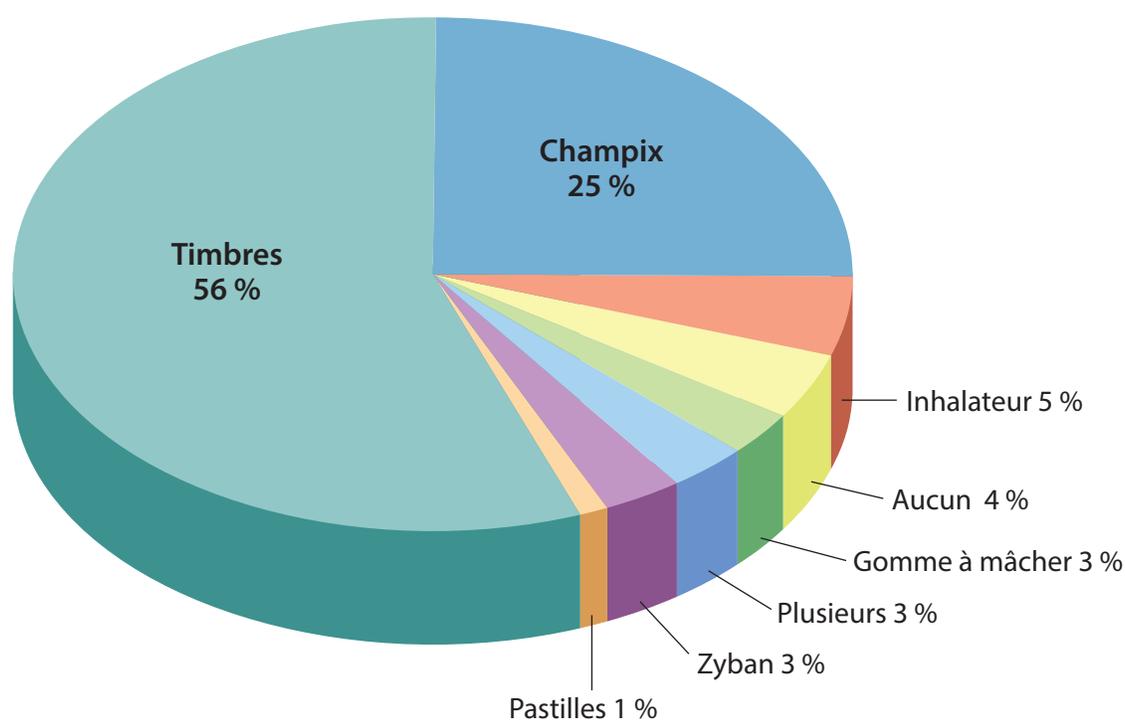
<sup>4</sup> Bien que ce ne soit pas évident d'après les médianes et les écarts interquartiles du tableau 1, le test statistique (test de Mann-Whitney, signification fixée à une valeur  $p < 0,05$ ) indique que les personnes ayant réussi à abandonner le tabac avaient tendance à fumer moins de cigarettes par jour avant leur participation au programme que les celles qui n'ont pas réussi.

## PRINCIPAUX CONSTATS : MISE EN ŒUVRE

### Produits de pharmacothérapie choisis

Parmi les 1 707 participants, 56 % utilisaient des timbres (TRN) et 25 %, le Champix (médication).

Figure 3 : Types d'aide à l'abandon utilisés



« C'est un excellent programme. Grâce à lui, j'ai presque réussi à arrêter, et je vais réessayer. Sans le programme, je n'aurais pas pu acheter les produits dont j'avais besoin. »

– Répondant du PAT

« C'est un programme formidable. Je le recommande à tous mes amis. »

– Répondant du PAT

## Counselling and Other Cessation Resources Used During Program

D'après le MOAT (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2013), il faut recourir au counseling de suivi une à quatre semaines après la tentative d'arrêt, puis une fois par mois pendant les trois à six premiers mois. Les données probantes indiquent en outre que le counseling de suivi, en favorisant la prévention des rechutes, en renforçant la motivation et en prenant en considération les préoccupations, accroît les chances de réussir à abandonner le tabac (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2013).

**Environ 35 % des répondants à l'évaluation du PAT ont recouru au counseling de suivi.**

Ainsi, près des deux tiers (65 %) n'en ont pas bénéficié pendant leur participation au programme.

Outre le counseling de suivi offert par le PAT, diverses autres ressources étaient à la disposition des participants. Les infirmières et infirmiers en soins primaires ont indiqué avoir souvent aiguillé les participants vers la ligne téléphonique et les services en ligne de Téléoassistance pour fumeurs. Ils ont également mentionné les cliniques sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et les services de santé mentale et de toxicomanie de Santé Î. P. É.

Malgré les ressources supplémentaires, **la plupart des répondants (82 %) ont dit que le Programme d'abandon du tabac était le seul soutien auquel ils avaient recouru** pour leur tentative d'arrêt.

## Soutien personnel pour arrêter de fumer

**Près des trois quarts des répondants (73 %) ont dit avoir reçu du soutien personnel pendant leur tentative d'arrêt.** Ce soutien venait le plus souvent de membres de la famille (44 % des répondants), de la conjointe ou du conjoint (38 %) et d'amis (24 %).

« C'est une chance qu'il ait été là quand j'en avais besoin. »

– Répondant du PAT

## PRINCIPAUX CONSTATS : EXPÉRIENCE DE LA CLIENTÈLE

### Satisfaction des répondants quant à la mise en œuvre du programme

**De manière générale, les répondants ont dit être très satisfaits du programme.** Ils trouvaient qu'il était facile de prendre rendez-vous; ils recevaient des services de qualité; et ils n'avaient pas de difficulté à se procurer leurs produits de TRN ou leurs médicaments. **Les répondants ont aussi indiqué que les fournisseurs de soins qui administraient le programme comprenaient les obstacles à l'abandon, expliquaient bien les différentes stratégies d'abandon et passaient assez de temps lors de la prise en charge pour répondre aux questions.**

## ANALYSE

Le BMHC a mené une évaluation exhaustive du PAT en vue de l'amélioration des programmes de prévention et d'abandon du tabagisme à l'Î.-P.-É. Il était question dans l'évaluation de facteurs clés tels que les comportements de consommation de tabac, le nombre d'années de tabagisme, les répercussions et influences sociales ainsi que le counseling et les autres ressources de soutien à l'abandon du tabac. De manière générale, les résultats montrent que les résidentes et résidents de l'Î.-P.-É. qui consomment des produits du tabac ont grandement bénéficié de l'accès à un programme universel de soutien à l'abandon du tabac.

Le programme est parvenu à atteindre son taux d'abandon cible et à réduire la consommation de tabac. S'il a été démontré que le stress et la situation personnelle rendaient l'abandon difficile, une grande partie des répondants ont néanmoins réussi leur tentative d'arrêt de mars à décembre 2020, pendant la pandémie de COVID-19.

Les résultats de l'évaluation indiquent qu'il est nécessaire de mettre davantage l'accent sur le counseling comportemental de suivi. Des services tels que Téléassistance pour fumeurs pourraient fournir du counseling; cependant, l'évaluation a révélé que ces services sont très peu utilisés. Il faudrait explorer des moyens pour le PAT de fournir d'autres formes de counseling (p. ex., par d'autres professionnelles et professionnels, le soutien par les pairs, des outils technologiques) afin de favoriser davantage la réussite des participants.

Bien que la collecte de données sur le programme pour encadrer ses politiques et ses orientations ait commencé le 1er décembre 2019 et qu'elle soit toujours en cours, des ressources supplémentaires et un système de gestion de base de données sont nécessaires pour la surveillance et l'évaluation du programme, afin de mesurer l'efficacité de ce dernier et d'améliorer les futurs programmes.

L'évaluation a dégagé de bonnes observations préliminaires sur le PAT, mais il reste encore beaucoup à apprendre sur la mise en œuvre du programme et ses participants. Certaines données sociodémographiques associées aux inégalités de la consommation de tabac (p. ex., origine ethnique, orientation sexuelle, revenu) n'ont pas été recueillies lors de l'inscription des participants au programme ou de l'évaluation de celui-ci : on ignore donc si le programme atteint les populations les plus vulnérables de l'Î.-P.-É. ou celles dont la prévalence de consommation de tabac est la plus élevée.

Les constats tirés de l'évaluation indiquent que le financement visant à assurer la capacité du programme et l'accès universel à des traitements d'abandon du tabac, y compris le counseling comportemental, est bénéfique. Le présent rapport souligne également le besoin de recueillir des données qui définissent et expliquent mieux les lacunes et les obstacles en matière d'accès, de soutien et de traitement. Il est important de continuer d'aider l'ensemble des résidentes et résidents de la province à arrêter de fumer définitivement et à vivre sans fumée.

## RECOMMANDATIONS

En réponse aux constats de l'évaluation 2019-2020 du Programme d'abandon du tabac, on peut dégager certaines recommandations qui amélioreraient les services et les ressources de soutien en matière d'abandon du tabac à l'Î.-P.-É. Ces recommandations suggèrent des mesures qui favoriseront la santé de la population et la diminution du taux quotidien de consommation de tabac.

### Portée

- **Accroître le nombre de participants au programme.** Le taux de tabagisme quotidien à l'Î.-P.-É. (11,6 %) reste plus élevé que le taux national : en effet, beaucoup de résidentes et résidents continuent de fumer ou de consommer d'autres produits du tabac. Le PAT a atteint environ 9 % des personnes visées. Il est essentiel d'ajouter des points d'accès au programme ainsi que d'élargir les initiatives, le marketing et la promotion qui y sont associés pour accroître l'accès aux services d'abandon et la sensibilisation de la population en la matière.
- **Adopter une perspective d'équité afin d'accroître la portée du programme auprès des populations prioritaires.** Utiliser des approches ciblées pour élaborer des programmes de soutien communautaires accessibles aux personnes qui en ont le plus besoin.
  - Recueillir des données sur les facteurs sociodémographiques qui pourraient être utilisés, de manière adaptée à la culture, pour repérer les inégalités en matière de santé au sein des populations prioritaires.
  - Élaborer des programmes ciblés qui soutiennent les populations confrontées à des inégalités accrues en matière de santé (p. ex., communauté 2SLGBTQ+, Autochtones, personnes nouvellement arrivées au pays, personnes utilisant la vapoteuse, jeunes, personnes occupant certains métiers, personnes enceintes et qui allaitent).
  - Encourager les personnes qui ont de la difficulté à arrêter de consommer à participer plusieurs fois au programme.
- **Élargir le programme pour inclure les consommatrices et consommateurs de produits de vapotage.** On enregistre une utilisation croissante de la vapoteuse et de la cigarette électronique au Canada et à l'Î.-P.-É. Pour s'adapter à l'augmentation du vapotage (combiné ou non à d'autres produits du tabac), le PAT devrait aussi offrir du soutien pour réduire les méfaits associés à l'utilisation de la cigarette électronique.
- **Augmenter le budget du programme pour le marketing et la promotion.** Investir dans des ressources afin de joindre davantage de résidentes et de résidents de l'Î.-P.-É.

## Mise en œuvre

- **Ajouter des points d'accès dans des milieux de soins et dans la collectivité.** Intégrer le Programme d'abandon du tabac à la pratique clinique courante (p. ex., soins primaires, soins actifs, soins de longue durée, etc.) et aux milieux communautaires (p. ex., pharmacies). Investir dans des ressources de soutien qui accroissent la capacité des programmes d'abandon du tabac à l'échelle provinciale.
- **Accroître la capacité de prestation du programme dans les milieux de soins primaires établis.** Investir dans des ressources de soutien qui accroissent la capacité des soins primaires pour les initiatives d'abandon du tabac.
- **Améliorer le volet counseling du programme.** Le counseling de suivi joue un rôle important dans les tentatives d'arrêt.
  - Donner une formation continue sur le MOAT à l'ensemble des professionnelles et professionnels qui aiguillent des personnes vers le programme, afin d'assurer la conformité au MOAT.
  - Améliorer la connaissance du programme chez les autres professionnelles et professionnels de la santé (p. ex., dentistes, pharmaciennes et pharmaciens, optométristes); l'ensemble des fournisseurs de soins de santé devrait jouer de près ou de loin un rôle dans l'abandon du tabac.
  - Consulter les intervenants de la collectivité pour explorer des options complémentaires de counseling (p. ex., membres de la famille, pairs, milieu de travail, options virtuelles).

## Surveillance

- **Affecter des ressources supplémentaires à la surveillance et à l'évaluation continues du programme.** L'accroissement des ressources humaines et de l'infrastructure est nécessaire à une gestion et à une évaluation solides, qui permettront de surveiller l'efficacité du programme, de répondre aux besoins de la clientèle et du programme et d'éclairer celui-ci ainsi que l'orientation stratégique.
  - Créer un système de gestion des données afin de permettre l'accès à des données pertinentes pour la gestion et le suivi du programme.

## CONCLUSION

Les résultats de l'évaluation montrent que le PAT est efficace et essentiel pour aider les Insulaires qui souhaitent arrêter de fumer ou de consommer d'autres produits du tabac. Pendant sa première année, le programme a encouragé environ 1 700 personnes à tenter d'arrêter de fumer ou à moins fumer.

Pour que l'on voie une réduction du taux de tabagisme de la province, il faut que l'investissement dans le PAT se poursuive. Des ressources de soutien provinciales financées par les fonds publics sont nécessaires à la diminution de la consommation de tabac, à l'amélioration du taux d'abandon et à la promotion d'environnements sans fumée pour que l'ensemble de la population de l'Î.-P.-É. vive sans tabac et bénéficie d'un meilleur état de santé.

## RÉFÉRENCES

**Association canadienne de santé publique (ACSP) (2021).**

*Tabagisme et vapotage au Canada : maintenir le cap.*

<https://www.cpha.ca/fr/tabagisme-et-vapotage-au-canada-maintenir-le-cap>

**Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) (2017).**

*Integrating tobacco interventions into daily practice* (3e édition). Toronto (Ontario) :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

**Bureau du médecin hygiéniste en chef (BMHC) (2021).**

*Chief Public Health Officer's Report 2021.*

[http://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/cpho21\\_report\\_web.pdf](http://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/cpho21_report_web.pdf)

**CAN-ADAPTT (2010).**

*Exploring components of effective smoking cessation system(s) across Canada.*

<http://nicotinedependenceclinic.com>

**Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada (2020).**

Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada 2015-2017.

Ottawa : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

**Hughes, J. R., et Callas, P. W. (2010).**

*Definition of quit attempt: a replication test.*

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2964925/>

**Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (2013).**

Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac dans les soins primaires.

<https://ottawamodel.ottawaheart.ca/fr/soins-primaires>

**North American Quitline Consortium (NAQC) (2021).**

*Implementation guide – quit rate.*

<https://www.naquitline.org/page/ImpQR#keydefinitions>

**Téléassistance pour fumeurs (2020).**

*À propos de Téléassistance pour fumeurs.*

<https://www.smokershelpline.ca/fr-ca/static/about-smokers-helpline>



PRINCEEDWARDISLAND.CA/FR/**ARRETERFUMER**



**MIEUX VIVRE Î.-P.-É.**  
*ensemble, nous le pouvons*