

L'incidence sur les résultats des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie des politiques d'interdiction de fumer et de la lutte contre le tabagisme dans les établissements et installations

Analyse documentaire

Préparé pour le

Groupe de travail sur la politique en matière de toxicomanie du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie

par

Barry Fogg
John Borody

Septembre 2001

Le présent document de discussion de politique a été préparé pour le Groupe de travail national sur la politique en matière de toxicomanie du CCLAT, qui a discuté des versions antérieures et approuvé l'article final en octobre 2001. Le conseil d'administration du CCLAT a approuvé cet article en janvier 2002. Ce groupe de travail était composé de John Borody (directeur général, Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances), Louis Gliksman (directeur, Service de recherche sur les politiques sociales et en matière de santé et de prévention, Centre de toxicomanie et de santé mentale de l'Ontario), Lawrie Hoeschen (La société médicale canadienne sur l'addiction et professeure adjointe de psychiatrie et de médecine à l'Université du Manitoba), Perry Kendall (médecin chef de Colombie-Britannique), Joanne Lacroix (Santé Canada), Christiane Poulin (professeure adjointe d'épidémiologie, Université Dalhousie), Ed Sawka (directeur des Politiques, Commission sur l'alcoolisme et l'abus des drogues de l'Alberta), Eric Single (président du Groupe de travail, associé de recherche au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et professeur de santé publique à l'Université de Toronto), John Topp (directeur, centre de traitement Pavillon Foster, Montréal) et Brian Wilbur (Services de la pharmacodépendance de la Nouvelle-Écosse). Les opinions exprimées dans ce document ne sont pas nécessairement celles d'organisations auxquelles les membres du Groupe national de travail appartiennent.

PARTIE 1 Contexte et objectif

Nature et survol des questions

Nous savons depuis longtemps que la grande majorité des clients des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie sont de gros fumeurs. Il est bien connu également qu'un bon nombre des membres du personnel des programmes sont aussi des fumeurs. Cependant, les preuves du danger que représentent pour la santé le tabac et la fumée secondaire s'accumulant, les programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, partout en Amérique du Nord, limitent de plus en plus le droit de fumer dans les établissements résidentiels et les installations non résidentielles. L'instauration des politiques d'interdiction de fumer amène bon nombre de ces programmes à encourager aussi le personnel et les clients à cesser de fumer, ou même à leur offrir des programmes de renoncement au tabac. Pourtant, pour la majorité peut-être des programmes de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies en Amérique du Nord, la question de savoir s'il faut s'occuper du tabagisme, et comment le faire, reste ouverte.

Aux États-Unis, le cinquième environ des programmes de traitement des toxicomanies traitent maintenant le tabagisme parallèlement aux autres chimiodépendances (McDonald, 2000). Au Canada, parmi les organisations de traitement mentionnées dans le répertoire du Centre canadien de lutte contre l'alcool et la toxicomanie, un nombre semblable soit possèdent une politique restrictive en matière d'usage du tabac, soit traitent le tabagisme, ou les deux. Des 477 programmes de traitement résidentiels, 11 % indiquent que l'usage du tabac fait l'objet de traitements particuliers. Des 676 programmes de traitement des malades externes, 22 % indiquent que le tabagisme est un domaine de traitement particulier (CCLAT, 2000). Le présent article examine les écrits publiés récemment qui nous indiquent s'il faut, ou non, traiter le tabagisme, et comment le faire.

Plusieurs obstacles ont, jusqu'à présent, empêché les programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie de tenir compte du tabagisme. Bon nombre de ces obstacles sont demeurés en grande partie en raison de l'absence de données de recherche convergentes sur l'incidence de l'usage du tabac sur la santé des clients ou sur les résultats de leur traitement. *Le présent article appuie toutefois la position selon laquelle l'examen des conclusions des recherches de la dernière décennie montre qu'il existe des preuves scientifiques convaincantes à l'appui de l'intégration de politiques d'interdiction de fumer et d'options volontaires de renoncement au tabac aux programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.* Bien que certaines questions de recherche subsistent, il semble que le consensus sur certaines des questions les plus importantes évolue. Les principaux points de ce consensus évolutif sont :

- La prévalance d'une dépendance concomitante à la nicotine dans les populations du traitement clinique de l'alcoolisme et de la toxicomanie;
- Les effets synergétiques et nuisibles pour la santé de l'association de l'alcool et du tabac dans cette population;
- Le fait que les politiques d'interdiction de fumer et les programmes de sevrage du tabac puissent être intégrés au traitement de

l'alcoolisme et de la toxicomanie sans mettre en danger les objectifs du traitement.

Le moment semble tout indiqué de tenter d'en arriver à un consensus national sur ces points en facilitant la transmission de cette information aux praticiens et aux administrateurs de programmes partout au Canada.

L'analyse documentaire est organisée autour des trois questions fondamentales suivantes :

- Pourquoi est-il important de s'occuper de cette question?
- À quel résultat faut-il s'attendre lorsque la réduction de l'usage du tabac ou le renoncement au tabac sont associés au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie?
- Qu'indique la recherche à propos des politiques et des pratiques exemplaires en matière de politiques et de programmes?

PARTIE 2 Pourquoi cette question est-elle importante?

Corrélation entre l'alcoolisme et le tabagisme

Dans la population en général, l'usage du tabac augmente en même temps que la consommation d'alcool (Dawson, 2000).

La prévalence de l'usage du tabac chez les alcooliques et les toxicomanes est de deux à trois fois plus élevée que dans la population en général. Des études ont montré que le taux de tabagisme des patients chimiodépendants va de 80 % à 95 % (Goldsmith et Knapp, 1993). Horn et coll. (1999) ont conclu que 83 % des patients des services d'urgence qui présentent des problèmes d'alcool fument aussi quotidiennement. Les fumeurs alcooliques sont en général plus dépendants de la nicotine que les fumeurs non alcooliques (Kozlowski, 1993 cité dans Hurt, 1999; Abrams et coll., 1996) et connaissent plus de problèmes en rapport avec le tabac que les autres (Marks et coll., 1997). Batel et Maitre (1995) ont constaté que des 88 % de patients externes alcooliques de leur étude qui fumaient quotidiennement, 91 % étaient dépendants de la nicotine. Des études cliniques montrent que jusqu'à 90 % des alcooliques fument plus de 30 cigarettes par jour (Fertig, 1999). Daeppen et coll. (2000) ont conclu aussi que, en général, chez les personnes traitées pour alcoolisme, plus la dépendance à la nicotine est grande, plus la dépendance à l'alcool l'est aussi.

Risques associés à la concomitance

L'incidence de l'usage du tabac sur les résultats du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie

Il se peut que continuer à fumer pendant le traitement de l'alcoolisme aide à signaler les rechutes, mais les observations à ce sujet ne sont pas concluantes (Shiffman et Balabanis, 1995). Après leur étude des effets de la désaccoutumance au tabac sur

des clients dont le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie est terminé, Tonneatto, Sobell et Sobell (1995) ont conclu à l'inexistence de preuves empiriques montrant que moins fumer, ou cesser de fumer, a, à Toronto, une grande incidence sur les résultats du traitement de l'alcoolisme à 12 mois. Par contre, Stuyt (1997) signale une étude effectuée par l'Université Texas Tech dans laquelle les taux de sobriété au suivi à 12 mois des fumeurs qui buvaient régulièrement sont moins bons que ceux des autres fumeurs, en particulier si leur drogue de prédilection était un sédatif, comme l'alcool ou les narcotiques. Sobell et Sobell (1996) ont examiné les données de l'Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada (Statistique Canada, 1990) et ont conclu qu'à long terme (5 ans) continuer de fumer est associé à un risque accru de reprise de la consommation d'alcool.

L'incidence de l'alcool et de l'alcoolisme sur les résultats du sevrage du tabac

En règle générale, les chercheurs signalent rarement que ceux qui boivent le plus cessent de fumer (Zimmerman et coll., 1990; Dawson, 2000). Dans une enquête à grande échelle sur la population, on a constaté que la probabilité que les répondants dont l'alcoolodépendance avait duré toute leur vie aient cessé de fumer était inférieure de 30 % à ce qu'elle était pour les autres personnes (Hughes, 1995). Les fumeurs qui font abus d'alcool ont 60 % de chances de cesser de fumer de moins que ceux qui ne sont pas alcooliques (Breslau et coll., 1996) et l'intoxication alcoolique semble fortement associée à la reprise de l'habitude de fumer (Burton et Tiffany, 1997).

Effets de renforcement sous-jacents à la concomitance

Bien que nous sachions depuis plus de 35 ans que le tabac et l'alcool vont main dans la main, nous ne comprenons pas encore bien pourquoi. La co-occurrence fréquente de la consommation d'alcool et du tabagisme semble indiquer que des signaux semblables peuvent déclencher les deux comportements et que la consommation elle-même est peut-être l'un de ces signaux (Sobell et Sobell, 1996). Les observations semblent indiquer l'existence possible d'influences génétiques sur bon nombre de ces interactions (Collins et Marks, 1995). On pense aussi que des facteurs culturels, situationnels et interpersonnels communs contribuent à la relation entre la consommation d'alcool et l'usage du tabac (Flay et coll., 1995).

Augmentation de la morbidité et de la mortalité associées à la concomitance

Dans le cas de certaines maladies, le tabac et l'alcool semblent agir en synergie et accroître le risque de mortalité (Hughes, 1995). Le risque de cancer et de maladies cardiovasculaires est plus élevé chez les fumeurs alcooliques que chez leurs pairs fumeurs qui ne boivent pas (Bobo, 1992; Abrams et coll., 1996; McIlvain et coll., 1998). En fait, il semble que le risque de décès associé au tabac et à la consommation abusive d'alcool soit plus grand que ce que ne le laisse prévoir le cumul de leurs effets. La mortalité cumulative associée plus au tabac qu'à l'alcool est plus grande chez les patients ayant déjà été traités pour alcoolisme ou pour une dépendance à une drogue autre que la nicotine (Hurt et coll., 1996; MMWR, 1997). Hurt (1999) a conclu que le risque de décès est trois fois plus élevé chez les anciens patients externes d'un programme de traitement de l'alcoolisme que dans la

population en général. Les maladies associées au tabac représentaient la moitié de tous les décès, tandis que l'alcool n'en provoquait qu'un tiers.

Rémission naturelle de l'usage du tabac associée au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie

Bien que dans les situations où des gens ont cessé de boire sans traitement structuré, la cessation concomitante et spontanée de la consommation d'alcool et de l'usage du tabac semble rare (Sobell et Sobell, 1996), Gulliver et coll. (2000) ont conclu que le taux de tabagisme à six mois avait diminué chez 45 % des patients fumeurs après le traitement de leur alcoolisme. Une réduction spontanée de l'usage du tabac et du besoin de cigarettes a également été signalée par Wiseman et McMillan (1998) pour des clients qui avaient réussi à arrêter de consommer de la cocaïne.

Motifs des clients pour cesser de fumer

Certaines études indiquent que la plupart des fumeurs des centres de traitement de l'alcoolisme ne pensent pas à cesser de fumer ^[1] (Abrams, 1996), mais d'autres constatent que la majorité est intéressée à arrêter (Irving, 1994; Ellingstad, 1999). Selon Bobo, McIlvain et coll. (1996), l'intérêt pour le renoncement au tabac chez les gros buveurs et les anciens buveurs semble égal ou supérieur à ce qui est observé en général dans la population.

Dans une étude portant sur des fumeurs alcooliques admis à un programme de traitement résidentiel, Irving et coll. (1994) ont constaté que 75 % disaient vouloir cesser de fumer et que 80 % estimaient que cesser de fumer maintenant ou dans l'avenir aurait probablement des effets bénéfiques ou neutres sur leur sobriété. Irving et coll. font remarquer que les attitudes positives des clients font souvent contraste avec les attitudes plus inquiètes de bon nombre de fournisseurs de soins et mentionnent que le traitement résidentiel est peut-être le bon moment d'intervenir pour aider les gens à arrêter de fumer. De même, Ellingstad et coll. (1999) signalent que plus de 75 % des clients externes traités pour alcoolisme se disent prêts à penser à arrêter de fumer soit pendant ou après le traitement de leur problème d'alcool. Un grand nombre de clients qui ont dit préférer essayer en même temps d'arrêter de fumer et de boire considéraient que l'usage du tabac stimulait la consommation d'alcool et que cesser de fumer les aiderait à résoudre leurs problèmes d'alcool ou de drogue.

Les craintes pour leur santé physique sont la raison la plus courante que les buveurs et les consommateurs d'autres drogues, tout comme les non-consommateurs, invoquent lorsqu'il disent vouloir cesser de fumer (Burling et coll., 1997). Dans une étude effectuée par Clemmey et coll. (1997) sur la volonté d'arrêter de fumer, les patients recevant un traitement d'entretien à la méthadone connaissaient les risques pour la santé de l'usage du tabac. En outre, 61 % avaient l'intention de cesser de fumer au cours des six mois à venir, 57 % étaient intéressés à suivre un programme sur les lieux et 80 % étaient intéressés à utiliser des produits de remplacement de la nicotine. Dans une étude similaire réalisée par Frosch et coll. (1998), les clients du traitement d'entretien à la méthadone ont fait preuve d'une bonne compréhension générale des risques que leur fait courir le tabagisme et 58 % se sont dits intéressés à participer à un programme de désaccoutumance au tabac.

La moitié environ des clients du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie d'une étude effectuée par Kozlowski et coll. (1989) se sont dits intéressés à participer à un programme de désaccoutumance au tabac. Les trois quart cependant ont dit qu'il serait aussi difficile, ou plus difficile, de cesser de fumer que de cesser de consommer la drogue ou l'alcool qui les avaient amenés au centre. L'intérêt mis à part, les fumeurs des programmes de traitement des problèmes d'alcool et de drogue ont en général très peu confiance en leur capacité de réussir réellement à cesser de fumer (Burling et coll., 1997). Malheureusement, les résultats correspondent en général à ces attentes (voir ci-dessous).

Monti et coll. (1995) font remarquer que l'intérêt exprimé envers le sevrage du tabac semble se modifier au cours du programme. Les auteurs expliquent que la motivation semble augmenter chez les clients entre le moment où ils commencent le traitement et le suivi à un mois. Seidner et coll. (1996) soulignent que certaines différences individuelles chez les clients peuvent expliquer des différences de réceptivité à l'idée de cesser de fumer (voir Considérations relatives aux programmes ci-dessous). Bobo, McIlvain et coll. (1996) concluent que les hommes (les gros buveurs et les anciens buveurs) sont plus que les femmes susceptibles d'avoir tenté à de multiples reprises de cesser de fumer. La probabilité que les hommes disent avoir l'intention d'essayer de cesser au cours des six prochains mois était également supérieure de 50 % à ce qu'elle était pour les femmes. Ces modifications et différences ont des répercussions importantes sur la planification des programmes.

PARTIE 3 Quelle est l'incidence des interventions en matière de tabagisme sur les résultats du traitement?

Effets interactionnels sur les résultats des interventions

De nombreuses études semblent maintenant appuyer la conclusion selon laquelle cesser de fumer n'a pas d'effet nuisible sur les résultats du traitement de l'alcoolisme ou des toxicomanies, et plusieurs indiquent qu'il faut s'attendre à ce que le traitement des alcooliques qui cessent de fumer ait de meilleurs résultats (Shiffman et Balabanis, 1995; Sobell et Sobell, 1996; Stuyt 1997). Dans une étude portant précisément sur les incidences sur les résultats subséquents du traitement lorsqu'on conseille à des alcooliques en traitement de cesser de fumer, Bobo, McIlvain et coll. (1998) ont observé que les clients auprès desquels il y a eu intervention sont plus susceptibles que les clients du groupe témoin^[2] de se dire sobres au suivi à 6 et à 12 mois. Les chercheurs ont supposé que certains aspects du counselling sur le tabac peuvent, en fait, renforcer le processus du traitement de l'alcoolisme. Ils ont fait remarquer cependant que l'intervention n'avait pas beaucoup d'incidence sur le sevrage du tabac^[3].

Malheureusement, lorsqu'il s'agit des résultats de la désaccoutumance au tabac, les études montrent en général qu'un nombre relativement petit de personnes seulement réussissent à cesser de fumer pendant le traitement qu'elles suivent pour le mauvais usage d'une autre substance, ou après celui-ci (Kalman, 1998). Bien que les personnes qui font une consommation excessive d'alcool sont aussi susceptibles que les autres d'essayer de cesser de fumer, il y a beaucoup moins de chances qu'elles y parviennent (Hughes, dans Shiffman et Balabanis, 1995; Hays et coll., 1999). Chez les clients dont l'alcoolisme est traité en établissement et auprès

desquels certaines interventions pour qu'ils cessent de fumer sont effectuées, les taux d'arrêt à un an ne sont en général que de 0 % à 11 % (Hurt, 1999).

Incidences de la recherche pour les programmes

Il est nécessaire de concevoir des interventions plus efficaces pour les fumeurs alcooliques et toxicomanes, après avoir compris en quoi ils diffèrent des autres fumeurs et quelles sont les caractéristiques des clients ou des programmes qui permettent de prévoir une plus grande réceptivité à ces interventions. Il nous faut faire cela parce que la recherche a conclu que participer à des activités de désaccoutumance au tabac ne nuit pas à la sobriété des alcooliques et des toxicomanes ayant récemment cessé de consommer de l'alcool ou des drogues et ne les aide pas non plus à arrêter de fumer (Burling et coll., 1997).

Bobo, Lando et coll. (1996) ont conclu que les anciens buveurs dont la dépendance à la nicotine est élevée ou très élevée sont peut-être moins que ceux dont la dépendance est modérée ou faible susceptibles d'essayer de cesser de fumer. Selon Seidner et coll. (1996), les clients qui acceptent les interventions en matière d'usage du tabac sont en général plus jeunes et ont plus de problèmes de santé reliés au tabac que les autres, et admettent que cesser de fumer les rendra plus sobres. Irving et coll. (1994) ont fait observer qu'il est possible de circonscrire des sous-groupes de clients en fonction de leur intérêt, de leur confiance et de leur optimisme, et que ces sous-groupes ressemblent aux différentes phases du changement que décrit le modèle transthéorique. Selon eux, il faut que les options de programme offertes aux clients correspondent à ces différences de motivation. Bobo, Lando et coll. ont conclu aussi que les personnes qui en sont à la phase de préparation en ce qui concerne la consommation excessive d'alcool sont une douzaine de fois environ plus susceptibles d'essayer sérieusement de cesser de fumer. McIlvain et Bobo (1999) font remarquer que de nombreux patients des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ne connaissent pas les risques élevés pour la santé associés à la consommation simultanée d'alcool et de tabac, et que la plupart ne sont pas au courant des résultats prometteurs des recherches sur les effets du renoncement au tabac sur le traitement. Selon eux, il est important de renseigner le client et d'avoir avec lui des entretiens de motivation.

Intervenir au bon moment semble important aussi. Même sans intervention pour les inciter à cesser de fumer, les personnes qui font une consommation excessive d'alcool deviennent plus désireuses de modifier leurs habitudes en matière de tabac après s'être abstenues d'alcool pendant un certain temps. Monti et coll. (1995) ont découvert que pendant la première semaine de traitement, 28 % seulement des clients ont dit qu'ils essaieraient de cesser de fumer au cours des six prochains mois. Un mois plus tard, cependant, plus de 50 % se sont dits prêts à penser à arrêter au cours des six mois suivants.

Il se peut qu'arrêter de fumer soit particulièrement difficile au début du traitement pour certaines personnes dont la consommation d'alcool est excessive. De nombreux anciens buveurs (58 %) ont dit fumer de temps à autre pour combattre l'envie de boire. Ceux qui disent avoir fumé pour combattre l'envie de boire étaient moins susceptibles que les autres d'avoir pris un verre un mois plus tard. L'autre volet de cette fonction de lutte contre l'envie de boire, c'est l'argument selon lequel continuer à fumer pendant le traitement constitue peut-être une « amorce » qui incite les gens à recommencer à boire. La recherche sur la tolérance croisée entre la nicotine et

l'alcool appuie dans une certaine mesure cette idée. Bien que l'hypothèse de la lutte appuie l'argument selon lequel il faut remettre les tentatives de sevrage du tabac jusqu'à la fin du traitement, l'hypothèse de l'amorce appuie celui selon lequel il faut cesser de fumer au début du traitement. La recherche jusqu'à maintenant favorise en général la première hypothèse, mais rien n'indique que suivre un traitement contre la toxicomanie et cesser de fumer en même temps mette en danger les résultats (Kalman, 1998).

En raison de l'incidence élevée des troubles concomitants dans cette population, il faut tenir compte des possibilités de dépression et de complications psychologiques lorsqu'on pense à ajouter des programmes de désaccoutumance au tabac au traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie (Bobo et coll., 1995; Meyer et coll., 1996; Burling et coll., 1997). Borrelli et coll. (1996) font remarquer qu'il est possible qu'un sous-ensemble de fumeurs présentent des troubles dépressifs après avoir cessé de fumer. L'apparition de la dépression fait peut-être augmenter le risque de rechute pour des personnes qui ont cessé depuis peu de consommer de l'alcool et des drogues ou de fumer.

Les variables des programmes, comme l'utilisation de la pharmacothérapie ou des démarches de réduction des préjudices, peuvent, dans certaines circonstances, avoir une incidence sur les résultats du sevrage du tabac. Les recherches, par exemple, se contredisent à propos de l'administration de méthadone et de l'accroissement proportionnel à la dose utilisée de l'usage du tabac (Frosch et coll., 1998; Spiga et coll., 1998). Humfleet et coll. (1999) concluent que même des niveaux faibles à modérés de consommation d'alcool peuvent entraver la réussite des tentatives d'arrêter de fumer. Bien qu'aucun résultat concluant n'appuie cette cause, ils ont constaté que l'usage de la marijuana pendant la désaccoutumance au tabac ne semble pas modifier les résultats.

PARTIE 4 Éléments efficaces de la conception des politiques et des programmes

Leadership organisationnel, politique et culture

Les chercheurs du centre de traitement de la chimiodépendance de l'Oregon insistent sur l'importance de transformer la culture organisationnelle afin qu'elle appuie le sevrage du tabac (Campbell, 1995, 1998). La présence ou l'absence d'un leadership fort, par exemple, détermine souvent la capacité d'un centre de traitement de réussir à mettre en œuvre des programmes sans fumée (Goldsmith et coll., 1991). Knapp et coll. (1993) et Abrams et coll. (1996) signalent que l'appui des dirigeants et une politique claire en matière d'usage du tabac aident à éclaircir les attentes pour le personnel et à surmonter les obstacles, comme les mythes relatifs à la consommation d'alcool et à la désaccoutumance au tabac.

Il ne faut pas non plus s'attendre à ce que simplement appliquer une politique d'interdiction de fumer ait une incidence négative sur le fonctionnement du programme de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies ou sur ses résultats. Toutefois, il est difficile de mettre en œuvre un programme de sevrage du tabac qui a du succès dans un établissement où il est permis de fumer (Hughes, 1995). Dans une étude, Kempf (1997) n'a pas découvert de différences entre les taux d'abandon des fumeurs participant à un programme sans fumée et les taux de ceux qui

faisaient partie de programmes où il était permis de fumer. Les chercheurs ont conclu qu'il ne faut pas penser que les politiques d'interdiction de fumer nuisent soit au recrutement ou à la conservation des clients traités pour des problèmes d'alcool ou de drogue.

Dans plusieurs études, cependant, l'instauration d'une politique d'interdiction de fumer semble avoir nui au moral du personnel et à la conservation des clients (Trudeau, 1995; Kotz, 1993; Capretto, 1993; Karan, 1993). Dans la plupart des cas, ces effets négatifs semblent découler, au moins en partie, de l'envergure des politiques (p. ex., interdire complètement de fumer) ou d'un mauvais processus de mise en œuvre (p. ex., le manque de consultation avec le personnel et les clients). Dans de nombreux cas, les programmes en question sont revenus avec succès à des politiques d'interdiction de fumer plus souples. C'est-à-dire qu'ils ont permis de fumer dans des endroits désignés à l'extérieur de l'établissement ou, dans le cas du VA Medical Center de Minneapolis, dans des endroits à l'extérieur où les clients n'avaient pas auparavant le droit de se rendre. Ils ne punissent plus les clients qui fument en cachette. Il a fallu pour cela un processus de mise en œuvre comportant consultations et éducation, qui a amené des clients ainsi que des membres du personnel à cesser volontairement de fumer [voir Programmes volontaires c. obligatoires, ci-dessous].

Formation et éducation

Pour aider les gens à cesser de fumer, les cliniciens doivent apprendre non seulement à aider ceux qui y sont intéressés, mais aussi à motiver ceux qui ne le sont pas. Le dogme selon lequel il ne faut pas inciter les clients à cesser de fumer avant qu'ils soient complètement sobres est un obstacle important qui réduit l'information sur le tabagisme que le personnel traitant communique (Hughes, 1993 dans Bobo, Anderson et Bowman, 1996). L'attitude des personnes qui dispensent les traitements à propos de la désaccoutumance au tabac constitue une embûche importante qui diminue l'efficacité des interventions et dont il faut s'occuper dans le cadre d'une approche formative proactive plutôt qu'en réponse à l'imposition d'une politique d'interdiction de fumer (Burling et coll., 1997).

Bobo, Anderson et Bowman (1996) mentionnent trois facteurs qui encouragent les membres du personnel d'un centre de traitement à conseiller d'arrêter de fumer :

- *être eux-mêmes non fumeurs;*
- *connaître les effets du tabac sur la santé;*
- *être employés dans un établissement qui encourage les clients à cesser de fumer.*

Compte tenu de ces facteurs, ils préconisent d'offrir au personnel tout comme aux clients un atelier sur le tabac et sur le traitement de la dépendance à la nicotine. Perine et Schare (1999) ont conclu que conseiller et informer le client permettait de modifier beaucoup ses idées, en faveur du renoncement au tabac. Il faut inciter les conseillers à prendre l'initiative et à encourager les clients à évaluer leur comportement dans ce domaine (Abrams et coll., 1996). Les médecins du programme sont aussi très bien placés pour informer les clients. Donner aux

médecins une formation en utilisation des techniques d'entrevue de motivation brève peut inciter davantage les clients à renoncer au tabac. (McIlvain et Bobo, 1999).

Considérations relatives à la conception et aux options des programmes

Programmes volontaires c. obligatoires

Les résultats de plusieurs études indiquent que cesser volontairement de fumer perturbe moins qu'un traitement obligatoire (Abrams et coll., 1996; Monti et coll., 1995). En fait, le traitement obligatoire du tabagisme peut nuire au programme (Abrams, 1996; Monti et coll., 1995). En 1989, le Gateway Rehabilitation Center de Aliquippa, en Pennsylvanie, a instauré un programme de traitement obligatoire pour tous les clients fumeurs et a complètement interdit à ses clients et à son personnel de fumer. Ces approches combinées, peut-être aggravées par de mauvais plans de transition, ont entraîné un grand mouvement clandestin qui a sapé l'interdiction de fumer et fait chuter le nombre de clients référés au programme. Ce programme a finalement été abandonné et remplacé par un programme volontaire qui encourage les clients à vouloir cesser de fumer (Capretto, 1993).

Des scénarios semblables se sont déroulés à l'unité de pharmacodépendance du VA Medical Center de Minneapolis (Trudeau et coll., 1995; Joseph, 1993; Joseph et coll., 1996) et à l'unité des patients hospitalisés pour alcoolisme ou toxicomanie du Medical College of Virginia (Karan, 1993). Par contre, Ker et coll. (1996) signalent les résultats positifs de la mise en œuvre d'un programme d'arrêt involontaire dans un centre de traitement résidentiel pour les femmes enceintes et celles qui viennent d'accoucher. Rustin (1998) donne d'autres exemples d'arrêt involontaire réussi dans deux unités de traitement des dépendances du Harris County Psychiatric Center de Houston. Rustin décrit un grand processus de mise en œuvre échelonné sur deux ans et fournit une liste de suggestions pour d'autres qui pensent à faire la même chose. De plus, Trudeau et coll. (1995) signalent que la satisfaction du client, l'intérêt qu'il manifeste envers le renoncement au tabac et les résultats de la réduction du tabagisme se sont tous améliorés lorsque le VA Medical Center de Minneapolis a abandonné l'interdiction de fumer et mis de l'avant des démarches reposant sur des entretiens de motivation prônant l'arrêt volontaire.

Après la mise en œuvre d'un programme d'arrêt volontaire (fondé sur le choix) offert aux clients et aux membres du personnel du centre de traitement Donwood de Toronto, plus de la moitié des employés qui fumaient et 40 % des clients fumeurs l'ont suivi. Ces deux groupes ont reconnu qu'il était bon d'avoir le choix. Parmi les clients qui ont participé à ce programme pendant le traitement de leur dépendance, 17,5 % ne fumaient pas au suivi à 6 mois ou à 12 mois. Rien n'indique que les tentatives de cesser de fumer des clients aient été influencées négativement lorsque leur conseiller principal pour le traitement de leur dépendance était fumeur. Le programme de renoncement au tabac était indépendant des autres programmes et avait ses propres conseillers et dirigeants. Ces données semblent indiquer que bon nombre de clients essaieront volontairement de cesser de fumer si on leur offre de l'information et de l'encouragement (Bernstein et Stoduto, 1999).

Campbell et coll. (1998) décrivent la mise en œuvre réussie d'un programme de renoncement au tabac intégré et volontaire au centre de traitement de la

chimiodépendance de l'Oregon, le CODA. Entre autres éléments de la conception de ce programme, mentionnons l'éducation du personnel, la formation du personnel en direction de groupes de renoncement au tabac, la participation volontaire du personnel à un groupe distinct de désaccoutumance au tabac et la participation volontaire des clients à des programmes résidentiels et externes. Les groupes de clients s'ajoutaient aux autres composantes du programme de chimiodépendance. Le programme de sevrage du tabac utilisait des timbres de nicotine et une thérapie cognitivo-comportementale. Ce document appuie la possibilité que des programmes de ce genre deviennent des composantes standard et intégrées des programmes de traitement de la chimiodépendance. Campbell et coll. mentionnent plusieurs variables qui, selon eux, ont contribué à la réussite de la mise en œuvre du programme. Ces éléments sont un leadership solide, la mise en œuvre graduelle faisant participer et informant le personnel, et l'insistance sur le traitement de la dépendance à la nicotine plutôt que sur la politique d'interdiction de fumer de l'établissement. Ils recommandent également qu'une évaluation individuelle soit effectuée et que le traitement soit planifié, afin d'orienter les décisions relatives au moment où les patients renoncent au tabac.

Moment

Faire correspondre l'offre d'une thérapie de désaccoutumance au tabac et le moment où la motivation des clients est à son plus haut niveau devrait maximiser la participation au programme et minimiser les interférences avec le traitement (Abrams, 1996). Abrams et coll. (1996) soulignent que peu importe le moment où les clients choisissent de participer à une thérapie de sevrage du tabac, la recherche indique qu'il faut les encourager à cesser de fumer dès que possible après le début du traitement. Kozlowski et coll. (1989) mentionnent que s'ils ont le choix entre cesser de fumer avant, durant ou pendant le traitement d'un problème d'alcool ou de drogue, 78 % des clients des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ont dit ne pas être intéressés à cesser de fumer avant le traitement. S'ils tentent d'arrêter, 30 % ont précisé qu'ils préfèrent le faire pendant le traitement, tandis que 70 % aimeraient mieux s'attaquer à ce problème après le traitement.

Selon Ellingstad et coll. (1999), les patients qui disent préférer cesser de fumer et de boire en même temps, plutôt que de façon consécutive, ont en général davantage confiance en leur capacité de cesser de fumer au cours des six mois qui suivent que les autres. Selon l'article d'Ellingstad, le début du traitement est probablement un bon moment pour offrir, à ces clients particuliers, un programme de cessation double.

Examinant la question du moment sous le seul angle de l'obtention de résultats positifs, cependant, Monti et coll. (1995) mentionnent que la participation simultanée des clients du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie à un programme de renoncement au tabac semble avoir peu d'effets bénéfiques sur le tabagisme, alors que le traitement du tabagisme offert après une période de sobriété semble produire de meilleurs résultats à long terme. Par ailleurs, Martin et coll. (1997) ont conclu que les chances sont meilleures de réussir à arrêter de fumer après plusieurs mois de sobriété. Dans leur étude, ils ont pu obtenir des taux de renoncement au tabac de 26 % à 27 % chez des fumeurs anciens buveurs. Ce taux est comparable à celui des fumeurs qui ne font pas une consommation abusive d'alcool.

Cohérence

En adaptant les programmes de désaccoutumance au tabac existants, les cliniciens doivent porter attention à la langue et aux symboles du programme et à leur compatibilité avec les démarches utilisées dans le même cadre pour le traitement des problèmes d'alcool et de drogue (Abrams, 1996).

Outils et techniques thérapeutiques

Il y a dans la littérature plusieurs outils et techniques thérapeutiques prometteurs, y compris le modèle transthéorique ou de modification du changement par phases, les entrevues de motivation, la thérapie comportementale (p. ex., l'exposition aux indices et l'acquisition de nouvelles compétences), la thérapie cognitive-comportementale (y compris une variété appelée thérapie de gestion de l'humeur) et diverses pharmacothérapies. Le traitement le plus efficace actuellement contre la dépendance à la nicotine est la combinaison d'une thérapie de remplacement de la nicotine et d'une intervention cognitive-comportementale (Abrams et coll., 1996; et Kalman, 1998).

En général, les fumeurs anciens buveurs sont plus susceptibles d'être plus dépendants à la nicotine que les fumeurs non buveurs, mais, avec des doses de nicotine, ils peuvent obtenir des taux d'arrêt à court terme comparables (Hurt et coll., 1995). Les options efficaces en pharmacothérapie sont la gomme de nicotine, le timbre transdermique, le vaporisateur nasal ou l'inhalateur, les anti-dépresseurs [p. ex., le bupropion ou la flouxétine {Prozac}] et un antagoniste de la sérotonine, la buspirone. (Boyarsky et McCance-Katz, 2000; Hayford et coll., 1999; Hays, 2000). Certaines études semblent indiquer que la naltrexone bloque les effets renforçateurs de la nicotine et peut par conséquent être utile dans le traitement de la dépendance à la nicotine (Hughes, 1995). Selon un essai clinique effectué en 1999 cependant, la naltrexone est inefficace (Wong, 1999).

Défis à relever pour les populations spéciales ou les conditions complexes

Chez les fumeurs, les taux de prévalence de troubles psychiatriques et de consommation d'alcool ou de drogue au cours de leur vie sont relativement élevés (Keuthen et coll., 2000). Dans une étude récente, Patten (2000) a observé que 35 % des clients en traitement avaient fait état d'un taux de dépression majeure équivalant en gros au double de celui de la population en général. Bobo, Walker et coll. (1995) et Covey et coll. (1993) disent aussi que des différences possibles entre les sexes en ce qui a trait à la dépression compliquent peut-être le renoncement au tabac.

Une étude d'interventions en tabagisme auprès d'adolescents ayant des antécédents de consommation d'alcool et d'autres drogues (Myers, 2000) a montré que le programme de renoncement au tabac n'avait pas d'influence négative sur les résultats de la consommation. Une réussite modérée des efforts faits pour cesser de fumer est associée à l'intention d'arrêter.

PARTIE 5 Résumé

La recherche montre qu'un fort pourcentage des clients des programmes de traitement sont des fumeurs invétérés et que l'association du tabac et de l'alcool semble faire augmenter le risque de maladie et de décès dans ce groupe. Compte tenu du nombre croissant de recherches sur les dangers pour la santé de la fumée secondaire, l'opinion publique et les politiques gouvernementales en arrivent à souhaiter de plus grandes restrictions en matière d'usage du tabac dans les lieux publics, y compris les établissements de services de santé.

Les politiques d'interdiction de fumer dans les établissements donnent aux fournisseurs de services le moyen d'indiquer qu'ils se préoccupent de la santé et du bien-être de leur clientèle et de leur personnel. Elles ouvrent aussi la porte à l'offre d'options de renoncement au tabac, qui soit s'ajoutent au programme ou en font partie intégrante, et l'appuient. La recherche indique que les taux de réussite des programmes de désaccoutumance au tabac offerts aux clients sont relativement faibles, mais ces programmes réussissent pour un nombre important de clients motivés. De plus, la participation des clients à un programme de renoncement au tabac ne semble pas nuire aux résultats du traitement contre l'alcoolisme et la toxicomanie, et peut, de fait, avoir un effet bénéfique sur celui-ci.

À mesure que la science qui consiste à concevoir sur mesure des politiques et des programmes de renoncement au tabac pour les établissements de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie progresse, nous pouvons nous attendre à ce que les perspectives de bénéfices s'accroissent. Les conclusions de la recherche sont prometteuses pour l'amélioration des résultats du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie ainsi que pour l'amélioration des taux de renoncement au tabac dans cette population difficile. Les pratiques exemplaires relatives aux éléments des politiques et des programmes peuvent maintenant être cernées. Nous en avons appris beaucoup au cours des dix dernières années sur la façon dont les politiques des établissements et des interventions des programmes doivent être mises en œuvre, et dont la programmation peut être segmentée et ciblée de manière à maximiser les taux de participation.

Il n'est plus possible de discuter de l'adoption de politiques d'interdiction de fumer dans les établissements de traitement résidentiels uniquement en fonction de la compatibilité des programmes. La discussion doit plutôt désormais porter sur la question du leadership. En ce qui concerne la mise en œuvre de programmes de renoncement au tabac dans les établissements de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, il est maintenant évident qu'il est possible de réussir à les intégrer et qu'ils peuvent améliorer les résultats globaux des programmes. Il est évident aussi que lorsque ce genre de programme est offert, celui-ci doit être fondé sur plusieurs variables relatives à la motivation des clients et doit offrir une gamme d'options correspondant aux différences essentielles entre les profils de motivation. Enfin, il semble que dans les écrits sur le sujet, les interventions multimodales incluant des composantes pharmacologiques et comportementales soient considérées comme la norme actuelle pour le traitement du tabagisme.

Références

Notes

[1] Il s'agit de la première étape du « modèle du changement par phases », au cours de laquelle le client ne pense pas à changer parce qu'il n'en ressent pas le besoin.

[2] « Témoin » renvoie à un groupe de clients à qui on n'a pas conseillé de cesser de fumer.

[3] Fondé sur les étapes du modèle du changement par phases et consistant en quatre séances de 15 minutes commençant juste avant que le client reçoive son congé, puis à 8, 12 et 16 semaines après le congé.

**Canadian Centre on Substance Abuse, 75 Albert Street, Suite 300, Ottawa,
ON K1P 5E7**
<http://www.ccsa.ca>