

# Recommandations sur les interventions de cessation tabagique pour les adultes au Canada

Brett D. Thombs PhD, Gregory Traversy MSc DPHR, Donna L. Reynolds MD MSc, Eddy Lang MDCM, Stéphane Groulx MD, Brenda J. Wilson MB ChB MSc; pour le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

■ *CMAJ* 2025 August 25;197:E874-92. doi : 10.1503/cmaj.241584-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, *CMAJ* 2025 August 25;197:E846-61. doi : 10.1503/cmaj.241584

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584); voir l'éditorial connexe ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.251171-f](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.251171-f).

## Résumé

**Contexte :** Le tabagisme est la principale cause de maladie et de décès évitables au Canada. L'objectif du présent guide de pratique clinique du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs consiste à fournir aux prestataires de soins primaires des recommandations fondées sur des données probantes concernant les diverses interventions de cessation tabagique pour les personnes non enceintes de 18 ans ou plus qui fument des cigarettes de tabac.

**Méthodes :** Nous avons commandé des revues systématiques des données probantes sur les bienfaits et les méfaits des interventions de cessation tabagique chez les adultes, soit une revue parapluie des revues Cochrane sur des interventions comportementales, pharmacologiques et autres, ainsi qu'une revue systématique sur le recours au vapotage (au moyen de cigarettes électroniques). Nous avons utilisé la méthode GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) pour déterminer le degré de certitude des données probantes relatives à chaque résul-

tat ainsi que de la force des recommandations; nous avons aussi respecté les principes du Guidelines International Network (GIN) pour la gestion des intérêts concurrents, et suivi les directives de l'Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II), du GIN et du Guidance for Reporting Involvement of Patients and the Public (GRIPP2) pour la rédaction du présent document.

**Recommandations :** Afin d'offrir des soins cliniques de qualité, les prestataires se doivent de connaître le statut tabagique de leur patientèle. Nous recommandons que toute personne qui consomme des cigarettes de tabac soit incitée à arrêter de fumer et qu'elle se voie proposer 1 ou plusieurs des interventions de cessation tabagique recommandées (recommandation forte, degré de certitude élevé). Nous présentons ici un « menu » des interventions recommandées, certaines comportementales, d'autres pharmacologiques, et d'autres encore qui combinent ces 2 types d'interventions (interventions combinées). La détermination des pré-

férences d'une personne en vue d'une cessation tabagique doit reposer sur une prise de décision partagée. Dans la plupart des cas, nous suggérons d'éviter le recours à la cigarette électronique à des fins de cessation tabagique, en raison de l'incertitude concernant l'usage de produits de vapotage non approuvés, leurs méfaits potentiels à long terme et leur impact sur la santé publique. Toutefois, nous reconnaissons qu'on peut envisager cette intervention pour des personnes qui ont essayé en vain d'autres interventions ou qui expriment une forte préférence pour cette option.

**Interprétation :** On trouvera dans le présent guide de pratique clinique un menu d'interventions fondées sur des données probantes qui visent à favoriser la cessation tabagique. La stratégie du menu d'intervention encourage la prise de décision partagée afin d'orienter les personnes qui fument vers des interventions auxquelles elles ont accès et qui correspondent à leurs valeurs et à leurs préférences.

Le tabagisme est la principale cause de maladie et de décès évitables au Canada, car il accroît le risque de nombreux types de cancer, de maladies respiratoires, de maladies cardiovasculaires et d'autres problèmes de santé<sup>1-7</sup>. En 2022, 11 % de la population canadienne âgée de 15 ans ou plus fumaient du tabac (13 % des

hommes et 9 % des femmes)<sup>8</sup>, et environ 75 % de ces personnes les faisaient quotidiennement<sup>8</sup>. Toujours au Canada, les populations qui accusent une forte prévalence du tabagisme sont les personnes célibataires, séparées, divorcées ou veuves; celles qui s'identifient comme gaies ou bisexuelles; celles qui ont un faible

## Principaux messages pour le public

- Arrêter de fumer améliore la santé, réduit le risque de maladies graves, comme les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux et le cancer, et accroît l'espérance de vie.
- Bien qu'il soit difficile d'arrêter de fumer, plusieurs interventions efficaces peuvent augmenter les chances de réussite à long terme, notamment les conseils brefs ou le counseling par un ou une prestataire de soins, les médicaments et les outils d'auto-assistance.
- Les personnes qui fument devraient parler à un ou une prestataire de soins afin de s'informer davantage sur les interventions qui pourraient être les meilleures dans leur cas.
- Certaines personnes recourent aux cigarettes électroniques pour arrêter de fumer, mais cette stratégie soulève certaines inquiétudes, notamment quant à l'absence de produits de vapotage approuvés pour la cessation tabagique et au manque d'information concernant leurs effets à long terme sur la santé pulmonaire ou cardiaque.
- Dans la plupart des cas, il est préférable d'envisager d'abord des options autres que la cigarette électronique pour arrêter de fumer.

niveau de scolarité; celles qui occupent des emplois ne nécessitant pas de formation ou de diplômes; celles qui s'identifient comme des membres des Premières Nations, du peuple inuit ou de la Nation métisse; et, enfin, les personnes qui ont reçu un diagnostic de trouble de santé mentale ou de trouble lié à l'usage de substances psychoactives<sup>9,10</sup>. La plupart des méfaits de la cigarette résultent de l'inhalation de la fumée, laquelle contient plus de 7000 substances chimiques, dont quelque 70 sont cancérigènes<sup>2</sup>. Les gens qui fument régulièrement du tabac le font en grande partie en raison du caractère hautement addictif de la nicotine. Cette dépendance entretient le comportement tabagique, même chez les personnes qui souhaiteraient arrêter de fumer<sup>11</sup>.

La cessation tabagique augmente l'espérance de vie et améliore la santé mentale ainsi que la qualité de vie<sup>12,13</sup>. Les interventions comportementales à des fins de cessation tabagique peuvent prendre diverses formes : conseils brefs (quelques minutes ou moins) de la part d'un ou d'une prestataire de soins, counseling individuel ou de groupe offert par une personne-conseil formée en cessation tabagique, services téléphoniques d'aide à la cessation tabagique, interventions par textos, outils d'information et d'auto-assistance, et interventions livrées par Internet au moyen de programmes ou d'applications en ligne. Les interventions offertes sur Internet se distinguent des autres interventions d'auto-assistance en ceci qu'elles peuvent offrir un échange bidirectionnel entre la personne participante et un site Web ou une application<sup>14</sup>. On combine souvent les interventions comportementales et pharmacologiques (interventions combinées).

Au Canada, 3 pharmacothérapies (le bupropion, la thérapie de remplacement de la nicotine [TRN] et la varénicline) sont approuvées à des fins de cessation tabagique<sup>15,16</sup>; d'autres produits, comme la cytosine, sont approuvés comme produits de santé naturels<sup>16</sup>. Les cigarettes électroniques (aussi appelées « vapoteuses » ou « dispositifs électroniques d'administration de nicotine ») peuvent aussi aider certaines personnes à arrêter de fumer ou à réduire les méfaits du tabagisme, si la personne remplace la cigarette de tabac par la cigarette électronique<sup>17</sup>. Toutefois, aucun produit de vapotage n'a été approuvé à des fins de cessation tabagique au Canada<sup>18</sup>.

Les préférences en matière d'interventions pour la cessation tabagique varient, et une même personne peut faire plusieurs tentatives de sevrage tabagique en recourant à différentes interventions ou combinaisons d'interventions avant d'y parvenir<sup>19</sup>. Le présent guide de pratique clinique comporte un menu d'interventions fondées sur des données probantes que les prestataires de soins peuvent dispenser ou recommander afin d'aider les adultes à choisir des interventions qui leur sont accessibles et qui correspondent à leurs valeurs et préférences. Ce guide est le premier du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs à porter sur la cessation tabagique chez les adultes. Il complète les recommandations publiées en 2017 par le Groupe d'étude et qui concernaient les interventions comportementales pour la prévention et le traitement du tabagisme chez les enfants et les jeunes d'âge scolaire<sup>20</sup>.

## Portée

Les présentes recommandations visent à guider les prestataires de soins primaires — médecins, infirmières et infirmiers, et autres personnes agissant comme premier point de contact pour les personnes qui fument — en ce qui concerne la cessation tabagique chez les personnes non enceintes de 18 ans ou plus qui fument des cigarettes de tabac. Ceci inclut toutes les personnes qui fument régulièrement ou à l'occasion, qu'elles soient motivées à cesser ou non. Le Groupe d'étude n'a pas évalué spécifiquement les interventions (ni leur innocuité), dans le cas de personnes enceintes ou qui allaitent.

Ces recommandations s'appliquent aux cigarettes de tabac du commerce (y compris les cigarettes roulées à la main) produites pour une consommation individuelle, peu importe leur lieu de fabrication. Elles ne concernent pas l'usage traditionnel ou cérémoniel du tabac. Ce guide de pratique clinique ne comporte pas de recommandations sur les interventions visant à promouvoir la cessation d'autres produits du tabac (p. ex., les sachets de nicotine).

Bien que le présent guide de pratique clinique s'adresse aux prestataires de soins primaires, le Groupe d'étude reconnaît que la lutte contre les iniquités liées au tabagisme nécessitera probablement l'engagement d'un plus large spectre de parties prenantes pour organiser stratégiquement les efforts en cessation, afin que ceux et celles qui éprouvent les plus grandes iniquités soient davantage soutenus. En ce sens, ce guide de pratique clinique peut aussi être utile hors des milieux cliniques de première ligne (p. ex., pour le grand public et les décideurs politiques).

## Recommandations

Nous avons présenté nos recommandations sur les interventions de cessation tabagique sous la forme d'un menu comprenant les interventions comportementales, les interventions pharmacologiques, le recours aux cigarettes électroniques et d'autres options. On trouvera le résumé de ces recommandations dans le tableau 1, et des précisions sur leur force respective dans l'encadré 1. La figure 1 présente une récapitulation visuelle du guide de pratique clinique.

Nos recommandations reposent sur une revue parapluie des revues Cochrane portant sur les interventions de cessation

tabagique<sup>22</sup>, et le degré de certitude de leurs effets est décrit dans l'annexe 1 (accessible en anglais ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content)). Nous avons recensé 22 revues systématiques Cochrane portant sur des interventions comportementales, des pharmacothérapies, des interventions comportementales et pharmacologiques combinées, et d'autres types d'interventions<sup>22</sup>. Nous avons mis notre recherche à jour en juin 2024, et les résultats sur les bienfaits et les méfaits concordent avec ceux constatés lors des recherches précédentes (annexe 2, accessible en anglais ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content)). Nous avons aussi procédé à une revue systématique d'études originales sur les bienfaits et les méfaits de l'usage de la cigarette électronique pour la cessation tabagique. Nous avons repéré 17 essais contrôlés randomisés (ECR) et 1 étude de cohorte<sup>23</sup>, que nous avons comparés à la revue systématique dynamique de Cochrane sur la cigarette électronique publiée en janvier 2025<sup>24</sup>.

Au cours des travaux d'élaboration du présent guide de pratique clinique, nous avons consulté des membres du public, qui nous ont fourni des renseignements sur les valeurs et les préférences de la patientèle, et notamment sur l'importance des résultats des interventions. L'annexe 3 (accessible en anglais ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content)) présente les caractéristiques de ces personnes, la méthodologie utilisée et les données obtenues. Selon les personnes qui ont participé à ces travaux, les bienfaits potentiels cruciaux dans la prise de décision étaient la cessation tabagique et la qualité de vie, et les méfaits potentiels ont été jugés importants ou cruciaux (voir la section « Methods » de l'annexe 3). À la suite de notre examen de l'évaluation des résultats réalisée par les personnes du public, 2 experts-conseils et les membres du Groupe d'étude, seule la cessation tabagique figurait encore sur la liste finale des résultats cruciaux. La liste des résultats jugés importants comprenait la

**Tableau 1 (partie 1 de 2): Sommaire des recommandations pour la cessation tabagique**

Recommandation*	Estimation de l'ampleur des bienfaits par rapport aux soins usuels ou à l'absence d'intervention†	Degré de certitude des bienfaits estimés
<b>Recommandations fortes</b>		
Statut tabagique		
Pour offrir des soins cliniques de qualité, les prestataires se doivent de connaître le statut tabagique de leur patientèle. Toute personne qui fume des cigarettes de tabac doit être incitée à arrêter de fumer et se voir proposer une ou plusieurs des interventions de cessation tabagique recommandées.	Grande	Élevé
Interventions combinées		
Combinaisons d'interventions comportementales et pharmacologiques (avec bupropion, cytisine, TRN ou varénicline)	De modérée à grande	Faible
Interventions comportementales		
Conseil ou information (intervention individuelle offerte par un ou une prestataire de soins; de minimale à intensive)	Modérée	Faible
Counseling (individuel; offert par une personne-conseil formée en cessation tabagique)	Faible	Faible
Counseling (de groupe, offert par une personne-conseil formée en cessation tabagique)	Faible	Faible
Counseling (par ligne d'aide téléphonique; offert par une personne-conseil formée en cessation tabagique)	Faible	Modéré
Counseling (par téléphone; offert par une personne-conseil formée en cessation tabagique; intensif)	Modérée	Faible
Intervention par téléphone mobile (y compris par textos)	Modérée	Faible
Outils d'auto-assistance (personnalisés ou non, mais sans contact)	Faible	Élevé
Pharmacothérapie		
Bupropion	De faible à modérée	Faible
Cytisine	Modérée	Faible
TRN (gommes, timbres, inhalateurs; n'inclut pas les cigarettes électroniques)	Modérée	Faible
Varénicline	Grande	Modéré
<b>Recommandations conditionnelles</b>		
Interventions comportementales		
Programmes informatiques ou en ligne interactifs avec soutien comportemental direct	Inconnue (dépend du soutien comportemental fourni)	Très faible

**Tableau 1 (partie 2 de 2): Sommaire des recommandations pour la cessation tabagique**

Recommandation*	Estimation de l'ampleur des bienfaits par rapport aux soins usuels ou à l'absence d'intervention†	Degré de certitude des bienfaits estimés
<b>Recommandations conditionnelles défavorables</b>		
Interventions comportementales		
Programmes informatiques ou en ligne interactifs sans autre soutien comportemental (entièrement automatisé ou autogéré)	De faible à nulle	Très faible
Cigarettes électroniques		
Cigarettes électroniques avec nicotine	De faible à modérée	Faible
Cigarettes électroniques sans nicotine	Faible	Faible
<b>Recommandations fortes défavorables</b>		
Pharmacothérapie		
S- adénosyl-L-méthionine	De faible à nulle	Très faible
Millepertuis	De faible à nulle	Faible
Autres thérapies		
Hypnothérapie	Inconnue	Très faible
Acupuncture	De faible à nulle	Faible
Auriculothérapie‡	Inconnue	Très faible
Thérapie au laser§	Inconnue	Très faible
Électrostimulation¶	Inconnue	Très faible
Remarque : texto = minimessage, messagerie texte; TRN = thérapie de remplacement de la nicotine. *Les interventions sont énumérées par ordre alphabétique dans chaque catégorie. †Pour obtenir des renseignements détaillés sur les estimations des bienfaits et des méfaits des interventions, voir l'annexe 1 (accessible en anglais ici : <a href="http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content">www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content</a> ). ‡Stimulation auriculaire continue à l'aide d'aiguilles implantées ou d'autres moyens pour appliquer une stimulation continue à l'oreille. §Application de lasers de faible intensité sur des sites anatomiques précis. ¶Application de courant électrique sur des sites anatomiques précis à la tête.		

réduction du tabagisme, la qualité de vie, les effets indésirables, la prise de poids, les changements de l'état émotionnel et la perte du groupe social.

Les recommandations ont été principalement guidées par les données sur la cessation tabagique, qui procure des bienfaits substantiels pour la santé et qui était le résultat le plus souvent mentionné. Pour toutes les interventions, nous avons tenu compte des méfaits bien documentés du tabagisme (p. ex., cancer, maladies cardiovasculaires et respiratoires).

Nous avons formulé des recommandations globales sur les divers types d'interventions, plutôt que sur des doses, des durées ou un classement comparatif, car la méthode de « revue parapluie » que nous avons utilisée limitait notre capacité à émettre des recommandations détaillées pour chacune des interventions. De plus, le Groupe d'étude a pris en considération le fait que de nombreuses personnes fumeuses tenteront plusieurs types d'interventions avant de trouver celle qui leur convient le mieux, et que les préférences des patients et patientes (p. ex., le désir d'éviter les médicaments) exprimées dans le cadre d'une prise de décision partagée sont plus susceptibles de guider les décisions individuelles en matière de cessation tabagique que le fait de connaître l'intervention qui pourrait être optimale par rapport aux autres.

### Statut tabagique

*Afin d'offrir des soins cliniques de qualité, les prestataires de soins doivent connaître le statut tabagique de leur patientèle. Nous recommandons que toute personne qui fume des cigarettes de tabac soit incitée à arrêter de fumer et qu'elle se voie proposer 1 ou plusieurs des interventions de cessation tabagique recommandées (recommandation forte, degré de certitude élevé).*

On doit inviter les personnes qui fument à s'engager dans une démarche de prise de décision partagée quant au choix des interventions à utiliser. Au cours de ce processus collaboratif, les prestataires de soins aident la personne à faire des choix compatibles avec les données probantes ainsi qu'avec ses valeurs et ses préférences<sup>25</sup>.

### Interventions

Nous recommandons fortement plusieurs interventions comportementales, pharmacologiques et combinées, dont les bienfaits dans la cessation tabagique sont attestés par des données probantes. Nous recommandons de façon conditionnelle certaines interventions comportementales, lorsque le degré de certitude des données probantes est faible ou que l'efficacité de ces interventions dépend de l'ampleur du soutien supplémentaire

### Encadré 1 : Classement des recommandations

Les recommandations sont classées selon la méthode GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)<sup>21</sup>. Qu'une recommandation soit qualifiée de forte ou de conditionnelle dépend de considérations telles que l'estimation du degré de certitude des résultats d'une intervention, notamment de leur ampleur; l'estimation de la façon dont la patientèle valorise et hiérarchise les résultats, ainsi que de la variabilité de ces estimations; et l'utilisation judicieuse des ressources.

Le degré de certitude des données probantes est jugé élevé, modéré, faible ou très faible, selon la probabilité que des recherches ultérieures modifient le degré de confiance qu'a le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs en l'estimation des résultats.

#### Recommandations fortes

- Les recommandations fortes sont celles que le Groupe d'étude émet s'il est assez convaincu que les bienfaits d'une intervention l'emportent sur ses méfaits (recommandation forte en faveur d'une intervention) ou que les méfaits d'une intervention l'emportent sur ses bienfaits (recommandation forte en défaveur d'une intervention). Une recommandation forte présuppose que la plupart des gens seront mieux servis par la ligne de conduite recommandée.
- Les recommandations fortes reposent généralement sur des données probantes d'un degré de certitude élevé (autrement dit, on a une grande confiance dans l'estimation des résultats d'une intervention); elles peuvent se faire en faveur d'une intervention (grande confiance quant à ses bienfaits nets) ou en défaveur d'une intervention (grande confiance quant à ses méfaits nets). Il existe toutefois des circonstances où une recommandation forte peut être envisagée à partir de données probantes dont le degré de certitude est faible ou très faible, en absence de données probantes attestant des bienfaits, ou malgré le très faible degré de certitude des données probantes attestant des bienfaits.
- En l'absence de données probantes permettant d'affirmer avec confiance que la mise en œuvre d'un nouveau service préventif procure des bienfaits, ou lorsque conclure à d'éventuels bienfaits exige beaucoup de spéculation reposant sur des liens entre des données probantes incertaines, mais qu'il existe un fort degré de certitude quant aux méfaits que subirait certaines personnes

ou à des dépenses de ressources limitées en santé, le Groupe d'étude peut émettre une recommandation forte en défaveur de la mise en œuvre du service. Ce qui précède est conforme à la méthode GRADE, selon laquelle des recommandations fortes peuvent parfois être émises même sur la base de données d'un faible degré de certitude si elles sont accompagnées par un fort degré de certitude quant aux méfaits ou au mésusage de ressources, et cela, compte tenu de l'importance que le Groupe d'étude accorde à l'utilisation judicieuse des ressources limitées en soins primaires.

#### Recommandations conditionnelles

- Des recommandations conditionnelles sont émises lorsque les bienfaits l'emportent probablement sur les méfaits (recommandation conditionnelle en faveur d'une intervention) ou que les méfaits l'emportent probablement sur les bienfaits (recommandation conditionnelle en défaveur d'une intervention), mais qu'il existe un degré d'incertitude notable. On formule des recommandations conditionnelles lorsque le degré de certitude des données probantes est plutôt faible; lorsque la marge entre les résultats souhaitables et indésirables est mince, et que l'équilibre dépend des valeurs et préférences de la patientèle; ou lorsque ces valeurs et préférences varient beaucoup selon les gens. On peut également recourir aux recommandations conditionnelles dans les cas où le rapport coûts-bienfaits est ambigu; ceux où des parties prenantes importantes divergent sur l'acceptabilité ou la faisabilité de l'intervention; et ceux où les effets sur l'équité en santé ne sont pas évidents.
- Dans certains cas où l'on émet une recommandation conditionnelle en faveur d'une intervention, les professionnels et professionnelles de la santé sont encouragés à s'engager dans une démarche de prise de décision partagée avec la personne, à reconnaître que différentes options conviendront à différentes personnes et à aider chacun et chacune à choisir une intervention conforme à ses valeurs et préférences. Les professionnels et professionnelles de la santé doivent reconnaître que diverses interventions seront les plus appropriées selon les gens, et que chaque intervention choisie doit refléter les valeurs et préférences de la personne concernée\*.

\*Pour faciliter la prise de décisions éclairées par les données probantes et conformes aux priorités de chaque personne, le Groupe d'étude propose des outils de transfert des connaissances sur son site Web ([www.canadiantaskforce.ca/fr/](http://www.canadiantaskforce.ca/fr/)).

qui les accompagne. Nous recommandons fortement d'éviter le recours à plusieurs interventions pour lesquelles les données sur l'efficacité dans la cessation tabagique sont lacunaires. En plus de ces recommandations, qui sont réunies au tableau 1, nous avons formulé une recommandation particulière concernant les cigarettes électroniques.

*Nous suggérons de ne pas utiliser la cigarette électronique à des fins de cessation tabagique, sauf dans certaines circonstances (recommandation conditionnelle, faible degré de certitude).*

Dans le cas de personnes qui ont essayé d'autres interventions sans succès, qui ne souhaitent pas en essayer d'autres ou qui expriment une forte préférence pour cette méthode, les prestataires de soins peuvent s'engager dans une démarche de prise de décision partagée concernant le recours éventuel à la cigarette électronique, avec ou sans nicotine. Les personnes qui décident de remplacer la cigarette de tabac par la cigarette élec-

tronique pour tenter une cessation tabagique doivent être informées des incertitudes qui persistent à l'égard des produits de vapotage, notamment l'absence de produits approuvés à formulation constante pour cet usage thérapeutique, l'absence de données sur leur innocuité à long terme et le fait que la poursuite indéfinie du vapotage de nicotine ne résout pas la dépendance à cette substance.

### Bienfaits des interventions

#### Interventions comportementales

Notre revue parapluie<sup>22</sup> indique que plusieurs interventions comportementales accroissent efficacement la cessation tabagique, y compris les conseils brefs d'un ou d'une prestataire de soins de santé (26 ECR,  $n = 22\,239$ ; 36 personnes de plus cessent de fumer pour 1000; intervalle de confiance [IC] à 95 % de 28 à 46 de plus). Le counseling individuel (27 ECR,  $n = 11\,100$ ; 40 de plus pour 1000, IC à 95 % de 28 à 54 de plus) et le counseling de groupe

# Recommandations sur les interventions de cessation tabagique pour les adultes au Canada

## RECOMMANDATIONS

- **Connaissez** le statut tabagique de vos patients et patientes
- **Encouragez** toute votre patientèle qui fume à arrêter de fumer
- **Offrez 1** ou plusieurs interventions recommandées pour la cessation tabagique
- **Engagez** un processus de décision partagée afin de déterminer la ou les meilleures options

## Interventions

### Recommandations fortes favorables

- **Interventions comportementales**
  - Conseils offerts par les prestataires de soins primaires
  - Counseling individuel ou de groupe assuré par une personne-conseil formée en cessation tabagique (en personne ou par téléphone)
  - Interventions par textos
  - Outils d'auto-assistance
- **Pharmacothérapie**
  - Bupropion
  - Cytisine
  - Thérapie de remplacement de la nicotine (timbre, gomme, pastilles, inhalateur, vaporisateur)
  - Varénicline
- **Combinaisons d'interventions comportementales et pharmacologiques**

### Recommandation conditionnelle favorable

- Programmes informatiques ou en ligne interactifs avec soutien comportemental direct

### Recommandations fortes défavorables

- Acupuncture
- Hypnothérapie
- Thérapie au laser
- Auriculothérapie
- Électrostimulation
- Millepertuis
- S-адénosyl-L-méthionine

### Recommandations conditionnelles défavorables

- Programmes informatiques ou en ligne interactifs sans autre soutien
- Cigarettes électroniques\*



Nous suggérons de ne pas utiliser la cigarette électronique\*, sauf pour les personnes qui :

- Ont essayé en vain d'autres interventions
- Ne souhaitent pas essayer d'autres interventions
- Expriment une forte préférence pour les cigarettes électroniques

Aucune cigarette électronique n'a été approuvée pour la cessation tabagique au Canada.

\*Avec ou sans nicotine.

Figure 1 : Résumé de recommandations du guide de pratique clinique. Voir l'onglet Related Content pour une version accessible.

(9 ECR,  $n = 1098$ ; 108 de plus pour 1000, IC à 95 % de 54 à 186 de plus), que ce soit en personne ou par téléphone, se sont aussi révélés efficaces s'ils sont assurés par une personne-conseil formée en cessation tabagique. Les interventions par textos sur un téléphone mobile accroissent également la cessation tabagique (12 ECR,  $n = 11\,885$ ; 37 de plus pour 1000, IC à 95 % de 26 à 50 de plus). Les autres interventions comportementales efficaces sont les outils d'auto-assistance : non personnalisés et sans contact en personne (11 ECR,  $n = 13\,241$ ; 10 de plus pour 1000, IC à 95 % de 2 à 19 de plus), non personnalisés avec contact en personne (4 ECR,  $n = 2\,822$ ; 18 de plus pour 1000, IC à 95 % de 1 à 41 de plus), et personnalisés (10 ECR,  $n = 14\,259$ ; 20 de plus pour 1000, IC à 95 % de 11 à 31 de plus).

Les données sur les interventions en ligne, avec ou sans soutien additionnel (p. ex., accès à un conseiller ou une conseillère en cessation tabagique) ont un très faible degré de certitude<sup>22</sup>.

### Pharmacothérapie et interventions comportementales et pharmacologiques combinées

Les options pharmacologiques efficaces sont le bupropion (4 ECR,  $n = 404$ ; 128 de plus pour 1000, IC à 95 % de 38 à 268 de plus), la cytisine (2 ECR,  $n = 937$ ; 64 de plus pour 1000, IC à 95 % de 22 à 147 de plus), la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) (8 ECR,  $n = 3\,081$ ; 44 de plus pour 1000, IC à 95 % de 22 à 73 de plus), et la varénicline (27 ECR,  $n = 12\,625$ ; 138 de plus pour 1000, IC à 95 % de 118 à 159 de plus). Les stratégies qui combinent des interventions pharmacologiques et comportementales se sont aussi révélées efficaces (52 ECR,  $n = 19\,488$ ; 71 de plus pour 1000, IC à 95 % de 58 à 84 de plus).

Un ECR ( $n = 120$ ) a fourni des données probantes d'un très faible degré de certitude quant à l'effet de la S-adénosyl-L-méthionine (SAME) sur la cessation tabagique (38 de moins pour 1000, IC à 95 % de 95 de moins à 134 de plus)<sup>26</sup>. Deux ECR ( $n = 261$ ) portant sur l'utilisation du millepertuis dans la cessation tabagique ont indiqué que cette intervention pourrait entraîner moins de cessations tabagiques qu'un placebo (10 de moins pour 1000, IC à 95 % de 40 de moins à 83 de plus), mais avec une imprécision très importante<sup>22</sup>.

### Autres interventions

Les données sur l'hypnothérapie, l'auriculothérapie, la thérapie au laser et l'électrostimulation présentent toutes un très faible degré de certitude. L'acupuncture pourrait avoir un effet minime ou nul sur la cessation tabagique (11 ECR,  $n = 1\,892$ ; 11 de plus pour 1000, IC à 95 % de 15 de moins à 43 de plus).

### La cigarette électronique

Un ECR ( $n = 657$ )<sup>27</sup> a révélé que, du point de vue de la cessation tabagique, le vapotage de nicotine accompagné d'un soutien comportemental pourrait entraîner des bienfaits légèrement supérieurs à ceux du vapotage de produits sans nicotine avec soutien comportemental (32 de plus pour 1000, IC à 95 % de 19 de moins à 196 de plus; faible degré de certitude). Un autre ECR ( $n = 999$ ) a montré que le vapotage de nicotine accompagné d'un soutien comportemental et d'un accès à des timbres de nicotine a probablement des bienfaits légèrement supérieurs à

ceux du vapotage de produits sans nicotine accompagné d'un soutien comportemental et d'un accès à des timbres de nicotine (30 de plus pour 1000, IC à 95 % de 1 à 79 de plus; degré de certitude modéré)<sup>28</sup>. Ce même ECR indiquait également des bienfaits modérés dans la cessation du tabac en ce qui a trait au vapotage de nicotine accompagné d'un soutien comportemental et de l'accès à des timbres de nicotine, comparativement aux timbres de nicotine accompagnés d'un soutien comportemental, sans vapotage (46 de plus pour 1000, IC à 95 % de 2 de moins à 200 de plus; faible degré de certitude).

Six autres études comparatives similaires (taille d'échantillon : 80–837) portaient sur la cessation et la réduction tabagiques, mais le degré de certitude de leurs données était très faible<sup>29–35</sup>. Un ECR où l'on comparait le vapotage de nicotine à la TRN ( $n = 135$ ) indiquait de possibles bienfaits importants de l'usage de la cigarette électronique dans la cessation tabagique (161 de plus pour 1000, IC à 95 % de 15 à 785 de plus; faible degré de certitude); toutefois, nous avons des doutes sur l'intervalle de confiance extrêmement large et sur la généralisabilité de l'étude, telle que conçue, à la pratique clinique<sup>36</sup>. Dans un autre ECR ( $n = 624$ ), on a comparé les cigarettes électroniques sans nicotine accompagnées d'un soutien comportemental et d'un accès à des timbres de nicotine au soutien comportemental accompagné d'un accès aux timbres de nicotine seuls<sup>28</sup>; l'ajout de la cigarette électronique sans nicotine semble avoir apporté de légers bienfaits dans la cessation tabagique (16 de plus pour 1000, IC à 95 % de 12 de moins à 109 de plus; faible degré de certitude). Deux autres études portaient également sur les mêmes comparaisons relatives à la cigarette électronique sans nicotine ( $n = 249$  et  $n = 140$ ), mais le degré de certitude de leurs données était très faible<sup>29,30</sup>.

Dans l'ensemble, les ECR<sup>27–29,31–39</sup> portant sur l'efficacité des cigarettes électroniques dans la cessation tabagique indiquaient que le vapotage de nicotine pourrait résulter en un bénéfice de cessation faible ou modéré lors du suivi à 6 mois, comparativement aux cigarettes électroniques sans nicotine ou à l'absence d'intervention, les 2 groupes ayant un soutien comportemental ou un accès à la TRN<sup>23</sup>. La cigarette électronique sans nicotine pourrait procurer de légers bienfaits dans la cessation tabagique (annexe 1)<sup>23</sup>.

Il existait des différences mineures entre notre revue et la revue systématique dynamique Cochrane sur les cigarettes électroniques pour ce qui est des critères d'inclusion des études et des méta-analyses entreprises, probablement parce que notre revue ciblait les soins primaires. Cependant, les conclusions sur les effets concordaient<sup>23,24</sup>.

## Méfais des interventions

### Interventions comportementales

Notre revue parapluie n'a fait état d'aucune donnée sur les méfaits causés par les conseils des prestataires de soins, le counseling individuel ou de groupe assuré par une personne-conseil formée en cessation tabagique, les outils d'auto-assistance ou les interventions par Internet<sup>22</sup>. Les données sur les interventions par textos sur un téléphone mobile laissent entrevoir des méfaits

minimes ou nuls (1 ECR,  $n = 1075$ ; 6 accidents de la route de moins pour 1000, IC à 95 % de 21 de moins à 18 de plus; 5 cas de douleurs aux articulations des pouces ou des doigts de plus pour 1000, IC à 95 % de 15 de moins à 33 de plus; faible degré de certitude)<sup>40</sup>.

### Pharmacothérapie et combinaison d'interventions comportementales et pharmacologiques

Notre revue parapluie montrait que le bupropion pouvait n'entraîner que des méfaits minimes ou nuls, mais le degré de certitude des données était soit très faible, soit impossible à évaluer en raison de l'insuffisance des données fournies<sup>22</sup>. Une mise à jour de la revue Cochrane sur le bupropion<sup>41</sup> faisait état d'une possible faible augmentation des effets indésirables, ce qui pourrait constituer un léger méfait (annexe 1 et annexe 2). Notre revue parapluie initiale a permis de constater des taux similaires d'effets indésirables bénins (p. ex., nausées, agitation, insomnie, irritabilité) dans les groupes des essais sur la cytisine<sup>22</sup>. Toutefois, une mise à jour de la revue Cochrane sur la cytisine<sup>42</sup> a montré une possible faible augmentation des effets indésirables, ce qui pourrait constituer un léger méfait (4 ECR,  $n = 4052$ ; rapport de risque de 1,22, IC à 95 % de 1,07 à 1,39 pour des effets indésirables comme les nausées, la sécheresse buccale et les troubles du sommeil; degré de certitude non évalué) (annexe 1 et annexe 2). La TRN cause probablement de légers méfaits sous forme de palpitations ou de douleurs thoraciques accrues (15 ECR,  $n = 11074$ ; 12 de plus pour 1000, IC à 95 % de 5 à 21 de plus; degré de certitude modéré), mais ses autres effets indésirables (tels que le hoquet, les troubles gastro-intestinaux, l'irritation cutanée liée aux timbres, l'irritation de la gorge ou l'écoulement nasal) constituent un méfait minime ou nul<sup>43</sup>.

La varénicline entraîne de légers méfaits — notamment une augmentation des nausées (32 ECR,  $n = 14963$ ; 192 de plus pour 1000, IC à 95 % de 169 à 216 de plus; degré de certitude élevé), de l'insomnie (29 ECR,  $n = 14447$ ; 41 de plus pour 1000, IC à 95 % de 29 à 54 de plus; degré de certitude élevé), des rêves anormaux (26 ECR,  $n = 13682$ ; 64 de plus pour 1000, IC à 95 % de 50 à 79 de plus; degré de certitude modéré), des céphalées (25 études,  $n = 13835$ ; 17 de plus pour 1000, IC à 95 % de 7 à 30 de plus; degré de certitude élevé) — de même que, possiblement, des effets indésirables graves (26 ECR,  $n = 15000$ ; 6 de plus pour 1000, IC à 95 % de 0 à 12 de plus; degré de certitude élevé)<sup>44</sup>. Toutefois, les auteurs et autrices des études estimaient que la plupart des effets indésirables graves n'étaient pas liés au traitement. Ces études montraient des différences minimales ou nulles pour ce qui est de la dépression (36 ECR,  $n = 16189$ ; 1 de moins pour 1000, IC à 95 % de 6 de moins à 3 de plus; degré de certitude élevé) ou des idées suicidaires (24 études,  $n = 11139$ ; 2 de moins pour 1000, IC à 95 % de 4 de moins à 0; degré de certitude élevé)<sup>44</sup>.

Notre revue parapluie n'a révélé aucune donnée sur les méfaits des interventions combinées (pharmacologiques et comportementales) ni sur ceux du millepertuis et de la SAME<sup>22</sup>.

### Autres interventions

Notre revue parapluie n'a fait état d'aucune donnée probante sur les méfaits de l'hypnothérapie, de l'acupuncture, de l'auriculothérapie, de la thérapie au laser et de l'électrostimulation<sup>22</sup>.

### Cigarettes électroniques

Quatorze ECR<sup>27-31,33,34,36,37,39,45-48</sup> et 1 étude de cohorte<sup>49</sup> ont fourni des données sur les méfaits du vapotage, presque tous après de 3-6 mois de suivi. Ces données montrent peu ou pas de différence quant aux effets indésirables (p. ex., sécheresse de la bouche ou de la gorge, nausée, céphalées, insomnie, irritabilité, toux, essoufflement) par rapport aux groupes témoins. Dans 2 des ECR ( $n = 999$  et  $n = 300$ )<sup>28,39</sup>, les effets indésirables se sont produits à des taux similaires de 2 %-7 % dans les groupes de vapotage et dans les groupes témoins. Dans une autre étude ( $n = 657$ ; degré de certitude de faible à modéré)<sup>27</sup>, de 80 %-86 % des participantes et participants des 2 groupes ont rapporté au moins un effet indésirable. Les taux d'effets indésirables graves étaient également similaires (aucun effet lié au traitement dans 2 des ECR,  $n = 657$  et  $n = 999$ ; faible degré de certitude)<sup>27,28</sup>, de même que l'ampleur de la prise de poids associée à l'usage de cigarettes électroniques, que ce soit avec ou sans nicotine<sup>28</sup>. Un ECR a fourni des données sur les effets indésirables après 12 mois, mais le degré de certitude était très faible<sup>39</sup>. Une étude de cohorte n'a révélé aucun effet indésirable grave ni aucune différence dans les maladies liées au tabac après 4 ans d'utilisation de cigarettes électroniques à la nicotine, comparativement au tabagisme usuel (le degré de certitude n'a pas pu être évalué)<sup>49</sup>. Les conclusions de la revue systématique dynamique Cochrane sur les méfaits potentiels allaient dans le même sens<sup>24</sup>.

### Utilisation des ressources

De nombreuses interventions comportementales sont couvertes par les systèmes de santé provinciaux et territoriaux ou offertes gratuitement (p. ex., les lignes téléphoniques d'aide à la cessation tabagique); de plus, dans tous les cas, les provinces et territoires couvrent ou remboursent au moins en partie la pharmacothérapie, y compris les produits nicotiques pour la TRN, lesquels sont considérés comme des produits de santé naturels<sup>50-53</sup>. Toutefois, certaines personnes doivent assumer elles-mêmes les coûts de certaines interventions comportementales ou pharmacologiques. Ainsi, la cytisine est approuvée en tant que produit de santé naturel, mais, contrairement aux produits nicotiques pour la TRN, elle n'est pas couverte<sup>51,54</sup>. Aucune province ni aucun territoire ne couvre les produits de vapotage à des fins de cessation tabagique<sup>55</sup>. Notons que, grâce à l'économie réalisée sur l'achat des cigarettes, les dépenses nettes des personnes qui réussissent à arrêter de fumer du tabac diminuent. Nous n'avons pas évalué les coûts pour les systèmes de santé, mais d'autres études ont établi la rentabilité des programmes de cessation tabagique<sup>56-64</sup>.

### Faisabilité, acceptabilité et équité

#### Faisabilité

Les milieux de soins primaires au Canada fournissent couramment des interventions comportementales et pharmacologiques visant la cessation tabagique, et de nombreuses personnes utilisent déjà la cigarette électronique à cette fin<sup>19,66</sup>. On considère donc que choisir une intervention appropriée est faisable, bien que certaines personnes puissent se heurter à des obstacles

financiers, relativement à certaines interventions. La couverture limitée de la pharmacothérapie et du counseling et l'accès limité aux soins primaires peuvent compromettre cette faisabilité pour certaines personnes<sup>50,51</sup>.

### Acceptabilité

La plupart des personnes qui fument la cigarette éprouvent un certain désir d'abandonner le tabac, et beaucoup ont déjà eu recours à du soutien comportemental ou pharmacologique pour y parvenir<sup>19,66</sup>. Ce constat suppose une acceptabilité, tant chez les personnes qui fument que chez les prestataires de soins, même si les effets indésirables de la pharmacothérapie peuvent inquiéter certaines personnes<sup>67,68</sup>.

Le recours aux cigarettes électroniques pour arrêter de fumer semble acceptable pour une partie de la population, non seulement parce que bien des gens y recourent<sup>19,66</sup>, mais aussi en raison des bienfaits d'une potentielle cessation tabagique, comparativement aux méfaits du tabagisme. Toutefois, l'absence de produits de vapotage approuvés et à la formulation constante ainsi que le manque de données sur l'innocuité à long terme de ces produits peuvent avoir un effet dissuasif sur certaines personnes et certains prestataires de soins.

### Équité

Les iniquités liées aux méfaits du tabac résultent probablement de multiples déterminants sociaux de la santé, de l'accès aux produits du tabac, de l'influence de l'industrie du tabac, des mesures de lutte antitabagique à grande échelle et de la disponibilité de l'aide à la cessation tabagique<sup>9,69</sup>. Les interventions efficaces recommandées dans le présent guide de pratique clinique, à condition d'être accessibles et offertes dans un cadre sécurisant sur le plan culturel, peuvent remédier à certains des facteurs qui contribuent aux iniquités liées aux méfaits du tabac sur la santé, mais pas à tous. Des obstacles comme l'accès aux interventions — notamment à des interventions adaptées à la culture — et le coût de ces dernières en limitent les retombées positives dans les groupes les plus marginalisés, et risquent même d'aggraver les iniquités liées aux méfaits du tabac sur la santé. Les personnes les plus exposées aux méfaits du tabagisme sont aussi celles qui ont le plus à gagner de ces interventions; cependant, si l'adhésion à ces interventions est plus forte dans les groupes socialement favorisés que dans les autres groupes, cela risque d'accentuer les écarts.

### Justification

#### Interventions comportementales

Les conseils offerts par les prestataires de soins primaires, le counseling individuel ou de groupe (en personne ou par téléphone) assuré par une personne-conseil formée en cessation tabagique, les interventions par textos sur téléphone mobile et les outils d'auto-assistance sont autant d'interventions comportementales qui procurent des bienfaits au moins modestes dans la cessation tabagique (annexe 1). Même si on juge faible le degré de certitude de la plupart des données relatives à ces bienfaits, la constance des effets d'interventions semblables a renforcé le degré de certitude général quant à l'équilibre du rapport

bienfaits–méfaits. Les méfaits des interventions comportementales se sont révélés minimes ou nuls, et les considérations relatives à la faisabilité, à l'acceptabilité et à l'équité leur étaient largement favorables. Par conséquent, le Groupe d'étude recommande fortement ces interventions comportementales, qui ont démontré des bienfaits au moins modestes et néanmoins importants pour la cessation tabagique.

La certitude des données disponibles quant à une efficacité potentielle des interventions interactives sur Internet sans soutien personnalisé additionnel (c.-à-d., ne comportant que l'interaction entre la personne et le site Web ou l'application) était très faible. Notre recommandation conditionnelle en leur défaveur repose donc sur des considérations de ressources et de coût de renonciation pour des personnes fumeuses qui utiliseraient ces interventions au lieu de celles dont l'efficacité est démontrée. Malgré le très faible degré de certitude des données probantes sur les interventions par Internet accompagnées d'un soutien comportemental (c.-à-d., d'une interaction bidirectionnelle entre la personne et le site Web ou l'application, avec accès à un infirmier ou une infirmière, ou à un ou une autre prestataire de soins), l'estimation ponctuelle était du même ordre que pour les autres interventions comportementales. Le Groupe d'étude estime que les interventions par Internet intégrant un soutien comportemental efficace pourraient avoir des bienfaits et émet donc une recommandation conditionnelle en leur faveur.

#### Pharmacothérapie et interventions comportementales et pharmacologiques combinées

Les interventions recourant au bupropion, à la cytisine, à la TRN, à la varénicline ainsi que celles qui combinent des interventions pharmacologiques et comportementales ont accru les taux de cessation tabagique (annexe 1). Les méfaits relevés consistaient en une augmentation des effets indésirables dont l'ampleur a été jugée faible, malgré l'importance des méfaits. Globalement, les considérations de faisabilité, d'acceptabilité et d'équité faisaient pencher la balance nettement en faveur de ces interventions. Compte tenu du degré de certitude de faible à modéré d'une cessation tabagique accrue grâce à ces pharmacothérapies, par rapport à leurs légers méfaits, et considérant la gravité des méfaits du tabagisme, le Groupe d'étude recommande fortement les interventions pharmacologiques qui favorisent la cessation tabagique.

Le Groupe d'étude émet également une forte recommandation en faveur des interventions pharmacologiques et comportementales combinées. Les données probantes sur de telles combinaisons portaient principalement sur la TRN ou le bupropion, mais, selon le Groupe d'étude, ces résultats s'appliquent vraisemblablement à la varénicline<sup>70</sup> et, possiblement, à la cytisine. L'ampleur des bienfaits peut varier selon la pharmacothérapie utilisée.

Des méfaits sont associés aux tentatives de cessation tabagique infructueuses et à la poursuite du tabagisme, à cause de la prolongation de l'exposition à la fumée de cigarette. Il existe des traitements pour lesquels les données probantes indiquent un rapport bienfaits–méfaits favorable, de sorte que le recours à des traitements à l'efficacité très incertaine comporte un coût de renonciation élevé dans la mesure où l'on ne tente pas une intervention potentiellement efficace. De plus, le recours à des

interventions dont les données probantes n'ont pas démontré les bienfaits plutôt qu'à des interventions efficaces pourrait mobiliser inutilement des ressources publiques<sup>71</sup>. Par conséquent, nous recommandons fortement d'éviter le recours au millepertuis et à la SAME, compte tenu du manque de données probantes attestant leurs bienfaits, mais aussi de leur coût de renonciation et des ressources qu'elles mobiliseraient inutilement si des personnes fumeuses les privilégiaient au détriment des interventions aux bienfaits attestés par des données probantes.

### Autres interventions

Le degré de certitude des données probantes sur les effets dans la cessation tabagique de la plupart des autres interventions comparées à un placebo ou à une simulation se révèle très faible. Dans le cas de l'acupuncture, il se pourrait que ses bienfaits dans la cessation tabagique soient minimes ou nuls; notre revue parallèle n'a fait état d'aucune donnée probante sur des effets indésirables. Nous formulons donc une forte recommandation en défaveur du recours à ces interventions.

### Les cigarettes électroniques

Les cigarettes électroniques peuvent avoir des bienfaits de faibles à modérés dans la cessation tabagique, et leurs méfaits ont été minimes ou nuls durant les périodes de suivi étudiées dans les ECR retenus. Toutefois, d'importantes incertitudes subsistent. Nous ne disposons pas de données sur les potentiels méfaits à long terme des cigarettes électroniques; or, tant le Groupe d'étude que la patientèle consultée ont estimé que les méfaits étaient des résultats importants pour la prise de décision<sup>23,72</sup>. Les données probantes des essais révèlent des taux élevés de poursuite du vapotage utilisé d'abord à des fins de cessation tabagique<sup>73</sup>. Une analyse récente de 9 études sur les cigarettes électroniques a montré que 70 % des personnes qui avaient cessé de fumer du tabac grâce au vapotage utilisaient encore des cigarettes électroniques après 6 mois ou plus<sup>74</sup>. Les effets des cigarettes électroniques sur la santé des personnes qui poursuivent le vapotage à long terme après avoir arrêté de fumer restent incertains. L'utilisation des cigarettes électroniques à des fins de cessation tabagique peut aussi mener à une consommation de produits de vapotage en plus du tabac (observée chez 6 % des participantes et participants après 6 mois dans un essai<sup>28</sup>, et chez 25 % après 12 mois dans un autre essai<sup>73</sup>); ces personnes continuent donc à subir les méfaits du tabagisme. Celles qui passent de la cigarette de tabac à la cigarette électronique pourraient aussi être plus susceptibles de rechuter que celles qui n'ont pas eu recours au vapotage pour la cessation tabagique<sup>75</sup>.

Les prestataires de soins ne peuvent pas orienter leur patientèle vers des produits de vapotage approuvés dont la formulation est vérifiée (p. ex., la concentration de la nicotine ainsi que des excipients ou additifs); les personnes qui utilisent des produits de vapotage consommeront donc ce qu'elles trouvent sur le marché récréatif. Les produits de vapotage offerts à l'heure actuelle diffèrent considérablement de ceux qui ont fait l'objet des ECR, tant par leur conception que par leur concentration en nicotine. Les produits actuels sont conçus pour maximiser l'absorption de nicotine (p. ex., en utilisant des sels de nicotine,

qui rendent les fortes concentrations de nicotine moins rebutantes<sup>76</sup>), et certaines marques de produits de vapotage appartiennent maintenant à des entreprises de tabac<sup>77,78</sup>.

Le recours aux cigarettes électroniques avec de la nicotine peut réduire les méfaits du tabagisme, mais il ne règle pas la dépendance à la nicotine, puisqu'on continue souvent d'en consommer à long terme. Cela pourrait être aussi le cas avec la TRN, mais ses formes classiques — comme la gomme à mâcher ou les timbres — ne sont généralement pas consommées à des fins récréatives<sup>79,80</sup>; la TRN facilite plutôt la mise en œuvre d'un protocole structuré de réduction progressive de la consommation de nicotine. Dans le cas des produits de vapotage, les nombreuses variables non contrôlées (p. ex., formulation de la nicotine, concentration, nombre de bouffées) rendent une telle démarche très difficile.

Enfin, les impacts sur la santé publique et sur la société d'une normalisation des cigarettes électroniques comme méthode de cessation tabagique à l'échelle populationnelle sont imprévisibles. Par exemple, le Groupe d'étude craint de favoriser ainsi sans le vouloir l'augmentation du vapotage chez les jeunes et de la dépendance à la nicotine dans la population générale. À son avis, la forte augmentation du vapotage chez les jeunes observée ces dernières années<sup>81,82</sup> rend les répercussions possibles d'une éventuelle recommandation favorable au recours aux cigarettes électroniques d'autant plus préoccupantes.

Le Groupe d'étude émet une recommandation conditionnelle (plutôt qu'une forte recommandation) en défaveur du recours aux cigarettes électroniques pour la cessation tabagique, en raison des méfaits bien documentés du tabagisme et du fait que certaines personnes peuvent être disposées à essayer d'arrêter de fumer en recourant aux cigarettes électroniques, plutôt qu'à d'autres stratégies. Bon nombre de gens utilisent déjà les cigarettes électroniques pour tenter d'arrêter de fumer<sup>19</sup>. Ces personnes pourraient essayer d'arrêter de fumer en utilisant les cigarettes électroniques avec les conseils et le soutien d'un ou d'une prestataire de soins plutôt que seules, sans accompagnement éclairé.

Le Groupe recommande de ne pas encourager les cigarettes électroniques comme intervention de cessation tabagique pour la majorité des gens; les prestataires de soins devraient plutôt orienter les personnes qui fument vers d'autres interventions à l'efficacité démontrée (c.-à-d., qui font l'objet d'une forte recommandation favorable). Toutefois, le recours aux cigarettes électroniques pourrait être envisagé pour certaines personnes dans le cadre d'une prise de décision partagée avec leur prestataire de soins primaires.

## Méthodologie

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est un comité indépendant composé de professionnelles et professionnels de la santé et de scientifiques qui formulent des recommandations en matière de prévention primaire et secondaire dans le contexte des soins primaires (<http://www.canadiantaskforce.ca/fr/>). Un groupe de travail composé de 5 membres du Groupe d'étude (B.D.T. [président], D.L.R. [vice-présidente], E.L., B.J.W., S.G.) a élaboré les présentes recommandations avec l'appui scientifique

du personnel de l'Agence de la santé publique du Canada et en consultation avec des spécialistes de la cessation tabagique.

Ce guide de pratique clinique a été élaboré selon la méthode GRADE<sup>21</sup>. Nous avons respecté les principes de l'outil d'évaluation AGREE II, les directives du GIN et les recommandations du guide de rédaction de rapports GRIPP-2<sup>83-85</sup>. De plus amples renseignements sur la méthodologie du Groupe d'étude sont accessibles sur son site Web (<https://canadiantaskforce.ca/fr/methodologie/>).

### Revue des données probantes et élaboration des recommandations

Les présentes recommandations reposent sur 2 synthèses de données probantes portant sur les bienfaits et les méfaits des interventions de cessation tabagique. La première de ces synthèses était une revue parapluie des revues Cochrane sur les bienfaits et les méfaits des interventions comportementales, pharmacologiques et autres (p. ex., l'acupuncture)<sup>22</sup>. Nous avons opté pour une revue parapluie des revues Cochrane parce que celles-ci couvraient l'ensemble des interventions envisageables et rendaient compte de manière transparente des évaluations des risques de biais et d'autres éléments pertinents dans la détermination du degré de certitude des données probantes. Cette méthode nous a aussi permis de gérer l'énorme quantité de données probantes relatives aux diverses stratégies de cessation tabagique.

Notre deuxième synthèse consistait en une revue systématique des études primaires sur les bienfaits et les méfaits du vapotage pour la cessation tabagique<sup>23</sup>, revue qui constituait une mise à jour d'une revue Cochrane de 2016<sup>86</sup>. Bien que Cochrane ait depuis transformé cette revue en revue systématique dynamique<sup>24</sup>, ce n'était pas encore le cas lorsque nous avons élaboré notre protocole de revue des données probantes<sup>87</sup>.

Le Centre de revue et de synthèse des données probantes, situé à l'Université d'Ottawa, a réalisé les revues systématiques conformément à notre protocole de recherche<sup>87</sup>. Un examen par les pairs des stratégies de recherche (à l'aide de la liste de vérification *Peer Review of Electronic Search Strategies*)<sup>88</sup> a été mené dans les bases de données MEDLINE, Embase, PsycINFO et dans celle de la Cochrane Library, en septembre 2020. Nous avons mis à jour notre recherche portant sur les cigarettes électroniques le 25 janvier 2024; comme il s'agit là d'un domaine de recherche très actif où la base de données probantes évolue rapidement, nous avons effectué une recherche ciblée supplémentaire dans PubMed le 7 janvier 2025 en utilisant les mots clés suivants : (Smoking cessation) AND ([e-cigarette] OR [vape] OR [vaping]) (« cessation tabagique » ET [« cigarette électronique » OU « vapoter » OU « vapotage »]). Nous avons effectué une recherche additionnelle le 24 juin 2024 pour repérer les mises à jour des revues Cochrane que nous avons utilisées en 2024 (annexe 2).

Nous avons inclus dans notre revue parapluie les revues Cochrane sur les interventions de cessation tabagique que des prestataires de soins primaires au Canada peuvent soit offrir directement, soit recommander, et qui étaient comparées à l'absence d'intervention, à un placebo ou aux soins usuels. Nous en avons exclu les revues autres que les revues Cochrane, ainsi

que les revues Cochrane qui ne portaient pas sur des adultes ou qui évaluaient des interventions auprès de personnes autres que les personnes qui fument, de même que celles qui portaient sur des pharmacothérapies que Santé Canada n'a pas approuvées à des fins de cessation tabagique (comme la nortriptyline). Nous avons aussi exclu les revues portant sur des stratégies de counseling comportemental spécifiques plutôt que sur les effets généraux du counseling, ainsi que les revues intégrant la cessation tabagique dans des interventions de modification globale du mode de vie. Nous avons inclus les populations générales qui fument, motivées ou non à cesser de fumer ainsi que celles atteintes de troubles mentaux. Des motifs de faisabilité ont limité notre capacité d'examiner des populations plus précises. En revanche, le Groupe d'étude a tenu compte de l'applicabilité des résultats des interventions à d'autres populations dans l'élaboration des recommandations.

Pour la mise à jour de la revue systématique sur les cigarettes électroniques, nous avons exclu les ECR où l'intervention n'était pas comparée à l'absence d'intervention ou aux soins usuels dans un groupe témoin; ceux qui ne portaient pas sur des adultes; ceux où l'intervention concernait d'autres personnes que les personnes qui fument elles-mêmes; et ceux qui portaient uniquement sur une utilisation à court terme de la cigarette électronique (p. ex., moins de 1 semaine).

Les résultats d'intérêt étaient les mêmes dans les 2 revues. Les bienfaits potentiels des interventions devaient avoir été constatés au moins 6 mois après la date de la cessation tabagique ou, si cette date n'était pas précisée, 6 mois après le début de l'intervention. Les bienfaits potentiels comprenaient la cessation tabagique, la réduction de la consommation de tabac et la qualité de vie. Les méfaits potentiels comprenaient les effets indésirables, la prise de poids, les changements négatifs de l'état émotionnel et la perte du groupe social.

Le groupe de travail a évalué les résultats selon la méthode GRADE<sup>21</sup>. Les résultats jugés cruciaux ou importants par les membres des groupes de discussion (voir plus loin) et du groupe de travail ont été pris en considération dans l'élaboration du guide de pratique clinique. Le groupe de travail a aussi utilisé la méthode GRADE pour déterminer le degré de certitude des données probantes et la force des recommandations (encadré 1)<sup>21</sup>. Les annexes 4-7 (accessibles en anglais ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content)) contiennent les grilles décisionnelles (evidence-to-decision frameworks) utilisées pour formuler les recommandations. Le groupe de travail a ébauché des recommandations, que l'ensemble du Groupe d'étude a approuvées.

### Participation du public

En collaboration avec le groupe de transfert des connaissances de l'Hôpital St. Michael's, à Toronto, nous avons mené une consultation du public en 2 phases. Durant la phase 1, 19 personnes du public (8 s'identifiant comme hommes et 11 comme femmes; 1 s'identifiant comme Autochtone) ont été consultées pour évaluer l'importance qu'elles accordaient aux résultats que le groupe de travail pourrait prendre en considération. Ces personnes ont été recrutées au moyen d'annonces publiées sur Craigslist et sur Kijiji

(annexe 3). Pour être admissibles, les personnes participantes devaient avoir plus de 18 ans et s'identifier comme une personne qui fume et qui tente d'arrêter, comme une personne qui fume et n'envisage pas d'arrêter, ou encore comme une personne qui a arrêté de fumer depuis moins de 1 an grâce à une forme d'aide quelconque. La plupart des personnes participantes ont déclaré qu'elles fumaient quotidiennement ( $n = 13$ ); 1 personne avait cessé de fumer dans l'année (annexe 3). Entre juillet et août 2018, ces personnes ont rempli des questionnaires en ligne pour noter chaque résultat sur une échelle de 1–9 (1–3 = pas important; 4–6 = important; 7–9 = crucial; annexe 3). Puis, on a tenu 3 groupes de discussion (4–8 personnes) ainsi qu'un entretien individuel avec 1 personne qui ne pouvait pas assister à ces discussions afin de mieux cerner les raisons de leurs évaluations et les facteurs qui avaient influé sur leur perception de l'importance relative des résultats (annexe 3).

Les résultats jugés cruciaux ou importants par les membres des groupes de discussion et du groupe de travail ont été pris en considération dans l'élaboration du guide de pratique clinique. Les bienfaits que les membres des groupes de discussion ont les plus souvent jugés cruciaux pour la prise de décision étaient la cessation tabagique ( $n = 13$ ) et la qualité de vie ( $n = 17$ ). Tous les bienfaits évalués ont été jugés cruciaux (médianes de 7 et 8 sur 9), tandis que les méfaits ont été jugés importants ou cruciaux (médianes de 5–8 sur 9).

Durant la phase 2, 8 personnes du public (dont 5 s'identifiaient comme des femmes) âgées de 18–75 ans et recrutées par l'entremise du réseau consultatif public du Groupe d'étude<sup>89</sup> ont participé à une séance d'information en ligne sur une version préliminaire du présent guide de pratique clinique (2 novembre 2023). Une semaine plus tard, elles ont formulé leurs commentaires sur les messages clés destinés au public. Ces messages ont ensuite été peaufinés par le groupe de travail, qui a aussi sollicité d'autres commentaires par courriel auprès des mêmes personnes. Les caractéristiques des personnes participantes, la méthodologie et les résultats sont présentés à l'annexe 8 (accessible en anglais ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content)).

Des professionnelles et professionnels de la santé ( $n = 6$ ) ainsi que des personnes du public ( $n = 5$ ) ont également formulé des commentaires sur les outils de transfert de connaissances qui accompagnent ce guide de pratique clinique, et qui ont été élaborés par le Programme de transfert des connaissances.

### Révision par des experts de contenu externes

Le Groupe d'étude a consulté 2 experts de contenu qui, en plus d'avoir contribué à la résolution de questions techniques et cliniques importantes, ont participé aux discussions du groupe de travail et ont revu le guide de pratique clinique de même que les principaux documents sur lesquels il repose. L'un était un médecin-chercheur spécialisé dans la dépendance au tabac, notamment dans les traitements destinés à diverses populations aux prises avec des troubles mentaux, des dépendances ou des problèmes de santé physique. L'autre était un médecin-chercheur spécialisé dans la mise en œuvre d'interventions de cessation tabagique en milieu hospitalier. Ces experts de contenu

n'ont pas participé aux votes sur l'orientation ou la force des recommandations.

Le protocole de recherche et les revues systématiques ont été revus par des pairs experts externes et des parties prenantes organisationnelles; 29 personnes ont fourni des commentaires sur la version préliminaire du présent guide de pratique clinique. Il s'agissait notamment de professionnelles et professionnels de la santé qui font de la recherche sur la cessation tabagique, de représentants et représentantes des ministères de la santé provinciaux et territoriaux, d'organismes de défense des droits, d'organismes voués à la lutte contre le cancer, ainsi que d'associations professionnelles et de groupes d'élaboration de lignes directrices (voir la section « Remerciements »).

### Gestion des intérêts concurrents

Le Groupe d'étude suit les principes du GIN pour la déclaration des intérêts et la gestion des intérêts concurrents<sup>90,91</sup>. Le comité de surveillance chargé d'évaluer les intérêts concurrents se compose du président et de la vice-présidente du Groupe d'étude ainsi que de la directrice de la Division de la santé mondiale et des lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Groupe d'étude<sup>91</sup>. Les opinions du bailleur de fonds n'influent pas sur l'élaboration des recommandations du Groupe d'étude.

Tous les membres du Groupe d'étude doivent déclarer leurs intérêts financiers et autres intérêts pertinents, et ces informations sont disponibles sur le site Web du Groupe d'étude (<https://canadiantaskforce.ca/fr/a-propos-du-geccsp/membres/>). Les experts cliniques et de contenu doivent également déclarer leurs intérêts pertinents dès le début de leur participation, puis annuellement. L'annexe 9 (accessible en anglais ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content)) contient les renseignements sur les déclarations d'intérêts. Aucune des déclarations recueillies n'a été jugée susceptible de constituer un conflit d'intérêts incompatible avec la participation des membres du Groupe d'étude ou des experts cliniques.

### Mise en œuvre

Afin d'offrir des soins cliniques de qualité, les prestataires se doivent de connaître le statut tabagique de leurs patients et patientes, et, par conséquent, se doivent de leur demander s'ils ou elles fument et, le cas échéant, de les inciter à arrêter. Une prise de décision partagée s'impose pour les orienter vers 1 ou plusieurs interventions efficaces et accessibles, et pour les accompagner dans le choix des interventions ou combinaisons d'interventions qui cadrent le mieux avec leurs valeurs et leurs préférences (tableau 1). La prise de décision partagée repose sur une démarche collaborative au cours de laquelle les prestataires de soins aident les personnes qui fument à choisir la ou les interventions compatibles avec les données probantes, leurs valeurs et préférences, leurs comportements tabagiques et leur situation actuelle<sup>25</sup>. La prise de décision partagée ne doit pas servir à convaincre une personne de choisir une intervention ou un groupe d'interventions en particulier, mais plutôt à dégager les préférences de la personne et à lui fournir l'information nécessaire à sa prise de décision<sup>25</sup>.

De nombreuses personnes essaient d'arrêter de fumer plusieurs fois en recourant à différentes interventions ou combinaisons d'interventions avant de réussir leur cessation tabagique; elles peuvent tirer des leçons de leurs essais précédents ou modifier leurs préférences quant aux interventions<sup>19</sup>. On doit inviter les personnes qui rechutent à reprendre la démarche de prise de décision partagée pour explorer les possibilités d'une nouvelle tentative avec une autre méthode ou avec la même. Ce qui importe avant tout, c'est qu'elles essaient des interventions dont l'efficacité est démontrée. Le menu d'interventions de cessation tabagique efficaces proposé par le Groupe d'étude peut appuyer cette démarche, mais nous ne nous attendons pas à ce que les prestataires de soins discutent de toutes les interventions possibles avec chaque personne fumeuse. Le Groupe d'étude reconnaît que les préférences individuelles (p. ex., intervention pharmacologique ou intervention comportementale) et les facteurs externes (p. ex., coût, accessibilité) varient d'une personne à l'autre, et qu'il n'existe pas d'intervention idéale pour toute la patientèle. Dans le présent guide de pratique clinique, nous déconseillons le recours à des interventions dont l'efficacité n'est pas démontrée; les prestataires doivent orienter les personnes qui fument vers des interventions recommandées sans pour autant les dissuader d'essayer d'arrêter.

Le Groupe d'étude recommande de ne pas encourager d'emblée le vapotage comme intervention de cessation tabagique et, idéalement, d'orienter les personnes qui fument vers d'autres interventions dont l'efficacité est démontrée et qui font l'objet de recommandations fortes. Toutefois, dans le cas de personnes qui ont déjà essayé en vain d'autres interventions et qui ne sont pas disposées à en essayer d'autres ou qui expriment une forte préférence pour la cigarette électronique, les prestataires de soins primaires peuvent entamer une démarche de prise de décision partagée concernant un éventuel recours au vapotage (avec ou sans nicotine). Les personnes qui souhaitent utiliser la cigarette électronique pour arrêter de fumer doivent être informées de ses bienfaits ainsi que des incertitudes qui s'y rattachent. Remplacer complètement le tabac par la cigarette électronique peut réduire les méfaits du tabagisme, mais des préoccupations subsistent quant à la sécurité à long terme de cette stratégie. De plus, on doit mentionner le fait que la cigarette électronique ne règle pas la dépendance à la nicotine si la consommation de nicotine se poursuit.

Le Groupe d'étude propose sur son site Web (<https://canadiantaskforce.ca/fr/lignesdirectives/upcoming-guidelines/tabagisme-chez-ladulte/>) des outils de transfert des connaissances pour faciliter la mise en œuvre du présent guide de pratique clinique.

### Suivi et évaluation

Les indicateurs de rendement du présent guide de pratique clinique seront la connaissance que les professionnels et professionnelles de la santé auront des recommandations et du menu d'interventions, et l'utilisation qu'ils et elles en feront dans une prise de décision partagée. Le Groupe d'étude assurera une veille pour repérer les données probantes émergentes, conformément à sa méthodologie<sup>92</sup>, et

mettra à jour le présent guide de pratique clinique dès qu'il disposera de nouvelles données probantes pouvant influencer sur l'orientation ou la force de ses recommandations.

### Autres guides de pratique clinique

D'autres guides de pratique clinique canadiens et internationaux recommandent les interventions comportementales (y compris le conseil bref d'arrêter de fumer et le counseling individuel ou en groupe) de même que la pharmacothérapie (seule ou en combinaison) pour faciliter la cessation tabagique (tableau 2; voir plus de détails à l'annexe 10, accessible en anglais ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content)). Selon plusieurs guides internationaux (comme ceux du NICE — l'institut britannique d'excellence en santé et en soins — du ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande, du Collège royal des omnipraticiens de l'Australie et de la Haute Autorité de Santé de France), on peut envisager les cigarettes électroniques dans certains cas, à condition d'informer la personne concernée des risques et incertitudes que comporte cette option, y compris le fait que les produits de vapotage ne sont pas des médicaments approuvés dans la plupart des pays, et qu'on manque de données probantes sur leurs méfaits à long terme<sup>95,97-99</sup>. Dans les guides australiens et français, on suggère d'envisager d'abord d'autres traitements<sup>97,99</sup>. Le Groupe de travail des services préventifs des États-Unis estime que les données probantes sur les cigarettes électroniques sont insuffisantes et recommande d'orienter la patientèle vers des interventions dont on a prouvé l'efficacité et l'innocuité<sup>94</sup>.

### Connaissances à parfaire

De vastes essais comparatifs<sup>101</sup> permettront vraisemblablement de préciser les recommandations à venir. Des études visant l'amélioration des connaissances sur les enjeux d'accessibilité et d'équité en matière de santé relatifs à la cessation tabagique — notamment pour les populations autochtones et les groupes qui ont du mal à accéder aux interventions — seraient également utiles. Nous manquons aussi de données probantes sur les bienfaits et les méfaits à long terme de la cigarette électronique. Le recours à l'intelligence artificielle dans les interventions de counseling (notamment en ligne) et ses effets sur l'efficacité sont une autre piste de recherche à explorer.

### Limites

La stratégie de la « revue parapluie » utilisée pour les interventions autres que le recours à la cigarette électronique comporte certaines limites, car elle repose sur les données rapportées dans les revues systématiques Cochrane. Nous avons exclu certaines méta-analyses provenant de revues Cochrane (p. ex., sur le bupropion et la TRN) parce qu'elles intégraient des ECR comparant 2 interventions actives; nous avons appliqué un critère strict exigeant une intervention témoin (placebo ou soins usuels). Ces analyses auraient pu améliorer notre degré de certitude quant à l'ampleur des bienfaits, mais n'auraient pas modifié notre forte recommandation en faveur de ces interventions.

**Tableau 2 (partie 1 de 2) : Sommaire des guides de pratique clinique canadiens et internationaux sur les interventions visant la cessation tabagique à l'intention des prestataires de soins primaires\***

Organisations	Recommandations
Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health (2011) <sup>93</sup>	Demander systématiquement aux patients et patientes s'ils ou elles consomment du tabac, leur conseiller d'arrêter de fumer et leur offrir des interventions telles que des conseils brefs, des séances de counseling individuelles ou de groupe (outils d'autosoins, ligne d'aide téléphonique, interventions en ligne), ainsi que des interventions combinant le counseling et la pharmacothérapie.
United States Preventive Services Task Force (USPSTF) (2021) <sup>94</sup>	Interroger toutes les personnes adultes de la patientèle sur leur consommation de tabac, les encourager à arrêter de fumer et leur proposer des interventions comportementales, ainsi qu'une pharmacothérapie approuvée par la Food and Drug Administration (FDA) à des fins de cessation tabagique à toute personne adulte non enceinte qui consomme du tabac. L'insuffisance des données probantes actuelles ne permettant pas d'évaluer le rapport bienfaits-méfais du recours à la cigarette électronique à des fins de cessation tabagique chez les adultes, notamment chez les personnes enceintes. Le USPSTF recommande d'orienter les personnes qui consomment du tabac vers d'autres interventions dont l'efficacité et l'innocuité sont établies.
National Institute of Health and Care Excellence (2025) <sup>95</sup>	Discuter avec les personnes qui souhaitent arrêter de fumer des moyens qui s'offrent à elles et leur offrir interventions et conseils pour faciliter la cessation tabagique, notamment un soutien comportemental (individuel et en groupe) et des médicaments (bupropion, cytisine, thérapie de remplacement de la nicotine [TRN], varénicline). Fournir une information claire, cohérente et à jour aux personnes adultes qui songent à utiliser des cigarettes électroniques contenant de la nicotine pour arrêter de fumer; les informer que ces produits ne sont pas des médicaments autorisés, mais qu'ils sont réglementés par les Tobacco and Related Products Regulations (2016) (législation sur le tabac et les produits associés), et qu'on ne dispose pas de données probantes suffisantes sur les risques de l'utilisation de cigarettes électroniques à long terme.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2017) <sup>96</sup>	Offrir la varénicline ou une combinaison de TRN, seules ou dans le cadre d'un programme de cessation tabagique; possiblement, envisager le bupropion et la TRN en monothérapie.
Royal Australian College of General Practitioners (2021) <sup>97</sup>	Repérer toutes les personnes qui fument et offrir à chacune des conseils brefs sur la cessation tabagique; les aiguiller vers des services de counseling téléphonique. En l'absence de contre-indication, proposer à toute personne qui fume et montre des signes de dépendance à la nicotine une pharmacothérapie (TRN, varénicline ou bupropion) combinée à un soutien comportemental; choisir la pharmacothérapie selon son efficacité, sa pertinence clinique et les préférences de la personne. Pour les personnes qui ont essayé sans succès les thérapies de première intention, qui demeurent motivées à arrêter de fumer et qui évoquent le recours à la cigarette électronique, on peut envisager les cigarettes électroniques à la nicotine dans une démarche de prise de décision partagée, celle-ci devant permettre d'informer la personne des données probantes sur les risques et les conditions d'utilisation (p. ex., usage uniquement à court terme, pas de consommation concomitante avec le tabac).
New Zealand Ministry of Health (2021) <sup>98</sup>	Recommander le counseling (court ou intensif), le soutien par textos, la TRN, le bupropion, la varénicline, la nortriptyline, et les combinaisons d'interventions comportementales et pharmacologiques. Recommander le recours aux produits de vapotage contenant de la nicotine; conseiller à toute personne qui passe au vapotage d'arrêter de fumer du tabac dès que possible; l'informer qu'on ignore les effets à long terme (au-delà de 12 mois) des produits de vapotage — lesquels sont toutefois presque certainement moins nocifs que les cigarettes de tabac. Préciser que ces produits sont destinés uniquement aux personnes qui fumaient déjà (celles qui ne fument pas, en particulier les jeunes, doivent être informées qu'elles ne devraient pas se mettre au vapotage). Suggérer le recours aux interventions de soutien offertes sur Internet ainsi que les produits de vapotage sans nicotine.

Des méta-analyses en réseau ont comparé les effets de divers types d'interventions comportementales de même que les effets de divers types d'interventions pharmacologiques<sup>102,103</sup>. Cependant, leurs conclusions restent très générales; elles se limitent aux effets probables des interventions et ne contiennent pas suffisamment de données probantes robustes pour hiérarchiser les interventions. Notons qu'aucune synthèse n'a permis de comparer toutes les options, y compris les interventions comportementales et pharmacologiques. De plus, les essais recrutent des personnes disposées à essayer l'intervention à l'étude, alors que les professionnels et profession-

nelles de la santé travaillent avec des personnes prêtes à essayer certaines interventions, mais pas d'autres. Le Groupe d'étude a donc élaboré un menu d'interventions à envisager — reconnaissant ainsi l'importance des préférences de la patientèle et d'une prise de décision partagée — plutôt que de dresser une liste d'interventions classées de la meilleure à la pire, en fonction de leur efficacité.

Les revues systématiques incluses dans notre revue parapluie n'ont pas fourni de données sur toutes les populations pouvant être touchées par le tabagisme de manière disproportionnée, et n'abordaient pas les considérations culturelles liées à l'usage et

**Tableau 2 (partie 2 de 2) : Sommaire des guides de pratique clinique canadiens et internationaux sur les interventions visant la cessation tabagique à l'intention des prestataires de soins primaires\***

Organisations	Recommandations
Haute Autorité de Santé, France (2022) <sup>99</sup>	<p>Les fumeurs et leur entourage doivent bénéficier d'une information claire, complète, objective et fondée sur des données scientifiques à propos de l'utilisation des produits du vapotage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En tant que produit libre d'accès pour les adultes, les produits du vapotage peuvent être utilisés, par choix individuel, en dehors ou en complément d'une prise en charge pour arrêter de fumer dans le cadre du système de soins.</li> <li>• Il n'y a toutefois, actuellement, pas de preuve scientifique suffisante permettant d'affirmer que les produits du vapotage peuvent constituer une aide à l'arrêt de la consommation de tabac. [...] Les effets sur la santé sont insuffisamment connus à court, moyen et long terme.</li> <li>• Les produits du vapotage, dans une démarche stricte d'arrêt du tabac, pourraient être utilisés pour des fumeurs spécifiques et/ou des publics vulnérables (en raison de co-addiction, de comorbidités, de facteurs sociaux, etc.) à forte dépendance à la nicotine; toutefois, en premier lieu, les traitements validés et/ou ayant fait leur preuve d'une balance bénéfique / risque favorable doivent être proposés à cette population.</li> <li>• L'utilisation des produits du vapotage pour ces cas précis doit ainsi se faire en cas d'échec ou de mauvaise adhérence au traitement et avec une expression, de la part de ces publics cibles, d'une préférence pour les dispositifs de vapotage. (<i>sic</i>)</li> </ul>
Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2024) <sup>100</sup>	<p>Offrir à toutes les personnes utilisatrices de tabac qui souhaitent arrêter de fumer des conseils brefs (de 30 secondes à 3 minutes par rencontre) ainsi qu'un soutien comportemental intensif. Les options de soutien comportemental sont : counseling individuel en personne, counseling de groupe en personne ou counseling téléphonique (recommandation forte).</p> <p>Possiblement, proposer aux personnes utilisatrices de tabac qui souhaitent arrêter de fumer les modalités numériques de cessation tabagique (envoi de textos, applications pour téléphones mobiles, interventions reposant sur l'intelligence artificielle ou interventions en ligne), seules ou combinées, comme appoint à d'autres interventions de cessation tabagique ou comme outil d'autogestion (recommandation conditionnelle).</p> <p>Recourir à la varénicline, à la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), au bupropion et à la cytosine comme options de traitement pharmacologique pour les personnes utilisatrices de tabac et qui souhaitent arrêter de fumer. La varénicline, la TRN ou le bupropion sont recommandés en première intention. Pour les personnes qui utiliseront la TRN, envisager les combinaisons de TRN — p. ex., un timbre de nicotine et une forme de nicotine à action rapide, comme une gomme ou une pastille (recommandation forte).</p> <p>Possiblement, proposer aux personnes utilisatrices de tabac qui souhaitent arrêter de fumer le bupropion en association avec la TRN ou la varénicline lorsque la réponse aux traitements de première intention est jugée insatisfaisante (recommandation conditionnelle).</p> <p>L'OMS recommande de combiner la pharmacothérapie et les interventions comportementales pour soutenir les personnes utilisatrices de tabac qui souhaitent arrêter de fumer.</p> <p>Les données probantes sont insuffisantes pour formuler une recommandation en faveur ou en défaveur des thérapies traditionnelles, complémentaires et non conventionnelles chez les personnes utilisatrices de tabac qui souhaitent arrêter de fumer.</p> <p>(À noter que les cigarettes électroniques excédaient la portée de ce guide de pratique clinique.)</p>

\*Pour plus de détails, voir l'annexe 10 (accessible en anglais ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.241584/tab-related-content)).

à la cessation du tabac. Des conseils pour la sécurisation culturelle des soins seraient donc complémentaires aux présentes recommandations.

Notre mise à jour ciblée du 7 janvier 2025 nous a permis de repérer 2 essais potentiellement pertinents sur la cigarette électronique qui ne sont pas inclus dans nos analyses<sup>104,105</sup>. Le Groupe d'étude les a examinés attentivement. Les 2 essais montraient des bienfaits potentiels concernant la cessation tabagique et un taux élevé de poursuite du vapotage à la fin de l'intervention, mais ne fournissaient aucune donnée sur l'innocuité de cette pratique à long terme, ce qui cadre avec les conclusions de notre analyse<sup>104,105</sup>.

Dans le cadre de l'élaboration du présent guide de pratique clinique, les activités de participation du public entreprises afin d'évaluer ses préférences comprenaient 19 personnes dans la phase 1, et 8 dans la phase 2. La composition de ces groupes

était peu diversifiée, ce qui pourrait restreindre la généralisabilité des résultats à l'ensemble de la population.

Enfin, l'usage de produits nicotiques émergents, comme les sachets de nicotine, excédait la portée du présent guide de pratique clinique, mais pourrait être pris en considération dans les futures mises à jour.

## Conclusion

Le Groupe d'étude recommande fortement que les prestataires de soins primaires incitent les personnes qui fument à arrêter à l'aide d'une ou de plusieurs des interventions recommandées. Le menu d'interventions efficaces proposé dans le présent guide de pratique clinique peut être utilisé dans le cadre d'une prise de décision partagée visant à déterminer la ou les interventions les plus appropriées pour chaque personne qui souhaite arrêter de fumer.

## Références

- Alberg AJ, Shopland DR, Cummings KM. The 2014 Surgeon General's report: commemorating the 50th Anniversary of the 1964 Report of the Advisory Committee to the US Surgeon General and updating the evidence on the health consequences of cigarette smoking. *Am J Epidemiol* 2014;179:403-12.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. *The health consequences of smoking: 50 years of progress*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014;1-36. Accessible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/> (consulté le 5 mai 2023).
- Siu AL; U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2015;163:622-34.
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Personal habits and indoor combustions. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2012;100:1-538.
- Global strategy for asthma management and prevention. Fontana (WI): Global Initiative for Asthma; 2020:1-211. Accessible ici : [https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report\\_20\\_06\\_04-1-wms.pdf](https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/06/GINA-2020-report_20_06_04-1-wms.pdf) (consulté le 5 mai 2023).
- How does smoking cause cancer? Cancer Research UK; révisé le 7 juin 2023. Accessible ici : <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/smoking-and-cancer/how-does-smoking-cause-cancer> (consulté le 29 mai 2023).
- Overview of Canada's tobacco strategy. Ottawa: Health Canada; 2018:1-4. Accessible ici : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/canada-tobacco-strategy/overview-canada-tobacco-strategy.html> (consulté le 22 juill. 2021).
- Canadian Tobacco and Nicotine Survey (CTNS): summary of results for 2022. Ottawa: Health Canada; modifié le 19 sept. 2023. Accessible ici : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-tobacco-nicotine-survey/2022-summary.html> (consulté le 22 août 2024).
- Key health inequalities in Canada: a national portrait — executive summary. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2018:1-11. Accessible ici : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/science-research-data/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary.html> (consulté le 22 juill. 2021).
- Chaiton M, Callard C. Mind the gap: disparities in cigarette smoking in Canada. *Tob Use Insights* 2019;12:1179173X1983905.
- Is nicotine addictive? Gaithersburg (MD): National Institute on Drug Abuse; 2020. Accessible ici : <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/nicotine-addictive> (consulté le 14 août 2024).
- Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med* 2014;370:60-8.
- Patnode CD, Henderson JT, Thompson JH, et al. Behavioral counseling and pharmacotherapy interventions for tobacco cessation in adults, including pregnant women: a review of reviews for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Syntheses, No. 134. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2015. Accessible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321746/> (consulté le 22 juill. 2021).
- Taylor GMJ, Dalili MN, Semwal M, et al. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;9:CD007078.
- Lam TH. Absolute risk of tobacco deaths: one in two smokers will be killed by smoking: comment on "Smoking and all-cause mortality in older people". *Arch Intern Med* 2012;172:845-6.
- Selby P. Smoking cessation. Dans : *Therapeutic Choices*. Ottawa: Canadian Pharmacists Association; 2011.
- Quit with confidence: How to quit. Ottawa: Health Canada; modifié le 3 juill. 2024. Accessible ici : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/smoking-tobacco/quit-smoking/how.html> (consulté le 5 mai 2023).
- Risks of vaping. Ottawa: Health Canada; modifié le 12 sept. 2023. Accessible ici : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/smoking-tobacco/vaping/risks.html> (consulté le 8 mai 2023).
- Reid JL, Hammond D, Burkhalter R, et al. Tobacco use in Canada: patterns and trends, 2022 edition. Waterloo (ON): University of Waterloo; 2022:1-124. Accessible ici : [https://uwaterloo.ca/tobacco-use-canada/sites/default/files/uploads/files/tobacco\\_use\\_in\\_canada\\_2022\\_4.pdf](https://uwaterloo.ca/tobacco-use-canada/sites/default/files/uploads/files/tobacco_use_in_canada_2022_4.pdf) (consulté le 22 juill. 2021).
- Thombs BD, Jaramillo Garcia A, Reid D, et al.; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on behavioural interventions for the prevention and treatment of cigarette smoking among school-aged children and youth. *CMAJ* 2017;189:E310-6.
- Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook; 2013. Accessible ici : <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html#h.17zdc2r2pkfy> (consulté le 29 mai 2023).
- Hersi M, Beck A, Hamel C, et al. Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: an overview of systematic reviews. *Syst Rev* 2024;13:179.
- Vyas N, Bennett A, Hamel C, et al. Effectiveness of e-cigarettes as a stop smoking intervention in adults: a systematic review. *Syst Rev* 2024;13:168.
- Lindson N, Butler AR, McRobbie H, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2025;(1):CD010216.
- Grad R, Légaré F, Bell NR, et al. Shared decision making in preventive health care: What it is; what it is not. *Can Fam Physician* 2017;63:682-4.
- Sood A, Prasad K, Croghan IT, et al. S-adenosyl-L-methionine (SAME) for smoking abstinence: a randomized clinical trial. *J Altern Complement Med* 2012;18:854-9.
- Bullen C, Howe C, Laugesen M, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382:1629-37.
- Walker N, Parag V, Verbiest M, et al. Nicotine patches used in combination with e-cigarettes (with and without nicotine) for smoking cessation: a pragmatic, randomised trial. *Lancet Respir Med* 2020;8:54-64.
- Lucchiari C, Masiero M, Mazzocco K, et al. Benefits of e-cigarettes in smoking reduction and in pulmonary health among chronic smokers undergoing a lung cancer screening program at 6 months. *Addict Behav* 2020;103:106222.
- Eisenberg MJ, Hébert-Losier A, Windle SB, et al. E3 Investigators. Effect of e-cigarettes plus counseling vs counseling alone on smoking cessation: a randomized clinical trial. *JAMA* 2020;324:1844-54.
- Holliday R, Preshaw PM, Ryan V, et al. A feasibility study with embedded pilot randomised controlled trial and process evaluation of electronic cigarettes for smoking cessation in patients with periodontitis. *Pilot Feasibility Stud* 2019;5:74.
- Xu Y, Goldenson NI, Prakash S, et al. Randomized trial assessing the effect of the JUUL system on switching away from cigarettes and smoking reduction among U.S. adults who smoke cigarettes. *Exp Clin Psychopharmacol* 2024;32:3-15.
- Carpenter MJ, Wahlquist AE, Dahne J, et al. Effect of unguided e-cigarette provision on uptake, use, and smoking cessation among adults who smoke in the USA: a naturalistic, randomised, controlled clinical trial. *EClinicalMedicine* 2023;63:102142.
- Dawkins L, Bauld L, Ford A, et al. A cluster feasibility trial to explore the uptake and use of e-cigarettes versus usual care offered to smokers attending homeless centres in Great Britain. *PLoS One* 2020;15:e0240968.
- Lucchiari C, Masiero M, Mazzocco K, et al. Nicotine-free e-cigarettes might promote tobacco smoking reduction better than nicotine delivery devices: results of a double-blind randomized controlled trial at 1 year. *Curr Oncol* 2022;29:8579-90.
- Myers Smith K, Phillips-Waller A, Pesola F, et al. E-cigarettes versus nicotine replacement treatment as harm reduction interventions for smokers who find quitting difficult: randomized controlled trial. *Addiction* 2022;117:224-33.
- Baldassarri SR, Bernstein SL, Chupp GL, et al. Electronic cigarettes for adults with tobacco dependence enrolled in a tobacco treatment program: a pilot study. *Addict Behav* 2018;80:1-5.
- Foulds J, Cobb CO, Yen M-S, et al. Effect of electronic nicotine delivery systems on cigarette abstinence in smokers with no plans to quit: exploratory analysis of a randomized placebo-controlled trial. *Nicotine Tob Res* 2022;24:955-61.
- Caponnetto P, Campagna D, Cibella F, et al. Efficiency and safety of an electronic cigarette (ECLAT) as tobacco cigarettes substitute: a prospective 12-month randomized control design study. *PLoS One* 2013;8:e66317.
- Vodopivec-Jamsek V, de Jongh T, Gurol-Urganci I, et al. Mobile phone messaging for preventive health care. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12:CD007457.
- Hajizadeh A, Howes S, Theodoulou A, et al. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;5:CD000031.
- Livingstone-Banks J, Fanshawe TR, Thomas KH, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;5:CD006103.
- Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, et al. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;5:CD000146.
- Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016:CD006103.
- Cravo AS, Bush J, Sharma G, et al. A randomised, parallel group study to evaluate the safety profile of an electronic vapour product over 12 weeks. *Regul Toxicol Pharmacol* 2016;81(Suppl 1):S1-14.
- Carpenter MJ, Heckman BW, Wahlquist AE, et al. A naturalistic, randomized pilot trial of e-cigarettes: uptake, exposure, and behavioral effects. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2017;26:1795-803.
- Adriaens K, Van Gucht D, Declerck P, et al. Effectiveness of the electronic cigarette: an eight-week Flemish study with six-month follow-up on smoking reduction, craving and experienced benefits and complaints. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11:11220-48.
- Russo C, Cibella F, Caponnetto P, et al. Evaluation of post cessation weight gain in a 1-year randomized smoking cessation trial of electronic cigarettes. *Sci Rep* 2016;6:18763.

49. Flacco ME, Ferrante M, Fiore M, et al. Cohort study of electronic cigarette use: safety and effectiveness after 4 years of follow-up. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2019;23:402-12.
50. Cressman S. Public investment in smoking cessation. *Can J Respir Crit Care Sleep Med* 2019;3:65-6.
51. Financial coverage of smoking cessation medications in Canada, 2024. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer. Accessible ici : <https://www.partnershipagainstanccancer.ca/topics/coverage-smoking-cessation-aids-canada/> (consulté le 5 juin 2025).
52. Quitting smoking: provincial and territorial services. Ottawa: Health Canada; modifié le 7 nov. 2024. Accessible ici : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/smoking-tobacco/quit-smoking/provincial-territorial-services.html> (consulté le 19 nov. 2020).
53. How we can help. Canadian Cancer Society. Accessible ici : <https://www.smokershelpline.ca/static/how-we-help> (consulté le 19 nov. 2020).
54. Karnie T, Wang X. Cytisine for smoking cessation. *CMAJ* 2018;190:E596.
55. *Tobacco and vaping use in Canada: moving forward* [déclaration de position de plaidoyer]. Ottawa: Canadian Public Health Association; 2021. Accessible ici : <https://www.cpha.ca/tobacco-and-vaping-use-canada-moving-forward> (consulté le 29 mai 2023).
56. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989;261:75-9.
57. Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA* 1997;278:1759-66.
58. Reisinger SA, Kamel S, Seiber E, et al. Cost-effectiveness of community-based tobacco dependence treatment interventions: initial findings of a systematic review. *Prev Chronic Dis* 2019;16:E161.
59. Smoking cessation Interventions and services [NICE guideline]. Paris (FR): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018. Accessible ici : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/evidence/economic-modelling-report-pdf-4790596573> (consulté le 5 juin 2025).
60. Berenbaum E, Keller-Olaman S, Watson K, et al. *Economic benefits of smoking cessation*. Toronto: Public Health Ontario; 2019. Accessible ici : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/r/2020/rapid-review-economic-benefits-smoking-cessation.pdf?la=en> (consulté le 7 mai 2023).
61. Altman D, Clement FM, Barnieh L, et al. Cost-effectiveness of universally funding smoking cessation pharmacotherapy. *Can J Respir Crit Care Sleep Med* 2019;3:67-75.
62. Pharmacological agents for smoking cessation. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017.
63. Li J, Hajek P, Pesola F, et al. Cost-effectiveness of e-cigarettes compared with nicotine replacement therapy in stop smoking services in England (TEC study): a randomized controlled trial. *Addiction* 2020;115:507-17.
64. Keeney E, Welton NJ, Stevenson M, et al. Cost-effectiveness analysis of smoking cessation interventions in the United Kingdom accounting for major neuropsychiatric adverse events. *Value Health* 2021;24:780-8.
65. Maciosek MV, LaFrance AB, Dehmer SP, et al. Health benefits and cost-effectiveness of brief clinician tobacco counseling for youth and adults. *Ann Fam Med* 2017;15:37-47.
66. Reid JL, Hammond D, Tariq U, et al. *Tobacco use in Canada: patterns and trends, 2019 edition*. Waterloo (ON): Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2019. Accessible ici : [https://uwaterloo.ca/tobacco-use-canada/sites/default/files/uploads/files/tobacco\\_use\\_in\\_canada\\_2019.pdf](https://uwaterloo.ca/tobacco-use-canada/sites/default/files/uploads/files/tobacco_use_in_canada_2019.pdf) (consulté le 22 juill. 2021).
67. Morphet K, Partridge B, Garner C, et al. Why don't smokers want help to quit? A qualitative study of smokers' attitudes towards assisted vs. unassisted quitting. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12:6591-607.
68. Etter JF, Perneger TV. Attitudes toward nicotine replacement therapy in smokers and ex-smokers in the general public. *Clin Pharmacol Ther* 2001;69:175-83.
69. *Best practices user guide: health equity in tobacco prevention and control*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2015:1-52. Accessible ici : <https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best-practices-health-equity/pdfs/bp-health-equity.pdf> (consulté le 22 juill. 2021).
70. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, et al. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3:CD008286.
71. Thombs BD, Straus SE, Moore AE; Canadian Task Force on Preventive Health Care; Collaborating Members of the Canadian Task Force for Preventive Health Care. Update on task force terminology and outreach activities: advancing guideline usability for the Canadian primary care context. *Can Fam Physician* 2019;65:12-3.
72. Banks E, Yazidjoglou A, Brown S, et al. Electronic cigarettes and health outcomes: umbrella and systematic review of the global evidence. *Med J Aust* 2023;218:267-75.
73. Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, et al. A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy. *N Engl J Med* 2019;380:629-37.
74. Butler AR, Lindson N, Fanshawe TR, et al. Longer-term use of electronic cigarettes when provided as a stop smoking aid: systematic review with meta-analyses. *Prev Med* 2022;165:107182.
75. Baenziger ON, Ford L, Yazidjoglou A, et al. E-cigarette use and combustible tobacco cigarette smoking uptake among non-smokers, including relapse in former smokers: umbrella review, systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2021;11:e045603.
76. Leventhal AM, Madden DR, Peraza N, et al. Effect of exposure to e-cigarettes with salt vs free-base nicotine on the appeal and sensory experience of vaping: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2021;4:e2032757.
77. *Spinning a new tobacco industry: how Big Tobacco is trying to sell a do-gooder image and what Americans think about it*. Washington (DC): Truth Initiative; 2019:1-23. Accessible ici : <https://truthinitiative.org/research-resources/tobacco-industry-marketing/spinning-new-tobacco-industry-how-big-tobacco-trying> (consulté le 7 déc. 2022).
78. *E-cigarettes*. Bath (UK): University of Bath, Tobacco Tactics; mis à jour le 2 févr. 2023. Accessible ici : <https://tobaccotactics.org/wiki/e-cigarettes/> (consulté le 7 déc. 2022).
79. Etter J-F. Addiction to the nicotine gum in never smokers. *BMC Public Health* 2007;7:159.
80. Hughes JR, Pillitteri JL, Callas PW, et al. Misuse of and dependence on over-the-counter nicotine gum in a volunteer sample. *Nicotine Tob Res* 2004;6:79-84.
81. East KA, Reid JL, Hammond D. Smoking and vaping among Canadian youth and adults in 2017 and 2019. *Tob Control* 2023;32:259-62.
82. Hammond D, Reid JL, Burkhalter R, et al. Trends in e-cigarette brands, devices and the nicotine profile of products used by youth in England, Canada and the USA: 2017-2019. *Tob Control* 2023;32:19-29.
83. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ* 2016;352:i1152.
84. Schünemann HJ, Wiercioch W, Etzeandía I, et al. Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise. *CMAJ* 2014;186:E123-42.
85. Staniszevska S, Brett J, Simeria I, et al. GRIPP2 reporting checklists: tools to improve reporting of patient and public involvement in research. *BMJ* 2017;358:j3453.
86. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(9):CD010216.
87. Hersi M, Traversy G, Thombs BD, et al. Effectiveness of stop smoking interventions among adults: protocol for an overview of systematic reviews and an updated systematic review. *Syst Rev* 2019;8:28.
88. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, et al. PRESS peer review of electronic search strategies: 2015 guideline statement. *J Clin Epidemiol* 2016;75:40-6.
89. Thériault G, Limburg H, Klarenbach S, et al. Recommendations on screening for primary prevention of fragility fractures. *CMAJ* 2023;195:E639-49.
90. Schünemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, et al. Guidelines International Network: principles for disclosure of interests and management of conflicts in guidelines. *Ann Intern Med* 2015;163:548-53.
91. Policy on disclosures of interests and management of conflict of interest. Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2020:1-19. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/about/conflict-of-interest-policy/> (consulté le 8 mai 2023).
92. *Chapter 2: Topic prioritization, surveillance, review, and selection*. Dans : Canadian Task Force on Preventive Health Care Methods Manual. Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2023:1-16. Accessible ici : <https://canadiantaskforce.ca/chapter-2-topic-prioritization-surveillance-review-and-selection/> (consulté le 6 janv. 2025).
93. CAN-ADAPTT: Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline — Sub-populations specific guidelines. Toronto: INTREPID Lab at CAMH; 2011. Accessible ici : <https://www.nicotinedependenceclinic.com/en/canadaptt/Pages/CAN-ADAPTT-Guidelines.aspx> (consulté le 20 déc. 2017).
94. US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, et al. Interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant persons: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2021;325:265-79.
95. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence [NICE guideline]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021, mis à jour le 4 févr. 2025. Accessible ici : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209> (consulté le 5 juin 2025).
96. Health Improvement Scotland: Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2017;1-111. Accessible ici : <https://www.sign.ac.uk/assets/sign149.pdf> (consulté le 12 juin 2023).
97. *Supporting smoking cessation: a guide for health professionals*. Royal Australian College of General Practitioners; 2021, mis à jour le 22 mai 2024:1-122. Accessible ici : <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/supporting-smoking-cessation/recommendations> (consulté le 12 juin 2023).

98. *The New Zealand guidelines for helping people to stop smoking update*. Wellington (NZ): Ministry of Health. 2021:1-17. Accessible ici : <https://www.health.govt.nz/system/files/2014-06/the-new-zealand-guidelines-for-helping-people-to-stop-smoking-2021.pdf> (consulté le 12 juin 2023).
99. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premiers recours — actualisation. Saint-Denis (FR): Haute Autorité de santé; 2023:1-12. Accessible ici : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-07/reco\\_actualisation\\_arrêt\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-07/reco_actualisation_arrêt_tabac.pdf) (consulté le 12 juin 2023).
100. *WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2024:1-76. Accessible ici : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431> (consulté le 6 janv. 2025).
101. Milkman KL, Gromet D, Ho H, et al. Megastudies improve the impact of applied behavioural science. *Nature* 2021;600:478-83.
102. Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;1:CD013229.
103. Lindson N, Theodoulou A, Ordóñez-Mena JM, et al. Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults: component network meta-analyses. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;9:CD015226.
104. Auer R, Schoeni A, Humair J-P, et al. Electronic nicotine-delivery systems for smoking cessation. *N Engl J Med* 2024;390:601-10.
105. Pope I, Clark LV, Clark A, et al. Cessation of Smoking Trial in the Emergency Department (COSTED): a multicentre randomised controlled trial. *Emerg Med J* 2024;41:276-82.

**Intérêts concurrents :** Eddy Lang déclare avoir reçu une aide financière du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) afin de participer à des réunions de formation et de diffuser les outils du GECSSP. Gregory Traversy déclare être employé à temps plein par l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le GECSSP (la rémunération ne dépend pas du contenu du manuscrit, et le GECSSP ne tient pas compte de l'avis de l'organisme de financement dans l'élaboration de ses recommandations). Donna Reynolds déclare avoir reçu des honoraires du GECSSP pour sa participation à 2 réunions en personne en 2024. La D<sup>re</sup> Reynolds déclare également occuper des postes de direction au sein du GECSSP (non rémunérés), à titre de vice-présidente par intérim (mars 2024–2025) et au sein de l'équipe de direction (d'avril 2025 à aujourd'hui). Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

**Affiliations :** Institut Lady Davis et Département de psychiatrie (Thombs), Hôpital général juif et Université McGill, Montréal, Qc; Agence de la santé publique du Canada (Traversy), Ottawa, Ont.; Département de médecine familiale et communautaire et Dalla Lana School of Public Health (Reynolds), University of Toronto, Toronto, Ont.; Département de médecine d'urgence (Lang), University of Calgary, Calgary, Alb.; Alberta Health Services (Lang), Calgary, Alb.; Département des sciences de la santé communautaire (Groulx), Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc; Faculté de médecine (Wilson), Memorial University of Newfoundland, St. John's, T.-N.-L.

**Comité de rédaction du guide de pratique clinique :** Brett Thombs (membre du Groupe d'étude ayant droit de vote), Gregory Traversy (membre de l'équipe scientifique n'ayant pas droit de vote), Donna L. Reynolds (membre du Groupe d'étude ayant droit de vote), Eddy Lang (membre du Groupe d'étude ayant droit de vote), Brenda J. Wilson (membre du Groupe d'étude ayant droit de vote) et Stéphane Groulx (membre du Groupe d'étude ayant droit de vote).

#### **Membres collaborateurs du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs :**

Guyène Thériault, Jennifer A. Flemming, Patricia Li, Gail Macartney, Kate Miller, Henry Yu-Hin Siu, Nathalie Slavtcheva et Keith Todd. La liste complète de tous les membres actuels du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est accessible à l'adresse <https://canadiantaskforce.ca/a-propos-du-gecssp/membres/?lang=fr>.

**Collaborations :** Tous les auteurs et autrices ont contribué à la conception et à l'élaboration du travail, ainsi qu'à l'acquisition, à l'analyse et à l'interprétation des données. Brett Thombs, Donna Reynolds, Eddy Lang, Stéphane Groulx et Brenda Wilson ont rédigé les recommandations. Tous les auteurs et autrices ont révisé le manuscrit de manière critique pour en extraire le contenu intellectuel important, ont donné leur approbation finale à la version du guide de pratique clinique à publier et ont accepté d'assumer la responsabilité de tous les aspects du travail. Tous les membres collaborateurs du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ont également contribué à l'élaboration du guide de pratique clinique et ont tous donné leur approbation finale à la version à publier.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>

**Financement :** Le financement du Groupe d'étude sur les soins de santé préventifs est fourni par l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions de l'organisme subventionnaire n'ont aucunement influé sur le contenu des recommandations. Les opinions exprimées dans le présent article n'engagent

que le Groupe d'étude et ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

**Remerciements :** Les auteurs et les autrices remercient les membres précédents du groupe de travail Ahmed Abou-Setta, Heather Colquhoun, Roland Grad, Tina Korownyk, Scott Klarenbach, John C. LeBlanc, Emily G. McDonald, Navindra Persaud, John J. Riva et Ainsley Moore, qui étaient présents lors de l'élaboration initiale du guide de pratique clinique. Les auteurs et les autrices remercient l'équipe du Centre d'examen et de synthèse des données probantes de l'Université d'Ottawa pour ses examens des données probantes qui ont appuyé ce guide de pratique clinique; Anne Brasslet-Latulippe, Allana Leblanc, Elizabeth Rolland-Harris et Yina Shan de la Division de la santé mondiale et des lignes directrices de l'Agence de la santé publique du Canada, qui ont soutenu l'élaboration du guide de pratique clinique; et le Knowledge Translation Program, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital pour leurs contributions à l'engagement des patients et au travail de transfert des connaissances lié à ce guide. Ils et elles remercient également Steven L. Bernstein, Dartmouth-Hitchcock Medical Center, et Peter Selby, Centre de toxicomanie et de santé mentale et University of Toronto, pour avoir aidé en tant qu'experts cliniques ou de contenu lors de l'élaboration de ce guide de pratique clinique. Les experts cliniques et de contenu qui ont aidé le Groupe d'étude dans le processus d'élaboration du guide de pratique clinique peuvent ou non être d'accord avec les recommandations du Groupe d'étude. En outre, les auteurs et les autrices remercient les pairs évaluateurs et les détenteurs d'intérêts organisationnels qui ont fourni des commentaires sur l'élaboration initiale de ce guide, notamment Grace Allen, Government of Prince Edward Island; Nicole Armstrong, L'Association Canadienne pour les soins infirmiers en milieu rural et éloigné; Tracy Au-Yeung, Vancouver Coastal Health; Jolyane Blouin Bougie, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; Cynthia Callard, Physicians for a Smoke-Free

Canada; Heather Carr, l'Association dentaire canadienne; Mark Eisenberg, Université McGill; Suzanne Hamzawi, Association des pharmaciens du Canada; Kate Harland, Association des infirmières et infirmiers du Canada; Elizabeth Holmes et Ariana Del Bianco, Société canadienne du cancer; Milan Khara, Vancouver Coastal Health Addiction Services; Aaron Ladd, Réseau canadien pour les soins respiratoires; Stephen Lam, BC Cancer Agency; Patrick Luyindula, Institut national de santé publique du Québec; Iris Mabry-Hernandez, Agency for Healthcare Research and Quality; Darrel Melvin, Alberta

Health Services; Alice Ordean, St. Joseph's Health Centre; Carrie Patnode, Kaiser Permanente Center for Health Research; Karen Phillips, Government of Prince Edward Island; Gillian Pritchard, Trevor Mischki, et Michel Blanchard, Santé Canada; Amit Rotem, Centre de toxicomanie et de santé mentale; Cynthia Russell, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; Laurie Schmidt, Saskatchewan Health Authority; Chase Simms, British Columbia Centre for Disease Control; Caroline Silverman, Partenariat canadien contre le cancer; Francois de Wet, ministère de la Santé, gouvernement du Nunavut. Les pairs

évaluateurs et les organisations intéressées sont invités à apporter leurs commentaires aux projets d'élaboration de guides de pratique clinique, qui sont ensuite examinés par le Groupe d'étude. Leur accord ou leur désaccord avec les recommandations du Groupe d'étude est possible.

**Traduction et révision :** Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne

**Correspondance :** Canadian Task Force on Preventive Health Care,  
info@canadiantaskforce.ca